

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, CULTURALES  
Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN GESTANTES  
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL  
MOQUEGUA, SETIEMBRE A DICIEMBRE  
DEL 2017

TESIS

Presentada por:

Bach. Williams Hugo Cruz Chambilla

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

TACNA - PERÚ

2018

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA**

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, CULTURALES  
Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN GESTANTES  
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL  
MOQUEGUA, SETIEMBRE A DICIEMBRE  
DEL 2017

TESIS

Presentada por:

**BACH. WILLIAMS HUGO CRUZ CHAMBILLA**

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

Aprobado por; Mayoría ante el siguiente jurado

  
Mgr. Mauro Máximo Robles Mejía  
PRESIDENTE

  
Dr. Eduardo López Villanueva  
MIEMBRO

  
Dr. Jaime Edgar Miranda Benavente  
MIEMBRO

  
Dr. Manuel Ticona Rendón  
ASESOR

## **DEDICATORIA**

*A Dios.*

*Por haberme permitido culminar mí objetivo y por estar conmigo en cada paso  
que doy*

*A mi madre, por darme la vida, por su apoyo incondicional y por enseñarme a  
crecer y a que si caigo debo levantarme*

*A mis queridos hijos. Daniel y Abigail. Por haberme comprendido sin ellos no  
sería una realidad*

*A los docentes de la escuela de Medicina Humana por haberme impartido sus  
conocimientos científicos.*

*A mis amigos que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional*

## **AGRADECIMIENTO**

*Gracias, de corazón a mi asesor Dr. Manuel Ticona Rendón y Dra. Diana Huanco Apaza por haberme brindado su paciencia, dedicación, motivación y aliento. Ha sido un privilegio poder contar con su asesoramiento científico y ayuda.*

*Gracias al personal del Hospital Regional de Moquegua por haberme facilitado para realizar esta investigación*

*Y por encima de todo y con todo mi amor, gracias a los míos por estar incondicionalmente conmigo durante estos años. Siempre. Gracias Olinda y a sus padres.*

*Gracias a las personas que, de una manera u otra, han sido claves en mi vida profesional: en especial a mi socio y amigo del alma Eddy Mayta; chusi y “Zaquita”*

## CONTENIDO

DEDICATORIA .....	i
AGRADECIMIENTO .....	iv
RESUMEN .....	viii
ABSTRACT .....	ix
INTRODUCCIÓN .....	1
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>4</b>
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	11
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION .....	11
1.4. FINALIDAD.....	13
1.5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	14
1.5.1. Objetivo General.....	14
1.5.2. Objetivos Específicos .....	14
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO .....</b>	<b>15</b>
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	15
2.1.1. Antecedentes de investigación internacionales .....	15
2.1.2. Antecedentes de investigación nacionales .....	20
2.1.3. Antecedentes de investigación regionales .....	25

2.2.	FUNDAMENTO TEÓRICO.....	28
2.2.1.	Adolescencia.....	28
2.2.2.	Perfil del adolescente.....	30
2.2.3.	Adolescencia y sexualidad.....	33
2.2.4.	Embarazo en adolescentes.....	34
2.2.5.	La adolescente y la familia.....	36
2.2.6.	Problemas familiares en el embarazo de la adolescente ....	37
2.2.7.	Embarazo no deseado:.....	38
2.2.8.	Abandono escolar:.....	38
2.2.9.	La edad:.....	39
2.2.10.	El estado civil:.....	39
2.2.11.	Procedencia:.....	40
2.2.12.	Ocupación:.....	40
2.2.13.	Grado de instrucción:.....	41
2.2.14.	La familia.....	42
2.2.15.	Propiedades del sistema familiar.....	44
2.2.16.	Tipo de familia.....	45
2.2.17.	Funcionalidad familiar:.....	48
2.2.18.	Funcionamiento familiar.....	48
	<b>CAPITULO III: METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACION.....</b>	<b>52</b>
3.1.	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	52

3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA:.....	52
3.2.1.	Población.....	52
3.2.2.	Muestra.....	53
3.2.3.	Tamaño muestral :.....	53
3.2.4.	Unidad de análisis .....	54
3.2.4.1.	Criterios de inclusión:.....	54
3.2.4.2.	Criterios de exclusión:.....	55
3.3.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	55
3.3.1.	Variable Independiente.....	55
3.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	59
3.5.	PROCESAMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	61
	<b>CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>63</b>
4.1.	RESULTADOS.....	63
4.2.	DISCUSIÓN Y ANALISIS.....	107
	RECOMENDACIONES.....	125
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	127
	ANEXOS.....	142

## RESUMEN

El embarazo en adolescentes se ve influenciado por factores socioeconómicos, culturales y familiares. **Objetivo:** Determinar características socioeconómicas, culturales y funcionalidad familiar en gestantes adolescentes del H.R.M de setiembre a diciembre del 2017.

**Material y métodos:** Investigación cuantitativa, diseño descriptivo, corte transversal; muestra (56 gestantes adolescentes). **Resultados:** El 58.93% son solteras; 85,71% amas de casa, 62,50% nacieron en Moquegua; 37,50% abandonó sus estudios por gestación, 50,00% hijas mayores, 78,57% tuvo dos parejas, 92,86% su embarazo no fue deseado, 98.21% con ingreso económico mínimo vital, 87.50% con SIS, 51.79% religión católica. 75.00% IRS a los 13 a 16 años, 55.36% con secundaria incompleta, 42,86% con antecedente familiar de embarazo precoz, 62.50% con habito nocivo. Las gestantes adolescentes presentaron disfunción severa con un 50% (área de adaptación), 57,14% (área de participación), 46,43% (área de crecimiento), 48,48% (área de afecto) y un 50% (área de recursos). **Conclusión:** Las gestantes adolescentes presentaron diversas características socioeconómicas y culturales. El 80.36% con disfunción familia moderada y severa.

**Palabras Clave:** características socioeconómicas, culturales, funcionalidad familiar, gestantes adolescentes.

## **ABSTRACT**

Adolescent pregnancy is influenced by socioeconomic, cultural and family factors. Objective: To determine socioeconomic, cultural and family functionality characteristics in pregnant women of H.R.M from September to December 2017. Material and methods: Quantitative research, descriptive design, cross-section; sample (56 pregnant teenagers). Results: 58,93% are single; 85.71% housewives, 62,50% were born in Moquegua; 37,50% left their studies for pregnancy, 50.00% older daughters, 78,57% had two couples, 92.86% their pregnancy was not wanted; 98,21% with minimum vital income, 87.50% with SIS, 51.79% Catolica religion. 75,00% IRS at 13 to 16 years, 55.36% with incomplete secondary, 42.86% with a family history of early pregnancy, 62.50% with harmful habit. Pregnant adolescents presented severe dysfunction with 50% (adaptation area), 57.14% (participation area), 46.43% (growth area), 48.48% (area of affection) and 50% (area of participation). resource area). Conclusion: Adolescent pregnant women presented diverse socioeconomic and cultural characteristics. 80,36% with moderate and severe family dysfunction.

**Keywords:** socio-economic, cultural characteristics, family functionality, adolescent pregnant women.

## INTRODUCCIÓN

Desde tiempos remotos se ha concebido la unidad familiar como factor clave en el crecimiento y normal desarrollo de las personas, es a través de ella como el adolescente trata de reconocerse a sí mismo y apropiarse de su proyecto de vida; de manera tal que cualquier suceso que altere la dinámica familiar puede obstaculizar el sano desarrollo de los adolescentes. <sup>(1)</sup>

Según la OMS/OPS, señala que el embarazo adolescente es un problema culturalmente complejo, es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las niñas a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas. Se estima que en el mundo 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y 19 años dan a luz cada año, la mayoría se producen en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe, el 18% de los nacimientos son de madres de 15 a 19 años. Por otra parte, se estima que del total de abortos inseguros en la región, el 15% se producen entre las adolescentes. A su vez cada año hay 1,2 millones de embarazos no planificados en adolescentes, 51% de los cuales ocurren en adolescentes no casadas.

Durante los últimos años se ha reconocido cada vez más la importancia que tiene el núcleo familiar en la comprensión y tratamiento de enfermedades, Ahora, bien es claro saber que el funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. En ese sentido, Si la familia cumple o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.

La familia peruana presenta múltiples características. Generalmente apreciamos al tratar de encontrar una caracterización única que esta es muy difícil, ya que la realidad familiar es multiforme. Se aprecia una amplia gama, que va desde los que tienen una base matrimonial hasta las familias de tipo convivencial. También se encuentran familias producto de relaciones eventuales y múltiples uniones, madres solteras, familias incompletas debido a rupturas conyugales, etc. Esto varía de acuerdo a la

región geográfica, a la cultura, a la economía y a lo social, factores que se interrelacionan, generando problemáticas específicas y concretas. <sup>(2)</sup>

A consecuencia de los cambios ocurridos en la formación y disolución de las familias y en la inserción laboral de las mujeres, las bases del modelo “parsoniano” fueron seriamente cuestionadas, tornando inviable la existencia de un modelo único de familia. Al lado de la familia nuclear “tradicional”, comenzaron a cobrar relevancia numérica y social, las familias monoparentales y las familias “reconstituidas o ensambladas”. <sup>(3)</sup>

Actualmente, en el país se observan cambios respecto al modelo tradicional de familia, fundamentado en las relaciones que se establecen por el medio sociocultural, por las expectativas que elaboran sus miembros, por su estructura, funcionamiento y estabilidad. Los mecanismos adaptativos que se desarrollan hoy no indican la extinción de la familia, sino que varía su tipología, normas, estilos de relación y estrategias.

Debido a las anteriores consideraciones se plantea la presente investigación que pretende: Determinar las características socioeconómicas, culturales y funcionalidad familiar en gestantes adolescentes que fueron atendidas por consulta externa y en el servicio de hospitalización del Hospital Regional de Moquegua.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

El embarazo en adolescentes, sea planeado o no, continua siendo un problema de salud pública mundial con un incremento reciente de sus cifras de incidencia, son indiscutibles las repercusiones de los factores de riesgo a los que se enfrentan, representando un compromiso negativo en su vida, y más aun involucrando la familia y a la sociedad. Estos embarazos se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, y a la vez especialmente las adolescentes por su escasa maduración psicológica, muestran rebeldía, problemas y enfrentamientos con los integrantes de la familia. En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas, como retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros. <sup>(4)</sup>

Las niñas adolescentes tienen más probabilidades de iniciar

tempranamente su vida sexual, pero también menos probabilidades de usar métodos anticonceptivos. El embarazo precoz, un resultado frecuente del matrimonio a temprana edad, incrementa los riesgos derivados de la maternidad. <sup>(5)</sup>

La Organización Panamericana de la Salud, considera que la mortalidad materna representa un grave problema de salud pública y, en la mayoría de los casos, se debe a causas evitables, además es considerado como un indicador de desigualdad y rezago social, ya que es en los países y zonas de menor desarrollo económico social y cultural, en donde las mujeres pobres son las que tienen mayor riesgo de morir por estas causas. <sup>(6)</sup>

El embarazo precoz limita que las niñas logren un desarrollo personal de acuerdo a sus potencialidades. Es más probable que las madres adolescentes entre 10 y 20 años abandonen sus estudios, a que las madres entre 20 a 24 años lo hagan. También tiene un efecto con respecto al empleo, y los estudios han mostrado que madres adolescentes de 10 a 20 años tienen menor probabilidad de tener empleo, que las madres de 20 a 24 años. <sup>(7)</sup>

En América Latina, los nacimientos de mujeres adolescentes representan entre 15 y 20,0% del total; de ellos, el 70,0% corresponde a gestaciones no planeadas. En México, en el año 2015, del total de fallecimientos durante el embarazo, el parto o el puerperio, el 29,7% se deben a afecciones obstétricas indirectas, es decir enfermedades preexistentes, agravadas por efectos fisiológicos del embarazo, los trastornos hipertensivos con 21,2% son la segunda causa de muerte, seguida del 16,1% de complicaciones en el trabajo de parto y del parto, 9,3% embarazos terminados en abortos, así como 9,3% por problemas relacionados con el feto y la cavidad amniótica, 8,6% por complicaciones relacionadas con el puerperio y 5,8% a trastornos del embarazo; presentándose con mayor frecuencia en entidades donde la desigualdad y el rezago social están más presentes. Las ciudades en que se reportó la mayor cantidad de muertes maternas, por cada 100,000 nacimientos, son 68,5% en Chiapas y 66,9% Nayarit, siendo las únicas con más de 65 muertes. <sup>(8)</sup>

En consecuencia podemos observar proporciones alarmantes en la incidencia del embarazo en adolescentes, siendo un problema de salud pública que afecta principalmente a América Latina, donde resultan siendo perjudicados no solo la gestante adolescente sino

también su familia y la sociedad, puesto que este problema social da origen a un sinnúmero de adversidades como: mayores riesgos de salud perinatal, obstáculos para la formación escolar y laboral, desventajas en las perspectivas de vida de progenitores y la mayor probabilidad que presentan de ser madres solteras.

Un informe de la INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) de México reveló que el 7.8% de las mujeres de 12 y más años tienen al menos un hijo nacido vivo, el 27,8% ejercen su maternidad sin pareja, de ellas, 6,5% son madres solteras y en el cuarto trimestre del 2016 la tasa de participación económica de mujeres de 15 y más años con al menos un hijo nacido vivo es de 43,4%. <sup>(9)</sup>

Según el Instituto Nacional de Estadística Demográfica, en el 2014, concluye que las madres adolescentes de hogares que se encuentran en pobreza, pobreza extrema, se encuentran en una condición de vulnerabilidad incluyendo a sus hijos, evidencia hogares disfuncionales con niños que no asisten a la escuela, con más de tres personas por cuarto para dormir, que habitan en ranchos, carpas, que presentan inaccesibilidad al agua potable o a los servicios de eliminación de excretas, con jefes de familia cuya escolaridad es

deficiente. <sup>(10)</sup>

Actualmente en nuestro país, se registran cifras donde la edad de 15 a 19 años, el 13,2% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,8 % eran madres y el 2,4 % estaban gestando por primera vez.

(11)

Según el RENIEC, cada día 15 niñas de entre 11 y 15 años se convierten en madres en el Perú, poniendo en riesgo su salud y su futuro. En 2015, dieron a luz 1,538 niñas de entre 11 y 14 años y 3,950 de 15 años. Los mayores registros ocurrieron en la selva (40% en promedio) y en los departamentos de la costa del Perú (Tumbes, Tacna, Ica y Lambayeque).

En el Perú, el embarazo adolescente es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los adolescentes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. Las adolescentes que asumen la maternidad tienen mayor probabilidad de tener un parto prematuro, amenazas de aborto, infecciones vaginales, sangrados, pre-eclampsia, eclampsia, anemia e incluso presentar otras complicaciones que podrían llevarla a la muerte. Entre las consecuencias sociales originadas se encuentra el rechazo por parte

de la familia, existe también conflictos de autoaceptación como mujer, por los cambios corporales, las nuevas funciones y sensaciones que experimenta; en muchos casos la adolescente embarazada está aún en el colegio y tiene que abandonar sus estudios para trabajar, o dejar de asistir por los prejuicios, presiones de sus compañeros, profesores y/o padres de familia que no comprenden esta situación. Las responsabilidades aumentan y los sueños, planes de las y los adolescentes que esperan un hijo/a, pueden quedar postergados. <sup>(12)</sup>

Cuando el funcionamiento familiar se altera debido a situaciones emergentes o a la presencia de un miembro identificado con el padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual (cada miembro de la familia), grupal (la familia como un todo) y social (las relaciones del grupo con su entorno).<sup>(13)</sup>

El embarazo en las adolescentes es un problema social que en los últimos años se ha incrementado en la región Moquegua en un 15%, en edades comprendidas entre los 14 y 15 años; según datos estadísticos manejados por el Ministerio de Salud. Este es un dilema grave porque una adolescente embarazada trunca su proyecto de

vida, en muchos de los casos abandona el colegio perdiendo la oportunidad de acceder a mejores oportunidades y es además un problema de salud pública: una adolescente no está física ni psicológicamente preparada para enfrentar el embarazo, el parto ni la crianza. Una madre adolescente es una niña criando otro niño. <sup>(14)</sup>

En el año 2014, se tiene 11 defunciones perinatales, de los cuales 3 son neonatales y 8 son fetales y dan una Tasa de 4,08 defunciones perinatales por 1000 nacidos vivos; la mortalidad han ocurrido en los distritos de Ilo con 6 casos, 3 en Moquegua, 1 en San Cristóbal y 1 en El Algarrobal; siendo los Hospitales de Moquegua e Ilo los que aportan la mayor cantidad de defunciones perinatales. <sup>(15)</sup>

Por lo expuesto podemos ver que el embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud pública, porque generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común; o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la madre soltera, que se configura como una cadena, la cadena de la pobreza. Es así, que es necesaria la intervención de profesional médico en el primer nivel

de atención, en promoción y prevención de salud, y por la problemática expuesta es que nos hacemos la siguiente interrogante.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Los hechos descritos permiten plantear la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las características socioeconómicas, culturales y el grado de funcionalidad familiar en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Moquegua, de setiembre a diciembre del 2017?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION**

En la actualidad se ha visto el incremento de la prevalencia de los embarazos que ocurren en adolescentes, tienen repercusiones de consideración, ya sean biológicas, obstétricas, socioeconómicas, culturales y funcionalidad familiar, las cuales representan mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño; la edad reproductiva de las madres, juega un papel predisponente en la posibilidad latente de tener un recién pre termino, presencia de complicaciones perinatales, que la adolescente asuma rol de madre a temprana edad, se inserte en el mundo laboral en condiciones salariales bajas, enfrentar problemas

psicológicos por experimentar en algunos casos rechazo de la pareja y de la familia.

La adolescencia es un período de vida con necesidades específicas de salud y de derechos; de igual modo, es un tiempo para desarrollar conocimientos y habilidades, aprender a manejar las emociones y las relaciones, adquirir los atributos que serán fundamentales para disfrutar de los años de la adolescencia y en futuro muy cercano asumir roles adultos. <sup>(16)</sup>

El embarazo temprano en adolescentes ocasiona en algunas oportunidades alteración de la dinámica familiar, de las relaciones familiares como: afecto, autoestima bajo, apoyo e interés familiar, en el ámbito educativo deserción escolar; la pareja no asume responsabilidad, obligaciones económicas nuevas; siendo un riesgo en potencia para la madre y el recién nacido. <sup>(17)</sup>

El conocimiento sobre el funcionamiento de la familia y de las gestantes adolescentes requiere ser estudiado puesto que buena parte de la evolución del individuo sucede en la adolescencia y que cada familia o grupo de familias tiene rasgos, formas y recursos para

resolver sus crisis. Para el personal de salud, resulta un campo enriquecedor el conocer profundamente los fenómenos que se dan en medio del seno familiar y afectan la funcionalidad familiar, especialmente en etapas críticas para el desarrollo de las familias, ya que a través de su conocimiento se pueden generar estrategias que favorezcan el mantenimiento de la salud de las mismas.

#### **1.4. FINALIDAD**

El MINSA considera que uno de los lugares donde se debe realizar las acciones de promoción de la salud de las y los adolescentes es “la familia”; que es la primera instancia llamada a contener, apoyar y promover la salud de sus miembros y desde la cual se debe fortalecer la construcción de entornos saludables.

La presente investigación pretende fomentar el desarrollo de nuevas investigaciones, así como servir de guía para que las instituciones públicas y privadas que velan por la salud de los adolescentes asuman un rol preventivo en este gran problema social; con el objetivo de que más adelante podamos tener una sociedad con jóvenes que tengan proyectos de vida, que puedan constituirse mejores familias y así formar una sociedad distinta; para finalmente contribuir con los

objetivos del milenio.

