

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes :
Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011**

TESIS :

para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR :

Leydi Karem Angoma Arredondo

Denis Poccorpachi Navarro

ASESOR :

Zaida Zagaceta Guevara

Oscar Munares García

Lima – Perú

2011

A Dios, Todopoderoso:
Por la vida y la salud

A nuestras familias: por el apoyo
incondicional en el cumplimiento
de nuestras metas

A la Mag. Zagaceta Guevara,
Zaida y al Mag. Munares García,
Oscar. Por la asesoría técnica y
metodológica para el desarrollo
del presente estudio

ÍNDICE

RESUMEN	iv
ABSTRACTS	v
INTRODUCCIÓN	1
I. OBJETIVOS.....	2
II. MATERIAL Y MÉTODOS	13
III. RESULTADOS	19
IV. DISCUSIÓN	27
V. CONCLUSIONES	33
VI. RECOMENDACIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXOS.....	38

RESUMEN

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES - INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL - 2011

OBJETIVO: Determinar el grado de funcionalidad familiar existente en gestantes adolescentes que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima-Perú en el periodo de Noviembre-Diciembre del 2011 mediante la aplicación del Test Apgar familiar modificado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo en el que participaron 130 gestantes adolescentes, entre 12 y 17 años, que se atendieron en los servicios de hospitalización, psicoprofilaxis, estimulación prenatal y consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal 2011. 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 (90%). Respecto al área de adaptación 75% presentaban disfuncionalidad familiar; de las cuales el 37% era de grado leve, en el área de participación el 81% poseen disfuncionalidad familiar, de las cuales el 36% fue leve. Sobre el área de crecimiento el 69% poseía disfuncionalidad familiar, de las cuales el 43% fue leve. Respecto al área de afecto el 87% presentaban disfuncionalidad familiar; dentro de las cuales el 32% fue leve, y otro 32% moderada. Finalmente en el área de recursos el 85% presentaron disfuncionalidad familiar, de las cuales el 34% fue moderado.

CONCLUSIÓN: El funcionamiento familiar, según la calificación del test del Apgar familiar modificado, de la mayoría de las adolescentes embarazadas es disfuncional, el cual se encuentra presente en las cinco áreas, de las cuales el grado de disfuncionalidad que presentaron con mayor frecuencia fue el de disfunción familiar leve.

Palabras Clave: Embarazo Adolescente, Funcionalidad Familiar.

ABSTRACTS

PREGNANT TEENS IN FAMILY FUNCTION - NATIONAL INSTITUTE MATERNAL PERINATAL - 2011

OBJETIVE: To determine the degree of family functionality exists in pregnant adolescents who attended the Maternal Perinatal Institute in Lima, Peru in November-December period of 2011 by applying the modified family Apgar test.

MATERIAL AND METHODS: A descriptive study involving 130 pregnant teenage women between 12 and 17 who are treated in inpatient services, psycho, and outpatient prenatal stimulation of the Maternal Perinatal Institute. Data were collected through a survey type form. Data analysis was done using the statistical package of Excel and SPSS.

RESULTS:

Most pregnant teenagers have a dysfunctional family of type (90%). Regarding the area of adaptation 75% had dysfunctional families, of which 37% were mild in the area of participation, 81% have dysfunctional families, of which 36% was mild. On the growth area, 69% had dysfunctional families, of which 43% was mild. Regarding the area affected 87% of respondents had dysfunctional families, within which 32% was mild, moderate and another 32%. Finally in the resource area, 85% had dysfunctional families, of which 34% was moderate.

CONCLUSION: Family functioning, as defined by the family Apgar test modified the majority of pregnant adolescents is dysfunctional, which is present in all five areas, of which the degree of dysfunction that occurred most frequently was the mild family dysfunction.

Keywords: Teen Pregnancy, Family Functioning, area of adaptation, area of interest, growing area, affected area, resource area.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el embarazo en adolescente ha sido calificado como un problema de salud pública; debido a las altas tasas de maternidad adolescente en América Latina y el Caribe, y a la persistencia que presenta pese a la baja de la tasa general de fecundidad⁽²⁾

Se estima que 16 millones de adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales.⁽¹⁾

Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América.⁽¹⁾

En América Latina el 16,3% del total de embarazos ocurre en adolescentes con rangos entre 5,7% en las Islas Caimanes y 24% en Nicaragua.^(27,28)

Según ENDES 2009, la población adolescente en nuestro país oscila alrededor del 21% de la población total. Asimismo, las mujeres comienzan a tener hijos a edades tempranas; se indica que antes de los 18 años, entre un 14,7 y 16,9% tuvieron su primer hijo, entre un 31,0 y un 33,9% de las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años. Al llegar a los 25 años, alrededor de las dos terceras partes de las mujeres habían dado a luz. El 13.17% las adolescentes entre 15 y 19 años ya es madre (11%) o están gestando por primera vez (2%), el 41.8% quiso ese hijo/a después^(3,48). Los departamentos con mayor prevalencia de madres adolescentes con edades comprendidas entre los 12 a 14 años son Ucayali (1,2%) seguido de Madre de Dios (1,1%), Loreto y San Martín (0,9%) cada uno.⁽³⁾

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior. Debido a esto se estima que cada año 15 millones de niños nacen de madres adolescentes, y tienen mayor probabilidad de morir durante los primeros 5 años de vida que aquellos que son hijos de mujeres de 20 a 29 años.⁽¹⁾

Entre las causas que determinan el embarazo están el abuso sexual o sexo forzado, uniones tempranas, patrones familiares y culturales y el escaso conocimiento e información en algunas regiones y grupos sociales. ⁽²⁹⁾

Los factores más importantes son los de tipo reproductivo y los familiares, dentro de los factores familiares se encuentran las relaciones familiares y el tipo de familia (monoparental, biparental, reconstituida). ⁽⁵⁾

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. ⁽²⁶⁾

Según la Encuesta Nacional de Hogares(1998) en nuestro país, las adolescentes que viven en familias numerosas (en el sector urbano), las que no son hijas del jefe del núcleo familiar y las que viven en hogares compuestos monoparentales, tienen mayor posibilidad de tener pareja sexual a edades más tempranas que sus pares y por lo tanto de embarazarse. ⁽⁷⁾

Por ello, los hijos de adolescentes pasan gran parte de su vida en un hogar monoparental y se convierten en una población potencial para generar embarazos no deseados en su futura adolescencia. ⁽⁸⁾

Por departamentos, Lima agrupa en mayor porcentaje las diferentes composiciones familiares de los hogares peruanos, concentra el 28,7% de los hogares nucleares, el 34,1% de los hogares extendidos y el 26,9% de los hogares unipersonales. El resto de departamentos concentra en proporciones menores al 10% los diferentes tipos de estructura familiar. ⁽³⁾

Es importante notar que el 9% de menores de 15 años del área urbana, no viven con ninguno de sus padres biológicos y están en condiciones de adoptados, ahijados o acogidos. Solo el 70.5% de los/las adolescentes viven con ambos padres, 76% es huérfanos de alguno de ellos y 8% no vive con ninguno de ellos, a pesar que el 7% los tiene vivos. ⁽⁴⁴⁾

José Luis Rangel y col. en el año 2004, en México; realizó un estudio sobre Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada; obteniendo que la funcionalidad familiar de las gestantes adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no tienen una

madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja. ⁽⁶⁾

López Bozada AL en el año 2007, realizó una investigación en México sobre Disfunción Familiar en embarazadas adolescentes, dónde obtuvo que las embarazadas de 15 a 19 años presentaron una media de edad de 20.8 años, prevalencia de disfunción familiar de 85% y familias funcionales de 14.9%; el grupo de 19 años fue el que más frecuencia presentó disfunción familiar (31.34%); el tipo de familia predominante fue la extensa (61.19%). Finalmente concluye que los embarazos en adolescentes en la mayor parte del mundo, son resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado; por tanto, muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, frecuentemente ven a la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo. ⁽³⁰⁾

Sylvia Santander R., y Col., en un estudio realizado en Chile, año 2006, sobre la Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo; encontró que la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y marihuana en adolescentes es de 31%, 27% y 24% respectivamente; así como también que el 66,5% de los escolares percibe que sus familias son disfuncionales. Concluye que todas las conductas de riesgo son más frecuentes en adolescentes provenientes de familias percibidas por ellos como disfuncionales, por lo que sugiere la urgencia de promover acciones para fortalecer la familia, un factor protector importante en la prevención de conductas de riesgo en adolescentes. ⁽³¹⁾

Roció Miranda Palacios en su estudio realizado en Villa el Salvador, año 2005, sobre Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes; obtuvo que el 86.2% de las gestantes adolescentes tenían entre 17 a 19 años, el 77.7% fueron primigestas; el tipo de familia nuclear fue 56.4%; en cuanto al estado civil de los padres la unión estable fue el 45.7%; el 63.8% tuvo inestabilidad familiar; la comunicación intrafamiliar se presentó en el 58.5%; de este porcentaje el 45.7% tuvo una comunicación intrafamiliar inadecuada; el 26.6% de los casos sus madres experimentaron el embarazo en la adolescencia y el inicio precoz de relaciones sexuales fue de un 100%. Concluye que los factores sociales del entorno familiar están relacionados al embarazo en adolescentes significativamente en comparación con los otros factores. ⁽³²⁾

Bernardita Baeza W., y Col. en el año 2007, realizó un estudio en México denominado Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes; cuyos

resultados indican que los factores que favorecen al embarazo adolescente son: límite estrecho familiar y negligencia paterna; y los factores protectores son: la familia cuidadora y los límites claros. Se concluye que dentro de los elementos protectores sobresalen: la capacidad de reflexión y la “familia cuidadora”, los cuales debieran ser considerados en la prevención del embarazo no planificado en la población adolescente. ⁽³³⁾

Victoria Cueva Arana, y Col. en el año 2005 realizaron un estudio en México sobre las Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas; dónde obtuvieron que el 47% indicaron que el motivo por el que se embarazaron fue para casarse y el 36 % para salirse de su casa; el 85 % con antecedente de madre adolescente embarazada, el 65 % con padres casados, el 68 % vivían con la familia de su pareja y el 35 % tenían más confianza con su madre; finalmente concluye, que el rol de la familia es muy importante, y que depende de la relación que se establezca en ella para que se establezca la comunicación. ⁽³⁴⁾

Víctor Eduardo Guerra en el año 2005, realizó un estudio en México sobre las Madres solteras adolescentes en el área metropolitana de la ciudad de Aguascalientes, y encontró que en el 42% de las gestantes adolescentes tienen familias anucleares, el 51% no establecen roles familiares, y que el 89.% de las adolescentes viven aún con sus padres, concluyendo que: la mayoría de los hogares del municipio de Aguascalientes son de dos tipos; anucleares, con roles y organización no definidos, estos elementos se ven aún mas trastornados cuando se recibe la noticia de que uno de sus miembros presenta embarazo precoz. ⁽³⁵⁾

Uretra Palacios Marissa en el año 2008 realizó un estudio en San Juan de Lurigancho- Lima, sobre la Relación familiar entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes, obteniendo que el 51.3% posee un funcionamiento familiar funcional y que el 48.7% disfuncional; respecto al área estructura el 52.6% tiene una estructura familiar funcional y el 47.4% disfuncional; en el área solución de conflictos el 52.6% tiene una capacidad de solución de conflictos funcional y el 47.4% disfuncional; sobre el área ambiente emocional el 60.3% tiene un ambiente emocional familiar disfuncional y el 39.7% funcional. Finalmente, concluye que el funcionamiento familiar de la mayoría de las adolescentes embarazadas es funcional representado por el área de estructura familiar y el área de solución de conflictos en la misma proporción y en menor porcentaje, aunque no distante, un funcionamiento familiar disfuncional vinculado al área de ambiente emocional seguido por las otras dos áreas en la misma proporción. ⁽³⁶⁾

