



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERSONALES
ASOCIADOS A LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES PERTENECIENTES A LA
MICRO RED PACHACUTEC-2016.**

**TESIS PREPARADA PARA OPTAR EL TÍTULO
DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA.**

BACHILLER: Villanueva Bazauri Fatima Karin.

Cajamarca-Perú

2017.

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERSONALES
ASOCIADOS A LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL**

**EMBARAZO EN ADOLESCENTES PERTENECIENTES A LA
MICRO RED PACHACUTEC-2016.**

TESIS PREPARADA PARA OPTAR EL TÍTULO
DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA.

BACHILLER: Villanueva Bazauri Fatima Karin.

Tutor: Mg. María Ynés Huamaní Medina.

Cajamarca-Perú

2017.

Dedico el presente estudio en primer lugar a Dios por permitirme haber llegado a este momento, haberme dado salud para poder lograr mis objetivos, además de su infinita bondad, amor y formarme como profesional.

A mis padres por su apoyo, sus consejos, sus valores, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien.

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis a:

A la UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

A mi Asesora de tesis, Obs. María Ynes Huamaní por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mi estudio con éxito.

A mis familiares por su apoyo y entusiasmo que me brindan día a día y motivan para seguir adelante y llegar a ser una excelente profesional.

ÍNDICE

Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Índice	4
Índice de tablas	7
Resumen	9
Summary	10
Introducción	11
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1. Descripción de la realidad problemática	12
1.2. Formulación del problema	13
1.2.1. Problema principal	13
1.2.2. Problemas secundarios	14
1.3. Objetivos de la investigación	14
1.3.1. Objetivo general	14
1.3.2. Objetivos específicos	15
1.4. Justificación de la investigación	15
1.4.1. Importancia de la investigación	15
1.4.2. Viabilidad de la investigación	16
1.5. Limitaciones del estudio	16

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes de la investigación	18
2.2. Bases teóricas	21
2.2.1. Adolescente	21
2.2.2. Embarazo en adolescente	23
2.2.3. Factores demográficos	24
2.2.4. Factores sociales	25
2.2.5. Factores personales	28
2.2. Funcionalidad familiar	29
2.3. Definición de términos básicos	30
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	33
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivada	33
3.1.1. Hipótesis principal	33
3.1.2. Hipótesis derivadas	33
3.2. Variables	34
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	36
4.1. Diseño metodológico	36

4.2. Diseño muestral, matriz de consistencia	36
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
4.4. Técnicas del procesamiento de la información	40
4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	40
4.6. Aspectos éticos	41
CAPITULO V: RESULTADOS DE LA INVETIGACIÓN	43
5.1. Análisis descriptivo	43
5.2. Análisis inferencial	52
5.3. Comprobación de hipótesis	52
5.4. Discusión y conclusiones	53
Recomendaciones	78
ANEXOS Y APENDICES	79
1. Datos fuentes de investigación	80
2. Cuestionarios del instrumento	85
3. Pruebas de Validez y confiabilidad de los instrumentos	88
4. Fotos	90

INDICE DE TABLAS

Página	
Tabla N° 01: Factores demográficos del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec-2016.	43
Tabla N° 02: Factores sociales del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec-2016.	44
Tabla N° 03: Factores personales del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec-2016.	45
Tabla N° 04: Funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec-2016.	46
Tabla N° 05: Factores demográficos asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes	47

pertenecientes a la Micro Red Pachacutec-2016.

Tabla N° 06: Factores sociales asociados a la 48

funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes

pertenecientes a la Micro Red Pachacutec-2016.

Tabla N° 07: Factores personales asociados a la 50

funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes

pertenecientes a la Micro Red Pachacutec-2016.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar y analizar los factores sociodemográficos y personales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes permanentes a la Micro Red Pachacutec- 2016. El diseño corresponde a una investigación no experimental, de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal; dentro de los factores demográficos tenemos que la mayoría de embarazo en adolescentes se dio en la etapa tardía (15 a 19 años) (70%), procedieron de la zona urbana (78%) y son convivientes (64%). Los factores sociales que destacaron fueron: la pareja es la que aporta económicamente al hogar (52%), el ingreso económico familiar fue menor a un mínimo vital (56%), pertenecen a una familia extendida (46%) y tiene como antecedente familiar el embarazo en la hermana (48%). Dentro de los factores personales, tenemos que la mayoría fueron católicas (80%), alcanzaron algún grado de instrucción secundaria (40%), amas de casa (46%), iniciaron sus relaciones coitales de los 15 a 19 años (84%), tuvieron una sola pareja sexual (92%) y el motivo de la relación sexual fue por voluntad propia. (98%). Pertenecieron a una familia moderadamente funcional (36%). Dentro de los factores demográficos que se asocian a la funcionalidad familiar son la edad y estado civil. Los factores sociales que se asocian a la funcionalidad familiar son el ingreso económico familiar y antecedente de embarazo adolescente en la familia. Los factores personales que se asocian a la funcionalidad familiar son el grado de instrucción y la ocupación de la adolescente.