## **1.5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **1.5.1. Objetivo General**

Determinar las características socioeconómicas, culturales y funcionalidad familiar en gestantes adolescentes del Hospital Regional Moquegua de setiembre a diciembre del 2017

### **1.5.2. Objetivos Específicos**

- Identificar las características sociales en gestantes adolescentes del Hospital Regional Moquegua setiembre a diciembre del 2017
- Identificar las características económicas en gestantes adolescentes del Hospital Regional Moquegua setiembre a diciembre del 2017
- Identificar las características culturales en gestantes adolescentes del Hospital regional Moquegua setiembre a diciembre del 2017
- Identificar el grado de funcionalidad familiar de la población de estudio en las dimensiones de adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **2.1.1 Antecedentes de investigación internacionales**

**Quintino Pérez** <sup>(18)</sup>. En el Informe del Embarazo en adolescentes en México 2005-2014. En la encuesta se preguntó directamente por la ocupación principal que desempeñaban las adolescentes al momento de la primera unión. Al respecto, se observa que 61.2% estudiaba al momento de unirse o casarse, 21% tenía un trabajo asalariado y 11% sólo estaba en su casa (no estudiaba ni trabajaba).

**Ochoa Saldarriaga C.A., Moncada Patiño J.E. y Vásquez Patiño D.**, <sup>(19)</sup> en el año 2015, en Colombia, realizaron la investigación sobre Factores biológicos, socioeconómicos y culturales asociados con el embarazo en adolescentes. Los factores, son más frecuentes al comenzar una vida sexual activa, que además está acompañado también de un nivel socioeconómico bajo, y poca

información sobre la sexualidad. También el poco consejo y conocimientos de sus padres sobre este tema, hace que las adolescentes en embarazo sean más vulnerables y susceptibles a concebir un embarazo o un embarazo no deseado. Esto debido a que los padres no les interesan hablar sobre el tema de sexualidad y métodos de anticoncepción, además de las enfermedades que esto conlleva a él no cuidado y protección en las relaciones sexuales. Se debe tener en cuenta cuales son las consecuencias que puede presentar una adolescente en embarazo a nivel personal, familiar, socioeconómico y culturales, a las que se verán enfrentadas al tener un embarazo o un embarazo no deseado, ni planificado en la temprana juventud.

**Calderón, I. y col.** <sup>(20)</sup> Efectúan la investigación “Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud” en “Cuba” con el objetivo de determinar la relación entre la disfunción familiar y el embarazo en 58 adolescentes gestantes, realizan un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, en el cual se observa que el 62% de la población tienen entre 15 y 18 años, seguido del 34.5% de 19 años, y por último el 3,4% entre 12 y 14 años, según el APGAR familiar modificado se obtiene como

resultado que 65.5% de familias tenían disfuncionalidad y el 34.5% eran funcionales.

**Castellón, H.** <sup>(21)</sup> Realizó la investigación titulada “Caracterización de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes en una comunidad urbana del Municipio de Malambo – Atlántico” en “Colombia” que tiene como objetivo describir el funcionamiento familiar en 80 familias con adolescentes gestantes, para ello realiza un estudio descriptivo de corte transversal, mediante la aplicación de dos instrumentos: Ficha Sociodemográfica y Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E), obtiene como resultado que a nivel del funcionamiento familiar, predomina el nivel intermedio con un 63.75 %, seguido por un nivel alto con un 23.75% y un nivel bajo de 12.5%.

**Burgos Campos C.A., Dote Poblete E.J., Gajardo Gangas, M.Á., Miño Lagos J.C.,** <sup>(22)</sup> en el año 2012, en Chile, realizaron la tesis sobre Relación entre funcionamiento familiar y factores sociodemográficos y familiares en madres adolescentes de establecimientos educacionales técnico-profesionales de Chillán. Los resultados demostraron que, el 60,29% provenía de una familia

funcional, el 50,0% pertenecía a familias nucleares biparentales, el 50,0% de los jefes de hogar poseían estudios medios, el 50,0% pertenecía al nivel socioeconómico medio bajo (D), el 77,9% de las madres manifestó no haber repetido, el 52,9% señaló profesar la religión católica, el 67,6% indicó normas de crianza democráticas, el 72,1% declaró la presencia afectiva del progenitor, el 61,7% manifestó la ausencia de antecedentes de embarazo precoz, el 58,8% indicó como principal red de apoyo a los padres, el 60,2% señaló que no existía consumo de alcohol y/o drogas y el 80,8% no indicó presencia de violencia. Sólo se observó una débil relación entre el funcionamiento familiar, la repitencia y la violencia, estableciéndose que ambas aumentan el riesgo de disfunción familiar.

**Arias, C y col.** <sup>(23)</sup> También en el año 2012, realizaron una investigación sobre “Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales” (Colombia) con el objetivo de analizar el funcionamiento familiar y factores relacionados, en 190 adolescentes embarazadas entre los 12 y 21 años de edad; utilizaron un estudio de corte transversal y los instrumentos fueron una

encuesta y el APGAR familiar. Los resultados más relevantes son que el promedio de edad de las entrevistadas era de 18 años; y que el 72,1% de la población presentó disfuncionalidad familiar severa.

**Cruz Quintanilla J.,** <sup>(24)</sup> en el año 2012, en México, realizó la tesis sobre Funcionalidad familiar en la adolescente con embarazo. La edad promedio del embarazo fue de 18 años, la escolaridad el 50,0% de nivel bachillerato, 76,5% solteras, respecto a la composición familiar el 40,0% de tipo nuclear, 41,0% con integrantes de 1 a 3, adolescente con 3 gestaciones a la edad de 19 años. Existe el predominio de familias caóticas en el área de adaptabilidad y semi relacionada en la comunicación.

**Hermoza, D.** <sup>(25)</sup> Realizó un estudio denominado “Estructura y funcionalidad familiar de las adolescentes de 14 a 19 años con embarazo de la provincia de Orellana” en “Ecuador” que tiene como objetivo averiguar la relación entre el tipo de familia, su funcionamiento con el embarazo precoz y la repetición del mismo, en 40 adolescentes embarazadas, utiliza un estudio correlacional no experimental, con método deductivo, de diseño cuanticualitativo. Obtiene como resultado que el 77% tuvo una familiar embarazada

cuando era adolescente, en el APGAR familiar se observa que el 65% de las adolescentes proceden de familia disfuncional, además que un 47% procede de familia mono- parental y un 45% de la familia nuclear.

**Guridi González M.Z., Franco Pedraza V., Guridi Lueges Y.A.,** <sup>(26)</sup> en el año 2011, en Cuba, realizaron un estudio sobre “Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar”. Fueron estudiadas las variables edad, escolaridad, ocupación, relación de pareja, clasificación de la familia, funcionamiento familiar y repercusión familiar del embarazo en la adolescencia como problema de salud. Como resultados, el 96,2% es del grupo de 15 a 18 años de edad, 47,2% de escolaridad de secundaria, 58,5% tiene inestabilidad de pareja y 84,9% desocupadas. El 79,2% son de familias monoparentales, 52,8% medianas, 62,3% extensas, el 68,0% generacionales, 32,2% es moderadamente funcional, y una repercusión moderada y 64,2% favorable.

### **2.1.2 Antecedentes de investigación nacionales**

**Herrera Mamani R.L. y Rojas Coaquira A.H.,** <sup>(27)</sup> en el año

2016, en Juliaca, realizaron la tesis sobre Factores asociados a embarazos en adolescentes en el Hospital Carlos Monge Medrano. En la presente investigación hemos encontrado diversos factores asociados de índole personal, socioculturales y económicos adversos asociados a embarazo en adolescente. La etapa de la adolescencia de mayor ocurrencia de embarazos es la tardía 79,0% y es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja, muchas de ellas asumen el papel de madre joven. Respecto a los factores personales de la adolescente, el 79,0% es edad de 17 a 19 años, 47,0% ausencia de proyecto de vida, 34,0% recibió educación sexual por docentes y el 51,0% asumen paternidad responsable. Los factores socioculturales de la adolescente, el 44,0% grado de instrucción secundaria incompleta, 59,0% estado civil conviviente, 66,0% ama de casa, 55,0% integración familiar vive con la pareja, 62,0% consumo de bebidas alcohólicas y el 51,0% medios de comunicación televisivos. Los factores económicos de la adolescente es la dependencia económica de la pareja.

**Alvarado Erazo L.,** <sup>(28)</sup> en el año 2016, en Lima, realizó la tesis sobre Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las

adolescentes usuarias del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 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. En conclusión: Diversos factores de funcionamiento familiar se asociaron a embarazo adolescente.

**Pinto Quispe M.J., Quispe Calsin E.E.,** <sup>(29)</sup>.en el año 2015, en Juliaca, realizaron sobre: Factores asociados al embarazo en adolescentes en el Hospital Carlos Monge Medrano, cuyos resultados: El 5,0% son gestantes adolescentes de 14-15 años de edad, el 23,0% son de 16-17 años y el 73,0% son de 18-19 años. Los factores personales: un 51,0% son convivientes; el 51,0% usan anticonceptivos, y se asocian al embarazo en adolescentes. Los factores socioeconómicos: El 61,0% tienen vivienda rustica; el 41,0% de estructura familiar con un padre, el 44,0% reside en el sector periurbano; 55,0% de nivel económico bajo y se asocian al embarazo en adolescentes. Los factores culturales: el 63,0% de nivel

secundaria; el 40,0% de las madres reciben información sexual del personal de salud y se asocian al embarazo en adolescentes.

**Martínez Tacuchi G.,** <sup>(30)</sup>. En el año 2015, en Trujillo, realizó la tesis sobre factores Socioculturales que se asocian al Embarazo en Adolescentes en el Hospital de Tingo María. En relación a la edad de las pacientes, el grupo de casos tuvo un promedio de 17.48, en el grupo de los controles tuvo un promedio de 16.68 (p: 0,0002). Con respecto al ingreso económico, tuvo un promedio en el grupo de casos 674.6 y en el grupo de controles 399.69 (p: 0,0001). En lo que respecta al clima socio familiar inadecuado 58.0% en los controles un 26.1% (p: 0,0001). En lo que respecta al conocimiento de métodos anticonceptivos, estuvo presente en los casos en 62.3% y en los controles en 89.9% (p: 0,0002). En lo que respecta a grado de instrucción en los casos en 50.5% y en los controles en 49.5% (p: 1,00). En lo que respecta al nivel socioeconómico, este estuvo presente en los casos en 73.9% y en los controles en 49.3% (p: 0,0051). En conclusión: El clima social familiar, el nivel económico bajo, el conocimiento de métodos anticonceptivos se asocia al embarazo en adolescentes mientras que el grado de instrucción no se asocia al embarazo adolescente.

**Palomino Romero E.,** <sup>(31)</sup>. En el año 2015, en Trujillo, realizó la tesis sobre “Disfunción familiar como factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital distrital Jerusalén”, cuyos resultados la disfunción familiar en las adolescentes con y sin gestación fue de 32,0% y 17,0% respectivamente. El odds ratio de disfunción familiar en relación a adolescente gestante fue de 2.31 ( $p < 0.05$ ) el cual fue significativo. En conclusión: La disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente. No existen diferencias significativas en relación a edad y procedencia entre las adolescentes de ambos grupos de estudio.

**Alvan Caballero V.M.,** <sup>(32)</sup>. El año 2014, en Iquitos realizó la investigación sobre Factores asociados para bajo peso al nacer en recién nacidos a término en el Hospital César Garayar García, cuyos resultados son: que el 61,3% de las madres de los neonatos que tuvieron bajo peso al nacer a término tuvieron como factores biológicos entre 19 a 34 años, peso pregestacional  $\geq 50$  kilos, ganancia de peso en el embarazo entre 6 a 16 kilos, y talla  $\geq 1.50$  metros. Con respecto a factores clínico-obstétricos fueron: El 52,6% son primíparas, el 36,6% de período intergenésico corto, 24,6% tuvieron aborto previo y el 6,6% con antecedente de recién nacidos

con bajo peso. En relación a las entidades clínicas que presentaron las madres durante la gestación el 38,0% tuvieron infecciones y el 17,0% hipertensión en el embarazo que en su mayoría fue pre eclampsia severa. En relación a los factores socioeconómicos 77,0% convivientes, 61,3% de instrucción secundaria y 12,0% de hábitos nocivos. En conclusión el bajo peso al nacer en recién nacidos a término se asocia con algunos factores biológicos, clínico-obstétricos y socioeconómicos maternos.

**Calderón y Carrillo,** <sup>(33)</sup>. En su estudio titulado “Factores relacionados que influyen en la depresión en gestantes adolescentes de 10 a 19 años” Lima, Julio-Agosto 2017. Ocupación de las gestantes adolescentes, se observó que el 73.7% son amas de casa y solo un 14.3% (32) se encontraba estudiando Cuando estaba embarazada.

**Valera Quiroz A.** <sup>(34)</sup>. Realizó un estudio sobre factores sociodemográficos y personales asociados a primer embarazo en adolescentes realizado por Cajamarca 2016 en cuanto a motivo de relaciones sexuales que el 10.7 % fue por presión de la pareja.

### **2.1.3 Antecedentes de investigación regionales**

**Sandoval Torres K.P.,** <sup>(35)</sup>. en el año 2013, en Tacna, efectuó un trabajo de investigación sobre Frecuencia de los factores de riesgos biológicos, obstétricos, socioeconómicos y entidades clínicas asociadas a bajo peso al nacer en pacientes del servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue, los resultados fueron: el 56,0% de madres con edades extremas durante su embarazo, es decir, menores de 19 años o mayores de 35 años de edad; el 86,0% de tenían un peso pregestacional mayor a 50 kg; el 64,0% de casos con ganancia ponderal gestacional menor de 6 kg; el 75,0% con más de 1.5 metros de estatura; el 43,0% fueron primíparas; el 28,0% con periodo intergenésico corto; el 35,0% con antecedente de aborto; el 45,0% sin RNBP previo; el 29,0% con anemia, el 12,0% con rotura prematura de membranas; el 70,0% con secundaria completa y el 98,0% sin hábito nocivo alguno. En conclusión se pudo evidenciar que los factores de riesgo para el bajo peso al nacer en recién nacidos con mayor frecuencia fueron: las edades extremas en las madres, baja ganancia ponderal, madres primíparas, periodo intergenésico corto, antecedente de aborto, madre conviviente, estudios secundarios, y la anemia y la rotura prematura de membranas como entidades clínicas asociadas.

**Salinas de Zegarra, Ruth.** <sup>(36)</sup>. En el año 2016 realizó un

“Análisis sobre el porcentaje de familias funcionales de adolescentes gestantes que acudieron al Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín de Tacna”, Su estudio descriptivo en el que participaron 34 gestantes adolescentes, entre 12 y 17 años. La información fue recolectada a través de un formulario tipo encuesta. El análisis de datos se hizo mediante el uso del paquete estadístico de Excel y SPSS. Resultados: La mayoría de las gestantes adolescentes tienen una familia de tipo disfuncional (91.18%). Respecto al área de adaptación 76.47% presentaban disfuncionalidad familiar; de las cuales el 38.24% era de grado leve, en el área de participación el 82.35% poseen disfuncionalidad familiar, de las cuales el 38.24% fue leve. Sobre el área de crecimiento el 67.65% poseía disfuncionalidad familiar, de las cuales el 44.12% fue leve. Respecto al área de afecto el 88.24% presentaban disfuncionalidad familiar; dentro de las cuales el 32.35% fue leve, y otro 32.5% moderada. Finalmente en el área de recursos el 88.24% presentaron disfuncionalidad familiar, de las cuales el 35.29% fue moderado. Finalmente concluyó que el funcionamiento familiar, según la calificación del test del APGAR familiar modificado, de la mayoría de las adolescentes embarazadas es disfuncional, el cual se encuentra presente en las cinco áreas, de las cuáles el grado

de disfuncionalidad que presentaron con mayor frecuencia fue el de disfunción familiar leve.

## **2.2. FUNDAMENTO TEÓRICO**

### **2.2.1. Adolescencia**

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. <sup>(37)</sup>

La adolescencia se divide en etapas para poder analizar los procesos que tienen los y las adolescentes ya que en cada edad se presentan diferentes características ya sea en lo biológico como en lo psicológico y para esto se ha tomado la clasificación de Pearson, por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la

puede dividir en tres etapas: <sup>(25)</sup>

**a. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)**

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

**b. – Adolescencia media (14 a 16 años)**

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

manifiestan fascinados con la moda.

### **c. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)**

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes". <sup>(38)</sup>

#### **2.2.2. Perfil del adolescente**

Jean Piaget enfocando la maduración cognitiva, incluye al adolescente en la etapa que denominó operaciones formales, mencionando las siguientes características:

- Ingresa al más alto nivel del desarrollo cognitivo.
- Desarrolla la capacidad de pensamiento abstracto.
- Presenta mayor flexibilidad a la hora de manipular la información.
- Trabaja mediante el tiempo histórico y el espacio extraterreno.

Permite asociar pasado - presente - futuro. <sup>(39)</sup>

David Elkind, en el año 1978, presenta su teoría centrándola en las características de la inmadurez del pensamiento adolescente, manifestándose las mismas en:

- **Idealismo y tendencia a las críticas:** Los adolescentes tratan de vivir en un mundo ideal, presentando conflicto al tener que asumir su mundo real.
- **Tendencia a discutir:** Necesitan constantemente oportunidades para expresar sus puntos de vista y hacerlo valer.
- **Indecisión:** Pese a manejar diferentes alternativas que tratan de evaluar y dirigir su vida, carecen de estrategias para ordenarlas y manejarlas.
- **Aparente hipocresía:** Presentan dificultades en su comunicación ya que ellos generalmente elaboran su mundo ideal.
- **Autoconciencia:** Asumen que los demás piensan igual que ellos.
- **Suposición de singularidad e invulnerabilidad:** Se asumen

como especiales, por lo que tratan de evadir reglas específicas. <sup>(40)</sup>

Erick Erickson presenta su gran aporte: la explicación del desarrollo psicosocial del individuo basado en etapas, en las que ocurren ciertas crisis, siendo la crisis de identidad versus la confusión de identidad la etapa psicosocial por la que atraviesa el adolescente. Hace referencia a que la identidad se va formando cuando el menor logra completar tres principios que enmarcan su desarrollo: Logra elegir una ocupación, elige los valores que lo van a guiar y finalmente logra el desarrollo de su identidad sexual. <sup>(41)</sup>

Sigmund Freud, en el año 1975, postuló la teoría del desarrollo psicosexual, la misma que es experimentada por el individuo mediante etapas, estando el adolescente ubicado en la fase genital. Engloba la maduración de los órganos sexuales, surgen así los deseos sexuales, y las conductas sexuales pasan a ser autoeróticas, es decir buscan el placer exclusivo al manipular su cuerpo a la satisfacción motivada por el impulso sexual dirigido al sexo opuesto. Nos explica que una de las características del pensamiento adolescente es su inmadurez, caracterizada por presentar un idealismo y tendencia a las críticas, es decir los

adolescentes tratan de vivir en un mundo ideal, presentando problemas al tener que asumir su mundo real; pudiendo esto verse reflejado en sus relaciones de pareja, idealizándolas, por lo que pese a tener la misma conflictiva y ser violenta, tienden a mantenerlas. Asimismo, consideremos igualmente la importancia de la crisis de identidad, por la que atraviesan, vinculando la misma al desarrollo psicosexual de los adolescentes y a la búsqueda y necesidad de formar parejas sin tener en cuenta racionalmente el beneficio o perjuicio personal de las mismas. <sup>(42)</sup>

### **2.2.3. Adolescencia y sexualidad**

La adolescencia es principalmente una época de cambios, es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares, se llama adolescencia porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños, en el aspecto emocional, la llegada de la adolescencia significa la aparición de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor. <sup>(43)</sup>

El adolescente puede hacer uso de su autonomía y comenzar a

elegir a sus amigos y a las personas que va a querer, hasta entonces no ha escogido a sus amistades, al nacer conoció a sus padres y tal vez a algunos hermanos y el resto de sus familiares, después sus padres fueron eligiendo sus compañeros de clase y amigos, pero al llegar a la adolescencia, puede hacer uso de cierta capacidad de elección para poner en marcha uno de los mecanismos más significativos de esta etapa.