Pilar Diego P. y Griselda Huarcaya en el año 2008 realizaron un estudio en el Instituto Nacional Materno Perinatal -Lima- sobre los Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo recurrente en adolescentes; obteniendo que el 65% tuvieron la presencia de un familiar directo que se embarazó en la adolescencia; el 35% consideró la relación con los padres como mala, principalmente con la madre (35%); la reacción de los padres al enterarse del embarazo, fue negativa en casi la totalidad de los casos muy diferente al de la pareja que fue positiva (60%); el 35% recibió un apoyo parcial de sus padres y que el 70% de las multigestas refirieron nunca haber usado un método anticonceptivo. Finalmente concluyen que los factores familiares, antecedente de embarazo y edad de la pareja así como los factores reproductivos: edad de inicio de relaciones sexuales y edad del primer embarazo están asociados al embarazo recurrente. ⁽³⁷⁾

Clementina Jiménez Garcés en el año 2007 realizó un estudio en Toluca México sobre adolescentes embarazadas, en el cual encontró que el 21% de las gestantes adolescentes tenía entre 14 a 16 años; el 72% de las jóvenes refirió contar con familias normo-funcionales; el 23% con disfunción familiar moderada y sólo 5% cuenta con disfunción familiar grave; además que sólo el 54% llevó un control prenatal completo; el 79% presentó alguna enfermedad durante el embarazo; en tanto, 51% presentó complicaciones. Concluye finalmente que más de la mitad de las jóvenes tienen familias normo-funcionales; y la cuarta parte con una disfunción familiar moderada. ⁽³⁸⁾

Laurie Rionda Marin F. y Ana Villafañe G. en el año 2006, realizó un estudio en la ciudad de México sobre la Relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente; obteniendo que existe una diferencia significativa en la escala de expresividad de 0.47; así como en la escala de independencia de 0,0; y en el área de orientación cultural e intelectual una escala de 0.07. Por lo que concluyeron que la percepción adecuada o inadecuada en cuanto al ambiente familiar, no es el factor principal que predice el embarazo adolescente, por lo tanto, éste estudio abre la posibilidad para futuras investigaciones acerca de los factores personales de las adolescentes. ⁽³⁹⁾

Rodolfo Alarcón A. y col. en el año 2007 realizó un estudio en Cuba sobre Factores que influyen en el embarazo adolescente, donde obtuvo que el 60% recibieron una educación familiar inadecuada; el 52% llevaba relaciones inadecuadas con sus padres y que el 68% no conversaban aspectos de la sexualidad con sus padres. Finalmente, concluye que existe una relación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces; el no tener relaciones adecuadas con los padres, no

recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción fueron factores que al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto sobre la población expuesta. ⁽⁴⁰⁾

Daniel León S. y col., en el año 2007, en México, realizó un estudio sobre la Percepción de la función de sus familias de la enseñanza media superior; donde obtuvo que la disfunción familiar está asociada a: un nivel educativo alto en los padres ($p < 0,005$, $\phi = 0,241$), al hecho de que ambos padres trabajaban ($p < 0,001$, $\phi = 0,775$), a mayor frecuencia de adicciones en el adolescente ($p < 0,005$, $\phi = 0,465$) y a la tendencia a invertir más tiempo libre con amigos ($p < 0,005$, $\phi = 0,286$). Finalmente concluye que: la familia es el primer responsable de la educación, lleva implícita la transmisión de una amplia gama de conductas que el individuo integra a su personalidad, que interioriza y hace propias. ⁽⁴¹⁾

Los organismos internacionales han acordado que la adolescencia comprende entre las edades de 10 a 19 años; sin embargo, el Ministerio de Salud Peruano mediante la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA del 14 de agosto del año 2009 ha modificado dicho rango de edades, ahora fluctúa entre los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días, con la finalidad de estar acorde con los intervalos de edad considerados en el marco normativo nacional (Código de Niños y adolescentes). ⁽⁹⁾

Los adolescentes representan más de la quinta parte de la población total. Según las encuestas demográficas y de salud en América Latina y El Caribe, la proporción de la población que se encuentra entre las edades de 10 a 19 oscila entre el 20% y el 24% de la población total. Así, en nuestro país, entre 1961 y 1994, la población adolescente ha aumentado de 2,1 a 5,5 millones, representando el 21% de la población total. ⁽¹⁰⁾

En nuestra vida, ser adolescente constituye una etapa privilegiada en una persona, ya que es la transición de la infancia a la vida adulta. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez, estableciendo las posibilidades de independencia socioeconómica. ⁽¹¹⁾

Las y los adolescentes han sido considerados por mucho tiempo un grupo poblacional que se enferma poco y que acuden muy esporádicamente a los establecimientos de salud, pretendiendo indicar con ello sus pocas necesidades de atención en salud. Sin embargo el perfil epidemiológico de la población adolescente ha cambiado durante los últimos años y hoy en día somos testigos de excepción de la problemática que el grupo adolescente enfrenta: la posibilidad

de infectarse de VIH/SIDA, tener un embarazo no deseado, el someterse a un aborto en condiciones inseguras, la violencia callejera y la violencia doméstica, así como problemas de adicción a drogas, alcohol y tabaco, entre otros problemas, muchos de los cuales tienen raíces comunes multifactoriales y requieren atención de diversa índole en particular de salud. La adolescencia es además, la etapa en la que se adoptan valores y consolidan hábitos y conductas que pueden afectar positiva o negativamente su salud para toda la vida. ⁽¹²⁾

Según los registros del MINSA, la principal causa de hospitalización de adolescentes está relacionada con atención de embarazos, partos y puerperio, seguida por traumatismos, envenenamientos, neumonía y apendicitis. ⁽⁴⁴⁾

Hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo, lo cual hace que una de cada tres hospitalizaciones sea por complicaciones de aborto; y cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a su salud sexual y reproductiva. ⁽¹³⁾

En este contexto: a fin de que adolescentes, padres de familia y docentes; en el cumplimiento de los objetivos, para prevenir el embarazo adolescente el Ministerio de educación desde 1996 ha puesto en marcha el Programa Nacional de Educación Sexual dentro del cual existen lineamientos de políticas para la prevención del embarazo adolescente. ⁽⁴⁴⁾

Asimismo; el Ministerio de Salud desarrolla el Programa de Salud del Adolescente, dentro de la Cruzada Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes; en el cual los obstetras brindan información, educación y orientación de los adolescentes sobre los factores protectores relacionados a su salud sexual y reproductiva incorporando en el adolescente el concepto del autocuidado de salud y el concepto de ideal reproductivo. ⁽⁴⁴⁾

Aún así, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática, se ha elevado el embarazo adolescente de 12.2% (Endes 2004-2006) a 13.7% (Endes 2009). Las cifras coinciden con un inicio temprano de las relaciones sexuales (12 años). La mayor incidencia de fecundidad en la adolescencia se ha visto en sectores más pobres, con menos escolaridad, en zonas rurales y con alto porcentaje de población indígena. Comparando el patrón reproductivo de las mujeres más pobres con las de mayores ingresos, se observa que existe una diferencia de más de 6 años en el inicio de la maternidad. Mientras que a los 26 años, la mujer pobre tiene su tercer hijo, la otra tiene su primer hijo. ⁽⁴⁾

La fecundidad adolescente genera una gama de adversidades que afectan tanto al binomio madre-hijo como a la generación precedente; así como también afecta a los padres de los adolescentes, que suelen actuar como soporte ante las manifiestas dificultades que implica la

crianza para los adolescentes. Las adversidades documentadas son 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. ⁽⁴⁾

Las adolescentes que asumen la maternidad tienen mayor probabilidad de tener un parto prematuro, amenazas de aborto, infecciones vaginales, sangrados, preeclampsia, eclampsia, anemia e incluso presentar otras complicaciones que podrían llevarla a la muerte. Estas jóvenes madres también se exponen a traer al mundo a niños con bajo peso y con mayor morbilidad (probabilidades de presentar enfermedades o de morir); lo cual se desencadena, en situaciones extremas, en muertes neonatales. ⁽¹⁵⁾

Existen factores de predisposición para el embarazo adolescente de índole biológica, sociocultural, psicológica y familiar. ⁽⁴²⁾

Dentro de un enfoque sistémico, el embarazo adolescente puede conceptualizarse como un síntoma de una disfunción de el /los sistemas a los que la adolescente pertenece. Se hace necesario comprender su conflictiva en el contexto de sus relaciones, formando parte de diversos sistemas y subsistemas, entre los que se destaca especialmente la familia. ⁽⁴²⁾

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio". ⁽¹⁶⁾

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. ⁽⁴²⁾

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. ⁽¹⁸⁾

La familia es una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales. Es uno de los factores protectores cuando funciona en forma adecuada, por lo tanto, es uno de los focos de la prevención primordial y primaria. ⁽⁴²⁾

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. ⁽²⁰⁾

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de síntomas en sus integrantes como depresión en el adulto, lesión física en la esposa, síntomas somáticos en los adultos o niños, problemas de conducta o trastornos de simulación en los adolescentes y siempre que estos aparezcan deben ser tomados como un indicador de disfunción familiar. ⁽²¹⁾

La adolescencia como tal es una crisis del ciclo vital de la familia y está marcada por inestabilidad y desequilibrio, ya que el adolescente cuestiona y desafía el orden familiar ya establecido, resultando en conflictos intensos y, aunados a la pobre habilidad de los padres para manejar esta etapa del desarrollo, pueden generarse conflictos crónicos favoreciendo la presencia de síntomas y conductas de riesgo que generan dificultades en el desarrollo del adolescente. Las relaciones familiares pueden apoyar, nutrir, fijar límites y promover un enfoque más o menos equitativo de género. ⁽¹⁹⁾

La mayor parte de las veces los embarazos adolescentes tienen que ver con un problema en la relación familiar o un mal funcionamiento a nivel de la familia y sus integrantes (como por ejemplo problemas de la pareja, problemas entre padres e hijos). Casi siempre detrás de un embarazo hay algún tipo de problema familiar que se debe resolver y es necesario asumir la responsabilidad de todos antes de culpar al hijo. ⁽⁴³⁾

“Las familias de las adolescentes embarazadas suelen ser calificadas como familias disfuncionales, tanto en su organización y en su composición, como también en la forma desorganizada como se estructuran sus actividades, se exponen las normas y se comparten las responsabilidades. Por lo general son familias que presentan necesidades de afecto insatisfechas y deficiente de comunicación entre sus miembros y en especial acerca de los temas sexuales. ⁽²²⁾

Los adolescentes que se encuentra permanentemente en situaciones estresantes, tales como la pobreza, o aquellos que experimentan un trauma, tal como la muerte de uno de los padres o hermanos, pueden resistir tales dificultades de forma más efectiva cuando tienen por lo menos una relación significativa y positiva con un adulto. Tener cerca a un adulto cariñoso, que se

preocupe y ofrezca orientación y seguridad, reduce considerablemente la posibilidad de consecuencias adversas en el desarrollo. ^(23,24)

El cuestionario APGAR Familiar es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein, quien basándose en su experiencia como médico de familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de atención primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, participación, crecimiento, afectividad y recursos.