Palabras claves: embarazo en adolescente, factores demográficos, factores sociales, factores personales, funcionalidad familiar.

SUMMARY

The present investigation had as objective to determine and to analyze the socio-demographic and personal factors associated with the family functionality of the pregnancy in adolescents that belong to Micro Red Pachacutec-2016. The design of the present study corresponds to a non-experimental, descriptive, correlational, cross-sectional, and prospective research; within the demographic factors we have the majority of teenage pregnancies occurred in the late stage (70%), came from the urban area (78%) and is cohabiting (64%). The social factors that stood out were: the partner contributed financially to the household (52%), household income was less than a living minimum (56%), belonged to an extended family (46%) and had a family background Pregnancy in the sister (48%). Among the personal factors, we found that most of them were Catholic (80%), reached some degree of secondary education (40%), housewives (46%), began their intercourse between 15 and 19 years (84%), , Had a single sexual partner (92%) and the reason for the sexual relationship was of their own volition. (98%). They belonged to a moderately functional family (36%). Among the demographic factors that are associated with family functionality are age and marital status. The social factors that are associated with family functionality are the family economic income and the antecedent of adolescent pregnancy in the family. The personal factors that are associated with family functionality are the educational level and occupation of the adolescent.

Keywords: teenage pregnancy, demographic factors, social factors, personal factors, family functionality.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es un problema a nivel mundial, debido a la elevada prevalencia y por las repercusiones biológicas, psíquicas y sociales a corto o largo plazo; en los últimos años la cifra de las adolescentes embarazadas en el Perú no ha disminuido sino se ha mantenido, eso demuestra que el estado ha hecho poco o casi nada para disminuir los embarazos adolescentes, esto se puede deber a que no se ha trabajado con los factores que influyen para la aparición del embarazo durante la adolescencia.

El embarazo en la adolescencia puede ser un golpe arrollador para la vida personal y familiar, teniendo una drástica variación y cambios en su funcionamiento habitual, ya que el embarazo precoz demanda desafíos y posturas diferentes.

La investigación tuvo como propósito determinar y analizar los factores sociodemográficos y personales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec-2016.

La tesis está estructurada en V capítulos y de la siguiente manera: en el primero, se considera el planteamiento del problema, en el segundo hace referencias a los aspectos de marco teórico, el tercero presenta la hipótesis y variables de investigación, en el cuarto se incluye la metodología y finalmente en el quinto los resultados, análisis y discusión.

La tesista.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. Descripción de la realidad problemática.

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (1).

La iniciación sexual temprana siempre ha estado relacionada con problemas de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR). En la actualidad su abordaje en las adolescentes tiene gran auge debido a ser este un grupo poblacional de gran vulnerabilidad. El embarazo precoz se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Por lo que el embarazo en edades tempranas de la vida constituye en nuestros tiempos un reto de considerable envergadura, ya que las consecuencias implícitas en este problema de orden biopsicosocial repercuten en la calidad de vida de la madre joven y de su familia, y determinan un riesgo considerable para el futuro de su hijo, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad (2).

Es así que para el Fondo de las Poblaciones Unidas (UNFRA), el embarazo en las adolescentes se dice está asociado por un conjunto de procesos vinculados a los

sistemas sociales y culturales, que se construyen desde la intersubjetividad de las personas (3).

Según informes del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) La fecundidad de adolescentes en los últimos cinco años se ha incrementado ligeramente en 0,9 punto porcentuales. Del total de adolescentes de 15 a 19 el 2,9% estaban gestando por primera vez; los resultados del año 2014 muestran el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 2,7% entre las de 15 años hasta el 31,2% en las de 19 años de edad (4).

Por otro lado en el Departamento de Cajamarca la realidad no es diferente según la Dirección Regional de salud a través del Análisis Situacional de Salud (ASIS) Cajamarca-2015, señala que la proporción de gestantes adolescentes atendidas es de 11.3 % las cuales ya son madres o están embarazadas por primera vez, mostrando una leve disminución en comparación al año 2014 (11.4%); además también nos revela que dentro de las causas de mortalidad en la adolescencia, se encuentra en el puesto 9 en embarazo parto y puerperio con el 1.9% (5).

