

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
FILIAL ICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FACTORES QUE  
INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ EN  
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO  
JULIO 2017.**

**TESIS**

**PRESENTADO POR BACHILLER**

**CANELO QUIJAITE MARILYN YSABEL**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**LICENCIADA DE ENFERMERÍA**

**ICA – PERÚ**

**2017**

**ASESORA:  
LIC. OLINDA OSCCO TORRES**

## AGRADECIMIENTO

En primer lugar a **DIOS**.

A mi Abuelo que me apoyó desde mi niñez y que hoy goza de Dios.

A mis Padres, a mí abuela, a mi tía y hermanas que siempre me han dado apoyo, fuerza, ánimos para seguir estudiando.

A la Universidad Privada San Juan Bautista filial Ica, por haberme acogido en sus aulas durante los 5 años de formación profesional.

Agradecerle a mi asesora por sus conocimientos brindados y guía constante

Finalmente, a las adolescentes que colaboraron en la aplicación del instrumento, muchas gracias.

## **DEDICATORIA**

Con todo mi amor y cariño a mi Abuelo que está en el cielo en la cual quiero que esté orgulloso de mí, a mis padres y hermanas por su apoyo hasta el momento, quienes con su palabra de aliento no me dejaban caer para que siguiera adelante y que siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales, a mi abuelita, tía por su inmenso apoyo durante mi carrera a quienes quiero.

## RESUMEN

El funcionamiento familiar es un factor determinante en la conservación de la salud, cuando una adolescente se embaraza ocasiona una reestructuración familiar. La investigación tiene como objetivo determinar la funcionalidad familiar y factores que intervienen en el embarazo precoz en adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco – enero 2017. El método de estudio fue descriptivo y de corte transversal, la técnica de estudio fue la encuesta y como instrumento se aplicó el cuestionario. La población-muestra fue de 50 adolescentes embarazadas asistentes al Hospital San Juan de Dios de Pisco, llegando a los siguientes resultados: Según datos generales, el 56%(28) tienen entre 16-17 años; el 68%(34) son solteras, y el 58%(29) vive con sus padres. Respecto a la variable funcionalidad familiar es disfuncional en 54%(27), 24%(12) severamente disfuncional y funcional en 22%(11). La variable factores que intervienen en el embarazo precoz en la dimensión factores individuales el 70%(35) tienen dificultad para planear proyectos a largo plazo, 70% (35) tienen familiares que han tenido hijos en la adolescencia, el 60%(39) tuvo su primera menstruación entre los 10 y 12 años; el 50%(25) se siente inferior a otras personas. Según factores socioculturales el 66%(33) no asiste a lugares de esparcimiento y distracción, 60%(30) tuvo su primera relación entre los 12 y 14 años de edad, el 56%(28) permanece sola en el hogar y según factores del entorno el 50%(25) tienen conflictos en el hogar, el 24%(12) no creció con sus padres. Conclusiones: La funcionalidad familiar según cohesión y adaptabilidad familiar es disfuncional por lo que se acepta la hipótesis derivada 1 del estudio. Los factores que intervienen en el embarazo precoz en las adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, según factores individuales son predominantes, por lo que se acepta la hipótesis derivada 2 de la investigación.

Palabras clave: **Funcionalidad familiar, embarazo precoz, adolescentes.**

## ABSTRACT

Family functioning is a determining factor in the maintenance of health, the appearance of a pregnancy in the family of an adolescent forces the restructuring of the functions of its members. The research aims to determine the family functionality and factors involved in early pregnancy in adolescents attended at the Hospital San Juan de Dios de Pisco - January 2017. The study method was descriptive and cross-sectional, the study technique was the survey and the questionnaire was used as an instrument. The sample population was 50 pregnant adolescents attending the Hospital San Juan de Dios de Pisco, reaching the following results: According to general data, 56% (28) are between 16-17 years old; 68% (34) are single, and 58% (29) live with their parents. Regarding the variable family functionality, it is dysfunctional in 54% (27), 24% (12) severely dysfunctional and functional in 22% (11). The variable factors involved in early pregnancy in the dimension individual factors 70% (35) have difficulty planning long-term projects, 70% (35) have relatives who have had children in adolescence, 60% (39) had her first menstruation between the ages of 10 and 12; 50% (25) feels inferior to other people. According to sociocultural factors, 66% (33) did not attend places of leisure and distraction, 60% (30) had their first relationship between 12 and 14 years of age, 56% (28) remained alone in the household and according to factors of the environment 50% (25) have conflicts in the home, 24% (12) did not grow with their parents. Conclusions: The family functionality according to family cohesion and adaptability is dysfunctional, so the derived hypothesis 1 of the study is accepted. The factors involved in early pregnancy in the adolescents attended at the San Juan de Dios Hospital in Pisco, according to individual factors are predominant, which is why the hypothesis derived from the research is accepted.

**Keywords: Family function, early pregnancy, adolescents**

## PRESENTACIÓN

La familia como unidad básica de la familia cumple con determinadas funciones en el aspecto biopsicosocial, económico y cultural-espiritual; dando como resultado el funcionamiento de sus miembros, “la disfunción familiar es un factor predisponente en la aparición de trastornos emocionales psicológicos, expresados muchos de ellos en conductas dañinas para el adolescente, como la farmacodependencia, el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual, la deserción escolar, la depresión, el suicidio, entre otros”.

En tal sentido se realiza el presente estudio con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar y factores que intervienen en el embarazo precoz en adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco – enero 2017. La investigación cobra importancia porque los resultados obtenidos servirán para proporcionar información relevante sobre la funcionalidad familiar y los factores que intervienen en el embarazo a fin de desarrollar actividades preventivas promocionales que permitan fortalecer la familia como factor protector en la salud contribuyendo en la disminución del embarazo durante la adolescencia.

El trabajo consta de cinco capítulos, Capítulo I: Planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación del problema y propósito. Capítulo II: Presenta los antecedentes bibliográficos, la base teórica, la hipótesis, las variables de estudio, y la definición operacional de términos; Capítulo III: Incluye el tipo de estudio, la descripción del área de estudio, población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos y el procesamiento y análisis de datos; Capítulo IV: Análisis de los resultados. Capítulo V: Se presenta las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Concluyendo con las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
<b>I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>13</b>
<b>I.b.. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>15</b>
<b>I.c. OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
<b>I.c.1.GENERAL</b>	<b>15</b>
<b>I.c.2.ESPECÍFICOS</b>	<b>15</b>
<b>I.d. JUSTIFICACIÓN.</b>	<b>15</b>
<b>I.e. PROPÓSITO</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
<b>II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS</b>	<b>18</b>
<b>II.b. BASE TEÓRICA</b>	<b>26</b>
<b>II.c. HIPÓTESIS</b>	<b>42</b>
<b>II.d. VARIABLES</b>	<b>42</b>
<b>II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS</b>	<b>43</b>

<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
<b>III.a</b> TIPO DE ESTUDIO	<b>44</b>
<b>III.b.</b> ÁREA DE ESTUDIO	<b>44</b>
<b>III.c.</b> POBLACIÓN Y MUESTRA	<b>44</b>
<b>III.d.</b> TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	<b>44</b>
<b>III.e</b> DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	<b>45</b>
<b>III.f.</b> PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DATOS	<b>45</b>
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	
<b>IV.a.</b> RESULTADOS	<b>47</b>
<b>IV.b.</b> DISCUSIÓN	<b>56</b>
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
<b>V.a.</b> CONCLUSIONES	<b>61</b>
<b>V.b.</b> RECOMENDACIONES	<b>62</b>
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<b>63</b>
BIBLIOGRAFÍA	<b>70</b>
ANEXOS	<b>72</b>

## LISTA DE TABLAS

<b>N°</b>		<b>PÁG.</b>
1	DATOS GENERALES DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO JULIO 2017.	47
2	FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN COHESIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO JULIO 2017.	93
3	FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN ADAPTABILIDAD EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO JULIO 2017.	93
4	FUNCIONALIDAD FAMILIAR GLOBAL EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUANDE DIOS – PISCO JULIO 2017.	94
5	FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ SEGÚN FACTORES INDIVIDUALES EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO JULIO 2017.	94
6	FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ SEGÚN FACTORES SOCIOCULTURALES EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO JULIO 2017.	96
7	FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ SEGÚN FACTORES DEL ENTORNO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO JULIO 2017.	98

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>N°</b>		<b>PÁG.</b>
1	FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN COHESIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO JULIO 2017.	48
2	FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN ADAPTABILIDAD EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO JULIO 2017.	49
3	FUNCIONALIDAD FAMILIAR GLOBAL EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO JULIO 2017.	50
4	FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ SEGÚN FACTORES INDIVIDUALES EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO JULIO 2017.	51
5	FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ SEGÚN FACTORES SOCIOCULTURALES EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO JULIO 2017.	52
6	FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ SEGÚN FACTORES DEL ENTORNO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO JULIO 2017.	54

## LISTA DE ANEXOS

<b>N°</b>	<b>ANEXO</b>	<b>PÁG.</b>
1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	73
2	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	76
3	PRUEBA BINOMIAL	83
4	TABLA DE CÓDIGO DE RESPUESTAS	84
5	CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	87
6	TABLA MATRIZ DE VARIABLES	89
7	TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES	91
8	CONSENTIMIENTO INFORMADO	99

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

“A finales del siglo veinte, hasta el 20% de todos los partos registrados en países en vías de desarrollo fueron de madres adolescentes”.<sup>1</sup>

En Latinoamérica, “el embarazo adolescente constituye un problema sustancial para la salud pública; pues según el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, hasta 108 por cada 1000 adolescentes de entre 15 y 19 años concibieron y trajeron al mundo a un hijo o hija en el 2011”.<sup>2</sup>

Situación alarmante en vista de las edades tempranas en que se presenta el embarazo puesto que aún no se encuentran preparadas para el parto desde el punto de vista biológico por lo que la mortalidad materna en estas edades es mayor.

En el año 2014 en Cuba, se presentan resultados donde “la mayoría de las adolescentes no utilizaban métodos anticonceptivos; la crianza de éstas no fue realizada por ambos padres y se desarrollaron en un medio familiar disfuncional mayoritariamente”.<sup>3</sup>

Panorama que no es ajeno a la problemática mundial, donde se repite estos escenarios en la etapa de la adolescencia.

En México, “se vive una epidemia de embarazos de adolescentes, las últimas cifras refieren que anualmente se registran más de 400 mil bebés de madres menores de edad y la cifra no disminuye, lo que representa 20% del total de nacimientos”.<sup>4</sup>

De acuerdo con datos de la Encuesta Intercensal 2015 en el mismo país, “el número de mujeres de 12 y más años es de 48.7 millones, y de ellas,

67.4% han tenido al menos un hijo nacido vivo, destaca el hecho de que 7.8% de las adolescentes de 12 a 19 años ya son madres. Sin embargo, siete de cada 100 embarazos ocurridos en este periodo, suceden en jóvenes de 15 a 19 años”.<sup>5</sup>

El 3,7% de las mujeres “adolescentes chilenas entre 13 y 19 años está embarazada o en período de lactancia. El 12,3% de las mujeres entre 15 y 19 años son madres o están embarazadas. Las cifras entregadas por el Sernam son categóricas”. Para el año 2011, “existían 41.289 adolescentes embarazadas, sin embargo, siempre puede haber casos de jóvenes que estén amamantando y además se encuentran nuevamente embarazadas”.<sup>6</sup>

Según la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2014, “un 21,5% de los menores de 15 años de edad viven con su madre pero no con el padre, proporción que es mayor entre los hogares del Lima Metropolitana. Por departamento, el mayor porcentaje se encontró en Moquegua (27,7%)” seguido por Madre de Dios (27,5%), Tacna (25,0%), Ucayali (24,6%), “Lima (24,3%), Junín (23,9%). Las mujeres entrevistadas manifestaron que sus padres habían ejercido violencia contra ellas, en mayor porcentaje fueron golpeadas (57,2%); sigue la reprimenda verbal (43,5%) y la prohibición de algo que le gustaba” y comienzan a tener hijas/os a edades tempranas.<sup>7</sup>

El Reniec, en el 2015 registra 1,538 casos de madres entre los 11 y 14 años de edad que acudieron a esta institución para declarar el nacimiento de sus hijos. Ese mismo año se registraron 3,950 madres de 15 años de edad. Los mayores registros ocurrieron en la selva (40% en promedio) y en los departamentos de la costa norte del Perú (Tumbes, Tacna, Ica y Lambayeque).<sup>8</sup>

Los resultados de una investigación realizada en Pisco en el año 2014 sobre los factores personales y embarazo en adolescentes en el P.S. CLAS San Martín de Porres, donde reflejan que existe una mayor frecuencia de

factores familiares, culturales y sociales desfavorables en las embarazadas (34.3%) que en las no embarazadas (17.1%).<sup>9</sup>

Situación que no es ajena en el hospital de Pisco, donde se observa a las adolescentes que acuden al hospital a realizarse sus controles médicos, algunas oportunidades acuden en compañía de sus padres o pareja y también van solas, situación que motiva a realizar la investigación.

En vista de lo expresado, se realiza la siguiente pregunta de investigación:

### **I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Cómo es la funcionalidad familiar y factores que intervienen en el embarazo precoz en adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco – Julio 2017?

### **I.c. OBJETIVOS:**

#### **I.c.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la funcionalidad familiar y factores que intervienen en el embarazo precoz en adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco – Julio 2017.

#### **I.c.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**OE1:** Identificar la funcionalidad familiar en adolescentes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco, según sea:

Cohesión familiar.

Adaptabilidad familiar.

**OE2:** Identificar los factores que intervienen en el embarazo precoz en las adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, según sea:

Factores individuales

Factores socioculturales

## Factores del entorno.

### **I.d. JUSTIFICACIÓN:**

Esta investigación se justifica debido a que la adolescencia es la etapa de transición de la niñez a la edad adulta en la que pueden presentarse diversos problemas. Uno de los principales problemas es el embarazo en la adolescencia, que ha sido calificado como un problema de salud pública debido a los estragos que causa a nivel social y el estado de salud, que pueden generar en el adolescente sobre todo si carece de apoyo familiar para afrontar este suceso. Se han planteado distintos factores que están implicados en un inicio temprano de relaciones sexuales y que conlleven al embarazo adolescente, entre ellos la disfunción de la familia del adolescente. Una familia disfuncional no podrá servir de apoyo debido a la comunicación deficiente entre sus miembros.

La relevancia de la investigación es debido al aspecto preventivo promocional en la salud en todos los ciclos de la vida, contribuyendo así a promover la adopción de conductas sexualmente saludables y disminuir el embarazo precoz.