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

Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos; clasificando en grados de disfuncionalidad familiar, para lo cual utiliza una escala de “calificación del grado de la funcionalidad familiar”, estos grados serán calificados de acuerdo al puntaje obtenido; de acuerdo a lo siguiente: 1. Buena funcionalidad familiar (aquellos que tengan un puntaje de 18-20), 2. Disfunción familiar leve (aquellos que tengan de 14-17), 3. Disfunción familiar moderada (aquellos que tengan de 10-13) y 4. Disfunción familiar severa (aquellos que tengan menos a 9). ⁽²⁵⁾

A continuación se definen algunos términos a fin de facilitar la comprensión en el estudio.

Embarazo adolescente: según el Ministerio de Salud Peruano mediante la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, considera que la adolescencia fluctúa entre los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días. Por tal motivo es aquel embarazo que se presenta en esta etapa ⁽⁹⁾

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 ^(17,18)

APGAR familiar modificado: es un cuestionario renovado del original con el objetivo de que resulte más comprensible para la población de estudio. Este test consta 5 de componentes, cada componente consta de 5 preguntas y finalmente conforman un total de 25 preguntas; las cuales, al igual que el test original, buscan evidenciar el estado funcional de la familia para lo cual se utilizó la misma escala de evaluación. (Ver anexo 6)

Un país en vías de desarrollo, como el Perú; tiene muchos problemas, entre ellos uno de los que más destaca es la gestación adolescente, ya que hasta la actualidad las cifras van en aumento. Este gran problema tiene muchos orígenes pero el principal, según los estudios revisados actualmente, es el “tipo de familia” que presente. La familia constituye la piedra angular de la sociedad por lo que sigue siendo el primer y principal sistema de formación para el/la adolescente; por ende el tipo de familia que presente puede convertirse en un factor de riesgo cuando no existe modelos parentales adecuados que permitan evitar conductas de riesgo que originen una gestación durante esta etapa de la vida.

Cada año numerosas adolescentes inician una gestación, contribuyendo así al incremento del índice de morbilidad y mortalidad materno infantil del país, y al consecuente impacto psicosocial del embarazo, que se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja e ingresos inferiores de por vida, que tienden a perpetuar el ciclo de la pobreza y la feminización de la miseria.

Debido a que la gestación adolescente se ha convertido en un problema de salud pública, además que en el país existe una carente información sobre lo referido, hemos querido abarcar este tema porque creemos que será de gran utilidad para fomentar nuevas investigaciones y formular propuestas específicas, así como servir de guía para que las instituciones que velen por la salud de los adolescentes asuman un rol preventivo en este gran problema; con el propósito de que en un mediano plazo se logren jóvenes con proyectos de vida, que constituyan mejores familias y formar una sociedad distinta; para finalmente contribuir con los objetivos del milenio (ODM) fundamentalmente los que respectan a mejorar la salud materna (ODM 5) y reducir la mortalidad infantil (ODM 4).

Por todo lo expuesto se formuló la siguiente pregunta: ¿Qué grado de funcionalidad familiar tienen las gestantes adolescentes que se atienden en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima-Perú en el periodo de Noviembre-Diciembre del 2011 mediante la aplicación del Test Apgar familiar modificado?

I. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de funcionalidad familiar existente en gestantes adolescentes que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima-Perú en el periodo de Noviembre-Diciembre del 2011 mediante la aplicación del Test APGAR familiar modificado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el grado de funcionalidad familiar en las gestantes adolescentes en el área de adaptación.
- Identificar el grado de funcionalidad familiar en las gestantes adolescentes en el área de participación.
- Identificar el grado de funcionalidad familiar en las gestantes adolescentes en el área de crecimiento.
- Identificar el grado de funcionalidad familiar en las en las gestantes adolescentes en el área de afecto.
- Identificar el grado de funcionalidad familiar en las en las gestantes adolescentes en el área de recursos.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

2.2 Área de estudio

El estudio se realizó en el Instituto Nacional Materno Perinatal, la cual es una establecimiento de salud III-2, el de mayor complejidad médico-quirúrgica para la atención materno perinatal en el país. Encargada de brindar atención altamente especializada a la mujer en salud reproductiva y el neonato de alto riesgo, efectuando su seguimiento hasta los 5 años, desarrollando investigación y docencia a nivel nacional; este Instituto atiende por año cerca de 12239 gestantes nuevas brindando 45512 atenciones en total, 3572 puérperas, 1146 abortos y diariamente atiende cerca de 50 partos.

2.2.1 Población

Gestante adolescente atendida en los servicios de consultorios externos, hospitalización, psicoprofilaxis y estimulación prenatal del Instituto Nacional Materno Perinatal.

2.2.2 Criterios de Inclusión:

- Gestante adolescente que acepte participar en el estudio.
- Gestante adolescente atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el tiempo del estudio.
- Gestante adolescente en primera gestación que se embarazó cuando vivía en el seno de su familia (padres y hermanos).
- Gestante adolescente con edades comprendidas entre los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días.
- Gestante adolescente que hable castellano

2.2.3 Criterios de Exclusión

- Gestante adolescente con alteraciones mentales

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

2.2.4 Tiempo: 2 meses.

2.3 Muestra

2.3.1 Unidad de Muestreo: Gestante adolescente atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

2.3.2 Tipo de Muestreo: El muestreo es de tipo no probabilístico por conveniencia, cuya información será obtenida a través de encuestas realizadas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

2.3.3 Tamaño de la Muestra: El tamaño de la muestra estará representado por 130 gestantes adolescentes que se atiendan en el Instituto Nacional Materno Perinatal en los meses de Noviembre-Diciembre del 2011.

2.3.4 Procedimiento de muestreo: En los registros estadísticos del Instituto Nacional Materno Perinatal se determinó la cantidad de gestantes adolescentes nuevas que se atendieron en el año 2010 cuyas cifras fueron de 1924, motivo por el cual se utilizó esta cifra para el cálculo del tamaño de la muestra basándose de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

“n” es el tamaño muestral

“N” es el tamaño de la población de 1924 gestantes adolescentes por año que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal.

“Z” es el valor correspondiente a la distribución de Gauss de 1.96

“p” proporción esperada de la característica a evaluar de 0.1

“q” es 1-p (q = 0.9)

“d” es el error de muestreo de 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2 (1924) (0.1) (0.9)}{(0.05)^2 (1924-1) + (1.96)^2 (0.1) (0.9)} = 130$$

$$n = 130$$

2.4 Variables

2.4.1. Definición Conceptual de las Variables de Estudio

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.

Técnica e Instrumento

Técnica: La técnica utilizada fue el cuestionario, el método la encuesta y el instrumento un formulario autoadministrado; dicho instrumento será aplicado por las responsables de la investigación.

Instrumento:

Hoja de selección (Anexo 1) Corresponde a un formulario donde se registrarán los criterios de inclusión y exclusión.

Consentimiento Informado (Anexo 2) Corresponde a la explicación que se le tiene que dar a los padres y/o apoderados de cada participante, cumpliendo con los criterios éticos.

Asentimiento Informado (Anexo3) Corresponde a la explicación que se le da a la posible participante adolescente, cumpliendo con los criterios éticos.

Formulario de recolección de datos (Anexo 4) 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 cual fue modificado según nuestros criterios para luego ser sometido al análisis del coeficiente de confiabilidad resultando: 0.912 (altamente confiable) (anexo 5). Luego de lo realizado se procedió a aplicar la prueba piloto, en el cual participaron 30 gestantes adolescentes, lo que finalmente nos permitió mejorar el sentido de las preguntas, del mismo modo tomar consideraciones para ciertas variables y el tiempo a emplear para el procedimiento.

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 las 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.

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.

Plan de procedimientos de recolección de datos:

Se procedió a identificar a las participantes a través de los horarios de asistencia de la población adolescente a los cuatro servicios de estudio del Instituto Nacional Materno Perinatal. Una vez captadas se procedió a observar las mismas y aplicar los criterios de inclusión y exclusión de nuestro cuestionario.

Posteriormente se le explicó el consentimiento informado al tutor de cada posible participante, la naturaleza del estudio, luego de la aceptación verbal y escrita, se procedió a realizar lo mismo con la adolescente, leyendo el asentimiento informado en este caso y terminando con la inscripción del apellido, nombre y su rúbrica. Posteriormente se procedió a realizar la encuesta, la cual tuvo una duración aproximada de 10 a 15 minutos.

Para recopilar los datos necesarios para el estudio se realizó los trámites administrativos con el fin de tener la autorización por parte del Director del Instituto Nacional Materno Perinatal, Médico jefe de la Unidad de Docencia e Investigación y médico jefe del Servicio de Gineco-Obstetricia. Luego se realizó las coordinaciones con las Licenciadas en Obstetricia responsables del Servicio de Hospitalización, Psicoprofilaxis, Estimulación Prenatal y consultorios externos de Gineco-obstetricia para la aplicación del instrumento, tomando en cuenta las consideraciones éticas en las gestantes adolescentes que acudieron a dichos servicios durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2011.

Análisis de datos

Luego de la recolección de datos, éstos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de Excel y SPSS, a fin de que los resultados sean presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable de estudio se determinó la calificación de los puntajes obtenidos en el cuestionario según lo establecido por el test. (Anexo 6)

Consideraciones Éticas

Para la realización del estudio se consideró necesario contar con la autorización del Instituto Nacional Materno Perinatal, el consentimiento y asentimiento informado de las gestantes adolescentes. El proceso de la presente investigación se llevó a cabo considerando indispensable el respeto a las gestantes adolescentes por lo que se les informó previamente; así como también consideramos la justicia y la beneficencia, el mantenimiento de la confidencialidad de la identidad de los participantes (su identidad no será revelada en ninguna publicación derivada de esta investigación). Los datos de esta investigación fueron utilizados solamente para los fines de la presente investigación, ninguna persona fuera del proyecto o no autorizada por los investigadores pudo tener acceso a estos datos.

III. RESULTADOS

Se presentan los resultados divididos en tres bloques de acuerdo a los objetivos específicos. En primer lugar los datos generales, luego los datos relacionados al embarazo y finalmente el grado de disfuncionalidad familiar respecto a cada área.