Desde esta perspectiva y ante la ausencia de trabajos de investigación de esta naturaleza en la región, la investigadora pretende realizar el presente trabajo cuyo objetivo es determinar los factores sociodemográficos y personales asociados a la funcionalidad familiar en gestantes adolescentes.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema principal.

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y personales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec - 2016?

1.2.2. Problemas secundarios.

- ¿Cuáles son los factores demográficos más frecuentes del embarazo en adolescentes?
- ¿Cuáles son los factores sociales más frecuentes del embarazo en adolescentes?
- ¿Cuáles son los factores personales más frecuentes del embarazo en adolescentes?
- ¿Cuál es la funcionalidad familiar más frecuente del embarazo en adolescentes?
- ¿Cuáles son los factores demográficos asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes?
- ¿Cuáles son los factores sociales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes?
- ¿Cuáles son los factores personales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes?

1.3. Objetivos de la investigación.

1.3.1. Objetivo general.

Determinar y analizar los factores sociodemográficos y personales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec - 2016.

1.3.2. Objetivos específicos.

- Identificar los factores demográficos más frecuentes del embarazo en adolescentes.
- Identificar los factores sociales más frecuentes del embarazo en adolescentes.
- Identificar los factores personales más frecuentes del embarazo en adolescentes.
- Identificar la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes.
- Determinar los factores demográficos asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes.
- Determinar los factores sociales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes.
- Determinar los factores personales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes.

1.4. Justificación de la investigación.

1.4.1. Importancia de la investigación.

El embarazo durante la adolescencia se ha convertido en un problema de salud pública, sobre todo por no haber alcanzado la madurez anatómica, psicológica y social necesaria para cumplir su rol de madres o padres, experiencia difícil que impactan a las adolescentes en distintos ámbitos de su vida, tanto en lo personal como en lo social.

La tesista se vio motivada en la realización de la presente investigación, debido a que durante la realización de sus prácticas Pre-Profesionales en el Centro de Salud Simón Bolívar pudo observar un gran número de gestantes adolescentes que acudían a la atención pre-natal, razones por las que se decide realizar el estudio con la finalidad

de determinar y analizar los factores sociodemográficos y personales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec-2016, considerando que la salud de este grupo poblacional es prioritario para el desarrollo social y económico de las familias y la sociedad.

El presente trabajo de investigación es de gran importancia porque con los resultados obtenidos permitirá a los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes plantear estrategias de apoyo en donde los beneficiados sean los padres de familia y los adolescentes, a través de un plan de prevención del embarazo en adolescente, contribuyendo de esta manera en la disminución del embarazo en este grupo tan vulnerable, lo cual repercutirá en beneficio no solo de ellos sino también de la familia y la comunidad en general.

1.4.2. Viabilidad de la investigación.

El presente estudio de investigación, cuenta con todos los materiales, dinero, tiempo y servicios necesarios para poder obtener la información, teniendo en cuenta que se contó con el permiso adecuado de parte de la Universidad y la confianza brindada por el personal de los Centros y Puestos de Salud pertenecientes a la Micro Red Pachacutec. Además, se tiene los suficientes conocimientos sobre el tema realizado, se utilizó como instrumento la encuesta de recolección de datos la cual fue validada por profesionales que conocen el área. Por lo tanto se contó con todo lo necesario para realizar con normalidad este proyecto.

1.5. Limitaciones.

Una de las limitaciones que existieron fueron:

- La falta de cooperación por parte de las gestantes.
- La información brindada en algunos casos fue incorrecto.
- Tiempo insuficiente de las gestantes por quehaceres domésticos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

2.1. Antecedentes del problema.

- **Angoma A, Poccorpachi D (Lima-2011).** Este estudio fue 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. Se obtuvo como resultado que 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 (6).