### **I.e. PROPÓSITO:**

Los resultados de la investigación se entregarán a las Autoridades del Hospital San Juan de Dios con la finalidad de proporcionar información relevante sobre la funcionalidad familiar y los factores que intervienen en el embarazo a fin de desarrollar actividades preventivas promocionales que permitan fortalecer la familia como factor protector en la salud contribuyendo en la disminución del embarazo durante la adolescencia. Asimismo, se espera que la investigación sirva de antecedente para futuras investigaciones relacionadas con el tema de investigación.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Jiménez A. En el año 2017 realizó un estudio cualitativo con el objetivo de identificar las condiciones de vida y el **EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE UNA COMUNIDAD RURAL DE ALTA MARGINALIDAD. PUEBLA, MÉXICO**. “Utilizó una guía de observación que caracterizó el entorno sociocultural y la entrevista exploró expectativas en el plan de vida. La guía de observación se aplicó a 14 de ellas en el domicilio de las informantes, quienes fueron notificadas del propósito del estudio y cuyo consentimiento se solicitó por escrito, garantizándoles la confidencialidad de sus datos y su anonimato. Con los datos se realizó un análisis de frecuencias simples”. “Las pacientes fueron audiograbadas y transcritas, y su procesamiento se basó en la perspectiva de análisis de contenido, que incluyó la lectura repetida de las transcripciones identificando un patrón de significación a través de categorías discursivas emergentes articuladas alrededor de la línea argumental de su plan de vida. Con ellas se elaboró un mapa conceptual en el que se establecieron las principales asociaciones que posteriormente fueron interpretadas para establecer la influencia de hechos significativos en la aparición del embarazo en la adolescencia”. “Encontrando desintegración familiar, limitados servicios educativos, de salud y escasas opciones de trabajo, ausencia parental, baja escolaridad e ingresos, malas condiciones de vivienda y saneamiento básico deficiente, que buscan superarse mediante estudio y empleo” por lo que concluyen que “tanto las condiciones objetivas como el aprendizaje subjetivo limitan las oportunidades para realizar el plan de vida y determinan la incidencia del embarazo entre adolescentes”.<sup>10</sup>

Villalobos A. En el año 2015 realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con el objetivo de caracterizar el **EMBARAZO ADOLESCENTE Y REZAGO EDUCATIVO: ANÁLISIS DE UNA ENCUESTA NACIONAL EN MÉXICO**. “Trabajó con una población de adolescentes que hayan

tenido algún embarazo y analizar la asociación de éste con el rezago educativo”. “La evidencia muestra que el embarazo temprano incrementa las dificultades para manejar situaciones tanto cotidianas como eventuales, como aquéllas vinculadas con el desarrollo escolar y futuro laboral. Dicha condición agudiza las inequidades de género y precariedad, particularmente para las mujeres. La expectativa social de la adolescencia es que esta es una etapa en la que los individuos se preparan para la vida y adquieren habilidades para desarrollarse con plenitud”. “La permanencia escolar favorece el desarrollo personal y abre alternativas a otros roles sociales además de la maternidad. Asistir a la escuela es uno de los factores protectores con mayor potencial para disminuir la fecundidad de los adolescentes. El abandono escolar o rezago educativo provoca desigualdad en la distribución de capital económico, cultural y social”. “Estudios revelan que de las adolescentes embarazadas por primera vez al momento de la encuesta, 67.7% vivía con la pareja, teniendo más posibilidad de quedar embarazadas llegando a la conclusión que tener embarazo un previo estaba asociado con cohabitar con la pareja, nivel socioeconómico bajo y rezago educativo presente en el 74.9% de las adolescentes”.<sup>11</sup>

Zambrano G. En el año 2015 realizó un estudio transversal, de enfoque cuantitativo con el objetivo de determinar la **RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS POR ADOLESCENTES EMBARAZADAS. CÚCUTA, COLOMBIA.** “La muestra conformada por 150 adolescentes inscritas en el Programa de Atención a la Adolescente gestante. Resultados: se destacó que la mayoría de adolescentes embarazadas se encontraban en el rango de edad de 17-19 años con un promedio de 18 años, la menarquía se presentó principalmente a edades tempranas cuando las adolescentes tenían 12 años; y la edad de inicio de las relaciones sexuales fue a los 16 años”. “En el sistema familiar de las adolescentes embarazadas se encontró que un gran porcentaje del total de

participantes, tienen un sistema familiar disfuncional (54%) y en menor medida tienen sistema familiar funcional correspondiente al 46%. Conclusiones: respecto a la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento se encontraron asociación directa y positiva entre estas variables demostrándose que a mayor nivel de funcionalidad familiar se utilizaran estrategias más productivas y viceversa”.<sup>12</sup>

Gómez C, Montoya L. En el año 2014 realizaron un trabajo investigativo, de enfoque cuantitativo, descriptivo con el objetivo de establecer la relación entre los **FACTORES SOCIALES, DEMOGRÁFICOS, FAMILIARES Y ECONÓMICOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES, ÁREA URBANA, BRICEÑO, COLOMBIA**. “Se realizó un estudio Cross sectional, en un censo de 193 mujeres entre 13 y 19 años de edad residentes en el área urbana del municipio de Briceño en el año 2012 que se encontraron registradas en la base de datos del SISBEN versión III.” “Teniendo en cuenta que más del 50 % de las adolescentes asistía todos los días a sus clases en la institución educativa Antonio Roldan Betancur del municipio en la jornada de la mañana, se procedió en primera instancia a socializar el objetivo de la investigación con la rectora y los docentes de la institución académica y a solicitar permiso para que en este horario se pudiera autorizar a las mujeres para que en un momento de la clase saliera de su salón y atendiera a la persona que le aplicaba la encuesta; dicha solicitud fue aprobada por las directivas del colegio”. “Resultados: Encontró que la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, haber sido violada y los ingresos económicos familiares estaban asociados con el embarazo en adolescentes en el área urbana del municipio de Briceño”.<sup>13</sup>

Hoyos D, Fernández F. En los años 2012-2013 publicaron un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con el objetivo de determinar los

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RESULTADOS PERINATALES ADVERSOS EN POBLACIÓN GESTANTE ADOLESCENTE.**

**BARRANQUILLA, COLOMBIA.** “Casos: 50 menores de 21 años que presentaron resultados perinatales adversos (bajo peso al nacer, parto pre término, feto pequeño para la edad gestacional, toxemias, muerte perinatal y muerte materna). Controles: 50 pacientes menores de 21 años que recibieron asistencia obstétrica y que no presentaron resultados perinatales adversos. Los datos fueron sistematizados Epi-Info; se valoraron parámetros estadísticos como media, valor de p, odds ratio, intervalos de confianza; se trabajó con un índice de confianza del 95%”. Resultados: Para el nivel educativo de secundaria e inferior se obtuvo: OR= 3,16; IC= 1,03 - 9,68; p= 0,03; la edad de inicio de vida sexual  $\leq$  15 años mostró: OR= 22,3; IC= 6,8 - 72,4; p < 0,00001; para la gestación no deseada los resultados obtenidos fueron: OR= 6,29; IC= 2,52 - 15,6; p < 0,00001; por su parte el control prenatal no satisfactorio mostró: OR= 2,45; IC= 1,09 - 5,49; p= 0,02; la disfunción familiar mostró: OR= 2,48; IC= 1,05 - 5,85; p= 0,03. Conclusión: Los factores de riesgo hallados fueron: el inicio de vida sexual a los 15 años o antes, gestación no deseada, el control prenatal no satisfactorio y las familias disfuncionales.”.<sup>14</sup>

Rodríguez A. En los años 2012 - 2013, realizó un estudio de tipo descriptivo, con diseño no experimental, longitudinal, prospectivo, cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de **INCIDENCIA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN MUJERES DE 12 A 18 AÑOS EN MATERNIDAD MARIANA DE JESÚS, ECUADOR.** “El presente trabajo, tiene por objeto realizar un estudio actualizado de la problemática que presenta la adolescente embarazada, por lo tanto se evaluará en esta revisión; la incidencia del embarazo en la adolescente, sus complicaciones en el embarazo, la gravedad, y se evaluará factores que conllevan a la presencia de complicaciones psicosociales. Este estudio se realizó en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Maternidad Mariana de Jesús en donde las pacientes luego de haber ingresado por emergencia, o por

consulta externa bajo presunción diagnóstica de embarazo en adolescente con o sin complicaciones, las que fueran seleccionadas y valoradas, utilizando una encuesta y una hoja de recolección de datos, realizándose una historia clínica minuciosa, y exámenes complementarios meritorios de acuerdo al caso". "Con un universo de todas las pacientes, adolescentes embarazadas en esta unidad, y una muestra determinada por la fórmula universal aproximadamente de 100 pacientes, en el período comprendido entre septiembre del 2012 hasta febrero del 2013". "Los resultados del mismo indican que el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje presento las pacientes de 12 a 14 años con el 10%. Dentro de las causas psico - sociales el mayor porcentaje presenta por la Falta de educación sexual 30%, luego problemas familiares 23%, seguido de maltrato familiar y pobreza con el 20% cada uno, y 7% abuso sexual. Lo que permitirán evaluar y analizar, un plan o protocolo para conocer detalladamente las causas de la morbimortalidad tanto materna como neonatal" <sup>15</sup>

Suárez S. En el año 2013, se realizó una metodología cuantitativa, diseño no experimental de cohorte transversal, cuyo objetivo fue identificar la **CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON DEPRESION EN CENTROS DE SALUD PUBLICA. CHILE**. "Se utilizó una muestra de 40 adolescentes de la Región Metropolitana y Región de Atacama". Resultados: Los hallazgos señalan que "los adolescentes de esta muestra indican niveles bajos de CVRS, con una significativa relación con la percepción que éstos tienen de la funcionalidad familiar. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en las dimensiones Autonomía y Amigos y Apoyo Social del constructo CVRS". Conclusiones: "Se aprecia que los adolescentes con depresión autoreportan bajos niveles en su calidad de vida relacionada con la salud y perciben que su familia posee aspectos debilitados en su funcionamiento familiar, contando con escasos recursos intra y extra familiares".<sup>16</sup>

Alvarado L. En el año 2016 realizó un estudio transversal analítico con el objetivo de determinar la **RELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES USUARIAS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, LIMA**. “Contó con una población de 350 adolescentes y una muestra de 125 adolescentes. “Se calculó un tamaño muestral a partir de la prevalencia esperada de embarazo adolescente de 14,6 %; que es la prevalencia nacional; y un tamaño de población de 350, que es el número aproximado de usuarias adolescentes del servicio de ginecobstetricia en el tiempo de estudio. Resultando un tamaño muestral de 125, numero al cual se le agrego un 30% mas como tasa esperada de rechazo, resultando una muestra final de 165 personas”. “El funcionamiento familiar medido con una encuesta validada previamente (alfa de crombach 0,83). Resultados: Los factores del funcionamiento familiar asociados al embarazo adolescente fueron año de estudios, estado civil, conviviente antes de embarazarse, motivación a tener relaciones sexuales, toma de decisión de la familia, apoyo familiar en problemas, reglas en la familia”, quien hacia cumplir estas reglas y comunicación con los miembros de la familia; pues tuvieron un valor p de menos de 0,05. Conclusión: Diversos factores de funcionamiento familiar se asociaron a embarazo adolescente. Se recomienda tomar medidas de prevención”.<sup>17</sup>

Macavilca M. En el año 2013, realizó un estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar **EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JUAN DE ESPINOSA MEDRANO 7082. LIMA**. “El presente estudio se desarrolló en el primer nivel de atención de salud. La muestra fue seleccionada por el muestreo probabilístico aleatorio simple y estratificado, que estuvo conformada por 43 adolescentes. La técnica fue la entrevista y los instrumentos fueron; el formulario sobre el Funcionamiento Familiar, FACES III de Olson; y el de Estilos de Vida”. “Los resultados: del 100% (43), el 56% (24) fueron disfuncionales y 12% (5), funcionales. En la

dimensión adaptabilidad, 63% (27) tienen familia disfuncional y 37% (16), funcional. En la dimensión cohesión, 56% (24) tienen familias disfuncionales y 12% (5), funcionales. En cuanto a los estilos de vida, del 100% (43), 60% (26) tienen estilos de vida saludable y 40% (17), estilos de vida no saludable. En la dimensión biológica, 58% (25) estilos de vida saludable; y 42% (18), no saludable. En la dimensión psicológica; 65% (28) estilos de vida saludable; y 35% (15), estilos de vida no saludable. En la dimensión social; 56% (24) de los adolescentes tienen estilos de vida no saludable; y 44% (19), saludable. Las conclusiones fueron; la mayoría de adolescentes refieren tener familias disfuncionales y estilos de vida saludables”. “Respecto al funcionamiento familiar en sus dimensiones adaptabilidad y cohesión, la mayoría de adolescentes refieren tener familias disfuncionales. En cuanto a los estilos de vida, la mayoría de adolescentes tienen estilos de vida saludable en la dimensión biológica y psicológica, mientras que en la dimensión social adoptan estilos de vida no saludables”.<sup>18</sup>

Osorio A. En el año 2013, realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño observacional-descriptivo, cuyo objetivo fue determinar los principales **FACTORES QUE SE ASOCIAN AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO MARIA AUXILIADORA 2013. LIMA.** “Se encuestó a las gestantes adolescentes que acuden para ser atendidas en los Consultorios Externos del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora”. Resultados: “Se entrevistó a 100 pacientes adolescentes gestantes, el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos”. Conclusiones: “Las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo; la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, bajo nivel educativo,

de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos por la alta frecuencia que se encontró en los entrevistados”.<sup>19</sup>

Villanueva G. En el año 2012, realizó un estudio no experimental, analítico de asociación de corte transversal, con el objetivo de identificar el **AMBIENTE SOCIAL FAMILIAR ASOCIADO A EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, 2012. TACNA.** “El universo lo constituyeron las usuarias adolescentes embarazadas cuyo parto vaginal o cesárea fue atendido en el Instituto Nacional Materno Perinatal, y no embarazadas de la Institución Educativa Honorio Delgado. El promedio de atenciones de parto en adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal por mes es de 223 pacientes, por lo que el tamaño de la muestra calculada fue un total de 140 adolescentes, de las cuales 70 son embarazadas y 70 son no embarazadas, con un nivel de confianza del 95 % y con un margen de error del 5 %.”. Resultados: “El 75,71 % de las adolescentes embarazadas tienen un ambiente social familiar inadecuado mientras que el 24,29 % tienen un ambiente social familiar adecuado, por otro lado, el 35,71 % de las adolescentes no embarazadas tienen un ambiente social familiar inadecuado mientras que el 64,29 % tiene un ambiente social familiar adecuado”. Conclusiones: “Los resultados sugieren que la adolescente con un ambiente social familiar inadecuado tiene mayor riesgo de un embarazo no planificado”.<sup>20</sup>

**Los antecedentes de investigación presentados, han sido empleados para realizar la discusión de la investigación y relacionar los hallazgos de los mismos con los resultados obtenidos en la investigación, de ellos se logró obtener información importante que relacionan la disfunción familiar con el embarazo precoz, además de ello sirvió de ayuda en el aspecto metodológico de la investigación.**

## **II.b. BASE TEÓRICA**

Según Amaya <sup>21</sup> “la familia “puede concebirse como una organización en cuyo interior existe una interacción de roles, o de estatus, para cumplir con determinadas funciones para la pareja, los hijos y la sociedad, ejerciendo funciones importantes como el desarrollo de lazos afectivos y emocionales”, la transmisión de valores y conductas, y en fin “la integración de sus integrantes con el sistema social, la familia sigue siendo el motor para el desarrollo integral de la persona y a su vez de la sociedad, y acorde a la reflexión de Bonilla, la familia” es la institución encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano. <sup>22</sup>

Bajo esta premisa se puede decir que la familia es la célula de la sociedad donde se desarrollan los vínculos parentales sanguíneos y conyugales.