DATOS GENERALES

Tabla 1: Características generales de las gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal - 2011

Datos Generales	n	%
Edad (años cumplidos)		
12 a 13 años	7	5
14 a 15 años	38	29
16 a 17 años	85	66
Total	130	100
Grado de instrucción		
1er a 2do año	14	11
3er a 4to año	42	32
5to año	74	57
Total	130	100
Estado civil		
Soltera	71	55
Conviviente	54	41
Casada	5	4
Total	130	100
Lugar que ocupa entre sus hermanos		
Soy hija única	10	7
Soy la mayor	46	35
Estoy entre el mayor y el menor	37	29
Soy la menor	37	29
Total	130	100

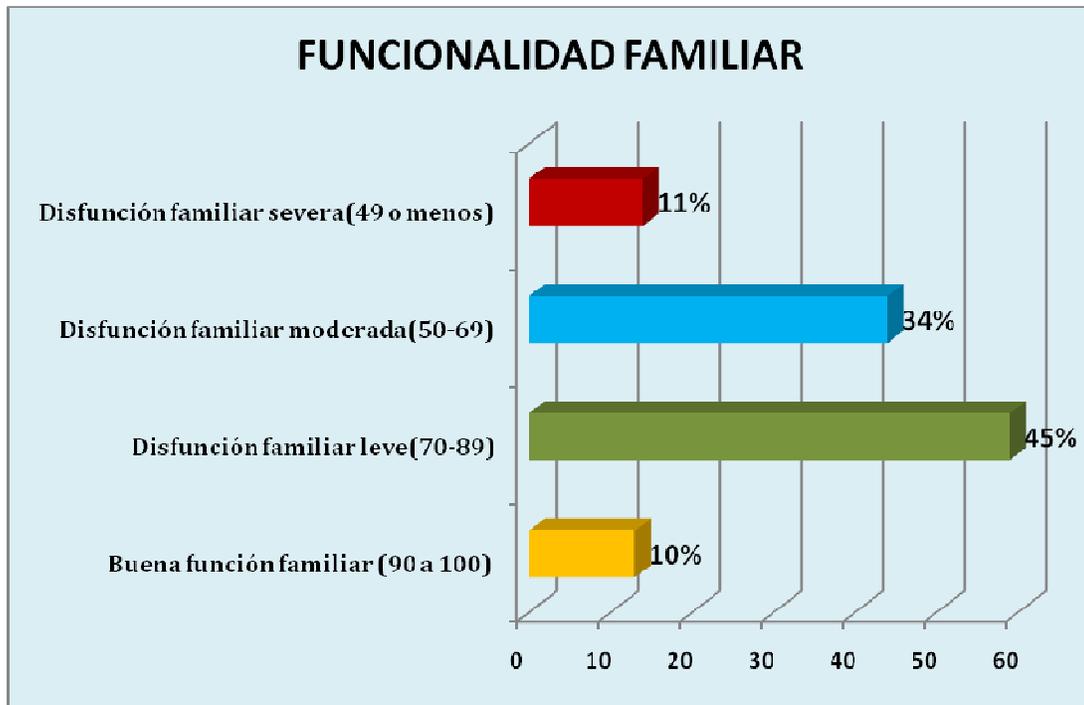
Del total de participantes 100% (n = 130), 66% tienen edades comprendidas entre los 16 y 17 años, un 57% culminaron el 5° de secundaria, el 55% refieren ser solteras y finalmente con respecto al lugar que ocupa entre sus hermanos un 35% refieren ser hijas mayores.

Tabla 2: Datos relacionados al embarazo de las gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2011

Datos relacionados al embarazo	n	%
TIEMPO DE GESTACIÓN		
1er trimestre	12	9
2do trimestre	38	29
3er trimestre	80	62
Total	130	100
ANTECEDENTES DE GESTACIÓN ADOLESCENTE		
Si	96	74
No	34	26
Total	130	100
FAMILIAR CON EMBARAZO ADOLESCENTE		
Madre	37	38
Hermana	17	18
Tía	20	21
Abuela	8	8
2 o más de las anteriores	14	15
Total	130	100
PARIENTE CON EL QUE VIVÍA		
Con ambos padres y hermanos	54	41
Madre y hermanos	50	39
Mama o papa	10	8
Ambos padres	7	5
Otros	9	7
Total	130	100
MOTIVO DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES		
Decisión propia	122	94
Decisión de pareja	6	4
Presión de amigos	2	2
Total	130	100

Se aprecia que del 100 % de participantes, un 62% se encuentran en el tercer trimestre de gestación; el 74% presentan un antecedente familiar de gestación adolescente, de los cuales un 38% refiere que fue por parte de su madre; el 41% refieren haber vivido con ambos padres y hermanos, así como 39% vivían solo con su madre y hermanos, y por último un 94% refieren haber iniciado sus relaciones sexuales por decisión propia.

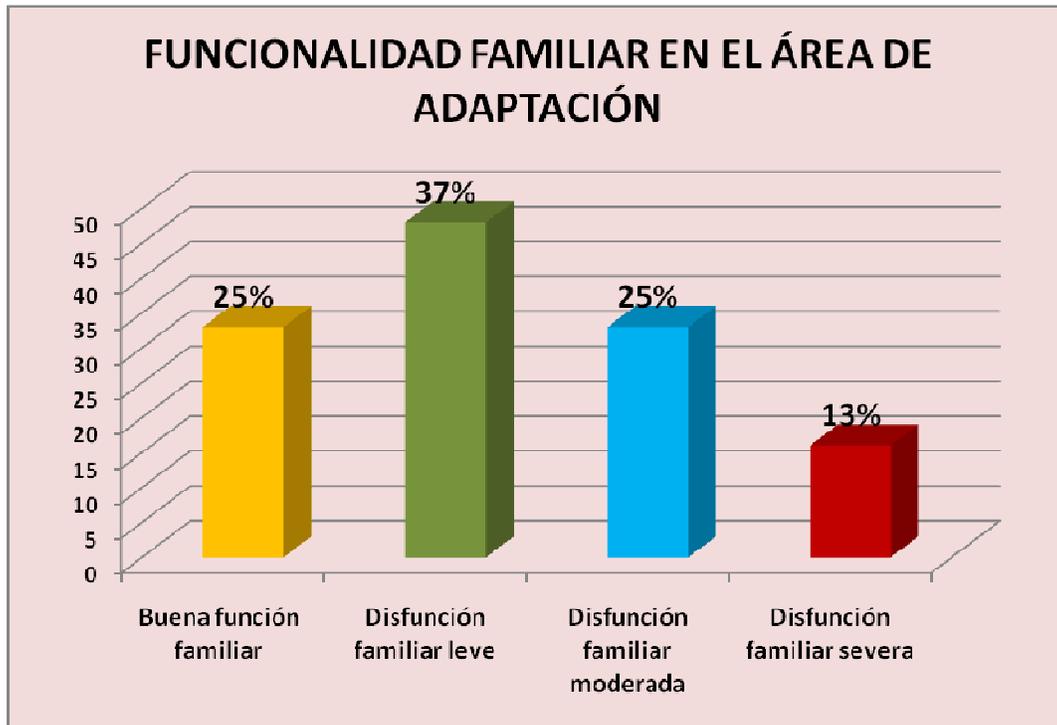
GRÁFICO 1
FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS
EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL - 2011



FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas del INMP

Se aprecia que respecto a la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas, del 100% de encuestadas; se encontró que la mayoría tiene disfunción familiar (90%), dentro de las cuales casi la mitad pertenecía al grado de disfunción familiar leve (45 %), otro 34% presentaba disfunción familiar moderada, y el 11% presentó disfunción familiar severa; finalmente sólo el 10% presentó una buena funcionalidad familiar.

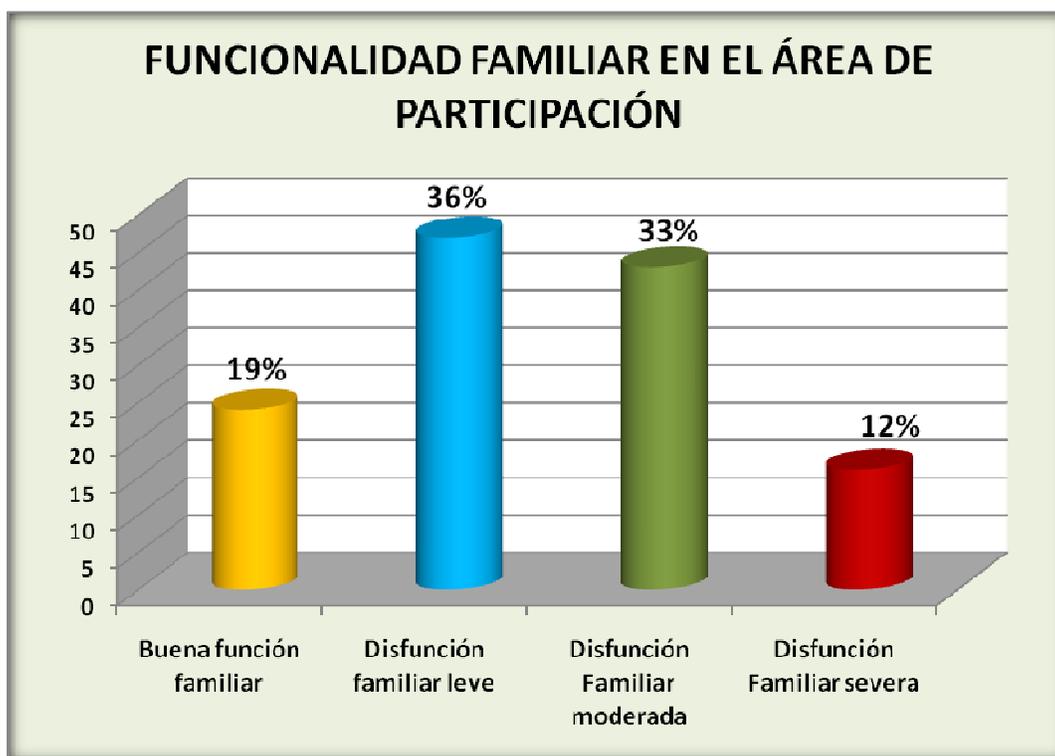
GRÁFICO 2
FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN EL ÁREA DE ADAPTACIÓN DE LAS
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL
MATERNO PERINATAL – 2011



FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas del INMP

Se aprecia que respecto a la funcionalidad familiar en el área de adaptación en las adolescentes embarazadas, del 100% de encuestadas; se encontró que la mayoría (75%) presentó disfuncionalidad familiar, de las cuales más de la cuarta parte (37%) presentaba disfunción familiar leve, la cuarta parte (25%) presentó disfunción familiar moderada y un 13% presentó disfunción familiar severa. Finalmente solo un 25% mostró una buena funcionalidad familiar.

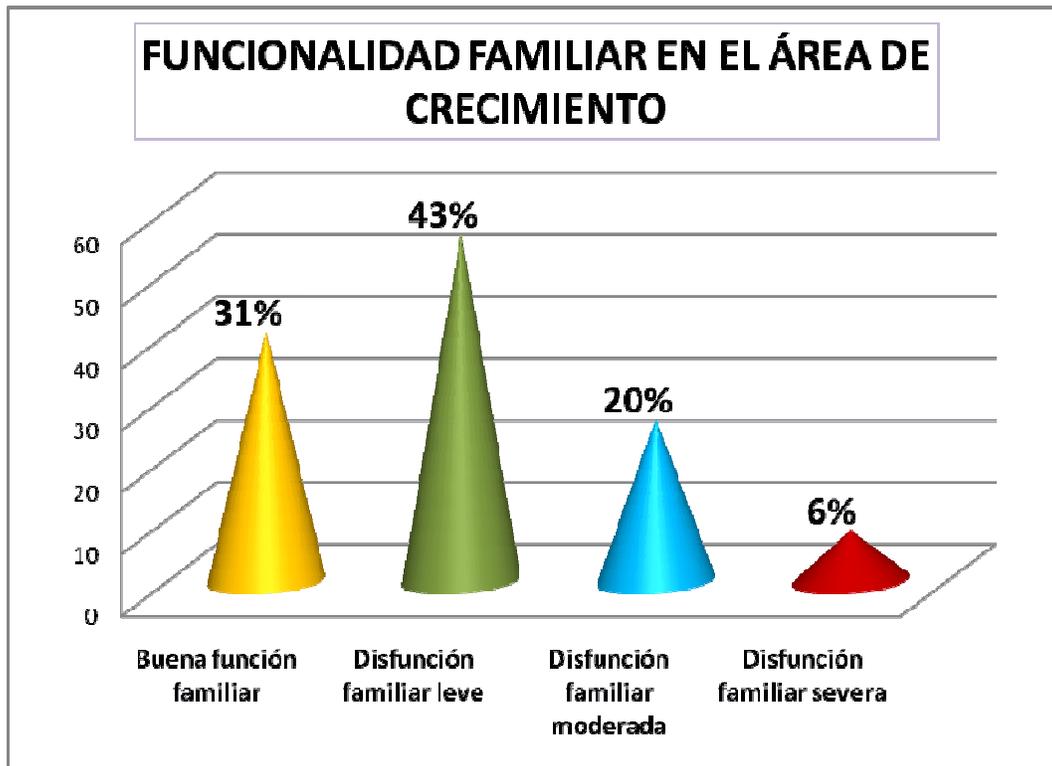
GRÁFICO 3
FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN EL ÁREA DE PARTICIPACIÓN DE LAS
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL
MATERNO PERINATAL – 2011



FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas del INMP

Con respecto al área de participación de la funcionalidad familiar en las gestantes adolescentes, se encontró que del 100% de las participantes; menos de la cuarta parte (19 %) presentaba buena funcionalidad familiar; y más de las tres cuartas partes (75%) presentó disfuncionalidad familiar, de las cuales el 36% pertenecía al grado de disfunción familiar leve, un 33% al grado de disfunción familiar moderada y solo un 12% al grado de disfunción familiar severa.