- **Arana C, Martínez R, Rosales C (Argentina-2013).** Este estudio fue de diseño cuali-cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Los resultados obtenidos correspondieron a 60 mujeres adolescentes encuestadas que asistían durante el primer semestre del 2013, en el servicio de Obstetricia del Hospital Teodoro J. Schestakow. De la ciudad de San Rafael. Se obtuvo como resultado que la edad de las adolescentes correspondió al 50% embarazadas de 17 a 19 años, el 40% correspondió a adolescentes de 14 a 16 años y el 10 % a las adolescentes de 10 a 13 años. Con

respecto al grado de instrucción el 36.67% correspondió al secundario incompleto, el 33,33 % correspondió secundario en curso, el 13,33 % secundario completo al 10%, y el 6,67 % al primario completo. En relación con las creencias religiosas el 70% manifestó ser creyente de la religión católica, el 20% a otras y solo el 10 %, testigos de Jehová. Según su estado civil en el momento el 50 % de la muestra manifestó estar en pareja, un 36,67% dijo estar sin pareja y solo el 13,33% refirió estar casada. Con lo referente a sus domicilios el 46,67% se radicaba en la zona urbana, el 40% en la zona rural y solo el 13,33% en la zona peri urbano. En relación con su estado laboral el 93,33% de la muestra manifestó no estar trabajando actualmente, el 6,67% restante si trabajaba. Con respecto a su dependencia económica el 76,67% de las encuestadas manifestó depender de los padres, el 10% dependía de los hermanos, un 6.67 % dijo no depender de nadie y un 6,67 % más dijo depender de la pareja. Con lo referente a su primera relación sexual el 66,67% manifestó haber tenido su primera relación sexual entre los 14 y 16 años de edad, un 23,33 % en edades entre los 17 a 19 años y un 10 % entre los 10 y los 13 años. Con respecto al número de embarazos el 80% de la muestra manifestó que era el primero (7).

- **Arias, C. (Colombia, 2012).** Este estudio fue de corte transversal con una población de 190 adolescentes embarazadas entre los 12 y 21 años, el instrumento utilizado fue una encuesta escrita, anónima, que interrogaba sobre variables sociodemográficas, relación con sus padres, niveles de comunicación con los padres, situaciones conflictivas en la familia y funcionalidad familiar medida por el APGAR familiar. Se obtuvo como resultado que el promedio de edad de 18 años, el 72,1% de la población presentó disfuncionalidad familiar de leve a severa, entre ninguna y regular

relación con el padre 46,9% y 25,3% con la madre, 38,9% presentaban antecedentes de violencia familiar, 36,3% pensaban que no iban a quedar embarazadas al tener relaciones sexuales, 26,8% deseaban tener hijos. La buena funcionalidad familiar tuvo relación significativa con la no presencia de violencia intrafamiliar, la no presencia de embarazo en menores de 17 años, no empleo de métodos anticonceptivos, hablar sobre temas de embarazo y sexualidad con los padres (8).

- **Mestanza, B.K. (Cajamarca 2015).** Se realizó un estudio descriptivo, correlacional. Se encuestó a 68 gestantes adolescentes que se atendieron en el centro de salud la Tulpuna durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2014. Se obtuvo como resultado que el grupo de adolescentes que predominó fue entre 17 y 19 años (67.2%), en el grado de instrucción predominó secundaria incompleta (39.7%), en el estado civil de las adolescentes en su mayoría fue conviviente (74.1%) y amas de casa (60.3%) la mayoría de adolescentes tienen pareja estable (74.1%) por otro lado el 37.9% son familias monoparentales, 63.8% son familias disfuncionales, 34.5% son familias moderadamente funcionales (9).

- **Valera, Q. A. (Cajamarca 2016).** El tipo de estudio de la presente investigación fue descriptivo, correlacional y analítico el diseño corresponde a una investigación no experimental de corte transversal y de naturaleza prospectiva. Se entrevistó a 131 adolescentes atendidas con primer embarazo en el Hospital Regional de Cajamarca durante el periodo enero a junio del 2014. Se obtuvo como resultados que se encontró que la prevalencia de primer embarazo es de un 59.5 %, el 87.8 % pertenece al grupo etario de 17 a 19 años, 58.8 % vive en zona urbana, 85.5 % es conviviente, la persona que aporta económica mente al hogar es la pareja con un 69.6 %, el 85.5 % percibe un

salario mínimo vital, 57.3 % pertenece a una familia nuclear, en el 51.1 % no se presentó embarazo adolescente en la familia, el 44.3 % vive en una familia moderadamente funcional, 66.4 % practica la religión católica, su grado de instrucción es secundaria incompleta en el 32.1 %, el 66.4 % es ama de casa, 64.9 % inicio sus relaciones sexuales entre los 17 a 19 años, el 78.6 % tubo su menarquia entre los 11 a 13 años, solo tuvieron una pareja sexual el 77.9 %, 89.3 % tuvo relaciones sexuales por voluntad, solo el 42.7 % utilizo anticonceptivos, en donde el 21.4 % recibió información del puesto de salud. El mayor porcentaje de adolescentes con primer embarazo vivió en una familia moderadamente funcional a disfuncional (31).