### **FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

El funcionamiento en la familia determina la “conservación de la salud o la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Mientras que la familia cumpla o deje de cumplir eficientemente 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” <sup>23</sup>

Por otro lado la disfunción familiar es “un factor predisponente para el desarrollo de conductas en los adolescentes. En análisis de diversos estudios se ha identificado que la disfunción familiar 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”

Debido a ello se debe mantener un equilibrio entre los miembros de la familia para que sus integrantes se desarrollen plenamente.

### **Cohesión familiar.**

Se define la cohesión como “el grado en que los miembros de la familia se interesan por ella, se comprometen con ella y se ayudan mutuamente” Sin embargo, “para un desarrollo óptimo de cada uno de los miembros de la familia, el nivel de cohesión debe al mismo tiempo ser compatible con la necesaria individualización y autonomía de todos y cada uno de ellos”.<sup>24</sup> “Es la ligazón emocional entre los miembros de una familia”.<sup>25</sup>

La cohesión familiar evalúa “el grado por el cual los miembros están conectados o separados del resto de la familia. Esta dimensión se define por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro. Existen varios conceptos o variables específicas para diagnosticar y medir” las dimensiones de “cohesión familiar: ligazón emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación. Dentro de la dimensión de cohesión es posible distinguir cuatro niveles: desvinculada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y enmarañada (muy alta)”.

“La cohesión desvinculada o desprendida se refiere a familias donde prima el yo, esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal”. En la cohesión separada “si bien prima el yo existe presencia de un nosotros; además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia”.

“En la cohesión conectada o unida, prima el nosotros con presencia del yo; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia”. Finalmente, “en la cohesión enmarañada, se aprecia máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común”.<sup>26</sup>

La "comunicación familiar" es una dimensión facilitadora. "Las habilidades para la comunicación positiva descritas son la empatía, escucha reflexiva, comentarios de apoyo, etc., y hacen posible que las parejas y familias compartan sus necesidades y preferencias, en tanto se relacionen con la cohesión y la adaptabilidad". "Las habilidades negativas son: doble vínculo, doble mensaje y críticas". "Reducen la capacidad de los cónyuges o miembros de una familia para compartir sus sentimientos, restringiendo sus movimientos en las otras dos dimensiones".

"Los estilos y estrategias de comunicación de un matrimonio o de una familia, están muy relacionados con la cohesión y la adaptabilidad". "Se establece que si se introducen cambios en estas estrategias, también es posible modificar el tipo de cohesión y de adaptabilidad. Se trata por tanto de una variable facilitadora del cambio". El Modelo circunplejo permite predecir adecuadamente en las diferentes etapas del ciclo vital. Este modelo posibilita la evaluación y diagnóstico de cada dimensión. "Por otra parte de acuerdo a cada dimensión se establecen las respectivas tipologías de familia".

Éste es "uno de los modelos más importantes para el estudio del funcionamiento familiar y establece una tipología para clasificar y manejar los distintos perfiles a través de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad".

### **Adaptabilidad familiar**

Es definida "como la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, la dinámica entre los roles y las reglas de las relaciones familiares en respuesta a estresores evolutivos (propios del desarrollo) y situacionales. Ya que un sistema adaptativo requiere el equilibrio entre el cambio y la estabilidad". La adaptabilidad depende de dos mecanismos regulatorios: los circuitos de retroalimentación positivos y negativos. La "adaptabilidad de una familia depende de su capacidad para crear un equilibrio flexible entre una situación excesivamente cambiante (que se

traduce en sistemas caóticos) y una situación excesivamente estable (que se traduce en sistemas rígidos)”.

La "adaptabilidad familiar" es “definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo”. Los cuatro niveles de adaptabilidad que se describen son: “rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada), flexible (moderada a alta) y caótica (muy alta). La adaptabilidad caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes”. La flexible, “a un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios. Por otra parte, la adaptabilidad estructurada ha sido entendida como aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos”, “donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La adaptabilidad rígida alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios”.

27

La cohesión familiar “es el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de la familia para cambiar y adaptarse en la presencia de cambios importantes”.<sup>28</sup>

“De la misma manera, la adaptabilidad de la familia va de la mano de un buen manejo de la disciplina, un buen liderazgo, la capacidad de entendimiento entre los miembros de la familia, así como tener claros los roles y las reglas familiares”

Para que la “cohesión y adaptabilidad puedan desarrollarse en una familia, la buena comunicación es indispensable. Una buena comunicación nace de la empatía entre los miembros de la familia, la escucha activa, la libertad de expresión, así como la consideración y el respeto entre los miembros de la familia”.

Logar la medición del “funcionamiento familiar y sus procesos es una tarea compleja por la cantidad de factores que inciden en su evaluación. Por eso

las familias consultantes como los profesionales tratantes, se enfrentan con una amplia gama de estrategias de diagnóstico y de tratamiento”.

Por otro lado, “cuando las familias buscan ayuda, sea como grupo o en forma individual, irán en busca de alguna terapia que contribuya a la comprensión y resolución de la situación conflictiva particular en la que se encuentran inmersas”, por lo que se debe brindar un diagnóstico meticuloso sobre la paciente.

### **La escala de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle**

El trabajo desarrollado por Polaino-Lorente y Martínez Cano, “usando la FACES III derivó en la formulación de una escala de 20 ítems, 8 relativos a cohesión, 8 relativos a adaptabilidad y 4 referidos a los hijos. La confiabilidad para la escala total, evaluada a través del coeficiente de alpha de Cronbach fue de 0,78”. Dado que el análisis factorial realizado por estos investigadores, eran más confiable fue aplicado el instrumento.<sup>29</sup>

El mismo que se aplica en esta investigación basada en dos dimensiones; la cohesión familiar y la adaptabilidad.

Según Friedemann, “los integrantes de la familia, pueden obtener la congruencia y manejar la ansiedad por medio de los procesos familiares saludables. El sistema familiar regula las condiciones de tiempo, materia, espacio y energía, para lograr las metas familiares, que pertenecen a cada una de las dimensiones del proceso”.<sup>30</sup>

Para Condori <sup>31</sup> “la funcionalidad familiar está constituida por los procesos familiares saludables que permiten a cada miembro de la familia obtener congruencia personal y controlar la ansiedad, a través de los propósitos de estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad mediante las estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individuación; y así lograr la congruencia en la familia, con la cual enfrenta las etapas del ciclo vital, las crisis y el logro de sus metas de tal forma que permita la satisfacción de sus miembros y garantice la permanencia del grupo familiar”. Se considera

“la familia como sistema a cualquier grupo de personas que interactúan entre si y están comprometidas en definir sus relaciones reciprocas de acuerdo a determinadas reglas. La familia es un todo, es una organización intersistémica” que le “permite además tener identidad propia (limites: reglas que organizan el comportamiento de la familia de acuerdo a su objeto y principios, determinando una particular unidad que la distingue de otras unidades familiares)”.

## **FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ**

Son “aquellos elementos que intervienen en los diferentes procesos para que se produzca el embarazo en las adolescentes, el cual “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 funcionalidad familiar que al inicio tiende al rechazo, crea sorpresa y frustración”.<sup>32</sup>

- **Factores individuales:**

- ❖ **Dificultad para planear proyectos a largo plazo:** Las condiciones actuales de vida favorecen las tempranas relaciones sexuales de los jóvenes. No obstante, “la escuela y la familia hacen muy poco por la educación sexual de los niños y adolescentes, motivo por el cual los jóvenes buscan en otras fuentes, sobre todo entre los amigos”.

“Sin preparación alguna para la maternidad, las adolescentes llegan a ella y esa imprevista situación desencadena una serie de frustraciones sociales y personales provocando con ello que su proyecto de vida cambie en forma radical”.

“En esta etapa se presentan los cambios físicos y psicológicos que ayudan y buscan preparar a la persona para su futura vida de adulto; sin embargo, como ocurre en nuestro medio, la vida adulta se adelanta, porque los jóvenes adquieren hábitos y conductas de adulto como es el caso del embarazo adolescente; provocando con ello la alteración de su proyecto de vida”.<sup>33</sup>

❖ **Baja autoestima:** La autoestima “es una necesidad humana vital, dada por una evaluación que hace el individuo de sí mismo; es la porción afectiva del yo, que juega un papel relevante en la vida personal, profesional y social del individuo, favoreciendo la propia identidad”, la autoestima elevada puede contribuir al éxito, de forma tal que si el adolescente desarrolla una buena dosis de autoestima, es decir, si tiene una autoestima elevada puede aprender más eficazmente, comunicarse y desarrollar relaciones mucho más gratas así como dar mayor conciencia a su vida. Es por esta razón “que la familia del adolescente debe ofrecer formas positivas de control para favorecer una autoestima elevada. Una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas, timidez y ansiedad. La autoestima influye en aspectos sociales e impacta sustancialmente en las adolescentes” y esto directamente en los embarazos a temprana edad.<sup>34</sup>

Las jóvenes en situación de embarazo se enfrentarán a un entorno adverso: el rechazo familiar, la expulsión de la escuela o la pérdida de la red social de amistades, con la consecuente depresión, aislamiento y baja autoestima.<sup>35</sup>

❖ **Poca confianza en sí misma:** “En algunas ocasiones, los adolescentes siguen los consejos inadecuados de amigos, por la falta de confianza o la poca apertura que existe para hablar del tema de la sexualidad con su familia”. Por ello, es fundamental hablar a los jóvenes sobre la sexualidad y brindarles información sobre el uso de métodos anticonceptivos temporales”.<sup>36</sup>

En esta tarea, se puede buscar la asesoría de personal sanitario capacitado para que sea éste quien recomiende el más adecuado.

❖ **Menarquia precoz:** “El primer sangrado vaginal que se produce en las niñas es conocido como menarquía, y es una etapa muy importante

durante la pubertad, y a la vez uno de los principales indicios físicos que señalan que la niña empieza a convertirse en mujer”.<sup>37</sup>

Como todo cambio físico asociado con la pubertad, hay niñas que experimentarán este momento de la primera menstruación con mucho temor o ansiedad, dependiendo de la edad de inicio.

Con “la curiosidad sexual y practicarla consciente o inconscientemente, no solo estarán expuestas a un embarazo no deseado, sino a la posibilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual; muchas de ellas de fatales consecuencias”.

- ❖ **Antecedentes familiares:** Es importante considerar “el antecedente de embarazo adolescente en la madre, padre y otras figuras significativas dentro del grupo familiar. Se habla así de una transmisión transgeneracional del embarazo, que viene de preferencia a través de la familia de la madre”.<sup>38</sup>
- ❖ **Alcohol y drogas:** Asimismo afirma Royuela Ruiz et al., “que los adolescentes conocen los efectos que sustancias como el alcohol y drogas juegan como facilitadores para conseguir pareja sexual, facilitando la desinhibición, tanto en el cortejo como en la práctica del sexo del propio adolescente como de las potenciales parejas”. “De forma que la mezcla de alcohol y sexo se inicia a edades muy tempranas, favoreciendo tanto la precocidad como la promiscuidad de nuestros jóvenes. Y con ello conductas de riesgo. La precocidad, en el inicio de las relaciones sexuales, supone en sí misma un riesgo y más si va acompañada de consumos tóxicos”, aumentando el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) o embarazos no deseados”.<sup>39</sup>
- ❖ **Cantidad de parejas:** El “tener varias parejas sentimentales aunado a la actividad sexual en la adolescencia, representa un problema de salud pública por las consecuencias que conlleva, como el embarazo adolescente, el aumento de las infecciones de transmisión sexual, la infección por HIV/SIDA” (segunda causa de muerte en los adolescentes)

y los problemas familiares, económicos y sociales que se generan. “El adolescente se ha convertido en una población de mayor riesgo en salud por la inequidad y las diferentes barreras a las que se enfrenta en materia de accesibilidad a los servicios de salud, en especial a los de salud sexual y reproductiva”.<sup>40</sup>

“Toda esta problemática ha hecho que esta población se vea enormemente afectada por morbilidades como las infecciones de transmisión sexual e infección por HIV/SIDA, a su vez con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y peri-natal”.

- **Factores socioculturales:**

Incide en el círculo que se desenvuelven las adolescentes. Entre ellos tenemos:

- ❖ **Inicio de las relaciones sexuales:** “La primera relación sexual cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos y 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 embarazos, ETS”.<sup>41</sup>
- ❖ **Acceso a los servicios de planificación familiar:** “Es importante que los servicios de planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso, por personal de salud capacitado, para toda persona sexualmente activa, en particular los adolescentes”.
- ❖ **Pocas oportunidades de esparcimiento:** Una familia funcional tiene sus ratos de esparcimiento el cual favorece la comunicación con sus hijos; al no existir momentos de ocio debido a que los padres trabajan pudiera ser la causa del embarazo adolescente, en vista que se refugia en el enamorado por la falta de atención de los padres que se encontrarían laborando para brindar a sus hijos en la medida de lo posible la satisfacción de sus necesidades alimentarias.
- ❖ **Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales:** “Cada vez es más común y los padres lo saben respecto a que las series, telenovelas y películas transmitidas en horario familiar y consideradas 'aptas para todas las edades' incluyen más escenas

eróticas”. También se sabe que ese contenido sexual, por muy moderado que sea, puede tener una influencia negativa en los jóvenes. Cuando se presenta una escena de sexo en la televisión, los padres se exaltan y transmiten las consecuencias negativas; estas reacciones pueden dar lugar a expectativas irreales sobre el sexo de jóvenes y sus posibles efectos".<sup>42</sup>

- ❖ **Permanecer solas mucho tiempo:** Al quedarse solas debido a que los padres laboran fuera del hogar, les hace percibir la falta de afecto el cual “provoca en el adolescente la ilusión de obtener afecto a través del ejercicio de la sexualidad”.
- ❖ **Información sobre educación sexual:** El mensaje que se trasmite a través de los medios “como el cine, televisión, radio a veces distorsionan y reducen la expresión de la sexualidad a manifestaciones cargadas de erotismo, violencia. Se propician actitudes, conductas y estilos de vida donde la responsabilidad, respeto, libertad y amor pierden su real valor en el contexto de las relaciones humanas”.
- ❖ **Nivel educativo:** La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. “La precocidad y el número de hijos que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumenta las opciones de su vida”.<sup>43</sup>
- ❖ **Dependencia económica:** Un “embarazo en la adolescencia condiciona a una crisis vital en la familia ocasionando una desorganización, pues abarca la presencia de los cambios económicos desfavorables, sobretodo, en la familia afectada y que se agrava por la presencia de un nuevo miembro en la familia” con necesidades a satisfacer.<sup>44</sup>

En muchos casos debido a dificultades o aprietos económicos en el hogar muchas adolescentes quieren salir del hogar y se embarazan pensando que así solucionarían su problema sin tener en cuenta las repercusiones negativas de esta toma de decisiones sin el debido discernimiento de lo actuado.

- **Factores del entorno:**

El entorno familiar es el escenario de todo tipo de vivencias. “En la vida familiar se inicia la socialización y la formación de valores y elementos necesarios para una formación integral de la persona. Las relaciones interpersonales que se dan en el hogar han de ser fruto de un clima de armonía, cariño, respeto y amor”.

- ❖ **Conflictos en el hogar:** Cuando existen incongruencias o ausencia de roles (mujer, hombre, padre, madre, hijo etc.). “En su estructura y dinámica: situaciones de inestabilidad en el hogar, pueden limitar el pleno equilibrio, seguridad y desarrollo del adolescente sometiéndolo a un mayor riesgo de relaciones sexuales tempranas o un embarazo”.