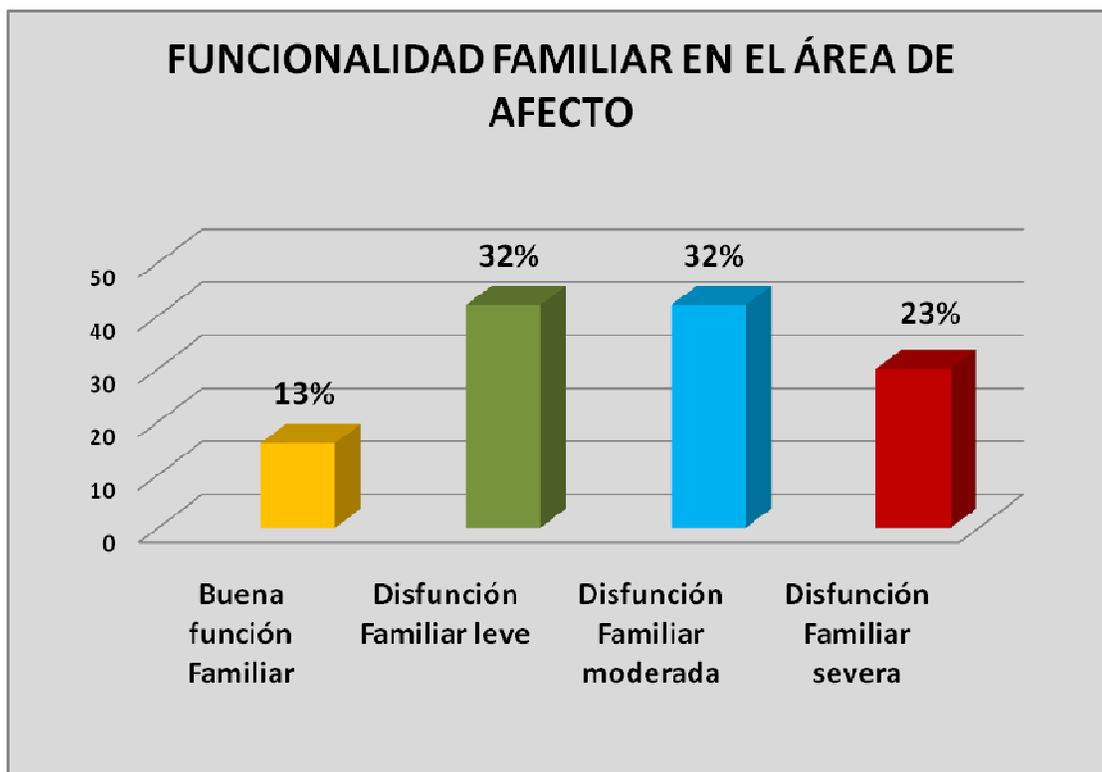
GRÁFICO 4
FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN EL ÁREA DE CRECIMIENTO DE LAS
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL
MATERNO PERINATAL – 2011



FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas del INMP

Con respecto al área de crecimiento de la funcionalidad familiar en las gestantes adolescentes, se encontró que del 100% de las participantes; más de la cuarta parte (31%) presentó buena funcionalidad familiar y el 69 % presentó disfuncionalidad familiar, de las cuáles; casi la mitad (43%) presentó disfunción familiar leve, un 20% tuvo una disfunción familiar moderada y finalmente una pequeña cantidad de personas representada por un 6% tuvieron una disfunción familiar severa.

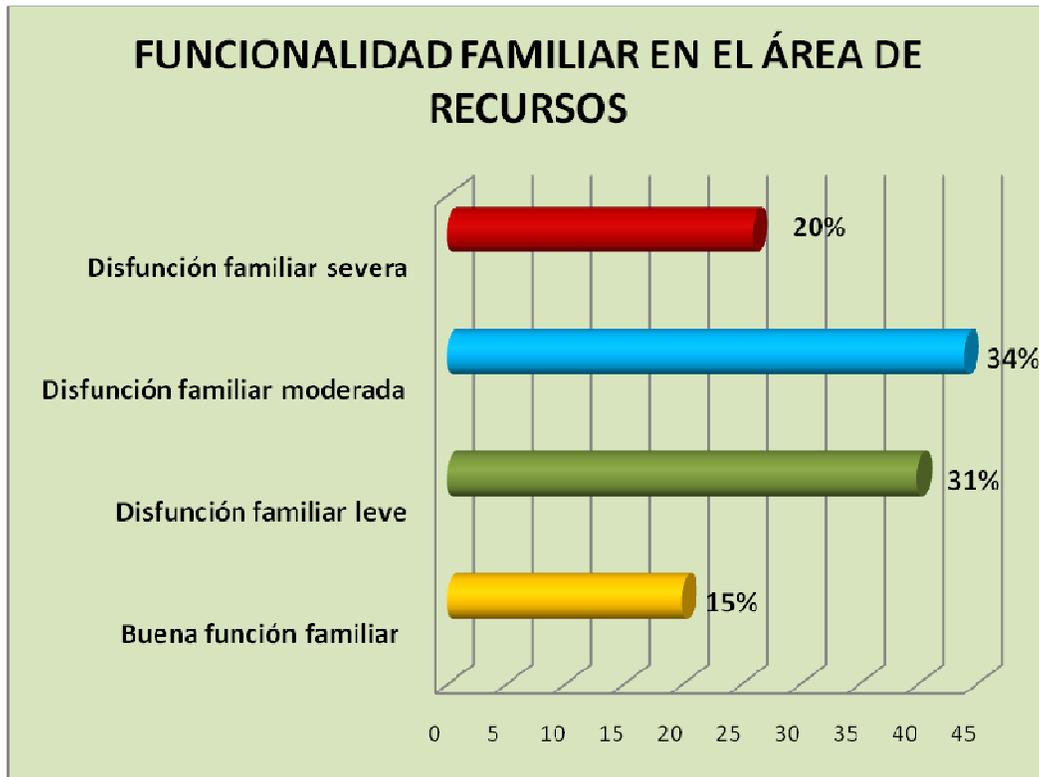
GRÁFICO 5
FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN EL ÁREA DE AFECTO DE LAS
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL
MATERNO PERINATAL – 2011



FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas del INMP

Con respecto al área de afecto de la funcionalidad familiar en las gestantes adolescentes, se encontró que del 100% de las participantes; solo el 13% presentó buena funcionalidad familiar y el 87% presentó disfuncionalidad familiar, de las cuáles; más de la cuarta parte (32%) presentó disfunción familiar de grado leve, repitiéndose éste valor para la disfuncionalidad familiar de grado moderada, y finalmente un 23% presentó disfunción familiar severa.

GRÁFICO 6
FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN EL ÁREA DE RECURSOS DE LAS
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL
MATerno PERINATAL – 2011



FUENTE: Instrumento aplicado a las gestantes adolescentes del INMP

Al analizar el área de recursos de la funcionalidad familiar en las participantes, se observó que del 100%; menos de la cuarta parte (15%) presentaba buena funcionalidad familiar y que la mayoría (85%) presentó disfuncionalidad familiar, de las cuales; más de la cuarta parte (31%) presentó disfunción familiar de grado leve, resultado similar (34%) en disfuncionalidad familiar de grado moderado y por último casi la cuarta parte (20%) presentó disfuncionalidad familiar de grado severo.

IV. DISCUSIÓN

El estado civil de las gestantes adolescentes en su mayoría es ser solteras, este resultado obtenido en nuestro trabajo coincide con el estudio realizado por Marissa Urreta P⁽⁵⁶⁾, en San Juan de Lurigancho, los cuales indican un predominio de solteras; lo que pudiera explicarse que la gestante adolescente vive en el seno de su familia, ya sea porque los padres no aceptan a la pareja, hay expectativas de que sus hijas continúen estudiando, o imaginan que no están preparadas del todo para asumir el rol de la maternidad. Contrariamente a lo obtenido, Rocío Miranda P.⁽⁵²⁾ en su estudio realizado en Villa el Salvador refiere que hay una mayor frecuencia de convivientes, y Victoria Cueva Arana y col.⁽⁵⁴⁾ indicó que un 66% de gestantes adolescentes eran casadas, a la vez fundamenta que sus resultados pudiera explicarse porque la adolescente probablemente utilizó el embarazo como pretexto para casarse o salir de su casa, relacionado con la percepción de que no reciben apoyo y cariño por parte de su familia de origen.

Nuestros resultados indican una alta frecuencia de un antecedente familiar con embarazo adolescente por parte materna; lo cual coincide con los estudios realizados por Marissa Urreta P.⁽⁵⁶⁾ y Victoria Cueva A. y col.⁽⁵⁴⁾, ya que refieren que existe un antecedente familiar de embarazo adolescente mayoritariamente de parte materna, coincidiendo con el estudio de Pilar Diego P. y Griselda Huarcaya⁽⁵⁷⁾, 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 Rocío Miranda⁽⁵²⁾ se menciona que solo un 26.6% de sus casos tenían madres que experimentaron el embarazo en la adolescencia. Es importante considerar el antecedente de embarazo adolescente en la madre, padre y otras figuras significativas dentro del grupo familiar. Se habla así de una transmisión transgeneracional del embarazo, que viene principalmente a través de la familia de la madre. En esta repetición se pone en evidencia una compleja interacción entre formas de identificación de modelos y reglas de funcionamiento familiar. Por todo lo dicho, los gobiernos regionales y locales deben promover, fomentar y desarrollar comportamientos sexuales responsables dirigido a los adolescentes, para ello, es necesario que participen tanto los gobiernos en la ejecución de los programas de prevención y promoción de la salud integral de los/las adolescentes conjuntamente con los profesionales competentes en la temática en forma multidisciplinaria (psicólogos, médicos, obstetras, nutricionistas, entre otros). Para así evitar esta cadena de consecuencias que trae el tener un antecedente de embarazo adolescente.