El adolescente desarrolla la capacidad para diferenciar y personalizar sus sentimientos a cada persona que le rodea, debido a la llegada del pensamiento abstracto que le permite desarrollar su capacidad, el adolescente está en un camino medio entre la edad adulta y la infancia, en lo que hace referencia a la vivencia de sus emociones, todavía tiene una forma de manifestar sus deseos mediante una emotividad propia de la infancia, pero ya empieza a actuar de una manera sutil en las interacciones, o con una cierta represión relativa de sus emociones, tal como hace el adulto. <sup>(44)</sup>

#### **2.2.4. Embarazo en adolescentes**

El embarazo precoz, también llamado embarazo adolescente es aquel que se constituye en el embarazo de una mujer adolescente,

esta puede ser entre la etapa inicial o pubertad y el final de la pubertad. Por lo general esta edad se establece entre los 10 y 19 años. También se les adjudica este término a aquellas mujeres que no han alcanzado la edad adulta legal de acuerdo a las leyes de cada país o en el caso en que éstas aún se encuentran bajo la dependencia de sus padres. <sup>(45)</sup>

El embarazo en la adolescente es una crisis que se adiciona a la crisis de la Adolescencia. El embarazo y el parto abarcan una serie de elecciones que la adolescente efectúa en el área de la sexualidad; el desarrollo psicosocial consiste en conseguir una identidad propia, además de regular internamente la autoestima la cual se asocia a las necesidades emocionales satisfechas. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Las adolescentes que presentan carencias afectivas intentan sentirse valoradas a través de la maternidad. <sup>(39)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el embarazo precoz es un problema de cultura e insta a las jóvenes a retrasar o prevenir los embarazos demasiado jóvenes o los embarazos no deseados ofreciendo campañas para que las jóvenes

aprendan a prevenirlos. Esta medida en su mayoría se debe a problemas fisiológicos, a que los cuerpos de las jóvenes aún no se encuentran capacitados para poder tener un bebé o cuidarlo durante toda la etapa de gestación. <sup>(45)</sup>

### **2.2.5. La adolescente y la familia**

La influencia de la familia en el desarrollo del adolescente es vital ya que si este se forma dentro de una estructura familiar adecuada esto facilitará sus relaciones con las personas de su edad y su posterior integración dentro de la sociedad adulta donde deberá asumir nuevas responsabilidades. La familia es, por tanto, el núcleo esencial en el que el adolescente debe encontrar por un lado el apoyo, la protección y el cariño necesarios y por otro el respeto hacia sus necesidades de independencia de perfección y de creatividad.

<sup>(46)</sup>

Sebastián en el año 2005, definió a la familia como uno de los más importantes contextos en los que se produce el desarrollo humano. Cuando el sistema familiar es flexible (cambia según las necesidades evolutivas de sus miembros), existe comunicación y diálogo, armonía para la convivencia, es contenedor y al mismo

tiempo permite la individualización de sus integrantes, se dice que la familia crece y es por excelencia el ámbito de desarrollo de sus miembros. Durante la adolescencia de los hijos, toda la familia es profundamente afectada por esta crisis natural y evolutiva; por eso se suele decir que toda la familia entra en la adolescencia. Durante esta etapa, la familia debe cambiar fundamentalmente el modo de comunicación. <sup>(47)</sup>

#### **2.2.6. Problemas familiares en el embarazo de la adolescente**

En la actualidad los jóvenes se enfrentan a un mundo globalizado en el que el tipo de vida que se llevan los envuelve en el estrés y la falta de comunicación con las personas y lo más importante con la familia, lo que ocasiona que los adolescentes no tengan diálogo con los padres acerca de un tema o situación problemática. Por ello es importante que los padres e hijos se abran al diálogo y traten de mantener una buena relación y comunicación, ya que la familia es el principal medio por el cual se transmiten valores, cultura, religión y formas de ser. Esto con el fin disminuir problemáticas sociales como el embarazo de adolescentes, violencia, drogadicción y alcoholismo. Este acercamiento entre padres e hijos abrirá el diálogo y fortalecerá la confianza. <sup>(48)</sup>

### **2.2.7. Embarazo no deseado:**

Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser.

Mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. Ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren son básicamente dos: Intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido o continuar con el embarazo no deseado. <sup>(49)</sup>

El embarazo precoz y no planificado es una preocupación mundial que afecta tanto a los países de ingresos altos como a los países de ingresos medios y bajos. Tiene un gran impacto en las vidas de los adolescentes en especial de las niñas en términos sociales, económicos, educativos y de su salud. <sup>(50)</sup>

### **2.2.8 Abandono escolar:**

Las adolescentes embarazadas tienen pocas probabilidades de continuar sus estudios debido a que algunas instituciones educativas optan por negarles la entrada por temor de que puedan influir

desfavorablemente en otros alumnos. Estas chicas que han abandonado los estudios, raramente vuelven a tener oportunidad de retomarlos donde los dejaron. <sup>(51)</sup>

No solo es consecuencia del embarazo en adolescentes escolares, sino que juega un papel importante en las conductas del autocuidado y el cuidado del hijo en los primeros años de vida. Otro grupo considerable podría continuar estudiando durante el embarazo y después del parto, enfrentando los problemas familiares. <sup>(52)</sup>

En nuestro país, el embarazo precoz es la segunda causa de deserción escolar debido a que muchas de ellas abandonan la escuela para hacerse cargo del recién nacido. <sup>(53)</sup>

#### **2.2.9. La edad:**

Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento materno. Se menciona que si el embarazo se produce a más temprana edad, mayor el riesgo para producir complicaciones materno perinatales.

#### **2.2.10. El estado civil:**

En la adolescencia se desarrolla un mayor número de abandono de parejas, ya sea por temor, estudios, en otros casos abusos sexuales. Lo cual por el mismo hecho de ser menores de edad solo pueden llegar a tener un estado civil (conviviente) afectando al binomio madre-niño.

#### **2.2.11. Procedencia:**

En el Perú, según estadísticas del INEI (2014) se indicó que en el año 2014, el embarazo de las adolescentes del área rural (22,0%) es cerca del doble del área urbana. <sup>(54)</sup>

Por otro lado, los porcentajes más bajos de embarazo adolescente las presentan las regiones de Arequipa (8.4%) y Moquegua (7.0%).

<sup>(55)</sup>

#### **2.2.12. Ocupación:**

Se entiende como Ocupación "aquella faceta del empeño humano que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo, que le permiten cumplir con las demandas sociales de su comunidad de pertenencia, así como al quehacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa, revelando al agente del acto, y que se constituye en una forma de dar sentido a la existencia, construyendo

y creando su identidad personal, cultural y social. La ocupación puede constituir un vehículo o forma de dar sentido, significado a la existencia, incidiendo, por tanto, en el bienestar psicológico y, quizá también, espiritual del ser humano". <sup>(56)</sup>

ENDES Para 2014, las cifras a nivel regional señalan que los departamentos de la región de la selva presentan los porcentajes más altos de embarazo adolescente: Loreto 30.4%; Amazonas 28.1%, Madre de Dios 24.4%, San Martín 24.1% y Ucayali 21.2%. Por otro lado, los porcentajes más bajos de embarazo adolescente las presentan las regiones de Arequipa (8.4%) y Moquegua (7.0%). En el caso de la región. <sup>(57)</sup>

### **2.2.13. Grado de instrucción:**

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. <sup>(58)</sup>

Existe una relación inversa entre el nivel de fecundidad adolescente y el nivel educativo y socioeconómico, cuanto más bajo sean hay mayor probabilidad de ser madres que las de estratos más altos. Así, en el año 2014, del total de adolescentes que se encontraban

cursando el nivel primaria, el 34,1% eran madres o estaban gestando por primera vez; mismo modo, el quintil inferior presentó el mayor porcentaje de adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez (24,0%). <sup>(54)</sup>

#### **2.2.14. La familia**

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial." <sup>(59)</sup>

**Funciones de la familia.** El funcionamiento familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve 2. <sup>(60)</sup>

Estas deben de cumplir con las siguientes demandas:

- Satisfacción de necesidades biológicas y psicológicas de los

hijos

- Socialización
- Bienestar económico
- Mediadora con otras estructuras sociales

La familia es una institución que ha permanecido siempre. Ello ha sido posible porque, a lo largo de la historia, se ha ido adaptando a las nuevas realidades de los tiempos. Por eso, en mayor medida que ninguna otra organización social, la familia solo existe como proceso, es decir, solo se puede conocer mediante el estudio de sus transformaciones. <sup>(61)</sup>

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio"; <sup>(62)</sup> la familia es uno de los microambientes donde permanece el adolescente y que por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. Se ha considerado a la familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital. Individual

y familiar y la crisis por la que pueda atravesar. <sup>(63)</sup>

### **2.2.15. Propiedades del sistema familiar**

Según la teoría de sistemas la familia es algo más que la suma de individuos y constituye un sistema abierto con sus propias reglas de funcionamiento, los cambios dentro de este sistema se producen por Procesos de autorregulación basados en el intercambio de información.

Entre las partes del sistema, están en constante relación bidireccional con otros sistemas interactivos como el social, el económico y el escolar, Estas relaciones intersistemicas constituyen el punto de encuentro entre el Enfoque ecológico y el enfoque sistémico. <sup>(24)</sup>

La estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o por la influencia de los llamados acontecimientos vitales estresantes. <sup>(13)</sup>

### **Ciclo familiar**

El ciclo vital familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de los

miembros, su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases de manera que si en alguna de ellas no se completan dichas tareas pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes. <sup>(64)</sup>

Las etapas de evolución de la familia están marcadas por la edad del niño mayor, a cada etapa del ciclo vital familiar le corresponde una serie de tareas básicas de desarrollo familiar, actividades que todos los miembros tienen que llevar a cabo en función de la etapa del ciclo familiar en la que se encuentran y del rol que desempeñan en el núcleo familiar para poder cubrir así las funciones que socialmente se le tiene asignado, como son las psicobiológicas, socioculturales, educativas y económicas. <sup>(65)</sup>

#### **2.2.16. Tipo de familia**

##### **Familia Nuclear**

La familia nuclear está formada por los miembros de una pareja y sus hijos; las definiciones más amplias consideran en un núcleo familiar tanto Los grupos formados por dos adultos emparejados, con o sin hijos, una Persona no puede pertenecer a dos núcleos familiares a la vez, si los hijos forman parte de otro

núcleo no forman parte del núcleo inicial, con Independencia de que convivan o no. <sup>(66)</sup>

### **Familia Extendida**

La familia extendida es aquella estructura de parentesco que habita en una misma unidad doméstica y está conformada por parientes pertenecientes a distintas generaciones, este tipo de estructuras parentales puede incluir a los padres con sus hijos, los hermanos de los padres con sus hijos, los miembros de las generaciones ascendente, tíos abuelos, bisabuelos, además puede abarcar parientes no consanguíneos, como medios hermanos, hijos adoptivos. <sup>(66)</sup>

### **Familia Ampliada**

En la que está compuesta por agregados de dos o más familias y otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos donde el sentido de la palabra “familia” no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable. <sup>(67)</sup>

### **Familia Monoparental**

Por familia monoparental se entiende aquella que está compuesta por un solo progenitor y uno o varios hijos, las principales diferencias entre ellas es si se limita la edad de los hijos, por lo tanto, establece que deben ser menores de edad, también el tipo de ausencia temporal o permanente, con corresponsabilidad o no, del otro progenitor puede afectar a la definición. <sup>(66)</sup>

### **Familia Reconstituida**

En una familia reconstituida es cuando uno o ambos miembros de la actual pareja tiene uno o varios hijos de uniones anteriores, dentro de esta categoría entran tanto las segundas parejas de viudos como de divorciados y de madres solteras. En la actualidad la mayoría de las familias reconstituidas lo constituyen los divorciados con hijos que vuelven a formar pareja.

<sup>(68)</sup>

### **Equivalente Familiar**

Individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional conviviendo y experimentando situaciones que se efectúan en una familia, están unidos por un lazo sentimental como las parejas homosexuales estables, grupos

de amigos que viven juntos, religiosos, etc. <sup>(64)</sup>

#### **2.2.17. Funcionalidad familiar:**

Es aquella familia capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar, la crisis por la que pueda atravesar, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. <sup>(69)</sup>

#### **2.2.18. Funcionamiento familiar**

El ambiente familiar influye de manera decisiva en la personalidad. Las relaciones entre los miembros de la casa determinan valores, afectos, actitudes y modos de ser que el niño va asimilando desde que nace. Por eso, la vida en familia es un eficaz medio educativo al que se debe dedicar tiempo y esfuerzo, la escuela complementará la tarea, pero en ningún caso sustituirá a los padres. Espejel, define al funcionamiento familiar como la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en

función del medio en que ella se desenvuelve. Para comprender el funcionamiento familiar es necesario analizar su estructura, los procesos y su filosofía familiar. <sup>(70)</sup>

Finalmente el funcionamiento familiar está definido como el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia, estableciendo determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, es así que se presenta un sistema complejo que rige los patrones de convivencia y funcionamiento, si esta dinámica resulta adecuada, flexible y funcional, contribuirá a la armonía familiar proporcionando a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar. <sup>(71)</sup>

**Funcionalidad familiar en la gestante adolescente:** El funcionamiento familiar depende del grado de satisfacción de las necesidades del entorno familiar en el que vive el adolescente, que puede tener un efecto notable sobre su comportamiento sexual y condicionar el embarazo precoz en adolescentes.

**Funcionalidad familiar en el área de adaptación:** mide la utilización de recursos intra y extra familiares para la resolución de

los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).

**Funcionalidad familiar en el área de participación:** mide la cooperación de los miembros de la familia en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.

**Funcionalidad familiar en el área de crecimiento:** mide la maduración física emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las diferentes etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

**Funcionalidad familiar en el área de afecto:** mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

**Funcionalidad familiar en el área de recursos:** mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia. <sup>(69)</sup>

## CAPÍTULO III

### METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo cuantitativo, cuyo diseño es descriptivo simple, de corte transversal.

**Descriptivo** porque buscó especificar el perfil de funcionalidad familiar en gestantes adolescentes además describirá las características de las variables de estudio.

**De corte Transversal** porque permite recolectar en un tiempo y espacio determinado. En este estudio proporcionan información simultánea en grupo de diferente edad o clase.

#### 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:

##### 3.2.1. Población

La población está constituida por gestantes adolescentes que fueron hospitalizados en el servicio de obstetricia y atendidos en consultorios externos en el Hospital regional de Moquegua. Entre setiembre y diciembre 2017.

### 3.2.2. Muestra

La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando el muestreo aleatorio simple.

### 3.2.3. Tamaño muestral:

El tamaño de la muestra se calculó con la presente fórmula para estimar la proporción de adolescentes con primer embarazo ( $P = 0.5$ ), con una confianza del 95% y con un margen de error de 0,03 y se calculó teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_0^2 pq}{(\varepsilon^2)}$$

$$n = 56$$

**Donde:**

***n***: muestra ajustada

**N**: Tamaño de Poblacional

**n**: Tamaño de muestra buscado.

**Z**: Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza.

**P**: 0,5 Varianza de la proporción

**Q**: 0,5 Varianza de la proporción

e: 0.03 (en valores relativos). Es el error máximo conocido

$$n = \frac{(1.96)_0^2 (0.5)(0.5)}{(0.03)^2}$$
$$n = 1067$$

n" corregida

$$n'' = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}}$$

$$n'' = \frac{1067}{1 + \frac{1066}{60}} = 56.08 \approx 56$$

### 3.2.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis en el presente estudio estuvo constituida por cada una de las adolescentes que primera vez gestaron, atendidas en el Hospital Regional de Moquegua.

#### 3.2.4.1. Criterios de inclusión:

- ✓ Gestantes adolescentes que se atienden en el Hospital Regional de Moquegua, durante los meses de setiembre a diciembre del año 2017.
- ✓ Gestante Adolescente que firme el consentimiento informado.

- ✓ Gestante Adolescente que se haya embarazado cuando vivía en el seno familiar.
- ✓ Gestante Adolescente que curse su primera gestación.

#### **3.2.4.2. Criterios de exclusión:**

- ✓ Gestante Adolescente con alteraciones mentales
- ✓ Gestante Adolescente cuyo embarazo sea producto de abuso sexual
- ✓ Gestante Adolescente analfabeta

### **3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

#### **3.3.1. Variable Independiente**

##### **➤ Factores sociales**

Edad, Estado civil, Ocupación, Lugar de nacimiento, Abandono de estudios, Número de hija, Motivo de primera relación sexual, Número de parejas, Embarazo deseado

##### **➤ Factores económicos**

Ingreso familiar mensual, tipo de seguro

##### **➤ Factores culturales**

Zona de residencia, Religión, Grado de instrucción, Antecedente familiar de embarazo adolescente, Hábitos nocivos durante el embarazo, Inicio de Relaciones sexuales, Tipo de familia. Funcionalidad familiar

Funcionalidad Normal

Disfunción leve

Disfunción moderada

Disfunción severa

VARIABLE	DEFINICION OPERACION	DIMENSIONES	INDICADOR	ITEMS	ESCALA MEDICION
Características socioeconómicas y culturales		Gestante	Edad	10 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años	Intervalo
			Estado civil	Soltera Conviviente Casada	Nominal
			Ocupación	Estudiante Ama de casa Empleada u obrera	Nominal
			Lugar de nacimiento	Puno Moquegua Arequipa Tacna Otros	Nominal
			Abandono de estudios	Sí No	Nominal
			Número de hija	Hija única Hija mayor Hija entre el mayor y menor Hija menor	Nominal
			Motivo de primera relación sexual	Decisión propia Presión de pareja o amigos Abuso sexual	Nominal
			Número de parejas	Uno Dos Tres a mas	Nominal
			Embarazo deseado	Sí No	Nominal
			Ingreso familiar	Menor a 1000 soles De 1000 a 3000 soles Mayor a 3000 soles	Intervalo
			Tipo de seguro	Ninguno SIS SALUD-POL EsSALUD	Nominal
			Zona de residencia	Urbano Rural	Nominal
			Religión	Católica Evangélica Adventista Protestante	Nominal

			Grado de instrucción	Sin nivel Primaria Secundaria Superior no Univ. incompleta Superior no Univ. completa Superior universitaria incompleta Superior universitaria completa	Nominal
			Antecedente familiar de embarazo adolescente	No Si	Nominal
			Hábitos nocivos durante el embarazo	No Si	Nominal
			Inicio de Relaciones sexuales	< 14 años 14 a 16 años ≥ 16 años	Intervalo
			Tipo de familia.	Familia nuclear Familia extensa Familia ampliada Familia monoparental Familia reconstituida Equivalente familiar	Nominal

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor final	Criterio	Escala de medición	Instrumento
Funcionalidad familiar	El funcionamiento familiar está definido como el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia, al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las que se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí, y en relación con el grupo en su conjunto. (Fuente: Alba Gutiérrez E; 2012)	Es la forma en que cada familia supera las crisis a las que está sometida. Se evaluará mediante la aplicación Del Apgar Familiar Modificado.	Grado de funcionalidad familiar según: adaptación, participación, crecimiento afecto y recursos.	Familia con buena funcionalidad	Buena funcionalidad familiar	De 90 a 100 puntos	Escala ordinal	Apgar Familiar Modificado
				Familia con disfuncionalidad familiar	Disfuncionalidad familiar leve	De 70 a 89 puntos		
					Disfuncionalidad familiar moderada	De 50 a 69 puntos		
				Disfuncionalidad familiar severa	De 0 a 49 puntos			

### 3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada fue el cuestionario, el método la encuesta y el instrumento un formulario auto administrado; dicho instrumento será aplicado a las madres gestantes que se atienden en el Hospital Regional de Moquegua durante el periodo de setiembre a diciembre del año 2017.