- ❖ **Deficiente comunicación con los padres:** “En cuanto a la comunicación familiar como factor en el comportamiento de los adolescentes se determina que en el hogar se aprenden los primeros valores que son ponen en práctica en la educación, en la adquisición de nuevos conocimientos”. “Los jóvenes en la vida diaria están expuestos a ser víctimas de diferentes problemas sociales como es el embarazo, influenciado por los amigos y la información errónea de los medios de comunicación, en consecuencia, comienzan a tener relaciones sexuales a tempranas edades”.<sup>45</sup>

- ❖ **Familia monoparental:** “En familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre, y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, también se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente”

- ❖ **Falta de capacidad de autocuidado:** “La adecuación de la capacidad de autocuidado es determinada comparando las acciones de autocuidado que las personas pueden realizar con las acciones de autocuidado requeridas para satisfacer la demanda existente o

proyectada de autocuidado terapéutico”. “Los factores tales como la edad, estado de salud, el patrón de vida, intervienen en la adecuación de las capacidades personales para cuidar de sí mismo o de los que dependen de otra persona”.<sup>46</sup>

- ❖ **Ocupación del jefe de hogar:** “Una familia de un solo padre en el hogar, solo recibe un salario, solo tiene una cuenta en el banco, un plan de cobertura médica, una pensión, una fuente de préstamos, un par de abuelos si es que tiene algunas de estas cosas”. Frecuentemente “las familias de un solo padre trabajan durante muchas horas, quizá en dos trabajos mal pagados. En tales casos el ciclo de embarazo temprano y pobreza se repite. Estudios demuestran que la adolescente se embaraza cuando ningún padre está presente, “se enfatizan las consecuencias de los “padres ausentes” para las madres y sus hijos y la evidencia sugiere que la ausencia de los padres contribuye a una larga vida de pobreza. Se recalca que, en relación al embarazo en adolescentes, de manera sorprendente se le brinda muy poca atención a los padres”.<sup>47</sup>
  
- ❖ **Hacinamiento:** “Es definido como la relación entre el número de personas que residen en una vivienda y el número de habitaciones en la vivienda (sin considerar baño, cocina, garajes, pasadizos)”. Se considera que “una vivienda presenta esta condición cuando es habitada por tres o más personas. Se advierte según la Encuesta del 2013, que el 10,7% de las adolescentes alguna vez embarazadas reside en viviendas donde hay hacinamiento”, en mayor proporción aquellas que ya son madres (12,2%) en comparación a las embarazadas con la primera hija o hijo (6,5%).<sup>48</sup>

### **Rol de enfermería en el embarazo adolescente.**

El rol del enfermero como “líder social y nexo de necesidades a ser cubiertas en un contexto donde interviene un equipo de salud detector primordial y principal de problemáticas, familiares y sociales.

En la actualidad estamos inmersos ante la problemática de embarazo en edades tempranas, donde se capta e involucra ante la confiabilidad de la joven adolescente, para obtener información acerca de su estado emocional, donde se puede ver alterada su psiquis”.

El abordaje de la problemática establecida se logra, “a través de la prevención, en el asesoramiento de la importancia de los controles prenatales, el cumplimiento de esquema de vacunas, informar sobre dietas, para evitar desorden alimenticio, educación en el cuidado e higiene de mamas”.

“El uso de la información acorde al lenguaje de la adolescente, permite intervenir estableciendo la interacción con el equipo de salud, para poder preparar a la joven, en la participación y el compromiso, al momento del parto y en los cuidados del recién nacido”.

Por ello, se debe incorporar la familia y adolescente a establecer un vínculo de reconocimiento y acercamiento para afrontar la responsabilidad del cuidado de la menor y su embarazo”.

“La enfermería adquiere importancia, creando un ambiente de serenidad, confianza, cuidado y protección, para que de este modo se pueda mantener un contacto y seguimiento de un embarazo sin riesgo”.<sup>49</sup>

### **Teorías de enfermería que sustenta la investigación:**

#### **Modelo de McGill (promoción de la salud en la familia) Moyra Allen**

“Este modelo orientado hacia la promoción de salud de la familia fue elaborado por una teórica canadiense, su modelo conocido como el Modelo McGill es considerado indistintamente como modelo conceptual o de intervención. Inspirada en el enfoque sistémico, Allen postula que la salud de una nación es el recurso más preciado y que los individuos, familias y comunidades aspiran a una mejor salud y están motivados para

logarla. También sostiene que la salud se aprende por el descubrimiento personal y la participación activa, principalmente en el seno de la familia”.

“Según Allen, el primer objetivo de los cuidados de enfermería es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje. Las características de la relación enfermera - familia son la negociación, colaboración y coordinación”.<sup>50</sup>

### **Dorothea Orem: Teoría del autocuidado:**

“Propone una teoría General de Enfermería compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería. En estas Orem define a la persona como: el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse y con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados”.

Orem define el objetivo de la Enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

También define el Entorno como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona. En cuanto a la Salud la define como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental.

Estas teorizantes tienen relación con el caso en estudio debido a que observan al ser humano desde un punto de vista holístico el cual si por sus propios medios no puede realizarse sus tareas de autocuidado el profesional de enfermería acude a proporcionarlos aplicando el proceso de enfermería u orientarlos con educación para la salud, para educarlos y enseñarlos a cómo realizárselos para así evitar que se produzca un déficit de autocuidado.<sup>51</sup>

### **Rol de la enfermera en el programa de salud escolar y del adolescente**

“El Ministerio de Salud desarrolla el Programa de Salud Escolar y del Adolescente, dentro de la cruzada nacional de prevención del embarazo en adolescentes, en el cual la enfermera brinda información, educación y orientación a los adolescentes, padres de familia, docentes sobre los factores protectores relacionados a su salud sexual y reproductiva, incorporando en el adolescente el concepto del autocuidado de salud y el concepto de ideal reproductivo”.<sup>52</sup>

#### **Adolescencia.**

“Etapa que va desde los 10 a los 19 años, se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital. En esta etapa de la vida, el embarazo suele representar un problema desde el punto de vista sanitario y social”.

#### **Etapas de la adolescencia:**

##### **Adolescencia temprana: (10- 13 años)**

“Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, etc.)”.

### **Adolescencia media: (14-17 años)**

“Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces”.

### **Adolescencia tardía: (De 18 a 19 años)**

“Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual. Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño”.<sup>53</sup>

## **II.c. HIPÓTESIS:**

### **II.c.1. HIPÓTESIS GLOBAL:**

La funcionalidad familiar es disfuncional y los factores que intervienen en el embarazo precoz en adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco – julio 2017 son predominantes.

### **II.c.2. HIPÓTESIS DERIVADAS:**

**HD1:** La funcionalidad familiar en adolescentes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco, según cohesión familiar y adaptabilidad familiar es disfuncional.

**HD2:** Los factores que intervienen en el embarazo precoz en las adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, según factores individuales son predominantes.

**II.d. VARIABLES INDEPENDIENTES:**

**V. 1.** Funcionalidad familiar

**V.2.** Factores que intervienen en el embarazo precoz.

**II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:**

- ❖ **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.
- ❖ **Embarazo precoz:** es aquel embarazo que fluctúa entre los 12 a 19 años, 11 meses y 29 días.
- ❖ **Adolescencia:** Es la etapa que va desde los 10 a los 19 años de edad.

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### III.a. TIPO DE ESTUDIO:

La investigación es de enfoque cuantitativo porque los resultados son expresados numéricamente en frecuencias y porcentajes, de alcance descriptivo porque se explican los hechos tal y como se presentan y de corte transversal ya que se recolectaron los datos en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

### III.b. ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en UE 404 Hospital San Juan de Dios de Pisco que se encuentra ubicado en la manzana B lote 1 Ex fundo Alto La Luna frente a la entrada del Molino en Pisco Pueblo. Cuenta con todos los servicios de hospitalización y atiende las 24 horas del día, tiene un nivel de complejidad de II-1.

### III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población-muestra estuvo constituida por 50 adolescentes embarazadas asistentes al Hospital San Juan de Dios de Pisco, las que fueron tomadas a través del muestreo no probabilístico, a conveniencia del investigador según los siguientes criterios:

#### **Criterios de inclusión**

Adolescentes que estén dispuestas a llenar el cuestionario

Adolescentes que acepten y firmen el consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión**

Adolescentes que no deseen formar parte del estudio

Adolescentes cuyas encuestas estén mal llenadas o de forma incompleta.

Adolescentes menores de 12 años.

### **III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

La técnica que se utilizó para la primera y segunda variable fue la encuesta con su instrumento el cuestionario.

Para la primera variable se utilizó el Cuestionario de Olson, Russell, Sprenkle, para identificar la funcionalidad familiar el cual consta de 2 dimensiones como la cohesión familiar y adaptabilidad con 3 alternativas de respuestas y 10 reactivos para cada dimensión haciendo un total de 20 preguntas.

Para la segunda variable Factores que intervienen en el embarazo precoz se utilizó un cuestionario que consta de 3 dimensiones con 22 preguntas cerradas con alternativas de opción múltiple, las cuales fueron elaboradas según los objetivos que persigue la investigación y pasó el proceso de validación a través de la prueba binomial con jueces expertos de amplia experiencia.

### **III.e. DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS:**

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del presente estudio; se presentó una solicitud dirigida a la dirección del Hospital para que autorice la recolección de datos. Una vez obtenido el permiso, previo saludo; se explicó el motivo de la investigación y se solicitó su participación en el estudio; así mismo la duración de la aplicación del instrumento fue de aproximadamente 25 minutos. En todo momento se respetó el anonimato, autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia y el consentimiento informado.

Concluida la recolección de datos se les agradeció por su participación.

### **III .f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:**

Una vez recolectada la información, se procedió al procesamiento de los datos en forma manual y electrónica, se usó los programas informáticos Excel y Microsoft Word, codificando los resultados tanto para los datos generales y ambas variables de estudio. Realizando una

tabla matriz para luego obtener las tablas de frecuencia y porcentajes, y construir los gráficos correspondientes.

El análisis de los datos se hizo de acuerdo a los objetivos estipulados en el estudio mediante la estadística descriptiva, diseñándose tablas y gráficos de frecuencia y medidas de resumen para la presentación de resultados.

La valoración que se le asignó a la variable funcionalidad familiar y sus respectivas dimensiones es la siguiente:

**Cohesión familiar:**

Funcional:(24-30 pts.)

Disfuncional:(17-23 pts.)

Severamente disfuncional (10-16 pts.)

**Adaptabilidad:**

Funcional:(24-30 pts.)

Disfuncional:(17-23 pts.)

Severamente disfuncional (10-16 pts.)

**Global:**

Funcional:(48-60 pts.)

Disfuncional:(34-47 pts.)

Severamente disfuncional (20-33 pts.)

Para la variable **factores que intervienen en el embarazo precoz** se codificaron los valores finales de la siguiente manera; Predominante (3) Poco Predominante (2) No Predominante (1) para luego realizar un paloteo simple, y aplicar una sumatoria para obtener las frecuencias y plasmarlos en los gráficos correspondientes.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### IV. a. RESULTADOS:

TABLA 1

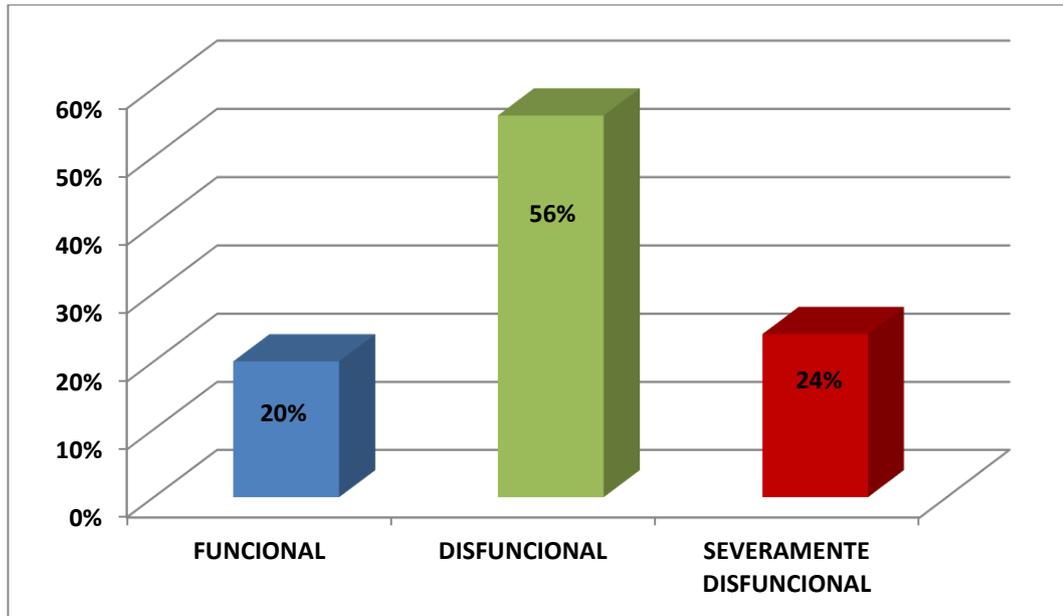
**DATOS GENERALES DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN  
EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO  
JULIO 2017.**

<b>DATOS GENERALES</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>		
13-15 años	12	24
16 - 17 años	28	56
18- 19 años	10	20
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltera	34	68
Casada	2	4
Conviviente	14	28
<b>CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE</b>		
Padres	29	58
Pareja	8	16
Padres y pareja	11	22
Otros familiares	2	4
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Según datos generales de las adolescentes: el 56%(28) tienen edades entre 16-17 años; el 68%(34) son solteras, y finalmente el 58%(29) vive con sus padres.

## GRÁFICO 1

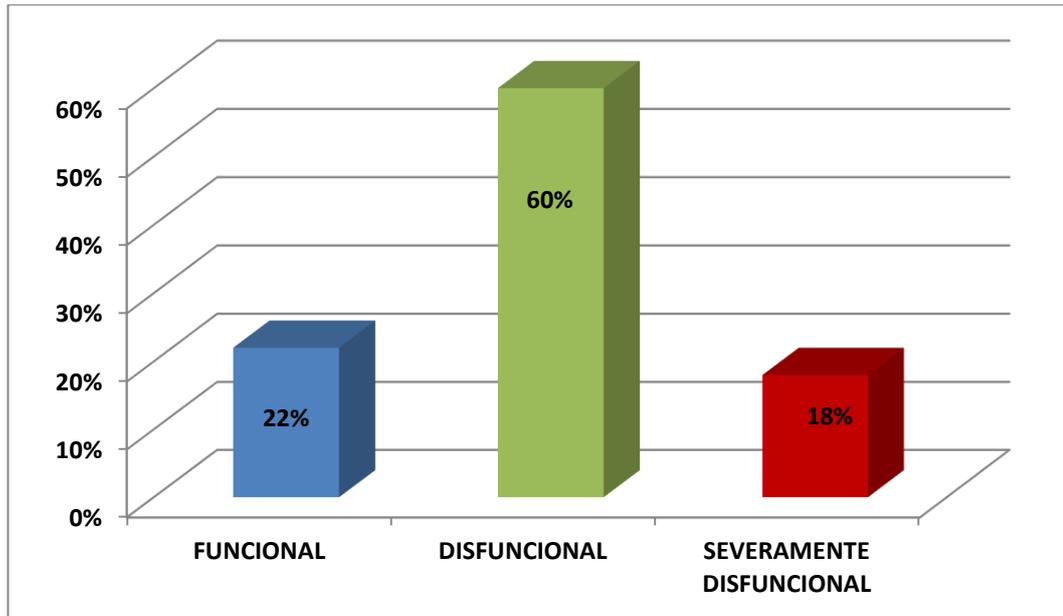
### FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN COHESIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO JULIO 2017.