La composición familiar de las gestantes adolescentes antes del embarazo, fue que un 41% vivían con ambos padres y hermanos, seguidas de un 39% que vivían con su madre y hermanos. Estos resultados obtenidos coinciden con los de la autora Marissa Urreta P. ⁽⁵⁶⁾, ya que refiere que más de la mitad de gestantes adolescentes viven con ambos padres y hermanos seguida de un porcentaje que vive con la madre y hermanos. Víctor Guerra Ruiz ⁽⁵⁵⁾ en su “Estudio sobre las madres solteras adolescentes en el área metropolitana de la ciudad de Aguascalientes” refiere que casi en su totalidad de adolescentes gestantes vivían con ambos padres (89%); de estos resultados nosotros podemos inferir que existe un buen número de adolescentes que antes de quedar embarazadas tenían una familia nuclear, pero eso no nos afirma que exista una buena funcionalidad familiar.

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. Similares resultados tuvo López Bozada Al. ⁽⁵⁰⁾ en su estudio, dónde encontró que el 85% presentaba disfunción familiar; sin embargo a diferencia de lo hallado por nuestra investigación, en San Juan de Lurigancho la autora Marissa Urreta P. ⁽⁵⁶⁾ indicó en sus resultados que el 51.3% poseen buen funcionamiento familiar, otro estudio realizado por Jiménez Garcés ⁽⁵⁸⁾ encontró que el 72 % de las jóvenes refirió contar con familias normo-funcionales; y por último Laurie Rionda y col. ⁽⁵⁹⁾ concluyó de acuerdo a sus resultados, que la percepción adecuada o inadecuada en cuanto al ambiente familiar, no es el factor principal que predice el embarazo adolescente. Se puede inferir que los diversos estudios realizados sobre este tema no coinciden respecto a sus resultados, esto puede deberse a diferentes factores entre los cuales están: el instrumento utilizado, el ambiente en el que se realizó, los factores socioculturales, etc. Es importante señalar que diversos autores recomiendan que estos posibles errores deban ser tomados en cuenta para posteriores investigaciones, para obtener resultados más confiables. 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.

En nuestro estudio se puede notar que respecto al funcionamiento familiar en las adolescentes embarazadas según el área de adaptación, el 75% presentó disfuncionalidad familiar, dentro del cual el 37% tuvo disfunción familiar leve. A diferencia de la investigación realizada por Urreta⁽⁵⁶⁾, el cual investigó de una manera indirecta, considerando similar a esta área, “el área de estructura”, teniendo como resultados que en el 52.6% tiene una estructura familiar funcional, lo que no concuerda con nuestro estudio. Respecto a esta área, se puede decir que nuestras adolescentes perciben que los miembros de sus familias no responden de una manera adecuada en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones, ya que esto va en relación a que en los problemas sentimentales solo reciben el apoyo de las madres prioritariamente, y las funciones que mayormente cumplen los padres son: la alimentación, vestido, seguidas por las educativas, protección y seguridad, y en último lugar la afectividad. A comparación de lo que refiere Urreta⁽⁵⁶⁾, ya que menciona que la mayoría de las adolescentes embarazadas tiene una estructura familiar funcional, la cual está relacionada a que las decisiones son tomadas por ambos padres, reciben apoyo de los padres en los problemas de salud y escolares, existentes reglas en el hogar que las adolescentes se preocupan por cumplir y/o tratan de hacer cumplir.

De lo mencionado anteriormente de acuerdo a nuestros resultados, la mayoría de las adolescentes encuestadas refirieron tener mayor apoyo y una mejor relación con la madre combinada con una relación distante o ausente con el padre. Se ha encontrado que muchas de estas adolescentes carecen de una relación cálida con su padre, siendo éste definido en términos muy negativos o como ausente. Lo deseable en nuestra opinión, es que los papeles o funciones desempeñados faciliten el mantenimiento de la familia como grupo y que al mismo tiempo promuevan el desarrollo individual de cada uno de sus integrantes.

Respecto al funcionamiento familiar según el área de participación de las adolescentes embarazadas, en nuestro estudio encontramos que el 81% presentó disfuncionalidad familiar, de las cuales el 36% presentó disfunción familiar leve, siendo éste el mayor porcentaje obtenido; teniendo en cuenta que esta área toma en consideración la comunicación entre los miembros de la familia, se comparó con otro trabajo realizado por Rodolfo Alarcón A.⁽⁶⁰⁾ y sus col. en su estudio “factores que influyen en el embarazo adolescente” el cual analizó de manera indirecta este rubro llegando a la conclusión que el 52% llevaban relaciones inadecuadas con sus padres. Según el trabajo realizado por Urreta⁽⁵⁶⁾, observamos la existencia del área “solución de conflictos”, donde tomaron en cuenta aspectos relacionados a la comunicación entre los padres y adolescentes en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas,

llegando a la conclusión en su estudio, que la mayoría de las adolescentes embarazadas tiene una capacidad de solución de conflictos familiar funcional referida por la comunicación frecuente entre la madre y la adolescente, los padres enfrentan los problemas con los hijos conversando entre ellos. A diferencia de los resultados en nuestro estudio, que presentó una disfunción leve, esto podría deberse a que cuando las adolescentes tenían problemas con sus padres buscaban el apoyo de amigos y/o enamorado y la comunicación con el padre era de vez en cuando. 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 escasa 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.

Es importante mencionar que en el estudio de Rodolfo Alarcón A.⁽⁶⁰⁾ también se analizó la comunicación que tenían los padres e hijos con respecto al tema de la sexualidad, notándose que el 68% de las adolescentes que se embarazaron no conversan aspectos de la sexualidad; por lo cual demostraron que las adolescentes que no conversan de la sexualidad tienen 12,5 veces más probabilidad de concebir un embarazo no deseado.

Respecto al funcionamiento familiar según el área de crecimiento en las adolescentes embarazadas, en nuestro estudio el 69% presentó disfuncionalidad familiar, de las cuales el 43% perteneció a la clasificación de disfunción familiar leve, entendiéndose a ésta área como la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal. 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 un estudio de Daniel León Sánchez y col.⁽⁶¹⁾, realizado en adolescentes no gestantes, señala que más de la mitad (61,5 %) percibían un buen funcionamiento familiar en esta área, lo cual difiere de lo encontrado en nuestro estudio, cabe recalcar que ese estudio fue realizado en México; además que a pesar de haber utilizado de instrumento el APGAR familiar, éste solo tomó en cuenta tres grados de disfuncionalidad familiar, los cuales fueron buen funcionamiento, disfunción

moderado y disfunción severa. Podría ser que la causa de la diferencia de resultados sea el hecho de que no consideraron el grado de disfunción familiar leve, lo cual si se considero en el estudio.

El funcionamiento familiar en las gestantes adolescentes respecto al área de afecto, estuvo conformada por un 87% que presentó disfuncionalidad familiar, de las cuales el 32% presentó una disfunción familiar leve, siendo el resultado el mismo para disfunción familiar moderada; cabe mencionar que el área de afecto evalúa la relación del cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia. Marissa Urreta P. ⁽⁵⁶⁾ en su estudio, refirió que más de la mitad de gestantes adolescentes tiene un ambiente emocional familiar disfuncional, según la autora esta relacionado a que los padres son poco afectuosos entre ellos y el grado de confianza con el padre. Además concluyó que el embarazo en la adolescencia surge a raíz de sentimientos de rechazo, abandono y soledad; en la cual el embarazo constituiría un medio para acercarse al ideal de sí mismas, ser respetadas y queridas, permitiéndoles sentirse vinculadas emocionalmente con su pareja, obtener preocupación y compañía de su familia y mantener una relación de apego significativo con su hijo. Daniel León Sánchez y col. ⁽⁶¹⁾ halló funcionalidad familiar en más de la mitad de las encuestadas respecto al área de afecto, estos resultados, a diferencia de los encontrados en nuestro trabajo y los de Marissa Urreta P. ⁽⁵⁶⁾, no coinciden, esto podría ser debido a que fueron realizados en diferentes países, lo que implica que sean diferentes poblaciones; a pesar de ello no se podría concluir que en México exista una funcionalidad familiar más alta que en el Perú, ya que se necesitarían de mayores estudios. Bernardita Baeza y sus Col. ⁽⁵³⁾ realizaron un estudio en adolescentes nuligestas, en la cual refieren que uno de los factores que favorecen el embarazo adolescente es la llamada “familia poco acogedora”, considerándose a éste como una dinámica disfuncional que no cubre las necesidades afectivas y provoca en las adolescentes un sentimiento de soledad. 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.

En nuestro estudio respecto al área de recursos, el 85% presentó disfuncionalidad familiar, dentro del cual el resultado más alto fue el de 34% que corresponde al grado de disfunción moderada. Los resultados obtenidos muestran que hay un mayor grado de disfuncionalidad familiar a comparación con las áreas anteriores, las cuales presentaron en mayor proporción el grado de disfuncionalidad leve, lo que nos indicaría que la calidad de tiempo compartido entre los miembros de la familia es percibido por los adolescentes como muy insuficiente, motivo por el cual sus expectativas no son cubiertas. Sylvia Santander R. ⁽⁵¹⁾ en su investigación titulada

“Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos”, encontró que el 66,5% de los escolares percibe que sus familias son disfuncionales. Casi la mitad de los escolares implicados en este estudio manifiesta que sus padres no dedican el tiempo adecuado para conversar, además, refieren falta de conocimiento de las actividades de sus hijos, ausencia de rituales familiares y de actividades conjuntas. Los resultados obtenidos por ambos estudios coinciden en que más de la mitad de adolescentes perciben que sus familias son disfuncionales respecto a esta área; Sylvia Santander R. ⁽⁵¹⁾ refiere que estos resultados podrían estar relacionados con el nivel sociocultural de las familias y el cambio que ha sucedido en las familias chilenas, que impiden una conexión adecuada con los hijos; de lo mencionado por esta autora, nosotros estamos de acuerdo , ya que en el Perú existen diferencias socioculturales que influyen en el grado de conciencia de los padres respecto a la importancia del tiempo que se brinde a los hijos. No podemos dejar de lado otra posible causa, la cual es que en nuestro país las necesidades económicas de la mayoría de las familias son altas, lo que podría impedir a los padres brindarles tiempo a sus hijos ya que lo dedican para su trabajo.