Instrumento:

Información (Anexo N° 01) Corresponde a la información para el consentimiento informado explicación que se le tiene que dar a los padres y/o apoderados de cada participante, cumpliendo con los criterios éticos.

consentimiento Informado (Anexo N° 02) Corresponde a la explicación que se le da a la posible participante adolescente, cumpliendo con los criterios éticos.

Formulario de recolección de datos (Anexo 3) Corresponde al formulario en el que se encuentran una serie de preguntas y con el que se realizó la encuesta a las participantes, consta de datos generales, datos relacionados al embarazo y el cuestionario del APGAR familiar modificado.

El cuestionario APGAR familiar es un instrumento ya validado por

expertos en salud familiar El cuestionario mediante el cual medimos el grado de funcionalidad familiar, se clasifica de acuerdo a los criterios del test APGAR familiar, que consta de cinco componentes que evalúan de manera cualitativa la características familiares de: **adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos.**

Cada componente consta de 5 preguntas, y cada pregunta de cinco posibles repuestas: siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca; con valores de 4, 3, 2, 1 y 0 puntos respectivamente.

La forma de abordar cada uno de los aspectos señalados es como a continuación se señala.

**Adaptabilidad o apoyo y solidaridad:** ¿Está usted satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?

**Participación o compañerismo:** ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?

**Gradiente de crecimiento:** ¿Encuentra usted que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?

**Afecto.** ¿Está usted satisfecho con la forma en que su familia expresa

el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?

**Resolución.** Compartir tiempo y recursos ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?

Una vez obtenido el puntaje total, se procedió a la clasificación de funcionalidad familiar: De 90 a 100 puntos: buena funcionalidad familiar, de 70 a 89 puntos: disfunción familiar leve, de 50 a 69 puntos: disfunción familiar moderada, y de 0 a 49 puntos disfuncionalidad familiar severa; además cada área fue clasificada por el puntaje obtenido. De 15-20 puntos: buena funcionalidad familiar, de 14-17 puntos: disfuncionalidad familiar leve, de 10-13 puntos: disfuncionalidad familiar moderada, y de 9 a menos: disfunción familiar severa. <sup>(69)</sup>

### **3.5. PROCESAMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS**

La información obtenida se ordenará, codificará y posteriormente se hará una base de datos y el procesamiento de los datos se realizará de manera automatizada utilizando el soporte técnico informático SPSS versión 22.0, (Statistical Package For The Social Sciences); el cual contiene un paquete con recursos para el análisis descriptivo de las variables, permitiendo la elaboración de tablas y figuras donde se

aprecia el comportamiento de las variables según sus categorías.

Se utilizará Microsoft office Excel con funciones específicas para el ordenamiento de datos, elaboración de tablas de frecuencia absoluta, porcentual y los gráficos estadísticos que permiten ver con objetividad los datos, los cuales serán analizados, interpretados y presentados.

Las tablas procesadas, analizadas en el SPSS y las gráficas obtenidos del Microsoft Office Excel serán llevados al Microsoft office Word para su ordenamiento y presentación.

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1. RESULTADOS**

De acuerdo a la investigación realizada, se encontró una serie de datos que permitieron obtener un análisis acerca de “característica socioeconómicos, culturales y funcionalidad familiar en gestantes adolescentes, en el hospital regional Moquegua durante el periodo de estudio comprendido entre los meses de Setiembre a Diciembre del año 2017

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos mediante tablas y gráficos estadísticos, las cuales están ordenadas de la siguiente manera:

- Información general: de características socioeconómicas, culturales de la gestante adolescente tablas y gráficos del 1 al 18
- Comprobación de hipótesis: tablas y gráfico del 19 y 20

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN EDAD

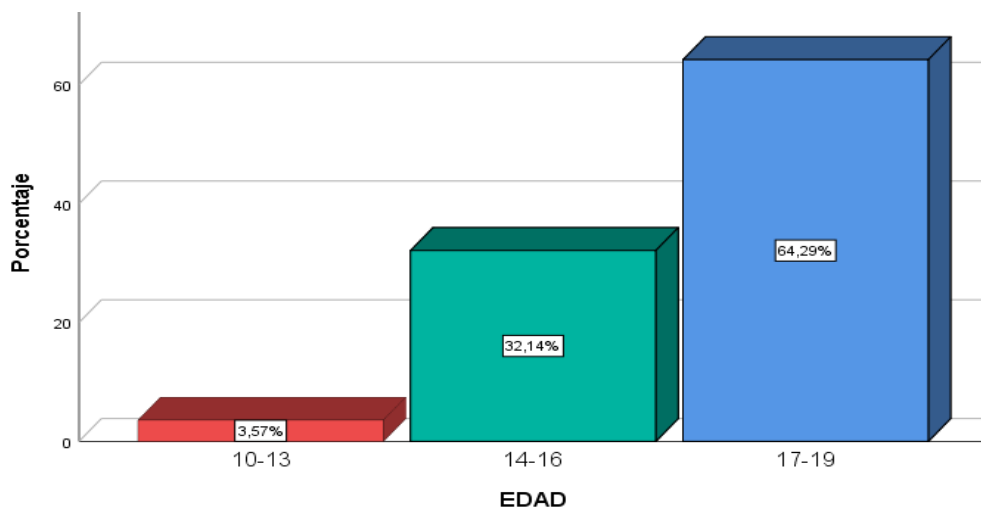
EDAD	GESTANTES	
	N°	%
10-13	2	3,57
14-16	18	32,14
17-19	36	64,29
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Los resultados de la Tabla N° 1, muestran las características sociales de las gestantes adolescentes, podemos observar que el 64,29% (36) de las adolescentes tienen edades entre los 17 a 19 años, es decir se encuentran dentro del grupo de adolescencia tardía. (18)32,14%. Tienen edades de 14 – 16 años

## GRAFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN EDAD.



Fuente: Tabla 1.

TABLA N° 2  
DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN  
ESTADO CIVIL

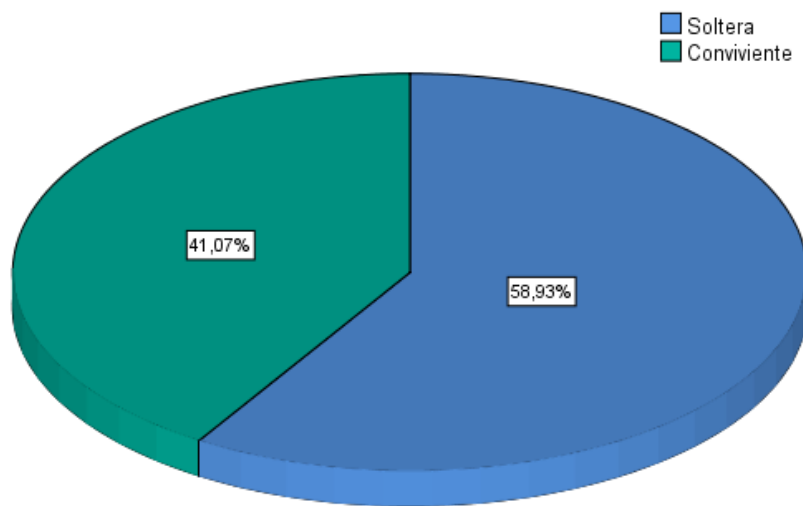
ESTADO CIVIL	GESTANTES	
	N°	%
Soltera	33	58,93
Conviviente	23	41,07
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Con respecto a la pregunta. ¿Cuál es tu estado civil? la respuesta soltera fue la más frecuente en las gestantes adolescentes con 33 (58.93%), seguidas de conviviente con 23 (41.07%).

## GRAFICO N° 2

### DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN ESTADO CIVIL



Fuente: Tabla 2.

TABLA N° 3  
DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN  
OCUPACIÓN

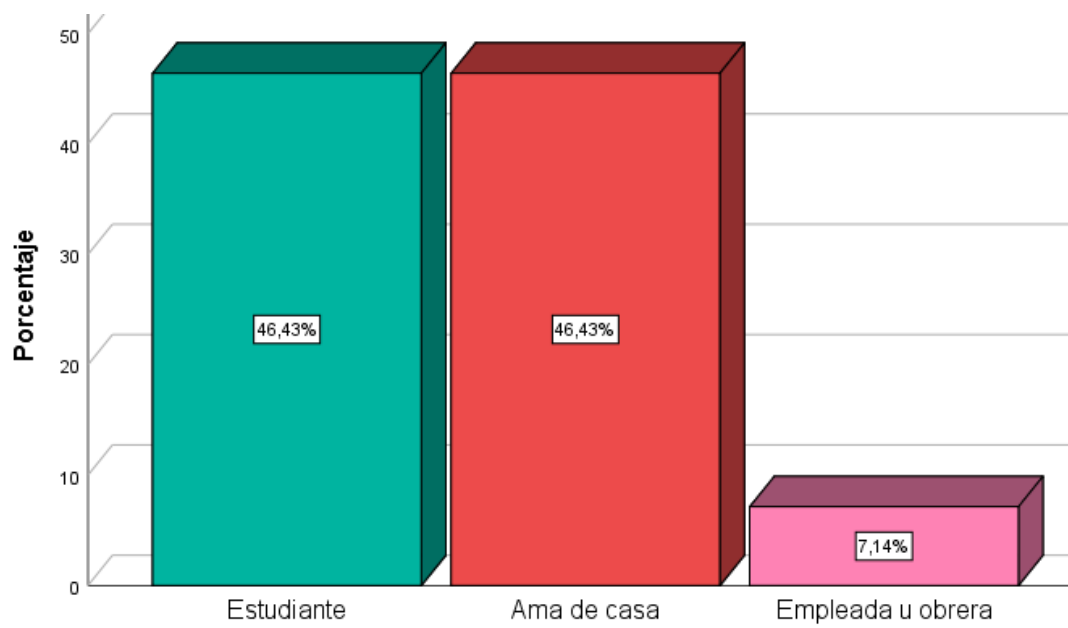
OCUPACIÓN	GESTANTES	
	N°	%
Estudiante	26	46,43
Ama de casa	26	46,43
Empleada u obrera	4	7,14
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La característica general correspondiente a la ocupación muestra que el (26) 46,43% de las adolescentes se dedican a las labores de su casa, estudiantes respectivamente.

GRAFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN  
OCUPACIÓN



Fuente: Tabla 3.

TABLA N° 4

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN  
LUGAR DE NACIMIENTO

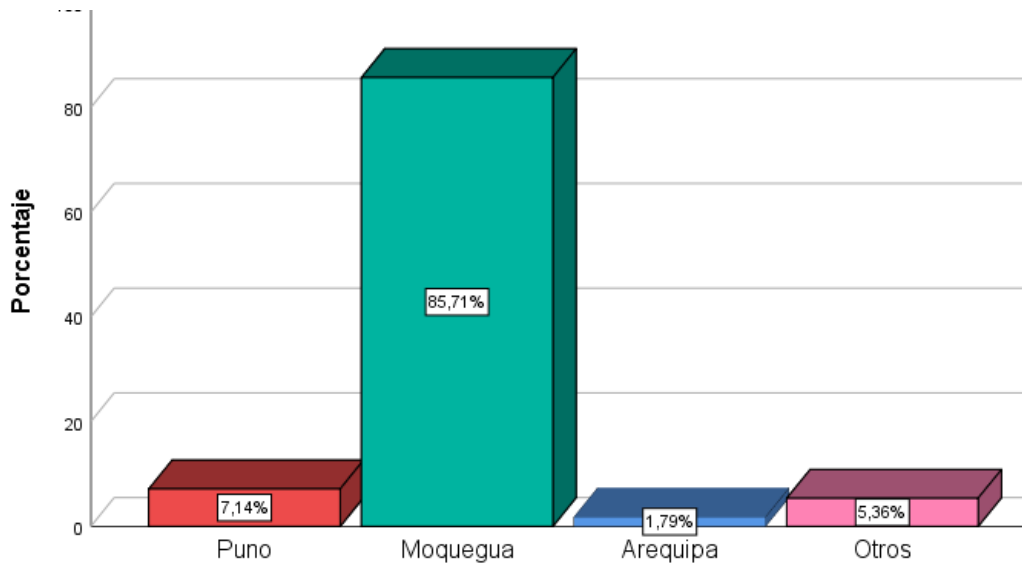
LUGAR DE NACIMIENTO	GESTANTES	
	N°	%
Puno	4	7,14
Moquegua	48	85,71
Arequipa	1	1,79
Otros	3	5,36
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Con respecto a la pregunta. ¿Lugar de nacimiento?, la respuesta Moquegua. Fue la más frecuente con 48 (85.71%), seguido de Puno con 4 (7,14%).

GRAFICO N° 4

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN  
LUGAR DE NACIMIENTO



Fuente: Tabla 4.

TABLA N° 5

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN TU EMBARAZO MOTIVÓ QUE ABANDONES TUS ESTUDIOS

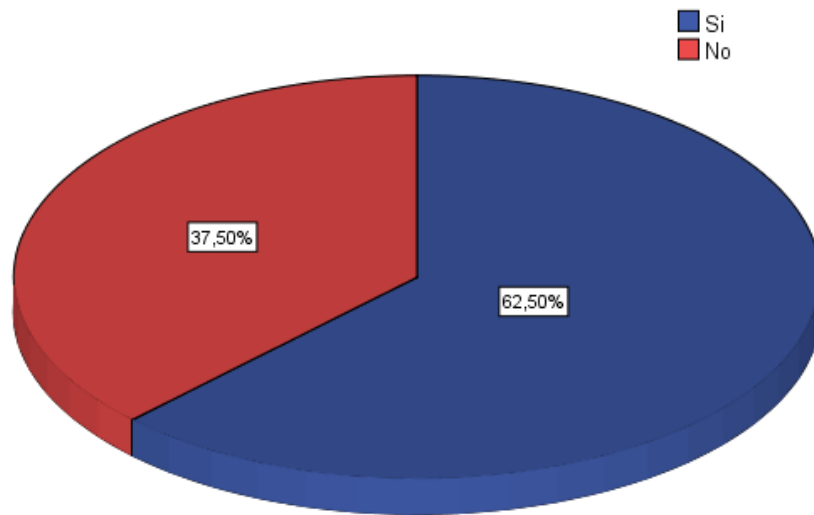
TU EMBARAZO MOTIVÓ QUE ABANDONES TUS ESTUDIOS	GESTANTES	
	N°	%
Si	35	62,5
No	21	37,5
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Con respecto a la pregunta. ¿Tu embarazo fue motivo de abandono de estudios?, la respuesta fue SI con 35 (62.50%)

GRAFICO N° 5

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN TU EMBARAZO MOTIVÓ QUE ABANDONES TUS ESTUDIOS



Fuente: Tabla 5.

TABLA N° 6

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN  
LUGAR QUE OCUPAS ENTRES TUS HERMANOS

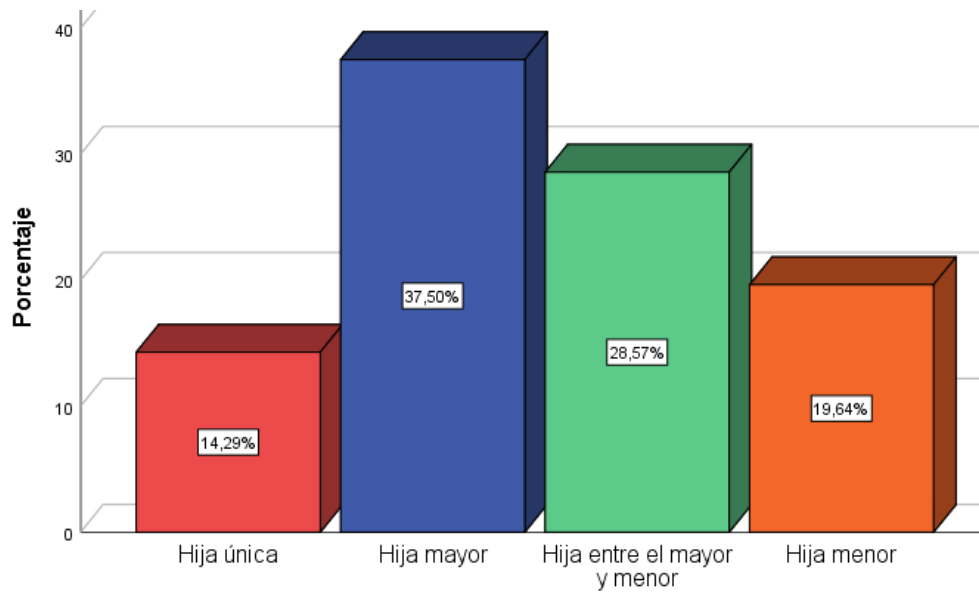
LUGAR QUE OCUPAS ENTRES TUS HERMANOS	GESTANTES	
	N°	%
Hija única	8	14,29
Hija mayor	21	37,50
Hija entre el mayor y menor	16	28,57
Hija menor	11	19,64
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Con respecto al lugar que ocupa entre sus hermanos un 37,50% (21) refieren ser hijas mayores, y el (16) 28,57% refieren ser la hija entre el mayor y menor.

## GRAFICO N° 6

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN  
LUGAR QUE OCUPAS ENTRES TUS HERMANOS



Fuente: Tabla 6.

TABLA N° 7

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN  
MOTIVO DE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

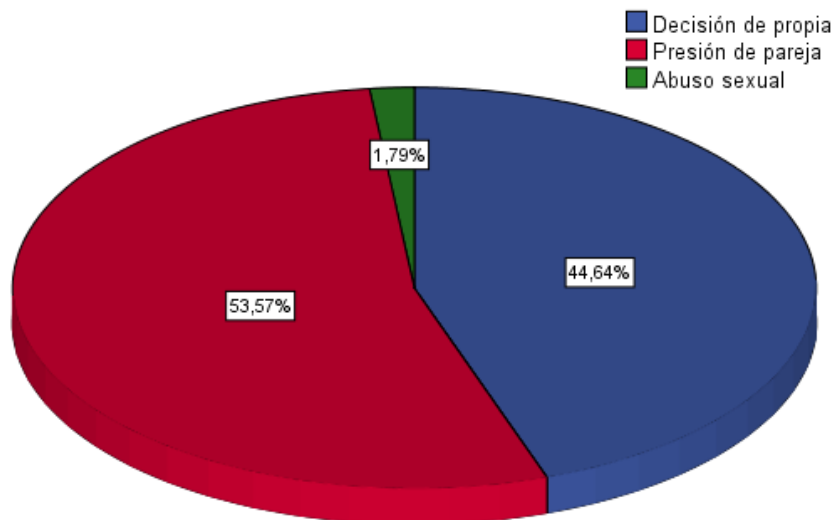
MOTIVO DE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	GESTANTES	
	N°	%
Decisión de propia	25	44,64
Presión de pareja	30	53,57
Abuso sexual	1	1,79
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

El motivo de primera relaciones sexuales del (30) 53,57% fue por presión de la pareja, seguido del (25) 44,64% que fue por decisión de propia.

GRAFICO N° 7

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES  
SEGÚN MOTIVO DE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL



Fuente: Tabla 7.