La funcionalidad familiar de las adolescentes según cohesión familiar es disfuncional en 56%(28), severamente disfuncional en 24%(12) y finalmente funcional en 20%(10) de las adolescentes encuestadas.

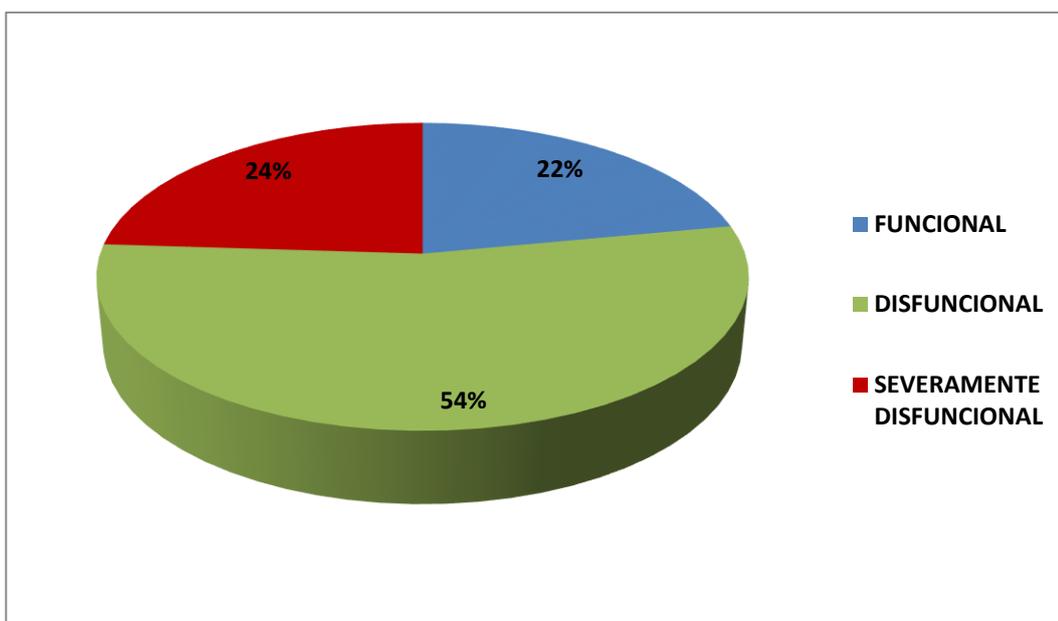
## GRÁFICO 2

### FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN ADAPTABILIDAD EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO JULIO 2017.



Según dimensión adaptabilidad la funcionalidad familiar de las adolescentes es disfuncional en 60%(28), seguido del 22%(11) con diagnóstico funcional y severamente disfuncional en 18%(9) según resultados.

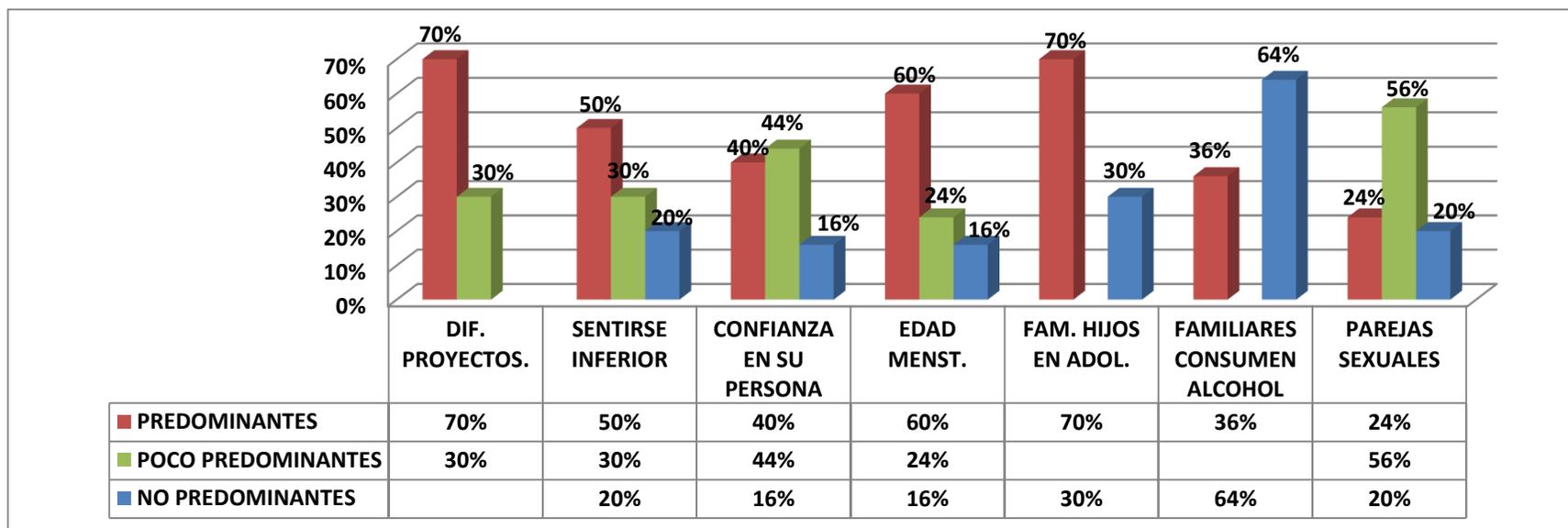
**GRÁFICO 3**  
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR GLOBAL EN ADOLESCENTES**  
**ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN**  
**DE DIOS - PISCO**  
**JULIO 2017.**



Según consolidado global la funcionalidad familiar de las adolescentes es disfuncional en 54%(27), seguido del 24%(12) severamente disfuncional y finalmente funcional en 22%(11) según resultados.

**GRÁFICO 4**

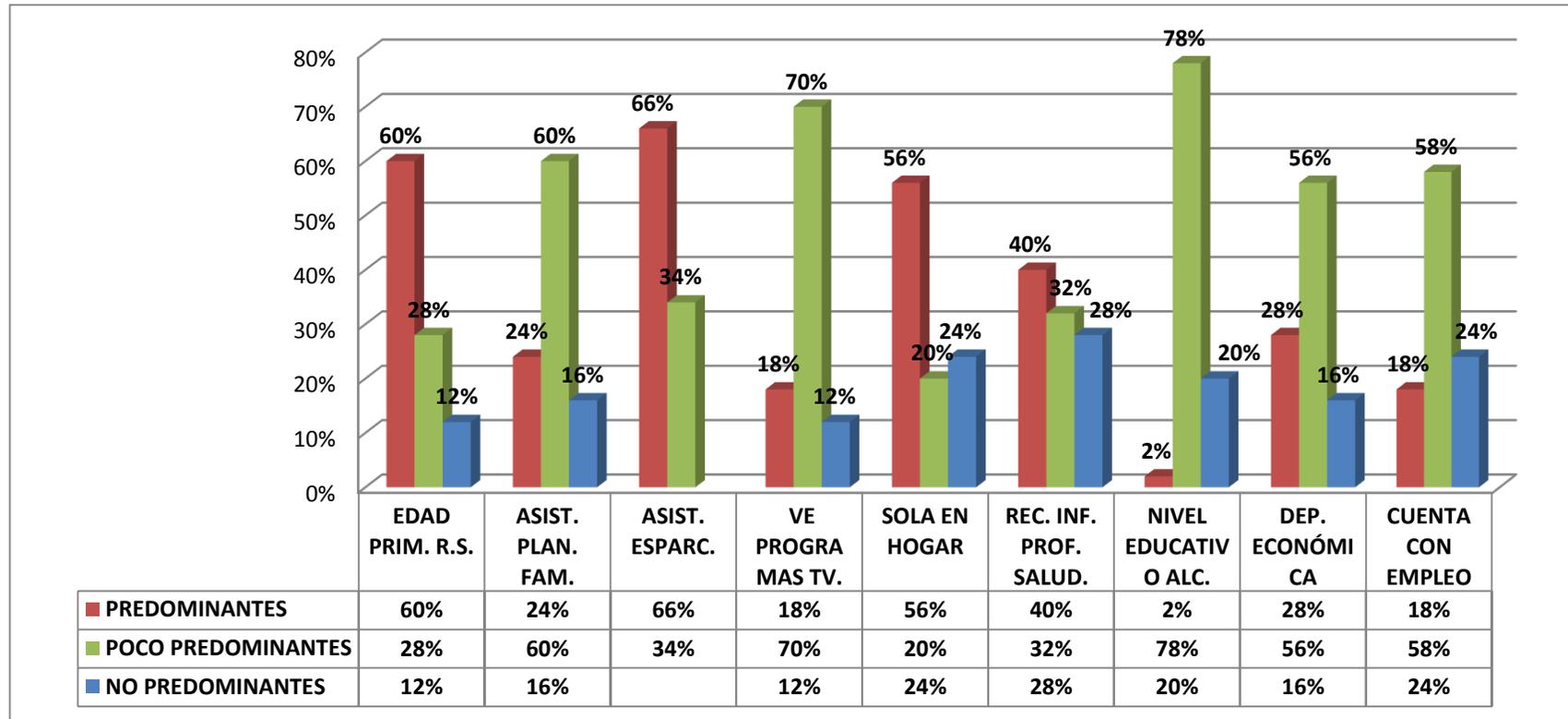
**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ SEGÚN FACTORES INDIVIDUALES EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO JULIO 2017.**



Del 100%(50) adolescentes embarazadas según factores individuales el 70%(35) tienen dificultad para planear proyectos a largo plazo, 70% (35) tienen familiares que han tenido hijos en la adolescencia, el 60%(39) tuvo su primera menstruación entre los 10 y 12 años; el 50%(25) se siente inferior a otras personas, asimismo el 40%(20) no tiene confianza en su persona, el 36%(18) tienen familiares que consumen alcohol y el 24%(12) ha tenido más de 3 parejas sexuales.

**GRÁFICO 5**

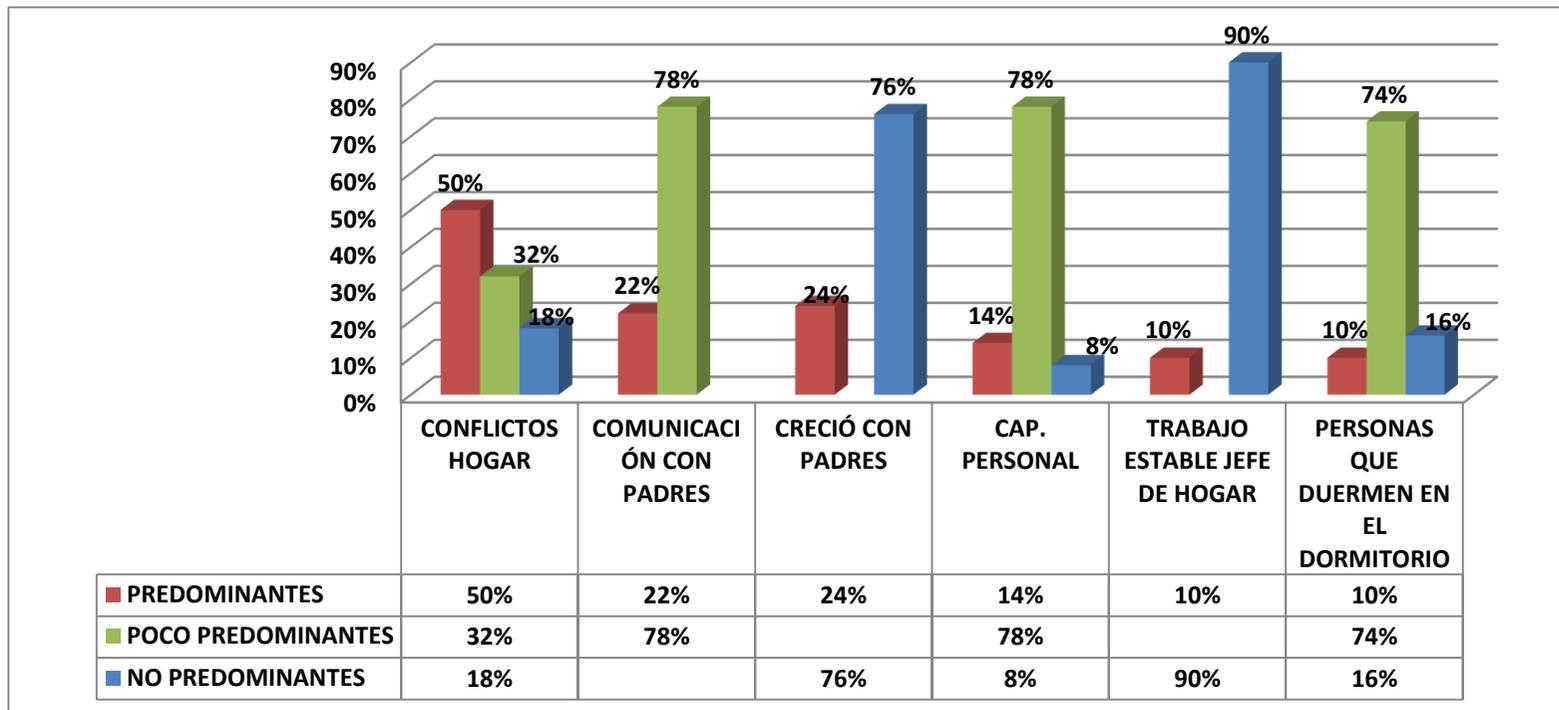
**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ SEGÚN FACTORES SOCIOCULTURALES EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO JULIO 2017.**



Según factores socioculturales de las adolescentes embarazadas el 66%(33) no asiste a lugares de esparcimiento y distracción, 60%(30) tuvo su primera relación entre los 12 y 14 años de edad, el 56%(28) permanece sola en el hogar; el 40%( 20) no ha recibido información sobre sexualidad y paternidad responsable, el 28%(14) depende económicamente de sus padres, 24%(12) no asiste a los servicios de planificación familiar, el 18%(9) ve programas televisivos con contenido erótico, otro igual porcentaje de 18%(9) actualmente no cuenta con empleo y el 2%(1) su nivel educativo es primaria.

## GRÁFICO 6

### FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ SEGÚN FACTORES DEL ENTORNO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO JULIO 2017.



Según factores del entorno el 50%(25) tienen conflictos en el hogar, el 24%(12) no creció con sus padres, el 22%(11) no tienen buena comunicación con sus padres por cuestiones laborales, el 14%(7) refiere que su edad interviene en la capacidad personal para cuidar de si mismo, el 10%(5) manifiesta que el jefe del hogar no cuenta con trabajo estable y otro porcentaje similar de 10%(5) refieren que duermen más de 3 personas en el dormitorio.

#### IV. b. DISCUSIÓN:

**Tabla 1:** Según datos generales de las adolescentes: el 56% tienen entre 16-17 años; el 68% son solteras, y finalmente el 58% vive con sus padres. Resultados casi similares con los obtenidos por Zambrano G.<sup>10</sup> Encontrando que “la mayoría de adolescentes embarazadas se encontraban en el rango de edad de 17-19 años; Rodríguez A.<sup>13</sup> el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%; Osorio A.<sup>17</sup> el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad”.