V. CONCLUSIONES

- El grado de funcionalidad familiar que presentan con mayor frecuencia las gestantes adolescentes es una disfunción familiar leve.
- La mayoría de las gestantes adolescentes tiene una disfunción familiar leve en el área de adaptación.
- Generalmente las adolescentes embarazadas tienen una disfunción familiar leve en el área de participación
- Principalmente las adolescentes embarazadas tienen una disfunción familiar leve en el área de crecimiento.
- La funcionalidad familiar según el área de afecto mostró dos resultados: disfuncionalidad familiar leve y disfuncionalidad familiar moderada.
- La mayoría de las gestantes adolescentes tienen el área de recursos, con un grado de disfunción familiar moderada.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere hacer estudios de tipo analítico sobre el tema, pues permitirá hacer una mejor comparación de los casos, para un acertado diagnóstico de la situación.
- Se deben efectuar también investigaciones cualitativas que permitan profundizar en los diferentes aspectos, así como ampliar el universo.
- 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.
- 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.
- Crear un centro de atención integral e investigación del adolescente en la Escuela Académica Profesional de Obstetricia – UNMSM, que provea servicios de salud sexual y reproductiva, investigue y realice proyectos de intervención que contribuyan a conocer y mejorar la situación de los adolescentes.
- Promover un crecimiento sano y equilibrado del adolescente mediante una intervención multidisciplinaria que se base en el desarrollo de un buen apoyo familiar y social, así como en la mejora de la comunicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), “Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo”, boletín, volumen 87, junio 2009, 405-484
2. UNICEF, “Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe Tendencias, problemas y desafíos”. Publicación de las Naciones Unidas © Naciones Unidas, enero de 2007, Número 4, 52-48
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2009. Encuesta Nacional de Salud ENDES Continua 2009. Perú 2009
4. Jorge Rodríguez A. y Martín Hopenhayn “Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe”. Rev. UNICEF, 2006, 45: 2-8
5. Pilar Carla Diego Damián Griselda, Jullisa Huarcaya Conislla “Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes Instituto Nacional Materno Perinatal, 2008”. [Tesis] Universidad Nacional Mayor de San Marcos
6. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. “Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada”. 2004. Rev. Salud chilena de obstetricia y ginecología, 2005;20:71,75
7. ENAHO “Fecundidad de la adolescente en el Perú: Determinantes e Implicancias”. Perú 1998: 49-7.
8. Anales de salud: “Perfil epidemiológico de las madres adolescentes” (en línea) dirección URL disponible en <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/701/1>. Pdf. Acceso: 25 de setiembre del 2011
9. MINSA, “adolescentes” (en línea) dirección URL disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/adolescentes/presentacion.html>. Acceso: 15 de enero del 2011.
10. Nolazco Luis M, Rodríguez Linares Y. “Morbilidad materna en madres adolescentes.” Revista de Postgrado de la Cátedra de Medicina - N° 156 – abril 2006. pág. 17.
11. MINSA “adolescencia: acciones” (en línea) dirección URL disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portada/prevencion.htm>. acceso: 25 de setiembre del 2011
12. MINSA: “Orientaciones para la atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención”. Documento técnico. RM N°1077-2006/MINSA. Ministerio de Salud Perú 2007
13. Távara L. “Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú”. Rev. Peruana Ginecología Obstetricia. 2004; 50(2):111-22.
14. Peláez J. “Adolescente embarazada: características y riesgos”. Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología 2007; 23:13-17.

15. MINSA (en línea) dirección URL disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portada/prevencion.htm>. acceso: 25 de setiembre del 2011
16. OMS. “La familia definición por la OMS”, (en línea) dirección URL disponible en: <http://alejandrobctis149ctsv.blogspot.com/2009/10/la-oms-define-familia-como-los-miembros.html>. acceso: jueves 8 de octubre de 2011.
17. Pérez A. 1989. “Disfunción Familiar y "Estrés" en un grupo de médicos residentes de Postgrado”. (Tesis de postgrado no publicada). Facultad de medicina.
18. Mérida M. Huerta, J. 1998. “La familia en el proceso salud enfermedad”. Universidad de Los Andes. México. 37-40.
19. Clementina Jiménez Garcés “Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes” 2010. Rev. de Medicina Familiar y Atención Primaria
20. MINSA (en línea) dirección URL disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portada/prevencion.htm>. acceso: 25 de setiembre del 2011 <http://www.minsa.gob.pe/portada/prevencion.htm>
21. Huerta Martínez N. Valadés Rivas B. Sánchez Escobar L. “Frecuencia de disfunción familiar en una clínica del ISSSTE en la ciudad de México”. Arch Med Fam; 2001, 3 (4): 95-98
22. González, E. “El Varón y la Paternidad Precoz” 2003. Rev. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Chile: Mediterráneo, 2003, pag.15-23
23. Maddaleno, M. y Schutt-Aine, J “Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en Programas y Políticas”. . (2003) Washington: OPS. Disponible en línea: <http://www.adolec.org/pdf/SSRA.pdf>. Acceso 25 de enero del 2012
24. Michelle Sadler. Estudio de las “Dinámicas familiares en familias de padres y madres adolescentes”. Centro Interdisciplinario de Estudios del Género (CIEG). Universidad de Chile. Santiago, marzo, 2006.
25. Agueda R. “Disfuncionalidad familiar” base teórica- 2010, 3:13-30
26. Kellogg W. “Familia y Adolescencia” Chile: OPS; 2006. p. 3
27. CLAP- OPS “El Embarazo adolescente “Informe 2005
28. Alan Guttmacher Institute (AGI) “Maternidad temprana en Nicaragua: Un desafío constante” 2006;3:7-1
29. Promudeh, Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres, 2001
30. López Bozada AI. “Disfunción Familiar en embarazadas adolescentes que acuden a un Hospital Rural de Hecelchakan, Campeche, México en el 2007”. Rev. Memorias Del Primer Congreso Latinoamericano De Medicina Familiar A Distancia 2007.pág. 6

31. Sylvia Santander R., y Col., "Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos entre abril y junio de 2006". *Rev. Med. Chile* 2008, 136:317-324,
32. Roció Miranda Palacios "Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescente del Centro Materno Infantil "Juan Pablo II" de Villa el Salvador-2005". [Tesis] Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2005
33. Bernardita Baeza W., y Col. "identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Rev. Chilena de obstetricia y ginecología* 2007; 72(2):76-81
34. Victoria Cueva Arana, y Col. "Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo Marzo-Abril 2005". *Rev. Medica del IMSS*, vol. 43, Núm. 2, Marzo 2005.
35. Víctor Eduardo Guerra Ruiz "Madres solteras adolescentes en el área metropolitana de la ciudad de Aguascalientes durante el primer semestre del año 2005", *Rev. Salud Pública México*. 2003;45:592-602
36. Uretra Palacios Marissa E. "Relación familiar entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del hospital San Juan de Lurigancho-Lima". [Tesis] Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2008.
37. Pilar Diego D. y Griselda Huarcaya C. "Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal, 2008". [Tesis] Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2008.
38. Clementina Jiménez Garcés "Adolescentes embarazadas en Toluca Mexico 2007". *Rev. Salud Pública de Mexico* 2008:42-1.
39. Laurie Rionda Marin F. y Ana Villafañe G. "Relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente", realizado en la ciudad de México, *Rev. Electrónica de psicología Iztacala*, 2006, 9-3
40. Rodolfo Alarcón A. y sus col. "Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia 2007". *Rev. Artículos Originales*. 2009, disponible en URL:http://www.indexmedico.com/publicaciones/journals/revistas/cardon/edicion4/ginecologia_embarazo. Acceso 20 de Noviembre del 2011.
41. Daniel León S. y col... "Percepción de la función de sus familias de la enseñanza media superior". *Revista: "originales"*, 2007, disponible en URL:<http://www.publicaciones/originales/revistas/tesis/embarazo>. Acceso 18 de Enero del 2012.
42. Hidalgo C. *Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atenciónz Primaria*. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1999. p.212
43. Raguz M. *Problemas de la Adolescencia en el Mundo*. *Revista de la Academia Peruana de Salud*. Perú. 2003: 64. Op. Cit. (10); pág. 213
44. MINSA: "Lineamientos de política de Salud de los/las adolescentes". *Boletín del Ministerio de Salud* 2007, pág. 2-5.

ANEXOS

Anexo 1

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES - INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL - 2011

HOJA DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	SI	NO
¿Aceptas participar en el estudio?		
¿Actualmente, te atiendes en el Instituto Nacional Materno Perinatal?		
¿Es tu primera gestación y te embarazaste cuando vivías con tu familia?		
¿tu edad esta comprendida entre los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días?		
¿Hablas castellano?		

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	SI	NO
¿Sufres de alteraciones mentales?		
¿Estas recibiendo tratamiento psiquiátrico?		
¿Tu embarazo ha sido producto de abuso sexual?		
¿Sabes escribir y leer?		
¿Sufres alguna alteración auditiva o en el habla?		

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES - INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL - 2011

Descripción

Su menor hija ha sido seleccionada para participar en una investigación titulada “La Funcionalidad familiar en las gestantes adolescente”.

Esta investigación es realizada por las Srtas.: Angoma Arredondo, Leydi Karen y Poccorpachi Navarro, Denis; Bachilleres de Obstetricia de la UNMSM. Las cuales desean obtener el Título de Licenciadas en Obstetricia, con la presentación de este trabajo de investigación.

Su hija fue seleccionada para participar en esta investigación por cumplir con ciertas características requeridas en nuestro estudio. Si acepta que ella participe en este estudio, se le hará un cuestionario, las respuestas serán confidenciales y anónimas. A ella se le informará en una forma clara y sencilla sobre todo lo que respecta a la investigación para pedirle su asentimiento antes de empezar la investigación.

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

Confidencialidad: La identidad de la participante será protegida, pues la información que se recolecte será de forma anónima. Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente. Los datos se utilizarán únicamente para efectos de investigación, es decir, cualquier otro uso que no sea el que se indica, tendrá que realizarse previo consentimiento suyo y de la menor.

Derechos: Si ha leído este documento y ha aceptado que su hija participe, entiende que la participación es completamente voluntaria y que ella tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tienen derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

Su firma en este documento significa que usted ha decidido que la menor participe, después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Padre:

Nombre:.....Firma..... Edad:..... fecha:

Gestante:

Nombre:.....Firma..... Edad:..... fecha:

Anexo 3

ASENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Proyecto de Investigación: “Funcionalidad familiar y gestación adolescente.”

Nombre de los Investigadores:

Angoma Arredondo, Leydi Karem (lady_16_5@hotmail.com)

Poccorpachi Navarro, Denis (deni_89_9@hotmail.com)

Parte I: Información

Introducción

Nuestro trabajo consiste en investigar “La Funcionalidad familiar en las gestantes adolescente”, Con este trabajo deseo optar el Título de Licenciada en Obstetricia. Te voy a dar información respecto a la funcionalidad familiar y el motivo por el cual se considera un factor de riesgo para la gestación adolescente, el propósito de la investigación es ayudar a tomar medidas electivas de prevención y búsqueda de la posible solución a este problema.

Hemos discutido esta investigación con tus padres/apoderado y ellos saben que te estamos preguntando a ti también para tu aceptación. Pero si no deseas tomar parte en la investigación no tiene porque hacerlo, aún cuando tus padres lo hayan aceptado. Puedes discutir cualquier aspecto de este documento con tus padres o cualquier otro con el que te sientas cómodo.

Te invito a tomar parte de este estudio de investigación. Puedes elegir si participas o no.

¿Porqué se esta haciendo esta investigación?

Queremos determinar el grado de funcionalidad familiar existente en gestantes adolescentes que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima-Perú en el periodo de Noviembre-Diciembre del 2011 mediante la aplicación del Test APGAR familiar modificado.

Elección de participantes: ¿Por qué se te pide a ti?

Estamos realizando esta investigación en personas de tu edad entre los 12 y los 17 años, que se encuentren gestando actualmente y se atienden en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

La participación es voluntaria:

No tienes porque participar en esta investigación si no lo deseas. Es tu decisión si decides participar o no en la investigación, está bien y no cambiara nada. Esta es todavía tu hospital, todo sigue igual que antes. Incluso si dices que “si” ahora, puedes cambiar de idea más tarde y estará bien todavía.

Anexo 4

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES - INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL - 2011

CUESTIONARIO DEL 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).

A. DATOS GENERALES DE LA ADOLESCENTE

1. ¿Cuántos años cumplidos tienes actualmente?

- a) 12 años-13 años
- b) 14 años-15 años
- c) 16 años -17 años

2. ¿Qué año de estudios secundarios has terminado?