TABLA N° 8

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN  
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

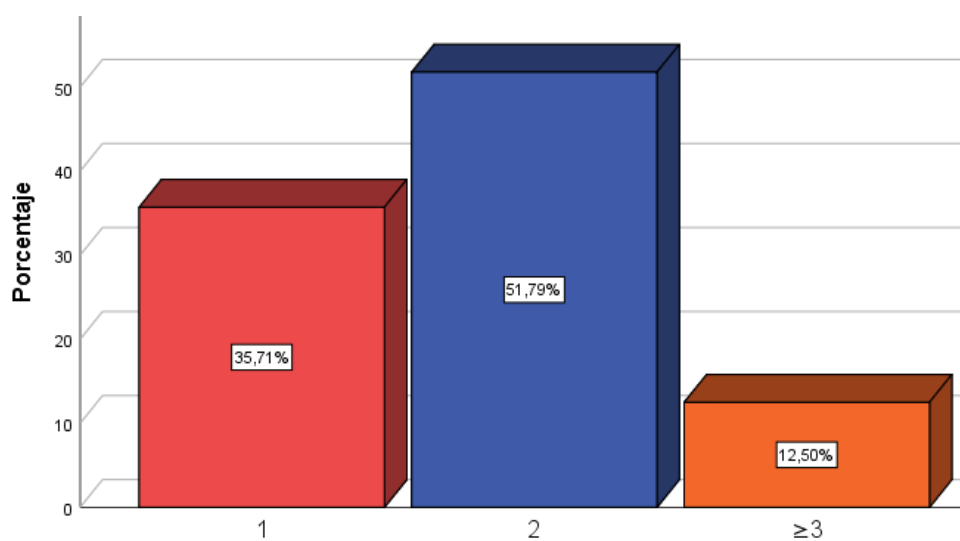
N° DE PAREJAS SEXUALES	GESTANTES	
	N°	%
1	20	35,71
2	29	51,79
≥3	7	12,50
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En cuanto al número de parejas sexuales observamos que el (29) 51,79% tuvo 2. Seguido (20) 35,71% tuvo 1 sola pareja, y finaliza con quien tenía 3 parejas que tan solo representa el 12.50 %.

GRAFICO N° 8

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN  
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES



Fuente: Tabla 8.

TABLA N° 9

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN TU  
EMBARAZO FUE DESEADO

TU EMBARAZO FUE DESEADO	GESTANTES	
	N°	%
Si	12	21,43
No	44	78,57
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

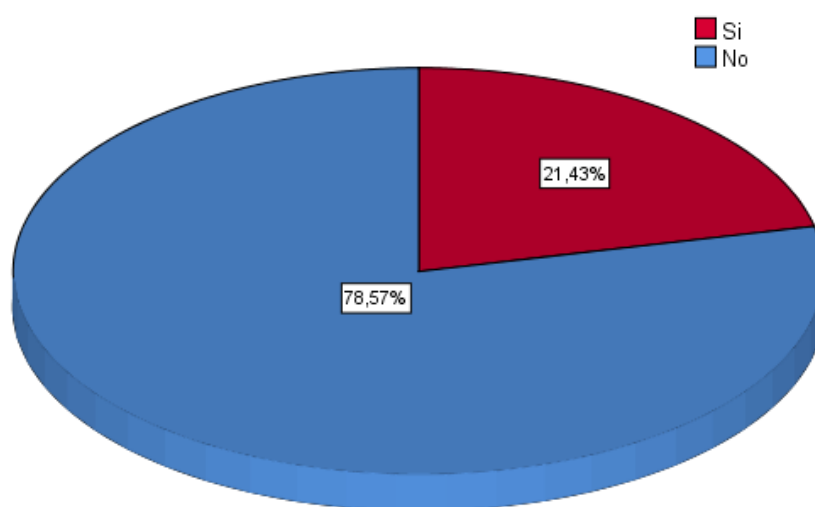
Fuente: Ficha de recolección de datos.

A la pregunta tu embarazo fue deseado. El (44) 78,57% refieren que No.

Seguida de SI (12) 21,43%.

GRAFICO N° 9

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN TU  
EMBARAZO FUE DESEADO



Fuente: Tabla 9.

TABLA N°10

DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS EN  
GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL  
MOQUEGUA SETIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2017

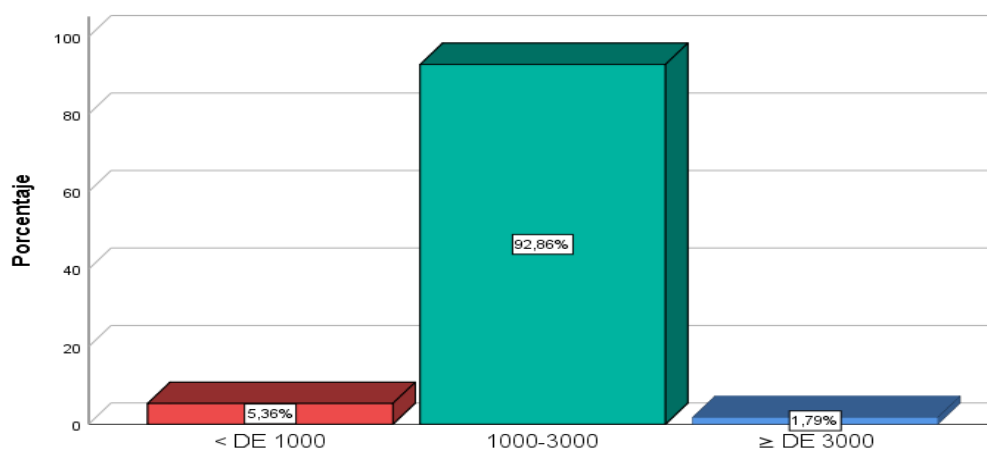
INGRESO FAMILIAR MENSUAL	GESTANTES	
	N°	%
< de 1000	3	5,36
1000 - 3000	52	92,86
≥ de 3000	1	1,79
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En lo que se refiere a ingreso económico familiar, el (52) 92,86 % refirió un que tiene ingreso económico familiar de 1000 - 3000 soles, el (3) 5,36 refieren tener ingreso económico familiar menos de 1000 soles y solo una de ellas respondió que tiene un ingreso económico familiar más de 3000 soles.

## GRAFICO N° 10

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN INGRESO FAMILIAR MENSUAL.



Fuente: Tabla 10.

TABLA N° 11

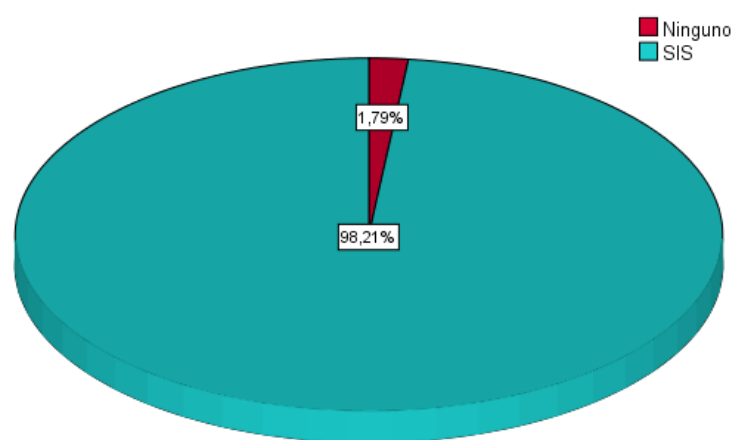
DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN TIPO DE SEGURO

TIPO DE SEGURO	GESTANTES	
	N°	%
Ninguna	1	1,79
SIS	55	98,21
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Con respecto a la pregunta. ¿Qué tipo de seguro tienes?, la respuesta SIS. Fue la más frecuente del grupo de las gestantes adolescentes con 55 (98.21%), seguido de No SIS con 1 (1.79%).

GRAFICO N° 11  
DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN TU  
EMBARAZO FUE DESEADO



Fuente: Tabla 11.

DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CULTURALES EN  
GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL  
MOQUEGUA SETIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2017

TABLA N° 12

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN ZONA  
DE RESIDENCIA.

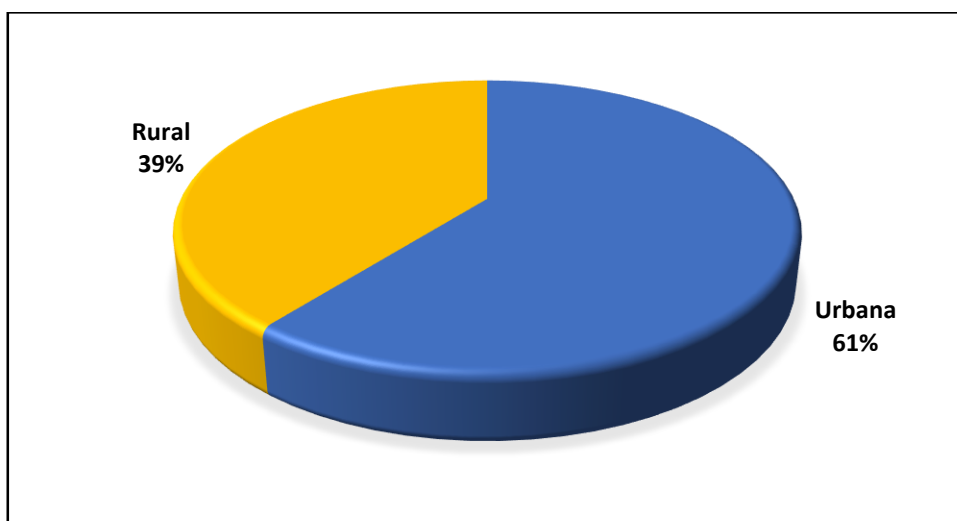
ZONZ DE RESIDENCIA	GESTANTES	
	N°	%
Urbana	34	60.71%
Rural	22	39.29%
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Con respecto a la pregunta. A zona de residencia de las gestantes ya mayoría reside en zona. Urbana con el 60.71% y el 39,29% refieren que residen en zona. Rural.

## GRAFICO N° 12

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA



Fuente: Tabla 12.

TABLA N° 13  
DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN  
RELIGIÓN

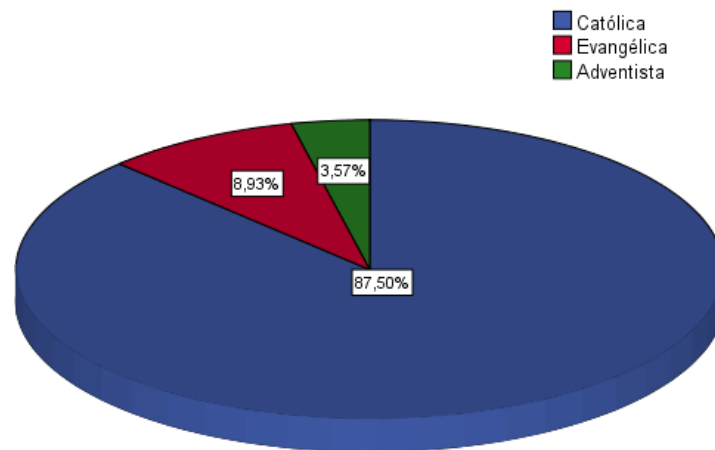
RELIGIÓN	GESTANTES	
	N°	%
Católica	49	87,50
Evangélica	5	8,93
Adventista	2	3,57
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Con respecto a la pregunta. ¿Qué Religión practicas?, la respuesta católica. Fue la más frecuente del grupo de embarazadas adolescentes con 49 (87.50%), seguidas de Evangélica con 5 (8,93%).

### GRAFICO N° 13

#### DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN RELIGIÓN



Fuente: Tabla 13.

TABLA N° 14

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN  
GRADO DE INSTRUCCIÓN

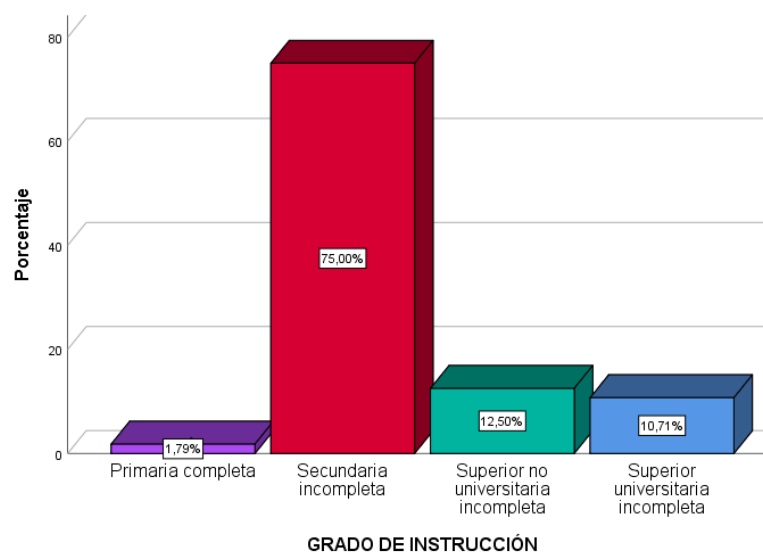
GRADO DE INSTRUCCIÓN	GESTANTES	
	N°	%
Primaria completa	1	1,79
Secundaria incompleta	42	75,00
Superior no universitaria incompleta	7	12,50
Superior universitaria incompleta	6	10,71
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Con respecto a la pregunta. ¿Cuál es tu grado de instrucción?, la respuesta fue secundaria incompleta la más frecuente con 42 (75.00%), seguidas de superior no universitaria incompleta con 7 (12.50%), y finalmente superior universitaria incompleta 6 (10.71%).

## GRAFICO N° 14

### DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN



Fuente: Tabla 14.

TABLA N° 15

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE GESTACIÓN

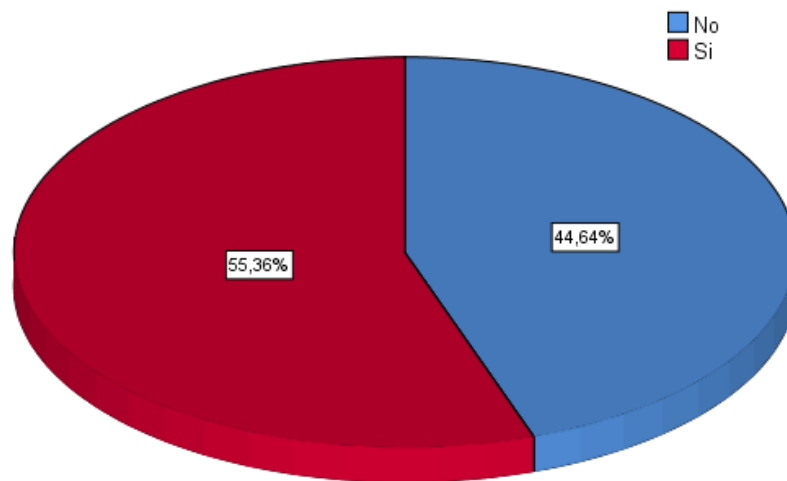
ANTECEDENTE FAMILIAR DE GESTACIÓN	GESTANTES	
	N°	%
No	25	44,64
Si	31	55,36
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Con respecto a la pregunta. En tu familia ¿Alguien tuvo su primer hijo(a) antes de los 20 años?, la respuesta Si, fue la más frecuente con 31 (55.36%), seguidas de No con 25 (44,64%).

GRAFICO N° 15

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE GESTACIÓN



Fuente: Tabla 15.

TABLA N° 16

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN  
HÁBITOS NOCIVOS EN LA GESTACIÓN

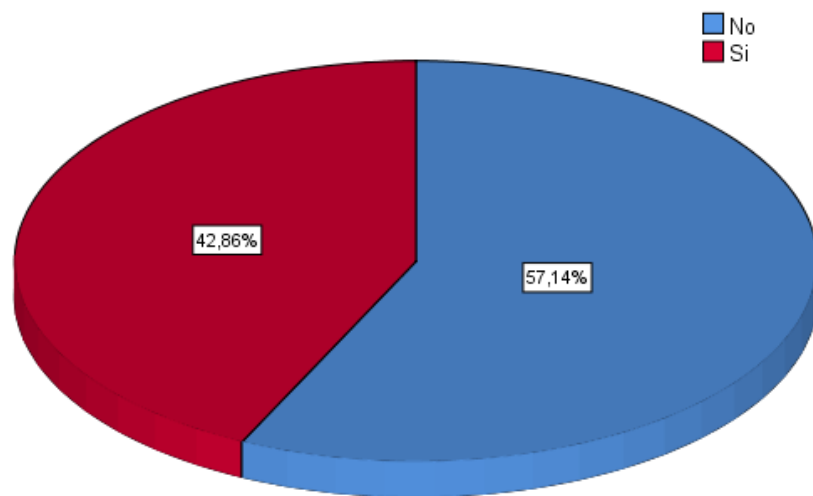
HÁBITOS NOCIVOS EN LA GESTACIÓN	GESTANTES	
	N°	%
No	32	57,14
Si	24	42,86
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Con respecto a la pregunta ¿consumió alguna droga antes y durante la gestación? La respuesta fue alarmante con (24)42,86% refieren que Si. Y el (25)44,64% refieren que no consumieron drogas antes ni durante la gestación.

GRAFICO N° 16

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN  
HÁBITOS NOCIVOS EN LA GESTACIÓN



Fuente: Tabla 16.

TABLA N° 17

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN INICIO DE RELACIONES SEXUALES

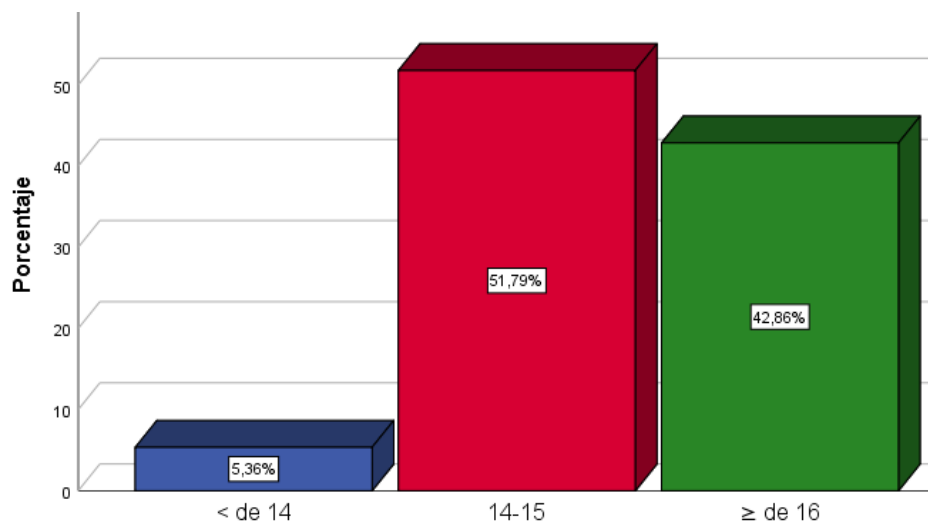
INICIO DE RELACIONES SEXUALES	GESTANTES	
	N°	%
< de 14	3	5,36
14-15	29	51,79
≥ de 16	24	42,86
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Con respecto a la pregunta. ¿A qué edad inicio relaciones sexuales?, la respuesta. Catorce a quince años fue la más frecuente del grupo de embarazadas adolescentes con 29 (51.79%), seguidas de mayores o iguales a dieciséis con 24 (42.86%).

GRAFICO N° 17

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN INICIO DE  
RELACIONES SEXUALES



Fuente: Tabla 17.

TABLA N° 18

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN TIPO DE FAMILIA

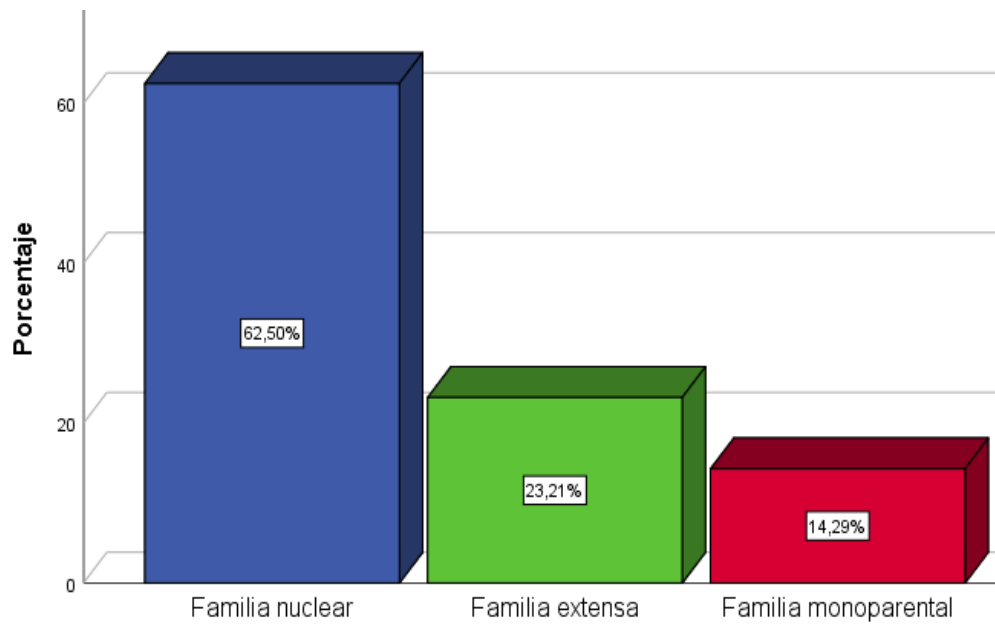
TIPO DE FAMILIA	GESTANTES	
	N°	%
Familia nuclear	35	62,50
Familia extensa	13	23,21
Familia monoparental	8	14,29
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Finalmente se preguntó a las gestante adolescente ¿Con quienes vives en tu casa?, la respuesta. Familia nuclear fue la más frecuente en gestantes adolescentes con 35 (62.50%), seguidas de Familia extensa con 13 (23.21%). Y finalmente la familia monoparental con (8) 14,29%

GRAFICO N° 18

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN TIPO DE FAMILIA



Fuente: Tabla 17.