Como se observa en los resultados el 56% de las adolescentes tienen entre 16 a 17 años, etapa que se caracteriza por la exploración sexual, particularidad que la distinguen en esta etapa de adolescencia que favorece el comportamiento sexual de riesgo, con consecuencias adversas de tipo físico y psicosocial asumiendo responsabilidades de adulto para lo cual no se encuentra preparada, más aun sin haber consolidado su estado civil debido a que un gran porcentaje están solteras y viven en la casa paterna generando cambios de gran trascendencia a nivel personal social y familiar.

**Gráfico 1:** La funcionalidad familiar de las adolescentes según cohesión familiar es disfuncional en 56%, severamente disfuncional en 24% y finalmente funcional en 20% de las adolescentes encuestadas, resultados que son comparables con Jiménez A.<sup>8</sup> “Encontrando desintegración familiar, ausencia parental, Suárez S.<sup>14</sup> “perciben que su familia posee aspectos debilitados en su funcionamiento familiar, contando con escasos recursos intra y extra familiares”. Macavilca M.<sup>16</sup> En la dimensión “cohesión, 56% tienen familias disfuncionales y 12%, funcionales.

Esta dimensión evalúa si los miembros están conectados o separados del resto de la familia, definidos por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro, se obtiene resultados donde prima la disfuncionalidad, debido a ello como enfermeros debemos trabajar en

primera instancia en acciones de promoción de la salud en la familia fortaleciendo la construcción de entornos saludables.

**Gráfico 2:** Según dimensión adaptabilidad, la funcionalidad familiar de las adolescentes es disfuncional en 60%, seguido del 22% con diagnóstico funcional y severamente disfuncional en 18%; estos hallazgos son parecidos con Rodríguez A.<sup>13</sup> concluye que existen problemas familiares en el 23% de las adolescentes; Macavilca M.<sup>16</sup> En la dimensión adaptabilidad, 63% tienen familia disfuncional y 37%, funcional”.

Se obtuvieron resultados en adolescentes de familia disfuncional en 56%, severamente disfuncional en 18%; y solo el 22% tiene como diagnóstico familia funcional; debido a estos resultados la familia no podrá servir de apoyo debido a la comunicación deficiente entre sus miembros.

Se ha considerado a la familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones y superar los problemas por los que pueda atravesar. La familia es una unidad psicosocial y es considerada como uno de los factores protectores cuando funciona en forma adecuada, por lo tanto, es uno de los focos de la prevención primordial y primaria, siendo relevante la intervención de Enfermería debido a que atendemos al paciente, familia y comunidad.

**Gráfico 3:** Según consolidado global la funcionalidad familiar de las adolescentes es disfuncional en 54%, seguido del 24% severamente disfuncional y finalmente funcional en 22%, resultados que guardan similitud en investigaciones con el problema de estudio así tenemos a Zambrano G.<sup>10</sup> “encontró que un gran porcentaje del total de participantes, tienen un sistema familiar disfuncional y en menor medida tienen sistema familiar funcional correspondiente al 46%”; “Macavilca M.<sup>16</sup> La mayoría de adolescentes refieren tener familias disfuncionales y finalmente Villanueva G.<sup>18</sup> El 75,71 % de las adolescentes embarazadas tienen un ambiente social familiar inadecuado mientras que el 24,29 % tienen un ambiente social familiar adecuado”.

Se observa en los resultados que la gran mayoría de gestantes adolescentes provienen de familias disfuncionales, por lo que la disfunción familiar es un riesgo para la adolescente que requiere de mayor participación al momento de tomar decisiones que afecten a la familia, se les confiera libertad para tomar decisiones sobre su vida, de acuerdo a su grado de madurez y bajo la supervisión de los padres, así también brindarle una mayor calidad del tiempo disponible para compartir demostraciones de confianza, solidaridad y sobre todo afecto que tanto requiere la adolescente para poder sobrellevar su embarazo con “normalidad” en el aspecto psicosocial.

**Gráfico 4:** Según factores individuales: el 70% tienen dificultad para planear proyectos a largo plazo, 70% tienen familiares que han tenido hijos en la adolescencia, el 60% tuvo su primera menstruación entre los 10 y 12 años; el 50% se siente inferior a otras personas, asimismo el 40% no tiene confianza en su persona, el 36% tienen familiares que consumen alcohol y el 24% ha tenido más de 3 parejas sexuales; resultados que se asemejan con los obtenidos por “Zambrano G.<sup>10</sup> la menarquía se presentó principalmente a edades tempranas cuando las adolescentes tenían 12 años; Gómez C, Montoya L.<sup>11</sup> el número de compañeros sexuales fue un factor para el embarazo precoz”.

Debido a lo presentado, es importante considerar el antecedente de embarazo adolescente dentro del grupo familiar. Se habla así de una transmisión transgeneracional del embarazo, que viene principalmente a través de la familia de la madre. En esta repetición se pone en evidencia formas de identificación de modelos y reglas de funcionamiento familiar. Por todo lo presentado se debe impartir estrategias de prevención y promoción de la salud integral de los/las adolescentes conjuntamente con un equipo multidisciplinario para así evitar esta cadena de consecuencias que trae el tener un antecedente de embarazo adolescente. Así también los hijos de familias disfuncionales tienden a tener relaciones sexuales a edad más temprana convirtiéndose en un riesgo potencial para embarazos

no deseados, abortos y enfermedades de transmisión sexual. Debido a ello la familia sigue siendo muy importante para evitar este comportamiento sexual de riesgo.

**Gráfico 5:** Según factores socioculturales de las adolescentes embarazadas el 66% no asiste a lugares de esparcimiento y distracción, 60% tuvo su primera relación entre los 12 y 14 años de edad, el 56% permanece sola en el hogar; el 40% no ha recibido información sobre sexualidad y paternidad responsable, el 28% depende económicamente de sus padres, 24% no asiste a los servicios de planificación familiar, el 18% ve programas televisivos con contenido erótico, otro igual porcentaje de 18% actualmente no cuenta con empleo y el 2% de las adolescentes su nivel educativo es primaria. Así tenemos a Jiménez A.<sup>8</sup>, el cual concluye que los limitados servicios educativos, de salud y escasas opciones de trabajo contribuyen al embarazo precoz, en el estudio de Gómez C, Montoya L.<sup>11</sup> “encontró que el estrato socioeconómico, la ocupación, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el nivel de escolaridad y los ingresos económicos familiares estaban asociados con el embarazo en adolescentes” y Hoyos D, Fernández F.<sup>12</sup> fueron el inicio de vida sexual a los 15 años o antes, Rodríguez A.<sup>13</sup> por la falta de educación sexual en 30%, Alvarado L.<sup>15</sup> “fueron los años de estudios, Osorio A.<sup>17</sup> 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad”.

Por lo presentado se puede decir que los adolescentes no perciben que sus padres les muestren apoyo, esto al 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. Considerándose a éste como una dinámica disfuncional que no cubre las necesidades afectivas y provoca en las adolescentes un sentimiento de soledad. Así como también puede ser debido a problemas con la economía, en este período de vida ocurren comportamientos poco responsables como tener relaciones

sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos, el cual puede tener efectos negativos en la esfera social, económico y de salud.

**Gráfico 6:** Según factores del entorno: el 50% tienen conflictos en el hogar, el 24% no creció con sus padres, el 22% no tienen buena comunicación con sus padres por cuestiones laborales, el 14% refiere que su edad interviene en la capacidad personal para cuidar de sí mismo, el 10% manifiesta que el jefe del hogar no cuenta con trabajo estable y otro porcentaje similar de 10% refieren que duermen más de 3 personas en el dormitorio. Resultados parecidos con los hallados por Jiménez A.<sup>8</sup> donde concluye que la “ausencia parental, malas condiciones de vivienda y saneamiento básico deficiente interviene en el embarazo precoz, Gómez C, Montoya L.<sup>11</sup> el estrato socioeconómico, la ocupación, y los ingresos económicos familiares” estaban asociados con el embarazo en adolescentes, finalmente Villanueva G.<sup>18</sup> El 75,71 % de las adolescentes embarazadas tienen un ambiente social familiar inadecuado.

En este contexto, las adolescentes buscan evadir situaciones percibidas que las molestan y/o satisfacer sus carencias físicas y afectivas fuera de la familia, estableciendo relaciones de pareja con mayor dependencia emocional, lo que aumenta el riesgo de concebir un niño no deseado.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **V. a. CONCLUSIONES**

- 1.** La funcionalidad familiar en adolescentes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco, según cohesión familiar y adaptabilidad familiar es disfuncional por lo que se acepta la hipótesis derivada 1 del estudio.
- 2.** Los factores que intervienen en el embarazo precoz en las adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, según factores individuales son predominantes, por lo que se acepta la hipótesis derivada 2 de la investigación.

## **V. b. RECOMENDACIONES:**

- 1.** Promover un crecimiento sano y equilibrado del adolescente mediante una intervención multidisciplinaria que se base en el desarrollo de un buen apoyo familiar y social, los padres de familia deben tener más comunicación con sus hijos, y darles el debido espacio para conversar con ellos con la debida atención, amor y comprensión, de la misma manera se debe establecer reglas en los hogares que contribuyan en la funcionalidad familiar.
- 2.** Lograr cambios actitudinales positivas en la población adolescente, a través de talleres educativos sobre salud sexual y salud reproductiva involucrando a todo el equipo multidisciplinario de salud e involucra los componentes familiares con énfasis en el área afectiva y de recursos emocionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendoza W. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 30(3):471-9.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas. Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe: Informe anual 2011, [Base de datos]. URL disponible en: <http://www.cepal.org/.../3931-observatorio-igualdad-genero-america-latina-caribe-oig-infor...>
3. Hernández J, Valdés M, González M, María Y, Pérez P, Aurora M. Factores influyentes en la primiparidad precoz en Santa Cruz del Norte durante 10 años. Rev. Cuba Med Gen Integral. Marzo de 2014; 30(1):36-47 URL disponible en: [revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/827](http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/827)
4. Gómez N. México con “epidemia” de embarazos adolescentes. El Universal URL disponible en: [www.eluniversal.com.mx](http://www.eluniversal.com.mx) › Nación › Sociedad
5. Estadísticas datos nacionales [Base de datos]. 2015. México, [Fecha de acceso 22 de junio de 2016]. Aguascalientes, Ags. Página 1/19. URL disponible en: [www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/corrupcion0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/corrupcion0.pdf).
6. Baeza A. Embarazo adolescente: 3,7% de las jóvenes entre 13 y 19 años es madre o espera un hijo. Chile. URL disponible en: [www.latercera.com/.../embarazo-adolescente-37-de-las-jovenes-entre-13-y-19-anos-es...](http://www.latercera.com/.../embarazo-adolescente-37-de-las-jovenes-entre-13-y-19-anos-es...)
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES [Internet]. 2014. URL disponible en: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf).
8. La maternidad en el Perú está empezando desde los 11 años. Redacción [Internet]. Perú 21. 2015. Disponible en:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:84taA-hsNAoJ:https://peru21.pe/lima/maternidad-peru-empezando-11-anos-224598+&cd=11&hl=es&ct=clnk&gl=pe>

9. Huamani R. Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del P.S. CLAS San Martin de Porres- Pisco, 2014. URL disponible en: [http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/1517/5/huamani\\_huamani-resumen.pdf](http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/1517/5/huamani_huamani-resumen.pdf)
10. Jiménez A. Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. Salud Pública México. [Tesis licenciatura]. Fecha de acceso 3 de enero de 2017; 59(1):11-8. URL disponible en: [cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/914/1/LuisAlvarado\\_2017\\_pdf.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/914/1/LuisAlvarado_2017_pdf.pdf)
11. Villalobos A. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Salud Pública 57(2):135-43. México. [Tesis licenciatura]. 2015; Disponible en: [www.revistas.unam.mx/index.php/atencion\\_familiar/article/download/.../5380](http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/download/.../5380)
12. Zambrano G, Plata G, León S, Ortega L. Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. [Tesis especialidad]. Colombia. Cienc Cuid. Octubre 2015;9(2):9-16. Disponible en: [www.iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/CVRolandoDiaz\\_AB.pdf](http://www.iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/CVRolandoDiaz_AB.pdf)
13. Gómez C, Montoya L. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, Colombia. [Tesis licenciatura], 2012. Rev Salud Pública. 2014; 16(3):394-406
14. Hoyos D, Fernández F. Factores de riesgo asociado a resultados perinatales adversos en población gestante adolescente. Barranquilla, 2012-abril de 2013. 8(1). Biociencias [Tesis

licenciatura], Disponible en:<http://www.unilibrebaq.edu.co/ojsinvestigacion/index.php/biociencias/article/view/51>.

- 15.** Rodríguez A. Incidencia del embarazo en adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en la Maternidad Mariana de Jesús de Setiembre 2012 a febrero del 2013. Ecuador [Tesis licenciatura], URL disponible en: [repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1978](http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1978)
- 16.** Suárez S. Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescente con depresión en centro de salud pública. Chile. [Tesis licenciatura], 2013. [Fecha de acceso 22 de octubre de 2016]. URL disponible en: [repositorio.uchile.cl/handle/2250/130104](http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/130104)
- 17.** Alvarado L. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima. [Tesis licenciatura], 2016 URL disponible en: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:W3mLybsHxUcJ:cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/914/1/LuisAlvarado\\_2017\\_pdf.pdf+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=pe](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:W3mLybsHxUcJ:cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/914/1/LuisAlvarado_2017_pdf.pdf+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=pe).
- 18.** Macavilca M. El funcionamiento familiar y los estilos de vida de los adolescentes de la Institución Educativa “Juan de Espinosa Medrano 7082. Lima 2013. [Tesis licenciatura], URL disponible en: [cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3657](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3657)
- 19.** Osorio A. Factores que se asocian a los embarazos en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora 2013. Lima. [Tesis licenciatura], Disponible en: [cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3570](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3570)
- 20.** Villanueva G. Ambiente social familiar asociado a embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012. Tacna.2012. [Tesis licenciatura]. Disponible en: [200.37.105.196:8080/.../129\\_2013\\_Godiel\\_Villanueva\\_ERA\\_FACS\\_Ostetricia\\_2013\\_R](http://200.37.105.196:8080/.../129_2013_Godiel_Villanueva_ERA_FACS_Ostetricia_2013_R).

21. Amaya P. Salud familiar y enfermería. Memorias del primer congreso colombiano de salud familiar octubre de 1987 Área de Roll CDROM Universidad Nacional de Colombia. 2008.
22. Bonilla B. Reflexión sobre la familia, boletín cultural y bibliográfico N.8, Vol. XXIII, 1986.
23. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada - un041g.pdf [Datos en línea]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>
24. Mora A. La dimensión cohesión en la vida familiar. [base de datos]. URL disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000157.pdf>
25. Cohesión y adaptación familiar. Escala de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle. URL disponible en: [www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S07179227200300100006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07179227200300100006).
26. Mata E. Estructuras familiares y comportamientos adictivos (2º parte) Eduardo A. Mata Año XV, vol. 12, N°1, Marzo de 2005. [En línea]. Las tipologías de interacción. URL disponible en: [www.alcmeon.com.ar/12/45/03\\_mata.htm](http://www.alcmeon.com.ar/12/45/03_mata.htm)
27. Modelo circumplejo de Olson [Datos en línea] 2009 [Fecha de acceso 25 de octubre de 2016] Disponible en: [dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/572/5/Capitulo%204.pdf](http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/572/5/Capitulo%204.pdf).
28. Armonía familiar [Base de datos] Cátedra de Empresa Familiar [Fecha de acceso 5 de noviembre de 2016] Universidad de Navarra España URL disponible en: [www.iese.edu/es/files\\_html/5\\_40709.pdf](http://www.iese.edu/es/files_html/5_40709.pdf)
29. Zegers B, Larraín M, Polaino A, Alejandro A, Diez I. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell-Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Revista Chilena de Neuro-psiquiatría 2003 [Datos en línea]

Disponible en: [www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272003000100006...sci](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272003000100006...sci).