- a) 1er año-2 año
- b) 3 año-4 año
- b) 5to año

3. ¿Cuál es tu estado civil?

- a) soltera ()
- b) conviviente ()
- c) casada ()

4. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?

- a) Soy hija única en mi familia ()
- b) Soy la mayor de mis hermanos ()
- c) Estoy entre el mayor y el menor de mis hermanos ()
- d) Soy la menor de mis hermanos ()

B. DATOS RELACIONADOS AL EMBARAZO

5. ¿Cuánto tiempo de gestación tienes actualmente?

- a) 1er trimestre (1sem-12sem)
- b) 2do trimestre (13sem-28sem)
- c) 3er trimestre (29sem-hasta parto)

6. En tu familia ¿Alguien tuvo su primer hijo(a) antes de los 20 años?

- a) Si () b) No ()

En caso afirmativo, ¿Quién tuvo su primer hijo(a) antes de los 20 años?

- a) madre ()
- b) hermana ()
- c) tía ()
- d) abuela ()
- e) 2 o más de las anteriores

7. ¿Con quién vivías antes de embarazarte?

- a) Solo con mi madre y hermanos ()
- b) Solo con mi padre y hermanos ()
- c) Con ambos padres y hermanos ()
- d) Solo con mis hermanos ()
- e) Solo con mamá o solo con papá ()

8. ¿Qué te motivó a tener relaciones sexuales?

- a) Decisión propia ()
- b) Presión de pareja ()
- c) Presión de amigos ()

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

ADAPTACIÓN

1.- ¿Cuándo estuviste frente a algún problema de salud, has recibido apoyo de tu familia?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()

e) siempre ()

2.- ¿Cuándo estuviste frente a algún problema escolar has recibido apoyo de tu familia?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

3.- ¿Cuándo estuviste frente a algún problema sentimental (enamorado) has recibido apoyo de tu familia?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

4.- ¿Crees que fue la mejor opción de buscar ayuda ante un problema en tu familia?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

5.- ¿Llegaste a resolver los problemas que tenías, con el apoyo de tu familia?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

PARTICIPACIÓN

1.- Ante cualquier decisión que hayas tomado ¿Crees que la opinión de tu familia fue importante?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

2.- ¿Alguna vez tus padres te han impuesto a tomar una decisión sin consultarte?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

3.- ¿Ante un problema ocurrido, crees que todos los integrantes tu familia participaron en su solución?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

4.- ¿Las decisiones que se tomaban en tu familia, tenían en cuenta tu opinión?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

5.- ¿Con qué frecuencia era la comunicación entre tú y tus padres?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

CRECIMIENTO Ó DESARROLLO

1.- ¿Con qué frecuencia tus padres han manifestado sus expectativas respecto a tu superación?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

2.- ¿Tus padres han aceptado tus deseos de emprender nuevas actividades?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

3.- ¿Tus padres te han apoyado emocionalmente en la realización de tus metas?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

4.- ¿Tus padres te han apoyado económicamente en la realización de tus metas?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

5.- ¿Con qué frecuencia tus padres te han guiado para enfrentar de una forma correcta las diferentes etapas de tu vida?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

AFECTO

1.- ¿Te satisface la forma en que tus padres respondían ante tus emociones, como rabia, tristeza, amor?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

2.- ¿Con qué frecuencia la relación afectuosa entre tus padres te satisfizo?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

3.- ¿Con qué frecuencia la relación afectuosa entre tu madre y tú te satisfizo?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

4.- ¿Con qué frecuencia la relación afectuosa entre tu padre y tú te satisfizo?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

5.- ¿Con qué frecuencia tus padres te mostraron afecto?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

RECURSOS

1.- ¿Con qué frecuencia los miembros de tu familia dedican su tiempo para conversar?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

2.- ¿Con qué frecuencia tu familia dedica un tiempo para la recreación?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

3.- ¿Te satisface como compartían el dinero entre los miembros de tu familia?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

4.- ¿Te complace los espacios de la casa que se compartían en familia?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

5.- ¿Te satisface el tiempo que compartían en familia?

- a) nunca ()
- b) casi nunca ()
- c) algunas veces ()
- d) casi siempre ()
- e) siempre ()

Gracias por su colaboración

Anexo 5

CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD

ALFA-CRONBACH

Scale: APGAR MODIFICADO

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N de Ítems
.910	.912	25

Scale: según las áreas del APGAR modificado

Scale: AREA DE ADAPTACIÓN

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N de Ítems
.808	.811	5

Scale: AREA DE PARTICIPACIÓN

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N de Ítems
.015	.056	5

Scale: AREA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Ítems
.870	.872	5

Scale: AREA DE AFECTO

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Ítems
.786	.801	5

Scale: AREA DE RECURSOS

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.838	.841	5

Con un nivel del 95% de confiabilidad, se concluye que el instrumento evaluado es confiable porque el Alfa de Cronbach es > 0.5 , como los valores del Alfa de Cronbach son muy altos, la inclusión o la eliminación de cada pregunta, dentro de un modelo, siguen siendo altos (valores altos de las correlaciones de cada pregunta) por lo que prácticamente todas las preguntas son validas.

Anexo 6

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 ó menos

1. En el área de adaptación

- Buena funcionalidad familiar: 18-20
- Disfunción familiar leve: 14-17
- Disfunción familiar moderada: 10-13
- Disfunción familiar severa: 9 ó menos

2. En el área de participación

- Buena funcionalidad familiar: 18-20
- Disfunción familiar leve: 14-17
- Disfunción familiar moderada: 10-13
- Disfunción familiar severa: 9 ó menos

3. En el área de crecimiento

- Buena funcionalidad familiar: 18-20
- Disfunción familiar leve: 14-17
- Disfunción familiar moderada: 10-13
- Disfunción familiar severa: 9 ó menos

4. En el área de afecto

- Buena funcionalidad familiar: 18-20
- Disfunción familiar leve: 14-17
- Disfunción familiar moderada: 10-13
- Disfunción familiar severa: 9 ó menos

5. En el área de recursos

- Buena funcionalidad familiar: 18-20
- Disfunción familiar leve: 14-17
- Disfunción familiar moderada: 10-13
- Disfunción familiar severa: 9 ó menos

Puntaje De Las Respuestas Del Cuestionario

- ✓ **0=nunca**
- ✓ **1=casi nunca**
- ✓ **2=algunas veces**
- ✓ **3=casi siempre**
- ✓ **4=siempre**

Escala para la calificación de la funcionalidad de la familia, de acuerdo al APGAR familiar	
Función	Puntaje
Buena funcionalidad familiar	90-100
Disfunción familiar leve	70-89
Disfunción familiar moderada	50-69
Disfunción familiar severa	49 ó menos

Anexo 7

Puntaje obtenido por cada área de la funcionalidad familiar de las adolescentes gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal

N ^a de Adolescentes Embarazadas	Áreas					Total (sumatoria)
	Adaptación	Participación	Crecimiento	Afecto	Recursos	
1	19	12	18	11	14	74
2	19	13	14	12	16	74
3	12	11	16	9	12	60
4	11	8	12	8	11	50
5	16	14	19	15	14	78
6	14	19	18	10	14	75
7	12	5	10	3	2	32
8	11	14	10	10	12	57
9	14	12	17	14	15	72
10	18	12	15	9	16	70
11	13	14	14	14	13	68
12	12	11	10	10	10	53
13	18	20	19	11	19	87
14	9	9	12	9	8	47
15	15	15	15	10	12	67
16	11	10	14	11	11	57
17	16	4	16	2	10	48
18	16	13	19	11	11	70
19	17	15	14	15	15	76
20	12	11	13	10	9	55
21	16	16	17	17	17	83
22	10	14	14	10	15	63
23	20	20	19	16	19	94
24	14	12	14	5	12	57
25	14	12	18	12	13	69
26	15	15	10	8	8	56
27	10	18	15	13	18	74
28	18	12	19	19	14	82
29	13	13	13	12	4	55
30	15	11	17	16	11	70
31	18	15	16	13	13	75
32	20	19	19	19	17	94
33	17	20	18	17	18	90
34	4	7	10	9	9	39
35	11	19	16	16	17	79
36	19	16	18	15	11	79
37	13	14	15	12	10	64
38	14	12	19	13	9	67
39	20	15	14	13	17	79
40	14	11	18	10	11	64
41	3	2	11	7	4	27
42	8	9	15	6	10	48
43	18	10	12	11	11	62

44	17	17	15	16	15	80
45	15	14	15	16	17	77
46	17	14	19	11	10	71
47	16	7	3	8	6	40
48	16	14	20	14	6	70
49	18	17	18	16	17	86
50	12	10	13	18	9	62
51	18	19	16	17	19	89
52	16	15	14	12	10	67
53	11	13	12	12	14	62
54	17	11	18	15	15	76
55	15	11	10	9	10	55
56	9	12	11	12	14	58
57	11	13	12	12	14	62
58	7	7	9	10	6	39
59	3	5	3	4	6	21
60	10	13	11	7	9	50
61	14	12	11	8	8	53
62	12	17	16	6	8	59
63	3	8	8	5	6	30
64	19	18	18	17	16	88
65	13	11	18	9	12	63
66	9	8	12	9	8	46
67	18	15	17	13	17	80
68	8	13	16	6	7	50
69	19	15	20	14	17	85
70	13	16	17	15	15	76
71	15	13	18	16	12	74
72	20	19	17	15	17	88
73	10	12	18	15	18	73
74	12	11	14	14	13	64
75	18	17	20	16	19	90
76	18	18	20	19	13	88
77	13	13	11	9	11	57
78	18	18	19	18	16	89
79	8	14	17	17	16	72
80	20	20	20	19	19	98
81	16	13	14	14	13	70
82	13	11	15	11	15	65
83	18	20	20	20	19	97
84	20	20	20	17	20	97
85	16	16	17	16	18	83
86	18	19	20	20	18	95
87	15	16	14	15	12	72
88	19	20	20	18	20	97
89	18	17	19	17	19	90
90	14	19	17	18	15	83
91	15	15	18	18	19	85
92	16	14	19	13	18	80
93	17	18	17	16	13	81
94	10	10	12	9	9	50
95	7	7	7	7	7	35

96	11	11	15	10	11	58
97	20	13	16	11	11	71
98	14	15	16	8	17	70
99	19	15	16	16	14	80
100	20	18	20	19	18	95
101	16	16	15	11	13	71
102	8	16	18	20	13	75
103	11	10	15	7	10	53
104	16	15	19	17	15	82
105	13	11	14	12	8	58
106	13	9	12	7	16	57
107	17	18	17	17	15	84
108	14	14	17	10	9	64
109	17	16	17	12	13	75
110	8	12	20	10	16	66
111	16	16	16	16	13	77
112	14	14	12	15	13	68
113	20	19	19	20	17	95
114	12	13	14	7	9	55
115	12	12	12	6	12	54
116	15	14	13	10	12	64
117	15	15	17	18	18	83
118	6	17	16	17	15	71
119	16	13	14	15	14	72
120	16	17	19	14	19	85
121	20	19	20	20	18	97
122	17	16	15	12	11	71
123	15	16	17	11	15	74
124	16	16	15	15	13	75
125	18	16	9	10	5	58
126	5	7	5	7	9	33
127	14	15	17	14	10	70
128	18	20	17	16	16	87
129	10	6	7	10	12	45
130	13	12	12	12	13	62