TABLA N° 19

FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN DE ADAPTACIÓN  
DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL  
MOQUEGUA SETIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2017

DIMENSIONES DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	GESTANTES	
	N°	%
<b>ADAPTACIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Funcionalidad familiar normal	3	5,36
Disfunción leve	7	12,5
Disfunción moderada	18	32,14
Disfunción severa	28	50,00
<b>PARTICIPACIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Funcionalidad familiar normal	0	0,00
Disfunción leve	4	7,14
Disfunción moderada	20	35,71
Disfunción severa	32	57,14
<b>CRECIMIENTO Y DESARROLLO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Funcionalidad familiar normal	5	8,93
Disfunción leve	10	17,86
Disfunción moderada	15	26,79
Disfunción severa	26	46,43
<b>AFECTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Funcionalidad familiar normal	2	3,03
Disfunción leve	12	18,18
Disfunción moderada	20	30,30
Disfunción severa	32	48,48
<b>RECURSOS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Funcionalidad familiar normal	5	8,93
Disfunción leve	9	16,07
Disfunción moderada	14	25,00
Disfunción severa	28	50,00
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

De acuerdo a tabla N° 20 funcionalidad familiar según dimensión de adaptación participación, crecimiento y desarrollo, afecto, recurso de las gestantes adolescentes del hospital regional moquegua setiembre a diciembre del 2017

Se muestra la dimensión de adaptación del funcionamiento familiar, que es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis y se mide tomando en cuenta el apoyo entre los integrantes de la familia, así se tienen que el 50.00% de las gestantes adolescentes presentan disfunción familiar severa para la dimensión de adaptación y solo 3 casos representado por 2.52% tiene familia con funcionalidad familiar normal.

En el caso de la dimensión participación se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia y se mide con la cooperación de los miembros en la división del trabajo del funcionamiento familiar, se encontró que las gestantes embarazadas en un 57,14% presentan disfunción familiar severa, un 35,71% de ellas tienen disfunción familiar moderada y solo 04 casos presentaron disfunción familiar leve. Esto implica que el 100% de las adolescentes embarazadas tuvieron familias con disfuncionalidad para la dimensión de participación.

En los resultados de estudió la dimensión crecimiento y desarrollo que engloba la maduración emocional y física en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua, se mide la capacidad de la familia para atravesar las diferentes etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros, encontrándose que el 46,43% presenta disfunción familiar severa un 26,79% tienen disfunción familiar moderada y el 17,86% con disfunción familiar leve. Solo un 8,93% que corresponde a 5 gestantes adolescentes que presentan familias con buen funcionamiento.

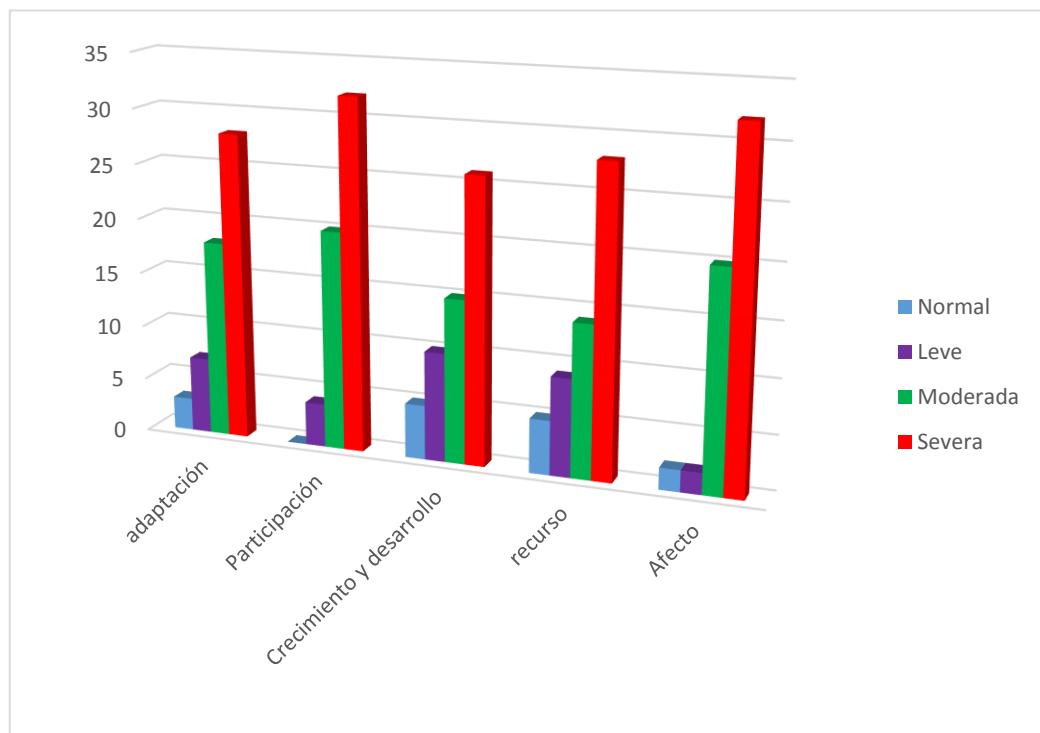
El estudio de la dimensión de afecto es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia y se mide con las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes del grupo familiar y la demostración de distintas emociones, indica que el 48,48% tienen disfunción familiar severa, seguido por un 30,30% de las gestantes adolescentes que tienen disfunción familias moderada y el 18,18% con disfunción familiar leve. Solo 2 casos de gestantes adolescentes tienen con buena funcionalidad familia.

La ultima dimensión de funcionamiento familiar es los recursos son los compromisos de dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás miembros de la familia, se mide con la frecuencia de la comunicación y la recreación familiar, la misma que tiene un comportamiento similar a la

dimensión anterior, es decir el 50,00% de las gestantes adolescentes tienen disfunción familiar severa, un 25,00% se encuentran con disfunción familiar moderada, el 16,07% con disfunción familiar leve. Solo 05 casos representado por 8,93% tuvieron con buena funcionalidad familia.

GRAFICO N° 19

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN  
DIMENSIONES DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Fuente: Tabla 19

TABLA N° 20

POBLACION DE ESTUDIO POR FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LAS  
GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL  
MOQUEGUA SETIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2017

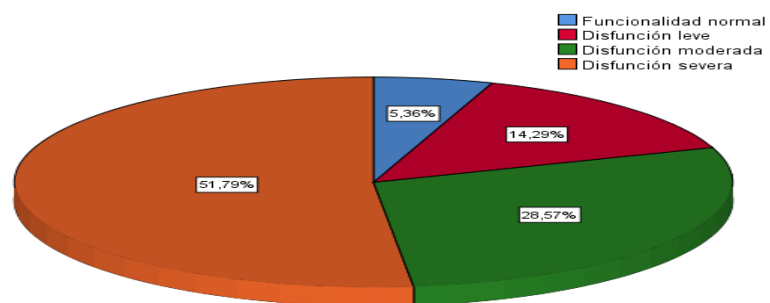
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	GESTANTES	
	N°	%
Funcionalidad normal	3	5,36
Disfunción leve	8	14,29
Disfunción moderada	16	28,57
Disfunción severa	29	51,79
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Por último el estudio del funcionamiento familiar de las gestantes adolescentes es alarmante ya que el 94,65% de las adolescentes presentan con disfuncionalidad familiar y solo tres caso representado por 5.36% tiene familia con funcionalidad normal, dentro de la familia con disfuncionalidad se muestra que la mayoría en un 51,79% presenta familia con disfunción familiar severa, un 28,57% de las gestantes adolescentes tiene disfunción familiar moderada y el 14,29% presenta disfunción familiar leve; estos resultados son fiel reflejo de los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones del funcionamiento familiar.

### GRÁFICO N° 20

#### DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN FUNCIONALIDAD FAMILIAR.



Fuente: Tabla 20.

## 4.2. DISCUSIÓN Y ANALISIS

En el presente estudio participaron 56 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Moquegua durante los meses de setiembre a diciembre del 2017.

**De acuerdo al Tabla N° 1** Características sociales de las gestantes adolescentes, podemos observar que el 64,29% (36) de las adolescentes tienen edades entre los 17 a 19 años, es decir se encuentran dentro del grupo de adolescencia tardía. (18)32,14%. Tienen edades de 14 – 16 años. Estudios reportados refieren que en términos relativos, la población de 10 a 19 años pasó a representar el 21.4% en el 2000, al 18.6% en el 2015, y será el 17.4% en 2021. En términos absolutos, la población de 10 y 19 años de edad, se reducirá en 23 mil entre el 2015 y el 2021 según Ministerio de Salud - Lima: Ministerio de Salud, 2017. La edad de las mujeres constituye uno de los factores demográficos determinantes de la fecundidad de una población. El 12,6% de nacidos vivos es de madres de 15 a 19 años de edad, que desagregando por edades simples, se observa mayor porcentaje en aquellas que tenían 19 años de edad (35,1%). <sup>(72)</sup>

**De acuerdo al Tabla N° 2** Los resultados del estudio muestran que el ESTADO CIVIL soltera fue la más frecuente en las gestantes adolescentes con 33 (58.93%), seguidas de conviviente con 23

(41.07%). Resultado similar se mostró en un estudio realizado por <sup>(29)</sup>, en el año 2015, en Juliaca, sobre: Factores asociados al embarazo en adolescentes en el Hospital Carlos Monge Medrano, cuyos resultados: un 51,0% son convivientes en gestantes adolescentes. <sup>(29)</sup>

La teoría propone que a menor edad de la mujer embarazada mayor es la cantidad de madres solteras y el fracaso de la posibilidad de una unión estable. Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras y enfrentan la ausencia e irresponsabilidad de los hombres. información obtenida por ENDES, la mayor proporción de adolescentes de 15 a 19 años de edad, que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, mantienen una relación de pareja, es decir, casada o conviviente, pero también existe una importante proporción de madres solteras. Según la encuesta de 2014/2015, el 68,7% de las adolescentes casadas o convivientes son madres o estaban gestando por primera vez y un 22,5% no tienen pareja conyugal, es decir, son solteras. Este comportamiento casi no ha variado en los últimos cinco años, las madres solteras se mantienen en alrededor de un 23,0 %. <sup>(55)</sup>

El estado civil de las adolescentes va influir en el embarazo adolescente ya que si están unidas tienen mayor exposición al riesgo del embarazo que las adolescentes que no se han casado o unido.

Entonces, mientras más joven sea la edad de la mujer a la unión mayor será el tiempo de exposición al riesgo de embarazo, ya que la unión temprana marca el inicio de la vida sexual activa y con ello la exposición constante al riesgo del embarazo adolescente. <sup>(73)</sup>

**De acuerdo al Tabla N° 3** La característica general correspondiente a LA OCUPACIÓN muestra que el (26) 46,43% de las adolescentes son ama de casa, estudiantes respectivamente. Estudio similar realizado por <sup>(33)</sup> (Factores relacionados que influyen en la depresión en gestantes adolescentes de 10 a 19 años” Lima, Julio-Agosto 2017. Ocupación de las gestantes adolescentes, se observó que el 73.7% son amas de casa y solo un 14.3% (32) se encontraba estudiando Cuando estaba embarazada. <sup>(33)</sup> Muy por el contrario en estudio realizado por <sup>(18)</sup> Quinito Pérez F. E. del embarazo en adolescentes en México 2015- 2014. En la encuesta se preguntó directamente por la ocupación principal que desempeñaban las adolescentes al momento de la primera unión. Al respecto, se observa que 61.2% estudiaba al momento de unirse o casarse, 21% tenía un trabajo asalariado y 11% sólo estaba en su casa (no estudiaba ni trabajaba). <sup>(18)</sup>

**De acuerdo al Tabla N° 4 Con** respecto a la pregunta. ¿Lugar de nacimiento?, la respuesta Moquegua. Fue la más frecuente con 48

(85.71%), seguido de Puno con 4 (7,14%). Para 2014, las cifras a nivel regional señalan que los departamentos de la región de la selva presentan los porcentajes más altos de embarazo adolescente: Loreto 30.4%; Amazonas 28.1%, Madre de Dios 24.4%, San Martín 24.1% y Ucayali 21.2%. Por otro lado, los porcentajes más bajos de embarazo adolescente las presentan las regiones de Arequipa (8.4%) y Moquegua (7.0%). En el caso de la región. <sup>(57)</sup>

**De acuerdo al Tabla N° 5** Con respecto a la pregunta. ¿Tu embarazo fue motivo de abandono de estudios?, la respuesta fue SI con 35 (62.50%), la ENDES 2014 evidencia, un 48.1% de las adolescentes en mención señalan que la principal razón para dejar de estudiar es la situación de su embarazo. <sup>(28)</sup>

**De acuerdo al Tabla N° 6** Con respecto al lugar que ocupa entre sus hermanos un 37,50% refieren ser hijas mayores, y el 28,57% refieren ser la hija entre el mayor y menor. Por el contrario, estudio realizado por. <sup>(28)</sup> Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes Lima 2016 Con respecto a la pregunta. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?, la respuesta Estoy entre el mayor y el menor de mis hnos. fue la más frecuente del grupo de embarazadas con 33 (45.8%), seguidas de Soy la mayor de mis hermanos con (43.6%).

**De acuerdo al Tabla N° 7** El motivo de primeras relaciones sexuales del 53,57% fue por presión de la pareja, seguido del 44,64% que fue por decisión de propia. Similar resultado se encontró en un estudio sobre factores sociodemográficos y personales asociados a primer embarazo en adolescentes realizado por Valera Quiroz <sup>(34)</sup> en cuanto a motivo de relaciones sexuales que el 10.7 % fue por presión de la pareja. Muy por el contrario estudio realizado por <sup>(28)</sup> Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes Lima- 2016 con respecto a la pregunta. ¿Qué te motivó a tener relaciones sexuales?, la respuesta Decisión propia fue la más frecuente del grupo de embarazadas con 75 (%), seguidas de Decisión de pareja con 1 (%).

**De acuerdo al Tabla N° 8.** En cuanto al número de parejas sexuales observamos que el 51,79% tuvo 2. Seguido 35,71% tuvo 1 sola pareja, y finaliza con quien tenía 3 parejas que tan solo representa el 12.50 %. <sup>(28)</sup> Muy por el contrario estudio realizado por <sup>(45)</sup> <sup>(33)</sup> sobre factores relacionados que influyen en la depresión en gestantes adolescentes de 10 a 19 año, lima 2017 las características de salud sexual y reproductiva de las gestantes adolescentes, se observa que 59.4% (133) de las adolescentes ha tenido 1 pareja

sexual, el 32.6% (73) refirió 2 parejas sexuales y un 8% (18) refirió haber tenido de 3 parejas sexuales a más. <sup>(33)</sup>

**De acuerdo al Tabla N° 9** A la pregunta tu embarazo fue deseado. El 78,57% refieren que No. Seguida de SI 21,43%. Según Friedman, un embarazo NO deseado puede conducir a un aborto inducido y esta situación afecta en especial a las adolescentes. Un aborto provocado, además de tener implicaciones éticas y consecuencias emocionales graves, aumenta considerablemente el riesgo de morbi-mortalidad materna por las condiciones precarias en que se realizan.

**De acuerdo al Tabla N° 10** En lo que se refiere a ingreso económico familiar, el 92,86 % refirió un que tiene ingreso económico familiar de 1000 - 3000 soles, el 5,36 refieren tener ingreso económico familiar menos de 1000 soles y solo una de ellas respondió que tiene un ingreso económico familiar más de 3000 soles. Similar estudio realizado por <sup>(69)</sup> sobre Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes, Lima 2011 En lo que se refiere a ingreso económico familiar, el 85.5 % refirió un salario mínimo vital, el 8,4 % dos a tres salarios mínimos vitales y solo un 6.1 % más de tres salarios mínimos vitales.

Diversos estudios coinciden que la maternidad adolescente es mayor cuando se vive en pobreza, lo que atestigua las grandes brechas en el acceso a información, educación y servicios, ya que no se trata de una maternidad deseada. No sólo en América Latina, sino en cualquier país del mundo, las mujeres en pobreza y exclusión dentro de un mismo país son quienes tienen más hijo <sup>(74)</sup>

**De acuerdo al Tabla N° 11 Con** respecto a la pregunta. ¿Qué tipo de seguro tienes?, la respuesta SIS. Fue la más frecuente del grupo de las gestantes adolescentes con 55 (98.21%), seguido de No SIS con 1 (1.79%). INEI informó que el 78,2 % de estas jóvenes cuentan con algún seguro de salud, siendo el Seguro Integral de Salud el que más atiende a este grupo poblacional (71,3%). No obstante, aún queda un 21,8% de madres adolescentes que no cuenta con ningún seguro para ella y sus hijos. <sup>(57)</sup>

**De acuerdo al Tabla N° 12 Con** respecto a la pregunta. A zona de residencia de las gestantes ya mayoría reside en zona. Urbana con el 60.71% y el 39,29% refieren que residen en zona. Rural. En cuanto a la zona de procedencia el 58,8 % de adolescentes residía en la zona urbana, mientras que en el estudio de (Valera Quiroz, 2016) 41.2 % lo hacía en la zona rural. La zona de residencia es uno de los factores que determinan el embarazo adolescente; este puede variar de

acuerdo a las características socioculturales de las diversas poblaciones. La tasa de embarazo en las adolescentes que viven en áreas rurales es por lo general más alta que en las que viven en zonas urbanas, pero esa tendencia está cambiando debido a que en la área urbana las adolescentes están buscando ya a edades tempranas conocer y explorar su sexualidad, lo que aunado a una falta de comunicación con sus padres y/o falta de información puede desencadenar en un embarazo a temprana edad. <sup>(75)</sup>

**Los resultados de la Tabla N° 13**, muestran las características culturales de las gestantes adolescentes. Con respecto a la pregunta. ¿Qué Religión practicas?, la respuesta católica. Fue la más frecuente del grupo de embarazadas adolescentes con 49 (87.50%), seguidas de Evangélica con 5 (8,93%). Similar resultado refiere que de cada 100 personas encuestadas que incurrir en un embarazo precoz 68 de ellas su religión es la católica y 32 son cristianas. En Latinoamérica, zona de gran influencia de la iglesia católica, el embarazo adolescente es un fenómeno en crecimiento. Similar resultado por <sup>(34)</sup> en lo que respecta a religión que el 66.4 % refería ser católicas y el 33.6 % ser no católicas.