30. Friedemann M. El marco de organización sistémica. Un enfoque conceptual a familias y enfermería.
31. Condori L. Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana.
32. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. [Datos de internet]. 2017 [citado 23 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>
33. Soto de Jesús M, Contreras M, Becerra M. Los cambios en el proyecto de vida de la adolescente embarazada. Guadalajara. 2015. URL disponible en: [www.adolescenciasema.org/los-cambios-en-el-proyecto-de-vida-de-la-adolescente-em](http://www.adolescenciasema.org/los-cambios-en-el-proyecto-de-vida-de-la-adolescente-em)
34. Navarro H, Pontillo C. Autoestima del adolescente y riesgo de consumo de alcohol, Revista de Enfermería, 2002 Marzo; 5(1):12.
35. Bojanini B, Gómez D. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Revista colombiana de obstetricia y ginecológica 2004 Jun; 55 (2):114-121. URL disponible en: <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-042.pdf>.
36. Hernández C. [datos en línea]. Embarazo en la adolescencia limita el desarrollo personal. URL disponible en: <http://www.salud180.com/jovenes/embarazo-en-la-adolescencia-limita-desarrollo-personal>
37. La primera menstruación, riesgos de la maternidad precoz. [datos de internet]. Feb.2013. URL disponible en: <http://rpp.pe/lima/actualidad/la-primera-menstruacion-riesgos-de-la-maternidad-precoz-noticia-569549>
38. Hidalgo C. Salud Familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1999. p. 212 URL disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3313/1/Urreta\\_pm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3313/1/Urreta_pm.pdf)

- 39.** Royuela P, Rodríguez L, Marugán J, Carbajosa V. Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. 2015 Revista Pediatría en Atención Primaria, 17, 127-136.
- 40.** Mendoza. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Revista chilena de obstetricia y ginecología versión On-line ISSN 0717-7526 Rev. chil. obstet. ginecol. vol.81 no.3 Santiago jun. 2016 URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012>.
- 41.** Cutié J, Laffita A, Toledo M. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70:83-6. Disponible en: [www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775262012000400006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262012000400006)
- 42.** Linares A. Estudio revela que la televisión sí fomenta el sexo precoz. España, [base de datos]. URL disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11918115>
- 43.** Wodtke G. Duración y oportunidad de la exposición a la pobreza vecinal y el riesgo de la paternidad adolescente. Demografía. 2013 Octubre; 50 (5): 10.1007 / s13524 - 013 - 0219 - z. Doi: 10.1007 / s13524 - 013 - 0219 - z PMID: PMC3882124
- 44.** Ibarra L. Psicología del desarrollo. Adolescencia y juventud. Las relaciones con los adultos en la adolescencia y la juventud. En: Domínguez L. Ciudad Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2006:247
- 45.** Hidalgo N, Eliana S, Ramírez T, Andrea K. Comunicación familiar como prevención en embarazos adolescentes del colegio de bachillerato Remigio Geo Gómez Guerrero, del Cantón Huaquillas, 2015. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/4222>
- 46.** Orem D. Enfermería. Conceptos de práctica. Ed. Mosby, Missouri, 1995. URL disponible en: <http://eprints.uanl.mx/6255/1/1080072407.pdf>

- 47.** Gómez C. [Datos de internet]. Prevención del embarazo en adolescentes. Nuevo León. México. URL disponible en: <http://slideplayer.es/slide/1587866/>
- 48.** Características socioeconómicas del hogar y de la vivienda donde residen las adolescentes Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. URL disponible en: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/.../ap03.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/.../ap03.pdf).
- 49.** Barrozo M, Pressiani G. Embarazo adolescente entre 12 y 19 años San Martín, Mendoza, [Tesis licenciatura]. 2011. URL disponible en: [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/5989/barrozomariela.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5989/barrozomariela.pdf)
- 50.** Castro M. Modelos y teorías de enfermería para la atención a la familia. 2004 Cuba. [Fecha de acceso 27 de setiembre de 2012] Disponible en: [gSDL.bvs.sld.cu/.../library?...0enfermeria...enfermeria](http://gSDL.bvs.sld.cu/.../library?...0enfermeria...enfermeria).
- 51.** Malpica A. Cuidados de Enfermería en adolescente embarazada con déficit de autocuidado basada en la teoría de Dorotea Orem. Carabobo. Venezuela. <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4785/1/Cuidados-de-Enfermeria-en-adolescente-embarazada-con-deficit-de-autocuidado-basada-en-la-teoria-de-Dorotea-Orem.html>
- 52.** Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAI) 2002– 2010. p, 34.
- 53.** OMS. Boletín de la organización mundial para la salud. Embarazo en adolescentes un problema cultural complejo, junio 2009. URL disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/291>

## BIBLIOGRAFIA

- ❖ Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 30(3):471-9.
- ❖ Hernández J, Valdés M, González M, María Y, Pérez P, Aurora M. Factores influyentes en la primiparidad precoz en Santa Cruz del Norte durante 10 años. Rev. Cuba Med Gen Integral. Marzo de 2014; 30(1):36-47
- ❖ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2014.
- ❖ Jiménez A, Granados J, Rosales R. Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. Salud Pública México. 59 (1):11-8.
- ❖ Villalobos A, Campero L, Suárez L, Atienzo E, Estrada F, De la Vara E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Salud Pública 57(2):135-43. México.
- ❖ Amaya P. Salud familiar y enfermería. Memorias del primer congreso colombiano de salud familiar octubre de 1987 Área de Roll CDRUM Universidad Nacional de Colombia. 2008.
- ❖ Bonilla B. Reflexión sobre la familia, boletín cultural y bibliográfico N.8, Vol. XXIII, 1986.
- ❖ Cohesión y adaptación familiar. Escala de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle.
- ❖ Mata E. Estructuras familiares y comportamientos adictivos (2º parte) Eduardo A. Mata Año XV, vol. 12, N°1. Las tipologías de interacción.
- ❖ Zegers B, Larraín M, Polaino A, Alejandro A, Diez I. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell-Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Revista Chilena de Neuro-psiquiatría.

- ❖ Condori L. Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana.
- ❖ Navarro H, Pontillo C. Autoestima del adolescente y riesgo de consumo de alcohol, Revista de Enfermería, 2002 Marzo; 5(1):12.
- ❖ Bojanini B, Gómez D. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Revista colombiana de obstetricia y ginecológica 2004 Jun; 55 (2):114-121.
- ❖ Royuela P, Rodríguez L, Marugán J, Carbajosa V. Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. 2015 Revista Pediatría en Atención Primaria, 17, 127-136.
- ❖ Mendoza L, Claros D, Peñaranda C. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Revista chilena de obstetricia y ginecología versión On-line ISSN 0717-7526 Rev. chil. obstet. ginecol. vol.81 no.3 Santiago jun. 2016.
- ❖ Cutié J, Laffita A, Toledo M. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70:83-6.
- ❖ Ibarra L. Psicología del desarrollo. Adolescencia y juventud. Las relaciones con los adultos en la adolescencia y la juventud. En: Domínguez L. Ciudad Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2006:247
- ❖ Orem D. Enfermería. Conceptos de práctica. Ed. Mosby, Missouri, 1995.

# **ANEXOS**





			<p><b>Factores del entorno.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Permanece solas mucho tiempo.</li> <li>❖ Información sobre educación sexual.</li> <li>❖ Nivel educativo</li> <li>❖ Dependencia económica.</li> <li>❖ Empleo</li>   <li>✚ Conflictos en el hogar</li> <li>✚ Comunicación con los padres.</li> <li>✚ Familia monoparental.</li> <li>✚ Capacidad de autocuidado</li> <li>✚ Ocupación del jefe de hogar.</li> <li>✚ Hacinamiento.</li> </ul>
--	--	--	-------------------------------------	---

## **ANEXO 2**

### **CUESTIONARIO**

**INTRODUCCION:** Buenos días mi nombre es Marilyn Ysabel Canelo Quijaite, Bachiller de Enfermería de la Universidad Privada “San Juan Bautista”, la presente encuesta está dirigida a las adolescentes embarazadas, para verificar la Funcionalidad familiar y los factores que intervienen en el embarazo precoz para lo cual es importante que responda Ud. A las siguientes preguntas formuladas.

#### **DATOS GENERALES:**

##### **1. Edad**

- a) 13 -15 años
- b) 16-17 años
- c) 18 a 19 años

##### **2. Estado civil:**

- a) Soltera.
- b) Casada.
- c) Conviviente.

##### **3. Con quien vive actualmente:**

- a) Padres.
- b) Pareja.
- c) Padres y pareja
- d) Otros familiares.

## CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO

### VARIABLE: FUNCIONALIDAD FAMILIAR (Olson, Russell, Sprenkle)

Nº	COHESIÓN FAMILIAR	SI	A/V	NO
		3	2	1
1	Los miembros de su familia se sienten muy cercanos unos a otros.			
2	Los miembros de su familia se piden ayuda mutuamente.			
3	Los miembros de su familia asumen las decisiones que se toman de manera conjunta como familia.			
4	Los miembros de su familia se consultan unos a otros sus decisiones.			
5	En su familia hacen cosas juntas.			
6	En su familia se reúnen todos juntos en la misma habitación (sala, cocina).			
7	A los miembros de su familia les gusta pasar sus tiempos libres juntos.			
8	Los miembros de su familia comparten intereses y hobbies.			
9	La unidad familiar es una preocupación principal.			
10	Los miembros de su familia se apoyan unos a otros en los momentos difíciles.			
Nº	ADAPTABILIDAD	3	2	1
1	Cuando hay que resolver problemas, en la familia se siguen las propuestas de los hijos.			
2	En su familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa.			

<b>3</b>	En cuanto a la disciplina, se tiene en cuenta su opinión (normas, obligaciones)			
<b>4</b>	Cuando surgen problemas, en la familia negocian para encontrar una solución.			
<b>5</b>	Los miembros de su familia dicen lo que quieren libremente.			
<b>6</b>	En su familia se intentan nuevas formas de resolver los problemas.			
<b>7</b>	A su familia le resulta fácil expresar sus opiniones			
<b>8</b>	En la familia todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares importantes.			
<b>9</b>	Los padres y los hijos hablamos juntos sobre el castigo.			
<b>10</b>	Los miembros de la familia comentamos los problemas y nos sentimos muy bien con las soluciones encontradas.			

## **FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES**

### **Factores individuales:**

- 1. ¿Tienes dificultad para planear proyectos a largo plazo?**
  - a) Sí., bastante
  - b) Algunas veces
  - c) No
  
- 2. ¿Te sientes inferior a otras personas?**
  - a) Sí.
  - b) A veces, por algunas circunstancias
  - c) No
  
- 3. ¿Sientes confianza en tu persona?**
  - a) Si bastante.
  - b) Algunas veces
  - c) No
  
- 4. ¿A qué edad le vino su menstruación?**
  - a) 10 - 12 años.
  - b) 13 - 15 años.
  - c) 16 años
  
- 5. ¿Tienes familiares que han tenido hijos cuando eran adolescentes?**
  - a) Sí, mi mamá, tías
  - b) No
  
- 6. ¿Tienes familiares que consumen alcohol y/o drogas?**
  - a) Si, consumen alcohol y/o drogas
  - b) No consumen.

**7. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?**

- a) Solo 1
- b) 2
- c) Más de 3

**Factores socioculturales**

**8. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?**

- a) 12 - 14 años
- b) 15 – 16 años
- c) 17 - 19 años.

**9. ¿Asistes a los servicios de planificación familiar?**

- a) Si siempre
- b) A veces
- c) No asisto

**10. ¿Asistes a lugares de esparcimiento y distracción acompañada de tus padres y familiares?**

- a) Si siempre
- b) A veces, cuando tienen tiempo.
- c) No asisto, mis padres no tienen tiempo por su trabajo.

**11. ¿Ves programas en la TV donde se observa a los adolescentes acariciándose?**

- a) Sí, siempre
- b) A veces
- c) No acostumbro

**12. ¿Permaneces mucho tiempo sola en el hogar porque tus padres pasan el día trabajando fuera del hogar?**

- a) Si siempre
- b) A veces
- c) No

**13. ¿Has recibido información por parte de un profesional de la salud sobre sexualidad y paternidad responsable?**

- a) Sí, he recibido información
- b) Algunas veces
- c) No, no he recibido.

**14. ¿Cuál es el nivel educativo que has alcanzado?**

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior y/o técnico universitario.

**15. ¿Actualmente dependes económicamente de tus padres y/o pareja?**

- a) Si dependo económicamente de ellos.
- b) Algunas veces recibo apoyo de ellos por mis estudios.
- c) No dependo económicamente.

**16. ¿Actualmente cuentas con un empleo?**

- a) Sí, tengo un empleo estable.
- b) Algunas veces laboro
- c) No trabajo

#### **Factores del entorno**

**17. ¿Existen conflictos en tu hogar? (peleas, discusiones, etc.)**

- a) Si, casi siempre discuten en el hogar.
- b) Algunas veces.
- c) Predomina la armonía.

**18. ¿La comunicación con tus padres es?:**

- a) Abierta y fluida.
- b) Pocas veces conversamos
- c) Casi nunca lo hacemos por cuestiones del trabajo

**19. ¿Creciste con tus padres?**

- a) Si
- b) No

**20. ¿Tu edad ha intervenido en la capacidad personal para cuidar de ti mismo?**

- a) Si siempre
- b) A veces
- c) No

**21. ¿El jefe de hogar tiene trabajo estable?**

- a) Si
- b) No

**22. ¿Cuántas personas duermen en el dormitorio de tu hogar?**

- a) 1
- b) 2
- c) Más de 3 personas

**Muchas gracias**

### ANEXO 3

#### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	N° DE JUEZ					P
	1	2	3	4	5	
1. El instrumento responde al planteamiento del problema	1	1	1	1	1	0.031
2. El instrumento responde a los objetivos a investigar	1	1	1	1	1	0.031
3. Las preguntas planteadas miden al problema planteado	1	1	1	1	1	0.031
4. La estructura que presenta el instrumento es secuencial	1	1	1	1	1	0.031
5. Los términos utilizados son comprensibles	1	1	1	1	1	0.031
6. Las preguntas son claras	1	1	1	1	1	0.031
7. El número de preguntas es adecuado	1	1	1	1	1	0.031

$$P = \frac{\sum p}{N^{\circ} \text{ de items}} = 0.217/7 = 0,031$$

**P= 0.217/7**

**P = 0.031**

**P < 0.05**

El grado de concordancia es significativo por lo tanto el instrumento es válido.