2.2. Bases teóricas.

2.2.1. Adolescencia.

- Concepto.

La OMS (2016) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios (1).

Los adolescentes de la actualidad se enfrentan a un problema a la sociedad y grupos sociales en los que conviven, los cuales los llevan a tomar decisiones que repercuten en su juventud arrastrándolos al uso de drogas, pandillerismo y embarazo en adolescentes (2).

El Estado Mundial de Infancia (UNICEF) nos dice que: dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años) (10).

- **Clasificación**

La adolescencia temprana. Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, otras infecciones de transmisión sexual, embarazo precoz, violencia y explotación sexual (10).

La adolescencia tardía. La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. La temeridad, un rasgo común de la temprana

y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto” declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes (10).

2.2.2. Embarazo en adolescente.

- Concepto.

La gestación en adolescentes es aquella que ocurre en mujeres de diez a diecinueve años 11 meses. Se clasifica en: adolescente temprana, aquella entre los 10 y 14 años; y adolescente tardía entre 15 y 19 años (33).

Muy similar al concepto anterior, Portal (2015) nos dice que el embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente, entre la adolescencia temprana (comienzo de la edad fértil) y el final de la adolescencia tardía (25).

- Situación Actual del Embarazo en Adolescentes en el Perú.

La fecundidad de adolescentes en los últimos cuatro años se ha incrementado en 1,1 puntos porcentuales. Del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 13,6% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,6% ya eran madres y el 2,9% estaban gestando por primera vez. Los mayores porcentajes de adolescentes que eran madres o que estaban embarazadas con el primer hijo se presentan en las mujeres con primaria (37,9%) y entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (24,9%).

Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común; o tienen lugar en

situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la madre soltera. Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas sin la debida formación profesional y en condiciones sanitarias inadecuadas. Según registro del MINEDU, 8 de cada 10 adolescentes embarazadas peruanas abandonan la escuela (33).

El embarazo en la adolescencia constituye un acontecimiento biológico con implicancias psicológicas y sociales que han variado a través de las épocas. En ocasiones aparece como un hecho no deseado que desestabiliza a la adolescente, su relación con el medio y en especial con su grupo familiar. Este problema complejo acapara cada vez más el interés de los padres, educadores, asistentes sociales y todo el equipo de salud que actúa en los hospitales y los centros asistenciales. La maternidad en adolescentes trae problemas de índole biológico, psicológico y social, lo cual repercute en la calidad de vida de la madre y de su familia con un riesgo latente para el niño (25).

- **Factores que contribuyen al inicio de la sexualidad adolescente.**

La ignorancia en reproducción y sexualidad humana, la mala o deficiente comunicación con los padres, asimismo la ignorancia de los padres en embarazo y sexualidad, también problemas que exista entre los padre o padres que viven separados y finalmente ser hijo o hija de madre adolescente (31).

2.2.3. Factores demográficos.

Los factores demográficos tratan de las características sociales de la población y de su desarrollo a través del tiempo. Los datos demográficos se refieren, entre otros, al análisis de la población por edades, grupos étnicos, y estado civil.

- **Estado civil.** Para las adolescentes, el matrimonio a temprana edad es causa de embarazos no deseados y de mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. La diferencia de edad entre el varón y la menor en las uniones o matrimonios también afecta las tasas de fecundidad adolescente. Se reporta que “cuanto mayor sea la diferencia de edad, mayores son las posibilidades de que la niña quede embarazada antes de los 18 años (17).

- **Edad.** Los estudios han demostrado que la edad, tienen una influencia dramática en el comportamiento sexual del adolescente debido al el desarrollo físico y el género. Conforme van creciendo en edad, se van incrementando las posibilidades de tener actividad sexual (más frecuentemente y con más parejas). Esto mismo sucede cuando se desarrollan precozmente y parecen mayores (18).

- **Residencia.** Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), la tasa de embarazo en las adolescentes que viven en áreas rurales es más alta que en las que viven en zonas urbanas, lo cual demuestra las grandes inequidades en el acceso a los recursos de salud reproductiva, a la vez que reconoce el embarazo precoz como una manifestación de falta de oportunidades de las niñas de menos recursos. Es necesario recordar, además, que algunos grupos tradicionales exigen una reproducción temprana (19).