**De acuerdo al Tabla N° 14** Con respecto a la pregunta. ¿Cuál es tu grado de instrucción?, la respuesta fue secundaria incompleta la

más frecuente con 42 (75.00%), seguidas de superior no universitaria incompleta con 7 (12.50%), y finalmente superior universitaria incompleta 6 (10.71%). Estudio realizado por <sup>(34)</sup> sobre “Factores sociodemográficos y personales asociados a primer embarazo en adolescentes”. Cajamarca, 2016, refiere que en cuanto al grado de instrucción se observa que el mayor porcentaje de adolescentes tenía secundaria incompleta 32.1 %, seguido del 25.2 % que tenía primaria completa, 22.9 % tenía secundaria completa, 13.0 % primaria incompleta y tan solo un 5.3 % con superior universitaria incompleta y 1.5 % superior técnica. Sobre el nivel educativo de las adolescentes embarazadas, la ENDES 2014 señala que existe una relación inversa entre el embarazo adolescente y el nivel educativo; es decir, cuanto más bajo sea el nivel educativo, hay mayor probabilidad de ser madres. Así, en 2014, del total de adolescentes que se encontraban cursando el nivel primaria, el 34,1% eran madres o estaban gestando por primera vez; del mismo modo, el 14.2% se encontraba cursando secundaria; el 6.8% se encontraba cursando superior no universitaria; y el 6.3% se encontraba cursando superior universitaria.

En el año 2015, la mayor proporción (75,3%) de nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años de edad se aprecia en aquellas

que tenían secundaria; el 15,7% con nivel primaria y en menor porcentaje (8,4%) de madres con nivel superior. <sup>(57)</sup>

**De acuerdo al Tabla N° 15 Con** respecto a la pregunta. En tu familia ¿Alguien tuvo su primer hijo(a) antes de los 20 años?, la respuesta Si, fue la más frecuente con 31 (55.36%), seguidas de No con 25 (44,64%).Lo cual coincide con los estudios realizados por Marissa Urreta y Victoria Cueva A. y col. ya que refieren que existe un antecedente familiar de embarazo adolescente mayoritariamente de parte materna, coincidiendo con el estudio de Diego P. Y Huarcaya G, quienes mencionan que en sus casos se encontró una alta frecuencia de antecedente de embarazo, principalmente por la madre; pero en el estudio realizado por Roció Miranda se menciona que solo un 26.6% de sus casos tenían madres que experimentaron el embarazo en la adolescencia. <sup>(76)</sup>

**De acuerdo al Tabla N° 16 Con** respecto a la pregunta ¿consumió alguna droga antes y durante la gestación? La respuesta fue alarmante con (24) 42,86% refieren que SI. Y el (25)44,64% refieren que no consumieron drogas antes ni durante la gestación. INEI en el año 2014 presenta una encuesta sobre. Madres adolescentes y el consumo de bebidas alcohólicas, Demográfica y de Salud Familiar reportó que el 69,2% las mujeres adolescentes de 15

a 19 años de edad consumieron bebidas alcohólicas alguna vez en su vida. En el área urbana, el 74,6% y en el área rural fue 61,1%.<sup>(57)</sup>

**De acuerdo al Tabla N° 17** Con respecto a la pregunta. ¿A qué edad inicio relaciones sexuales?, la respuesta. 14 a 15 años fue la más frecuente del grupo de embarazadas adolescentes con 29 (51.79%), seguidas de mayores o iguales a 16 con 24 (42.86%). Muy por el contrario resultado encontrado por Valera Quiroz A. en un estudio sobre factores sociodemográficos y personales asociados a primer embarazo en adolescentes Cajamarca 2016. Refiere que el 64.9 % de las adolescentes gestantes inició relaciones sexuales entre los 17 y 19 años de edad, seguido de 13 a 16 años con un 35.1 %.<sup>(34)</sup>

**De acuerdo al Tabla N° 18 Finalmente** se preguntó a las gestantes adolescentes ¿Con quienes vives en tu casa?, la respuesta. Familia nuclear fue la más frecuente en gestantes adolescentes con 35 (62.50%), seguidas de Familia extensa con 13 (23.21%). Y finalmente la familia monoparental con (8) 14,29% INEI. Refiere que, Por estructura del hogar, se entiende la composición de los miembros del hogar, tomando como referencia o modelo ideal al hogar nuclear (ambos padres e hijos). En este contexto, la estadística disponible muestra que en el año 2013 cerca al 60% de los hogares son de tipo nuclear. En el caso de los hogares monoparentales, se constata el

predominio de aquellos que son jefaturadas por mujeres solas. Estudio realizado en Juliaca 2015 factores socioculturales que influyen en el embarazo de los adolescentes Los tipos de familia en el distrito de Juliaca 2015. Están constituidos de la siguiente manera: La encuesta aplicada para la investigación de las madres adolescentes que acuden al Centro de Salud "Santa Adriana" de la ciudad de Juliaca dio como resultado que el 6% de la población está constituida por familia agregadas, un 7% las familias son extensas, con 28% el tipo de familia es monoparental, y con 59% es del tipo nuclear. <sup>(77)</sup> (similar estudio realizado por <sup>(34)</sup> En cuanto a la estructura familiar, refiere que el 57,3 % pertenecía a una familia nuclear y el 42.7 % a una familia extendida.

**De acuerdo al Tabla N° 19** En relación a las dimensiones del funcionamiento familiar tenemos que, en la dimensión de **adaptación**, se muestra que el 50.00% de las gestantes adolescentes presentan disfunción familiar severa. Muy por el contrario investigación realizado por <sup>(69)</sup> Teniendo como resultado que en el 75% presentó disfuncionalidad familiar, dentro del cual el 37% tuvo disfunción familiar leve. Lo que no concuerda con nuestro estudio. Lo cual es alarmante porque la familia carece para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital. A comparación de lo que refiere <sup>(69)</sup>. Ya

que menciona que la mayoría de las adolescentes encuestadas refirieren tener mayor apoyo y una mejor relación con la madre combinada con una relación distante o ausente con el padre. Además refiere que muchas de estas adolescentes carecen de una relación cálida con su padre, siendo éste definido en términos muy negativos o como ausente. Nuestra opinión, es mantener a la familia como grupo y que al mismo tiempo promuevan el desarrollo individual de cada uno de sus integrantes.

En la dimensión **participación**, se encontró que las gestantes adolescentes en un 57,14% presentan disfunción familiar severa. Siendo este el mayor porcentaje obtenido; A diferencia a la investigación hecha por <sup>(69)</sup> en su estudio Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes en donde se encontró que el 81% presentó disfuncionalidad familiar, de las cuales el 36% presentó disfunción familiar leve. Lo cual se encuentra la comunicación entre los miembros de la familia deficientes. A diferencia de los resultados en nuestro estudio, que presentó una disfunción severa, esto podría deberse a que cuando las adolescentes tenían problemas la comunicación con el padre era deficiente. Por ello, el embarazo adolescente podría ser un síntoma de una carencia de recursos de la familia para adaptarse a los cambios que implica el paso de las hijas de niñas a

adolescentes, lo que se manifestaría en una deficiente atención y comunicación entre padres e hijas. De esta manera, las adolescentes, al ser desatendidas por sus padres, tratarían de compensar esta falta de atención o bien establecer su propia independencia y cambiar la relación con sus padres, a través de un embarazo.

En la dimensión de **crecimiento y desarrollo**, se encontró que el 46,43% presenta disfunción familiar severa. Podemos afirmar que no hay maduración emocional y física en la autorrealización de los miembros de la familia; De lo mencionado se puede decir que los adolescentes no perciben que sus padres les muestren apoyo en la realización de sus aspiraciones, esto a nuestro parecer puede ser debido a que no hay un nivel adecuado de comunicación ni de afecto lo cual no les permite mostrar sus expectativas respecto a su desarrollo. Así como también puede ser debido a la escasa economía con la que cuentan, las familias numerosas en las cuales los padres no tienen expectativas de que sus hijos estudien ya que necesitan que ellos solventen los gastos familiares. En estudio de <sup>(69)</sup>. Realizado en Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes donde menciona que el 69% presentó disfuncionalidad familiar, de las cuales el 43% perteneció a la clasificación de disfunción familiar leve. Lo cual difiere

de lo encontrado en nuestro estudio, cabe recalcar que ese estudio fue realizado en Lima;

En la dimensión de **afecto**, se encontró que el 48,48% tienen disfunción familiar severa. En el presente estudio es alarmante ya que la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia se encuentran deteriorados. <sup>(69)</sup> en su estudio, refirió, 87% que presentó disfuncionalidad familiar, de las cuales el 32% presentó una disfunción familiar leve, no coinciden, esto podría ser debido a que fueron realizados en diferentes regiones, lo que implica que sean diferentes poblaciones; a pesar de ello no se podría concluir que en Lima exista una funcionalidad familiar más alta que en el Moquegua ya que se necesitarían de mayores estudios. En este contexto, las adolescentes buscan evadir la situación de incomodidad y/o satisfacer sus carencias afectivas fuera de la familia, estableciendo relaciones de pareja con mayor dependencia emocional, lo que aumenta el riesgo de concebir.

Por último en área de **recursos**. El 50,00% de las gestantes adolescentes presentan disfunción familiar severa. <sup>(69)</sup> en su investigación titulada Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes. Que el 85% presentó disfuncionalidad familiar, dentro del cual el resultado más alto fue el de 34% que corresponde

al grado de disfunción moderada. No podemos dejar de lado otra posible causa, la cual es que en nuestro país las necesidades económicas familiares son altas, lo que podría impedir a los padres brindarles tiempo a sus hijos ya que lo dedican para su trabajo.

### **Los resultados de la Tabla N° 20**

Por último el estudio del funcionamiento familiar de las gestantes adolescentes es alarmante ya que el 94,65% de las adolescentes presentan con disfuncionalidad familiar y solo tres caso representado por 5.36% tiene familia con funcionalidad normal, dentro de la familia con disfuncionalidad se muestra que la mayoría en un 51,79% presenta familia con disfunción familiar severa, un 28,57% de las gestantes adolescentes tiene disfunción familiar moderada y el 14,29% presenta disfunción familiar leve; estos resultados son fiel reflejo de los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones del funcionamiento familiar. Muy por el contrario estudio realizado por <sup>(69)</sup>, refiere que. El 90% de las gestantes adolescentes encuestadas tuvo una disfunción familiar, donde el 45 % tuvieron una disfunción familiar leve, el 34% presentó disfunción familiar moderada y el 11% presentaron disfunción familiar

severa. Solo el 10% de las adolescentes refieren haber tenido una buena funcionalidad familiar.

Similar. Estudio realizado por Nolasco Bazán E. "Algunos antecedentes sociales y reproductivos en edad de adolescentes. Chimbote 2014, refieren que el funcionamiento familiar, tenemos que el 100% de adolescentes con disfunción familiar grave tienen de 12 a 14 años de edad y el 57,9% con disfunción familiar moderada tienen de 15 a 17 años de edad. <sup>(78)</sup>

Por lo observado en estos estudios, se podría afirmar que la mayoría de gestantes adolescente provienen de familias disfuncionales, por lo que la disfunción familiar constituye en realidad un riesgo, ya que las adolescentes requieren 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. Mayor calidad del tiempo disponible para compartir, demostraciones de confianza, solidaridad y sobre todo afecto.

## **CONCLUSIONES**

### **Primera**

Las gestantes adolescentes se caracterizan socialmente, por tener de 14 a 19 años de edad, 85,71% ser amas de casa, 58,93% solteras, 50,00% primogénitas, 60,71% procedentes de la zona urbana de Moquegua, 37,50% abandonaron sus estudios por gestación, 75,00% IRS por presión de su pareja y con embarazo no deseado. 92,86%.

### **Segunda**

Características económicas de la gestante adolescente, 98,21% con ingreso económico familiar proveniente del salario mínimo vital, 87,50% cuentan con SIS.

### **Tercera**

Se caracterizan culturalmente. El 55,36% secundaria incompleta, 42,86% con antecedentes de gestación precoz en su familia, 51,79% de religión católica, 62,50% con hábitos nocivos.

### **Cuarta**

Las gestantes adolescentes presentan 80,36% grado de funcionalidad familiar severa-moderada en las cinco dimensiones estudiadas.

## **RECOMENDACIONES**

### **Primera**

Fortalecer el programa educativo de atención integral al adolescente en el Hospital Regional de Moquegua con actividades intramurales y extramurales, incluyendo los temas de salud sexual y reproductiva con personal capacitado y competente que ayude al adolescente a tomar decisiones acertadas sobre salud sexual.

### **Segunda**

Lograr cambios actitudinales positivas en la población adolescente, a través de talleres educativos sobre salud sexual y salud reproductiva involucrando fundamentalmente los componentes familiares con énfasis en el área afectiva y de recursos.

### **Tercera**

Mejorar el acceso del adolescente a los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad en el Hospital Regional de Moquegua, a los adolescentes activamente sexuales se les debe brindar la información de los métodos anticonceptivos, para que tomen su propia decisión del uso del método que elijan.

#### **Cuarta**

Aplicar durante la primera consulta el cuestionario APGAR Familiar a todas las adolescentes, con el objetivo de poder identificar adolescentes en riesgo y así brindar a los mismos y a sus familias asesoramiento familiar anticipado, e intervenir oportunamente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carreón-Vásquez, J., Mendoza-Sánchez, H., Pérez-Hernández, C., Gil-Alfaro, I., Soler-Huerta, E., & Gonzáles-Solís, R. *Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Arch Med Fam*; 2004. 70-73.
2. Condori Ingaroca, L. *Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana*. 2002. Obtenido de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/Tesis/Salud/Condori\\_I\\_L/Condori\\_I\\_L.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/Tesis/Salud/Condori_I_L/Condori_I_L.htm).
3. UNICEF. *Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales*. Uruguay: Universidad de la República. 2003.
4. Ministerio de Salud de Panamá. *Guías de Manejo de las complicaciones en el embarazo. Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Panamá. 2009.
5. UNICEF. *Hacer efectivos los derechos de los adolescentes*. Estado mundial de la Infancia. Obtenido de <http://www.unicef.org/espanish/sowc2011/pdfs/Capitulo-2-021011.pdf>
6. UNESCO. *Embarazo precoz y no planificado y el sector de la educación*. 2017. Recuperado el 02 de 05 de 2018, de Revisión de la

evidencia y recomendaciones:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0025/002515/251509S.pdf>

7. OPS. *Salud Reproductiva y Maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los Derechos.* Washington. 2013. Obtenido de <http://www.paho.org/salud-mujeres-ninos/wp-content/uploads/2013/09/SRMS-derechos-y-legislacion.pdf?ua=1>
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México. 2017. Obtenido de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/madre2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/madre2017_Nal.pdf).
9. El Horizonte. *Cada 10 mujeres mexicanas son madres solteras.* 8 de mayo 2017. Obtenido de <http://www.elhorizonte.mx/nacional/revela-inegi-que-3-de-cada-10-mujeres-mexicanas-son-madres-solteras/1842277>
10. INE. Venezuela. *Maternidad adolescente: una mirada sociodemográfica.* Caracas. 2014.
11. INEI. *Situación social de las madres adolescentes.* Lima. 2013.
12. Vega, J. *Embarazo precoz en el Perú.* Junio de 2002. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos48/embarazo-precoz/embarazoprecoz.shtml>.

13. Vargas, H. *Tipo de familia y ansiedad y depresión. Rev Med Herd.*, 57-59. 2014. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n2/v25n2e1.pdf>
14. Campano, M. *Embarazo en adolescentes, un problema en aumento en Moquegua.* . (D. Correo, Ed.). 2014. Recuperado el 04 de Setiembre de 2017, obtenido de <https://diariocorreo.pe/ciudad/embarazo-en-adolescentes-un-problema-en-aum-40261/>
15. Dirección Regional de Salud-Moquegua. *Análisis de la Situación de Salud.* Moquegua-Perú: Oficina de Epidemiología. 2014.
16. OMS. *Salud para los adolescente del mundo.* 2014. Obtenido de Una segunda oportunidad en la segunda década: [www.who.int/adolescent/second-decade](http://www.who.int/adolescent/second-decade)
17. Vizcarra, L. Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú. 2012.
18. Quintino Pérez, F. E. *Estudio del embarazo en adolescentes en el distrito federal, desde un enfoque de genero,2005 -2014.* México. 2015. Recuperado el 12 de Nov. de 2017, de <http://data.evalua.cdmx.gob.mx/docs/gral/Informe%20Estudio%20de%20Embarazo%20de%20Adolescente.pdf>

19. Ochoa, C., Moncada, J., & Vásquez, D. *Factores socioeconómicos y culturales asociados con el embarazo en adolescentes*. 2015. Obtenido de <http://bdigital.ces.edu.co/repositorio/bitstream/Factopdf>
20. Calderón, L., Inalbis del Río, C., Rodríguez, O., & Guisandes, A. *Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. MEDISAN*. 2014. <https://es.scribd.com/document/280241297/Disfuncion-Familiar-en-Gestantes-Adolescentes-de-Un-Area-de-Salud>. Obtenido de [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18\\_11\\_14/san091811.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_11_14/san091811.htm).
21. Castellón, H. *Caracterización de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes en una comunidad urbana del Municipio de Malambo – Atlántico*. Malambo, Colombia. 2014. Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/12811/>
22. Burgos, C., Dote, E., Gajardo, M., & Miño, J. *Relación entre funcionamiento familiar y factores sociodemográficos y familiares en madres adolescentes de establecimientos educacionales técnico-profesionales de Chillán*. Chillán, BíoBío, Chile. 2012. Obtenido de <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/1060/1/Burgos%20Campos%2C%20Cecilia%20Alejandra.pdf>
23. Arias, C., Carmona, I., Castaño, J., Castro, A., Ferreira, A., Gonzáles, A., & Mejía, J. *Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes*

- que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales.* Manizales, Colombia. 2012. Obtenido de <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/106/303>
24. Cruz, J. *Funcionalidad familiar en la adolescente con embarazo.* (U. A. México, Ed.) México. 2012. Obtenido de <http://132.248.9.195/ptd2013/febrero/085191040/085191040.pdf>
25. Hermoza, D. *Estructura y funcionalidad familiar de las adolescentes de 14 a 19 años con embarazo de la provincia de Orellana.* 2012. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/2757>.
26. Guridi, M., Franco, V., & Guridi, Y. *Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar. Revista Psicología Científica, ISSN(2322-8644).* 2011. Obtenido de <http://www.psicologiacientifica.com/caracterizacion-psicosocial-adolescentes-embarazadas/>
27. Herrera, R., & Rojas, A. *Factores asociados a embarazos en adolescentes en el Hospital Carlos Monge Medrano.* Juliaca, Puno, Perú: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. 2016. Obtenido de <http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/700/Herrera>

\_Mamani\_Roxana\_Rojas\_Coaquira\_Aydee.pdf?sequence=1&isAllo  
wed=y

28. Alvarado L. *Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital Nacional Hipólito Unanue*. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma. 2016. Obtenido de <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/914>
29. Pinto, M., & Quispe, E. *Factores asociados al embarazo en adolescentes en el Hospital Carlos Monge Medrano*. Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. 2015. Obtenido de <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/703>
30. Martínez, G. *Factores Socioculturales que se asocian al embarazo en adolescentes en el Hospital de Tingo María*. Huánuco, Tingo María, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo. 2015. Obtenido de [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2093/1/RE\\_MED.huma\\_gina.tacuchi\\_factores.socioculturales.al.embarazo\\_datos.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2093/1/RE_MED.huma_gina.tacuchi_factores.socioculturales.al.embarazo_datos.pdf)
31. Palomino, E. *Disfunción familiar como factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital distrital Jerusalén de la Esperanza*. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo. 2015. Obtenido de [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1281/1/palomino\\_elizabeth\\_riesgo\\_embarazo\\_adolescente.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1281/1/palomino_elizabeth_riesgo_embarazo_adolescente.pdf)

32. Alván, V. *Factores asociados para bajo peso al nacer en recién nacidos a término, en el Servicio de Neonatología del Hospital Iquitos Cesar Garayar García. Iquitos, Loreto, Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana de Iquitos. Loreto. 2014. Obtenido de <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/>*
33. Calderón, D. & Carrillo, P. *Factores relacionados que influyen en la depresión en gestantes adolescentes de 10 a 19 años, en el servicio ginecoobstetricia. Agosto de 2017. Recuperado el 12 de Feb. de 2018, de [repositorio.uwiener.edu.pe/Poma%2C%20Pamela%2](http://repositorio.uwiener.edu.pe/Poma%2C%20Pamela%2)*
34. Valera Quiroz, A. *Factores sociodemográficos y personales asociados a primer embarazo en adolescentes Hospital Regional de Cajamarca 2015. 2016. Recuperado el 23 de Agost. de 2018, se encuentra en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/911>*
35. Sandoval, K. *Frecuencia de los factores de riesgos biológicos, obstétricos, socioeconómicos y entidades clínicas asociadas a bajo peso al nacer en pacientes del servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue. Tacna, Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna. 2013. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/226184278/75-2013-Sandoval-Torres-KP-FACS-Medicina-2013>*

36. Salinas de Zegarra, R. *Análisis sobre el porcentaje de familias funcionales de adolescentes gestantes que acudieron al Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín de Tacna*. Tacna, Perú. 2016.
37. OMS. *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado el 2018, de Desarrollo en la adolescencia: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/de v/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/de v/es/)
38. Issler, J. R. *Embarazo en la adolescencia*. *Revista de posgrado de la Cátedra VI Medicina*, pp.11-23. 2001. Obtenido de <http://ecaths1.s3.amazonaws.com/bioetica/EmbarazoAdolescente.pdf>
39. Piaget, J. *De la lógica del niño a la lógica del adolescente: Ensayo sobre la construcción de las estructuras operatorias formales*. Buenos Aires: Paidós. 1955.
40. Elkind, D. *Niños y adolescentes; ensayos interpretativos sobre Jean Piaget*. Barcelona: Oikos-Tau. 1978.
41. Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia*. México: Mc Graw-Hill/Interamericana Editores S.A. 2009.