## ANEXO 4

### TABLA DE CÓDIGO DE DATOS GENERALES Y RESPUESTAS

<b>EDAD</b>	<b>ITEMS</b>
13-15 años	1
16 - 17 años	2
18- 19 años	3
<b>ESTADO CIVIL</b>	
Soltera	1
Casada	2
Conviviente	3
<b>CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE</b>	
Padres	1
Pareja	2
Padres y pareja	3
Otros familiares	4

<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>		
<b>SI</b>	<b>A VECES</b>	<b>NO</b>
<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

<b>FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ</b>			
<b>ITEMS</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>-</b>
<b>6</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>-</b>
<b>7</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>8</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>9</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>10</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>11</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>12</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>13</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>14</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>15</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>16</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>17</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>18</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>19</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>-</b>

<b>20</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>21</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>-</b>
<b>22</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

## ANEXO 5

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE ALFA DE CRONBACH DE LA VARIABLE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó el cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach, que se lleva a cabo mediante la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total, considerando la siguiente fórmula.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

$S_i^2$ : La suma de la varianza de cada ítems.

$S_t^2$ : La varianza del total

K : el número de ítems.

Usando el software estadístico Excel, se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de fiabilidad:

$$\frac{20}{20-1} \left( 1 - \frac{8.50}{21.5} \right)$$

(1,05) (1- 0,39)

(1,05) (0,61)

Alfa de Cronbach: 0,64

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1, por lo tanto el instrumento es medianamente confiable.

## **CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DEH ALFA DE CRONBACH DE LA VARIABLE FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ.**

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó el cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach, que se lleva a cabo mediante la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total, considerando la siguiente fórmula.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

$S_i^2$ : La suma de la varianza de cada ítems.

$S_t^2$ : La varianza del total

K : el número de ítems.

Usando el software estadístico Excel, se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de fiabilidad:

$$\frac{22}{22-1} \left( 1 - \frac{13.10}{50.20} \right)$$

(1,04) (1- 0,26)

(1,04) (0,75)

Alfa de Cronbach: 0,74

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1, por lo tanto el instrumento es altamente confiable.

## ANEXO 6

### TABLA MATRIZ DE LA PRIMERA VARIABLE

FUNCIONALIDAD FAMILIAR																										
DATOS GENERALES				COHESION FAMILIAR											ADAPTABILIDAD											
N°	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ST	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ST	T
1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	11	24
2	2	1	3	1	1	1	1	1	2	3	3	3	2	18	1	1	2	3	3	2	3	1	1	2	19	37
3	2	1	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	13	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	15	28
4	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	19	1	2	3	2	3	2	3	2	2	2	22	41
5	2	3	4	1	1	2	2	2	1	3	1	3	3	19	1	1	2	2	2	2	3	1	2	2	18	37
6	1	1	1	3	2	2	2	3	2	2	3	2	3	24	3	2	2	2	1	2	3	3	3	3	24	48
7	1	1	1	3	2	2	3	3	3	3	2	2	1	24	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	25	49
8	3	3	3	2	3	2	2	2	2	1	1	1	1	17	2	1	1	1	2	2	1	1	3	3	17	34
9	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	19	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	17	36
10	2	1	3	1	2	2	3	2	3	3	2	3	3	24	1	2	3	3	3	3	3	3	2	2	25	49
11	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	25	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	28	53
12	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	13	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	14	27
13	1	1	1	2	2	3	2	1	3	2	3	1	1	20	2	2	2	2	1	3	2	2	1	1	18	38
14	1	3	1	2	2	3	2	1	2	1	2	1	1	17	2	2	3	2	1	2	1	2	1	1	17	34
15	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	3	18	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3	18	36
16	3	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	22
17	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	3	17	2	1	1	3	1	3	2	2	2	1	18	35
18	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	3	3	18	2	1	1	1	1	2	2	3	1	3	17	35
19	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	18	3	1	3	1	2	2	1	1	2	2	18	36
20	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	12	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	12	24
21	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	3	3	2	19	1	1	2	2	1	1	1	3	3	2	17	36
22	2	1	3	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	13	1	2	2	2	1	1	3	3	3	1	19	32

23	2	3	3	1	1	1	1	2	2	2	3	1	3	17	1	3	3	1	2	2	2	2	1	1	18	35
24	2	3	1	2	3	3	3	1	3	2	2	3	3	25	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	27	52
25	2	3	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	3	18	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	38
26	2	1	1	1	2	1	1	1	2	3	3	3	2	19	1	2	1	3	3	3	3	3	3	2	24	43
27	2	1	3	1	1	1	1	1	2	3	1	1	2	14	1	1	2	2	2	2	3	2	2	2	19	33
28	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	3	17	1	2	1	2	1	1	2	2	3	2	17	34
29	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	19	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	19	38
30	3	1	1	1	1	2	2	2	1	3	1	2	2	17	1	1	2	2	2	1	3	1	2	2	17	34
31	3	1	1	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	25	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	25	50
32	2	3	4	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	25	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	26	51
33	2	3	1	2	3	2	2	2	2	1	1	1	1	17	2	3	2	2	2	2	1	1	1	1	17	34
34	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	19	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	20	39
35	3	3	3	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	20	1	1	2	2	2	2	3	2	2	2	19	39
36	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	27	2	2	2	1	3	3	1	3	3	3	23	50
37	3	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	13	1	1	1	3	2	2	2	2	3	1	18	31
38	2	1	1	2	2	3	2	1	3	2	3	1	1	20	2	2	3	2	1	3	2	3	3	3	24	44
39	2	1	1	2	2	3	2	1	2	1	2	1	1	17	2	2	1	2	1	2	1	2	3	3	19	36
40	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	24	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	25	49
41	1	1	1	2	1	1	3	3	1	1	1	3	1	17	2	1	1	1	3	3	3	1	3	1	19	36
42	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	12	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	14	26
43	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	14	1	2	2	1	1	2	2	3	1	1	16	30
44	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	3	19	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	18	37
45	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	12	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	12	24
46	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	3	2	17	2	2	2	2	1	1	3	2	1	2	18	35
47	3	3	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	13	1	2	2	2	1	1	3	3	3	1	19	32
48	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	14	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	13	27
49	3	1	2	2	3	3	3	1	3	2	2	3	2	24	3	3	3	1	1	3	2	3	3	3	25	49
50	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	17	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	17	34

## TABLA MATRIZ DE LA SEGUNDA VARIABLE

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ																						
FACTORES INDIVIDUALES							FACTORES SOCIOCULTURALES										FACTORES DEL ENTORNO					
N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	3	3	2	2	1	1	2	2	1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	1	2
2	2	3	1	3	1	3	2	3	3	3	2	1	3	1	3	2	2	2	3	2	1	2
3	3	1	2	2	3	3	2	3	1	3	3	3	1	1	2	1	3	2	1	3	1	2
4	3	3	1	3	3	1	2	3	3	2	1	3	1	2	3	1	2	3	1	3	1	2
5	3	3	2	3	3	1	3	3	1	2	3	1	3	2	3	2	3	2	1	3	1	2
6	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2	3	1	3	3	1
7	3	1	1	3	3	3	1	3	2	2	3	3	1	2	3	1	2	2	3	2	1	2
8	2	3	2	3	1	3	2	2	3	3	3	3	1	2	3	1	3	2	3	2	1	2
9	2	3	2	3	1	3	2	1	1	3	3	1	1	2	2	2	2	3	1	3	3	2
10	3	1	2	1	3	1	1	3	1	2	3	1	1	2	2	2	3	2	1	3	1	2
11	3	1	3	2	3	1	2	3	3	2	3	3	1	2	3	2	3	2	1	3	3	1
12	3	3	2	3	3	3	2	3	1	2	2	3	1	2	3	1	2	3	1	1	3	1
13	3	3	2	3	3	1	1	3	2	3	2	3	1	2	2	1	2	2	3	2	1	3
14	2	3	2	3	1	1	3	1	2	3	2	1	1	2	2	2	3	3	1	1	3	2
15	2	3	2	3	1	1	3	1	2	3	2	1	1	2	3	2	1	2	1	2	1	2
16	3	3	2	3	3	3	1	3	2	3	2	3	1	2	3	1	1	2	3	2	1	2
17	3	3	1	3	3	1	3	3	2	3	2	3	1	2	2	1	3	3	1	2	1	1
18	3	3	2	3	3	1	1	3	2	3	2	3	1	2	2	2	3	2	3	2	1	2
19	3	3	2	2	1	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	1	2	1	1
20	2	3	2	1	1	1	3	3	2	3	2	1	3	1	3	1	1	3	1	2	1	1
21	2	3	1	3	3	1	3	2	2	3	2	1	3	1	2	1	3	2	1	2	1	1
22	3	3	2	3	3	3	3	2	1	2	2	3	3	2	2	2	3	2	1	2	1	1
23	3	3	2	3	3	3	3	2	1	2	2	3	3	2	3	3	3	2	1	2	1	3
24	3	3	2	3	1	1	3	1	3	2	2	3	3	2	3	1	3	2	1	2	1	2

25	3	3	2	3	3	1	3	1	2	2	2	3	3	2	2	1	3	2	1	2	1	2
26	3	3	3	3	3	3	2	1	2	2	2	3	3	1	2	3	3	3	1	2	1	2
27	3	1	1	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	1	2	2	1	2	3	2	1	2
28	2	2	2	2	1	1	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	1	2
29	3	2	3	2	1	1	3	2	2	2	2	3	3	2	1	2	3	2	1	2	1	2
30	3	2	1	3	3	3	1	3	2	2	2	3	3	2	1	2	3	3	1	2	1	3
31	3	1	1	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	1	2	3	2	3	2	1	2
32	3	2	2	3	3	1	3	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	1	2	1	2
33	3	2	2	3	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1	1	1	2
34	3	2	2	2	1	3	1	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2	1	2
35	2	1	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2	1	2	3	2	1	2	1	2
36	2	3	1	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2	1	2	3	2	3	2	1	2
37	3	3	1	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	1	2	1	2
38	3	3	1	3	3	1	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	1	2	1	2	1	2
39	3	1	1	3	1	1	2	3	2	3	1	3	3	2	1	2	1	2	1	2	1	2
40	3	2	1	1	3	1	2	3	2	3	1	3	3	2	1	2	2	2	1	2	1	2
41	3	2	3	2	3	1	2	3	2	3	2	1	2	2	1	3	2	2	1	2	1	2
42	3	2	3	2	3	1	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	1	2
43	3	2	1	2	3	1	2	3	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2
44	3	1	1	2	3	1	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2
45	3	1	3	2	3	1	2	3	2	3	2	2	2	1	2	3	2	2	1	1	1	2
46	2	2	1	1	3	1	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	3
47	2	2	1	1	1	1	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	3
48	2	2	1	1	3	1	2	2	3	3	1	2	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2
49	2	2	1	1	3	1	2	2	2	3	1	1	2	1	2	3	2	2	1	2	1	2
50	2	2	1	1	3	1	2	2	2	3	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2

**ANEXO 7**  
**TABLA 2**  
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN COHESIÓN FAMILIAR EN**  
**ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL**  
**SAN JUAN DE DIOS - PISCO**  
**JULIO 2017.**

<b>COHESIÓN FAMILIAR</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
FUNCIONAL (24-30 pts.)	10	20
DISFUNCIONAL (17-23 pts.)	28	56
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL (10-16 pts.)	12	24
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**TABLA 3**  
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN ADAPTABILIDAD EN**  
**ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL**  
**SAN JUAN DE DIOS - PISCO**  
**JULIO 2017.**

<b>ADAPTABILIDAD</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
FUNCIONAL (24-30 pts.)	11	22
DISFUNCIONAL (17-23 pts.)	30	60
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL (10-16 pts.)	9	18
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**TABLA 4**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR GLOBAL EN ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN  
DE DIOS - PISCO  
JULIO 2017.**

<b>GLOBAL</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
FUNCIONAL (48-60 pts.)	11	22
DISFUNCIONAL (34-47 pts.)	27	54
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL (20-33 pts.)	12	24
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**TABLA 5**  
**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ SEGÚN**  
**FACTORES INDIVIDUALES EN ADOLESCENTES**  
**ATENDIDAS EN EL HOSPITAL**  
**SAN JUAN DE DIOS - PISCO**  
**JULIO 2017.**

FACTORES INDIVIDUALES	PREDOMINANTES		POCO PREDOMINANTES		NO PREDOMINANTES	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
	1. Tienes dificultad para planear proyectos a largo plazo	35	70	15	30	-
2. Te sientes inferior a otras personas	25	50	15	30	10	20
3. Siente confianza en tu persona	8	16	22	44	20	40
4. A qué edad le vino la menstruación	30	60	12	24	8	16
5. Tienes familiares que han tenido hijos cuando eran adolescentes	35	70	-	-	15	30

6. Tienes familiares que consumen alcohol y drogas	18	36	-	-	32	64
7. Cuantas parejas sexuales has tenido	12	24	28	56	10	20

**TABLA 6**  
**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ SEGÚN**  
**FACTORES SOCIOCULTURALES EN ADOLESCENTES**  
**ATENDIDAS EN EL HOSPITAL**  
**SAN JUAN DE DIOS - PISCO**  
**JULIO 2017.**

FACTORES SOCIOCULTURALES	PREDOMINANTES		POCO PREDOMINANTES		NO PREDOMINANTES	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
8. Que edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual	30	60	14	28	6	12
9. Asistes a los servicios de planificación familiar	12	24	30	60	8	16
10. Asistes a lugares de esparcimiento y distracción	33	66	17	34	-	-

---

acompañada de tus padres y familiares						
11.Ves programas en la tv donde se observa a los adolescentes acariciándose	9	18	35	70	6	12
12.Permaneces mucho tiempo sola en el hogar porque tus padres pasan el dia trabajando fuera del hogar	28	56	10	20	12	24
13.Has recibido información por parte de una profesional de la salud sobre sexualidad y paternidad responsable.	20	40	16	32	14	28
14.Cual es el nivel educativo que has alcanzado	1	2	39	78	10	20
15.Actualmente dependes económicamente de tus padres y/o pareja	14	28	28	56	8	16
16.Actualmente cuentas con un empleo	9	18	29	58	12	24

---

**TABLA 7**  
**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO PRECOZ SEGÚN**  
**FACTORES DEL ENTORNO EN ADOLESCENTES**  
**ATENDIDAS EN EL HOSPITAL**  
**SAN JUAN DE DIOS - PISCO**  
**JULIO 2017.**

FACTORES DEL ENTORNO	PREDOMINANTES		POCO PREDOMINANTES		NO PREDOMINANTES	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
17. Existen conflictos en tu hogar?	25	50	16	32	9	18
18. La comunicación con tus padres es	11	22	39	78	-	-
19. Crecistes con tus padres	12	24	-	-	38	76
20. Tu edad y tu patrón de vida han intervenido en la adecuación de las capacidades personales para cuidar de ti mismo	7	14	39	78	4	8
21. El jefe del hogar tiene trabajo estable	5	10	-	-	45	90
22. Cuántas personas duermen en el dormitorio de tu hogar	5	10	37	74	8	16

## ANEXO 8

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ he sido invitado a participar en el proyecto de investigación titulado “Funcionalidad familiar y factores que intervienen en el embarazo precoz en adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Dios – Pisco julio 2017,” el cual tiene por objetivo determinar la Funcionalidad familiar y factores que intervienen en el embarazo precoz en adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Dios – Pisco julio 2017.

Sólo tiene que señalar una única respuesta a las preguntas que se le presentan.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, tendré que responder a cuestionarios, lo cual llevará aproximadamente entre 20 y 25 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y de que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del participante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_