42. Freud, S. *Sexualidad infantil y neurosis*. Madrid: Alianza Editorial.1975.
43. El Diario. *Adolescencia, período vital de formación*. *El Diario-Bolivia*, pág. 33. 04 de octubre de 2016. Obtenido de [http://www.eldiario.net/noticias/2016/2016\\_10/nt161004/sociedad.php?n=33](http://www.eldiario.net/noticias/2016/2016_10/nt161004/sociedad.php?n=33)
44. Molina, R. *Madres niñas-adolescentes de 14 años y menos. un grave problema de salud pública no resuelto en Chile*. 2013. Obtenido de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=&script=sci_arttext).
45. Calatrava, C. *Embarazo Precoz: Un problema cultural*. 04 de agosto de 2014. Obtenido de <https://www.embarazo-precoz.com/un-problema-cultural/>
46. Piamonte, F. *El adolescente y su familia*. 24 de febrero de 2018.Obtenido de <http://www.pnlnet.com/el-adolescente-y-su-familia/>
47. Sebastián, L. *Adolescentes y adultos como sujetos de aprendizaje*. España: Paidós Ibérica. 2005.
48. Cruz, M. *Embarazo de adolescentes y comunicación familiar*. 2011. Obtenido de <http://www.margen.org/suscri/margen61/marquez.pdf>.
49. Langer, A. *El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe*. Rev Panam Salud

- Publica/Pan Am J Public Health , 11(3), 194. 2002. Obtenido de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>
50. UNICEF. *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Obtenido de El objetivo 5. Mejorar la salud materna: Marzo de 2017. <https://www.unicef.org/spanish/mdg/maternal.html>.
51. Infogen. *El embarazo de la adolescente y los problemas familiares*. 23 de 09 de 2014. Obtenido de Sexo y adolescencia: <http://infogen.org.mx/el-embarazo-de-la-adolescente-y-los-problemas-familiares/>
52. Gómez, I., Molina, R., & Zamberin, N. *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. 2011.
53. MINSA. *Embarazos adolescentes en el Perú*. 2013. Obtenido de <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/prevemb/embarazos.html>
54. INEI. *En el Perú existen más de 200 mil adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez*. 27 de octubre de 2015. Recuperado el 16 de 02 de 2018, de <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de->

200-mil-adolescentes-que-son-madres-o-estan-embarazadas-por-primera-vez-8703/

55. ENDES. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Lima: INEI. 2014. Obtenido de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf)
56. Moruno Miralles, P. *La ocupación como método de tratamiento en Salud Mental*. 04 de 02 de 2010. Obtenido de <http://blog.fisaude.com/especialidades/terapia-ocupacional/la-ocupacion-como-metodo-de-tratamiento-en-salud-mental.html>
57. MINEDU. *La deserción escolar en las adolescentes*. 20 de febrero de 2016. Obtenido se encuentra en: <http://escale.minedu.gob.pe/documents/10156/3415561/Edudatos+20+febrero+2016.pdf>
58. EUSTAT. *Nivel de instrucción*. 2012. Obtenido de [http://www.eustat.eus/documentos/opt\\_2/tema\\_131/elem\\_11188/definicion.html](http://www.eustat.eus/documentos/opt_2/tema_131/elem_11188/definicion.html)
59. Clemente, C. *Ciclo vital y sistema familiar*. 16 de 10 de 2009. Recuperado el 17 de 12 de 2017, de <http://cbtis149ctsv3lc2.blogspot.com/2009/10/definicion-de-familia-segun-la-oms.html>

60. Lara, L. Dinamica Familiar. (D. I. Vargas, Ed.) *Medifam*, Vol. 11( No. 7), pp 399-404. 2001. Recuperado el 15 de feb de 2018, de <http://www.actiweb.es/yaxchel/archivo1.pdf>
61. Rodríguez Lores A, & De la Cruz Muguercia, M. *Reflexiones sobre la familia y el matrimonio desde la sociología y el derecho como fenómeno no sólo social sino también como ciencias*. Contribuciones a las Ciencias Sociales. 2012.
62. OMS. *La familia definicion por la OMS*. 2009. Recuperado el 15 de feb. de 2018, de Blogspot.com: <http://www.academia.edu/30408861/>
63. Mérida M. Huerta, J. <http://www.academia.edu>. 2011. Recuperado el 15 de feb de 2018, de <http://www.academia.edu>: [http://www.academia.edu/30408861/universidad\\_nacional\\_mayor\\_de\\_san\\_marcos\\_facultad\\_de\\_medicina\\_humana](http://www.academia.edu/30408861/universidad_nacional_mayor_de_san_marcos_facultad_de_medicina_humana)
64. Jiménez, C. & Col. *Funcionalidad familiar y problemática de salud* . 2010. Recuperado el 20 de Mar. de 2018, de disponible en:: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2001/1/Funcionalid>
65. Navarro, D. *Ciclo familiar*. 2013. Recuperado el 12 de nov. de 2017, de <http://biblioteca.uns.edu.pe/saladocentes/archivoz/>

66. Greif, A. *Family structure, institutions, and growth: the origin and*. 2005. Recuperado el 11 de Dic. de 2017, de funcionalidad familiar: [https://www.aeaweb.org/assa/2006/0106\\_0800\\_1104.pdf](https://www.aeaweb.org/assa/2006/0106_0800_1104.pdf)
67. Abga. *Familias ensambladas*". Recuperado el 13 de Dic. de 2017, de "Familias ensambladas". 2015: <http://www.agba.org.ar/familias-ensambladas>
68. Ares, P. *Psicología de la familia*. Recuperado el 10 de Ene. de 2018, de Familia Recostituida. 2013. <http://www2.minedu.gob.pe/minedu/03-bibliografia-para-ebr/12>
69. Angoma,L y Poccorpachi,D. *Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes* : . (F. d. Humana, Editor). 2011. Recuperado el 22 de Agos. de 2017, de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3011>
70. Espejel, E. *estudios de familia en relación con la esquizofrenia*. México: Instituto de la Familia. 1997.
71. Zaldivar, D. *Funcionamiento familiar saludable*. 2012. Obtenido de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion.temprana/funcionamiento\\_familiar.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion.temprana/funcionamiento_familiar.pdf).
72. INEI. *Madres adolescentes y el consumo de bebidas alcohólicas*. 2015. Recuperado el 22 de sept. de 2018, se encuentra en: Inei en el año 2014 presenta una encuesta sobre. Madres adolescentes y el

consumo de bebidas alcohólicas, Demográfica y de Salud Familiar reportó que el 69,2% las mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad consumieron bebidas alcohólicas alguna.

73. Pazcualini, D: Llorens,A. *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes una mirada integral* (1° ed., Vol. Vol 1). (OPS, Ed.) ed.Argentina. 2010. Recuperado el 12 de Nov. de 2017, de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/SaludBienestarAdolescente%20Diana%20Compiladores.pdf>
74. Jienez y . Pintado Y, Monzon A. Valdes O. *La sexualidad temprana en la adolescente, un problema en la actualidad. Revista de Psiquiatria y Psicología*. 2009. Recuperado el 23 de Nov. de 2017, se encuentra en: [http://psiquiatriainfantil.org/2009/2009\(1\).pdf](http://psiquiatriainfantil.org/2009/2009(1).pdf)
75. Suarez, R. *Prevalencia de Embarazo en adolescente en la E.S.E Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta en los años 2008 - 2009*. 2011. Recuperado el 20 de Feb. de 2018, se encuentra en: <file:///E:/MI%20tesis/mareria%20de%20interpretacion/tesis%20factores%20sociodemográficos%20y%20personales%20asociados%20a%20primer%20embarazo.%20hospital%20regional%20de%20c.pdf>
76. Diego P. y Huarcaya G. *Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes*. 2008. se encuentra en:

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1144/Diego\\_dp.pdf?](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1144/Diego_dp.pdf?)

77. Condori, Mendoza. *Factores socioculturales que influyen en el embarazo en adolescentes*. 2015. Recuperado el 25 de Ene. de 2018, :<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2129/HScohum.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
78. Nolazco y Pintado. *Algunos antecedentes sociales y reproductivos en edad de adolescentes. Chimbote 2014*. 2014. Obtenido de: <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/2099>

# **ANEXOS**

**ANEXO N° 01**

**UNIVERSIDAD NACIONAL “JORGE BASADRE  
GROHMANN”**

**“CARACTERISITICAS SOCIECONÓMICAS, CULTURALES Y  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN GESTANTES  
ADOLESCENTES”**

**CUESTIONARIO**

**APGAR FAMILIAR MODIFICADO**

Estimada joven:

La maternidad es una experiencia hermosa para la mayoría de las mujeres. Sin embargo cuando ésta se da en la adolescencia puede no ser tan fácil afrontarla.

En nuestro país cada año se incrementa el número de embarazos en las adolescentes, lo que hace necesario seguir efectuando estudios al respecto. En esta oportunidad existe interés en saber cuál es la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas, razón por la cual se solicita tu colaboración para responder este cuestionario. Te hago saber que es anónimo y confidencial. Se espera que tus respuestas sean veraces y de antemano agradezco tu colaboración.

Instrucciones:

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

- Leer detenidamente y responder todas las preguntas

- Marcar una sola respuesta por pregunta (salvo excepciones, que se indican claramente en el cuestionario).

Moquegua, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017.

\_\_\_\_\_

Aceptante

\_\_\_\_\_

Investigador

**ANEXO N° 02**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....  
.....

..... identificado (a) con DNI: ..... padre  
y/o madre de la menor  
..... Por la

presente declaro haber recibido información suficiente sobre la investigación “CARACTERISTICAS SOCIOECONÓMICAS, CULTURALES Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA. SETIEMBRE-DICIEMBRE. 2017” para lo cual se ha solicitado mi autorización para la participación de mi menor hija.

Soy consciente de que la investigación ayudará a conocer la relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo adolescente Sé también que la participación de mi menor hija va a consistir en responder preguntas de un cuestionario y en ningún momento será expuesta a ningún tipo de riesgo debido a su participación.

La información que se proporcione será bajo estricta confidencialidad y anonimato, puesto que se mantendrá en reserva y solo será usada para fines académicos. La participación será voluntaria y en caso de negarme a seguir participando de la investigación no habrá ninguna repercusión en contra de mi persona ni de mi hija.

Por lo manifestado es que ACEPTO VOLUNTARIAMENTE SER PARTE DE DICHA INVESTIGACIÓN, en señal de conformidad firmo a continuación.

Moquegua, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017.

\_\_\_\_\_

Aceptante

\_\_\_\_\_

Investigador

**CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, CULTURALES Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA. SETIEMBRE A DICIEMBRE.**

**A. DATOS GENERALES DE LA GESTANTE:**

1. **¿Cuál es tu edad actualmente?**  
 10-13 años  
 14 a 16 años  
 17 a 19 años
2. **¿Cuál es tu estado civil?**  
 Soltera  
 Conviviente  
 Casada
3. **¿Cuál es tu ocupación actual?:**  
 Estudiante  
 Ama de casa  
 Empleada u obrera
4. **¿Cuánto es el ingreso familiar mensual?**  
 Menor a 1000 soles  
 De 1000 – 3000 soles  
 Mayor a 3000 soles
5. **¿Cuentas con algún tipo de seguro?**  
 Ninguno  
 SIS  
 SALUD-POL  
 EsSALUD
6. **¿Cuál es tu zona de residencia?**  
 Urbana  
 Rural
7. **¿Cuál es tu lugar de nacimiento?**  
 Puno  
 Moquegua  
 Arequipa  
 Tacna  
 Otro \_\_\_\_\_
8. **¿A qué religión perteneces?**  
 Católica  
 Evangélica  
 Adventista  
 Protestante
9. **¿Cuál es tu grado de instrucción?**  
 Sin nivel  
 Primaria  
 Secundaria incompleta  
 Superior no univ. incompleta  
 Superior univ. incompleta
9. **¿Tu embarazo motivó que abandones tus estudios?**

- Sí  
 No

10. **¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?**

- Hija única  
 Hija mayor  
 Hija entre el mayor y menor  
 Hija menor

**A. DATOS OBSTÉTRICOS:**

11. **¿A qué edad tuviste tu primera menstruación?**

\_\_\_\_\_

12. **¿A qué edad te iniciaste sexualmente?**

\_\_\_\_\_

13. **¿Qué motivó tu primera relación sexual?**

- Decisión propia  
 Presión de pareja o amigos  
 Abuso sexual

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

- Una  
 Dos  
 Tres o más

**B. EMBARAZO**

15. **¿Tu embarazo fue deseado?**

- Sí  
 No

16. **¿Existe algún antecedente familiar de embarazo adolescente?**

- Sí  
 No

17. **¿Consumiste alguna bebida alcohólica o droga durante el embarazo**

- Sí  
 No

**C. FAMILIA**

18. **Tipo de familia:**

- Familia nuclear  
 Familia extensa  
 Familia ampliada  
 Familia monoparental  
 Familia reconstituida  
 Equivalente familiar

**PARA QUE CONTESTES A LAS PREGUNTAS QUE A CONTINUACIÓN SE  
TE PRESENTAN. ES NECESARIO QUE RECUERDES HECHOS VIVIDOS  
EN TU FAMILIA ANTES DE TU EMBARAZO.**

<b>CUESTIONARIO DEL APGAR FAMILIAR MODIFICADO</b>					
<b>ADAPTACION</b>	NUNC A	CASI NUNC	ALGU NAS	CASI SIEMP	SIEM PRE
1.- ¿Cuándo estuviste frente a algún problema de salud, has recibido apoyo de tu familia?					
2.- ¿Cuándo estuviste frente a algún problema escolar has recibido apoyo de tu familia?					
3.- ¿Cuándo estuviste frente a algún problema sentimental (enamorado) has recibido apoyo de tu familia?					
4.- ¿Crees que fue la mejor opción de buscar ayuda ante un problema en tu familia?					
5.- ¿Llegaste a resolver los problemas que tenías, con el apoyo de tu familia?					
<b>PARTICIPACIÓN</b>	NUNC A	CASI NUNC	ALGU NAS	CASI SIEMP	SIEM PRE
1.- Ante cualquier decisión que hayas tomado ¿Crees que la opinión de tu familia fue importante?					
2.- ¿Alguna vez tus padres te han impuesto a tomar una decisión sin consultarte?					
3.- ¿Ante un problema ocurrido, crees que todos los integrantes tu familia participaron en su solución?					
4.- ¿Las decisiones que se tomaban en tu familia, tenían en cuenta tu opinión?					
5.- ¿Con qué frecuencia era la comunicación entre tú y tus padres?					
<b>CRECIMIENTO O DESARROLLO</b>	NUNC A	CASI NUNC	ALGU NAS	CASI SIEMP	SIEM PRE
1.- ¿Con qué frecuencia tus padres han manifestado sus expectativas respecto a tu superación?					
2.- ¿Tus padres han aceptado tus deseos de emprender nuevas actividades?					
3.- ¿Tus padres te han apoyado emocionalmente en la realización de tus metas?					
4.- ¿Tus padres te han apoyado económicamente en la realización de tus metas?					
5.- ¿Con qué frecuencia tus padres te han guiado para enfrentar de una forma correcta las diferentes etapas de tu vida?					
<b>AFECTO</b>	NUNC A	CASI NUNC	ALGU NAS	CASI SIEMP	SIEM PRE
1.- ¿Te satisface la forma en que tus padres respondían ante tus emociones, como rabia, tristeza, amor?					
2.- ¿Con qué frecuencia la relación afectuosa entre tus padres te satisfizo?					
3.- ¿Con qué frecuencia la relación afectuosa entre tu madre y tú te satisfizo?					
4.- ¿Con qué frecuencia la relación afectuosa entre tu padre y tú te satisfizo?					
5.- ¿Con qué frecuencia tus padres te mostraron afecto?					
<b>RECURSOS</b>	NUNC A	CASI NUNC	ALGU NAS	CASI SIEMP	SIEM PRE

1.- ¿Con qué frecuencia los miembros de tu familia dedican su tiempo para conversar?					
2.- ¿Con qué frecuencia tu familia dedica un tiempo para la recreación?					
3.- ¿Te satisface como compartían el dinero entre los miembros de tu familia?					
4.- ¿Te complace los espacios de la casa que se compartían en familia?					
5.- ¿Te satisface el tiempo que compartían en familia?					

**MEDICIÓN DE LA VARIABLE:** Para la medición de la variable de estudio, se determinó la media considerando en:

Buena funcionalidad familiar: 90-100  
 Disfunción familiar leve: 70-89  
 Disfunción familiar moderada: 50-69  
 Disfunción familiar severa: 49 o -

I En el área de adaptación  
 Buena funcionalidad familiar: 18-20  
 Disfunción familiar leve: 14-17  
 Disfunción familiar moderada: 10-13  
 Disfunción familiar severa: 9 o menos

II. En el área de participación  
 Buena funcionalidad familiar: 18-20  
 Disfunción familiar leve: 14-17

Disfunción familiar moderada: 10-13  
 Disfunción familiar severa: 9 o menos

III. En el área de crecimiento  
 Buena funcionalidad familiar: 18-20  
 Disfunción familiar leve: 14-17  
 Disfunción familiar moderada: 10-13  
 Disfunción familiar severa: 9 o menos

IV. En el área de afecto  
 Buena funcionalidad familiar: 18-20  
 Disfunción familiar leve: 14-17  
 Disfunción familiar moderada: 10-13

Disfunción familiar severa: 9 o menos

V. En el área de recursos  
 Buena funcionalidad familiar: 18-20  
 Disfunción familiar leve: 14-17  
 Disfunción familiar moderada: 10-13  
 Disfunción familiar severa:

<b>PUNTAJE DE LAS RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO</b>	
Nunca	0
Casi nunca	1
Algunas veces	2
Casi siempre	3
Siempre	4

<b>ESCALA PARA LA CALIFICACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA, DE ACUERDO AL APGAR FAMILIAR</b>	
<b>FUNCION</b>	<b>PUNTAJE</b>
Buena funcionalidad familiar	90-100
Disfunción familiar leve	70-89
Disfunción familiar moderada	50-69
Disfunción familiar severa	49 ó menos