2.2.4. Factores Sociales.

Los Factores sociales, son aquellos elementos que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea el lugar y en el espacio en el que se encuentra, estos forman parte del medio ambiente social, el cual va repercutir ya sea como persona, familia o sociedad, entre estos quien cobra mayor importancia es la familia (31).

Los factores sociales que se asocian al embarazo y la fecundidad adolescente pueden concebirse como una serie de círculos concéntricos o niveles de análisis, desde el más alejado, nivel macrosocial, al más próximo, familia. En el nivel macrosocial se pueden mencionar las pautas culturales, la estructura socioeconómica o estratificación social, la estratificación por género y por la cultura a la que pertenecen (16). El contexto social abarca también factores importantes más “próximos” al individuo, entre otros, la estructura familiar, la persona que aporta económicamente. Varios estudios también, permiten concluir que varios factores pueden estar influenciando el hecho de que las madres transmitan sus preferencias por la maternidad adolescente a sus hijas, concluyendo en general que “madres adolescentes engendran madres adolescentes”. Estos estudios han mostrado que la probabilidad de que el ciclo de maternidad temprana se repita es el doble que en el caso de las adultas. La repetición de la maternidad entre generaciones se ha documentado en varios países de América Latina y también en Estados Unidos (31).

- **Familia.**

Para el ministerio de salud y protección social (MIN SALUD-2014) la familia se define de la siguiente manera: grupo cercano y estable con el cual crecen los niños, niñas y los adolescentes y con quienes establecen sus vínculos afectivos; la familia asume el papel protagónico en la protección, cuidado y crianza para su desarrollo integral. En esta definición no se hace distinción entre los diversos tipos de familias, estén unidas por relaciones consanguíneas, jurídicas, de parentesco o de afinidad y solidaridad. Se hará alusión con este término a las diversas estructuras de familias, de

acuerdo con las construcciones ideológicas, culturales y sociales de las regiones del país, sin discriminación ni privilegios de ningún tipo de familias (11).

Por otro lado, a través de la revista Médica Electrónica nos muestra que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir la familia como el conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan (12).

- **Estructura de Familia:** Para Castellón, M.H. Los tipos de familia se refieren a la conformación de la familia o como están agrupados según cultura, sistema tradicional o estructura social, además, desarrolló la siguiente clasificación para su instrumento de medición de riesgo familiar (14).

- Familia nuclear: constituida por ambos padres biológicos y los hijos, se caracteriza por la presencia de dos generaciones de consanguinidad (14).

- Familia extensa: compuesta por miembros de tres generaciones: abuelos, padres, hijos y nietos (14).

- Familia Monoparental: se entiende aquella familia que está compuesta por un solo progenitor (varón o mujer) y uno o varios hijos (15).

- Familia Homoparental: es aquella donde una pareja de hombres o de mujeres se convierten en progenitores de uno o más niños. Las parejas homoparentales pueden ser padres o madres a través de la adopción, de la maternidad subrogada o de la inseminación artificial en el caso de las mujeres. También se consideran familias homoparentales aquellas en las que unos de los dos miembros tienen hijos de forma natural de una relación anterior (15).

2.2.5. Factores personales.

Es una característica propia a una persona, las cuales van hacer causas o condiciones necesarias de un acontecimiento, que va determinar sus diferentes aspectos de su vida.

Los factores personales son los siguientes:

- **Relaciones sexuales.** Las relaciones coitales se inician en la adolescencia. Actualmente, la edad media aproximada de la primera relación coital es de 16 años para los chicos y 17 años para las chicas, este resulta un dato bastante constante en nuestro medio (20).

- **Motivos de las relaciones sexuales.** Los motivos de inicio de las relaciones coitales en los adolescentes suelen ser diferentes dependiendo del subsector de la población en la que nos encontremos, pues estos motivos van a presentar diferencias según el lugar de residencia, el nivel socioeconómico, el nivel de educación y la pertenencia a etnias indígenas, todo esto también influirá en las conductas sexuales que este grupo presente (20).

- **Grado de instrucción.** La actividad sexual temprana junto con diversos aspectos educacionales suelen ocasionar, según la Oficina Panamericana de Salud, mayores tasas de natalidad y exponen a las adolescentes a riesgos de quedar embarazadas (21).

- **Religión.** La religión que la adolescente predique va determinar el inicio de sus relaciones sexuales, ya que esta es una manifestación de conciencia y a su vez tiene su propio sistema de valores, el cual va actuar como regulador de la conducta humana; haciendo que quienes la practiquen, retrasen el comienzo de su vida sexual (22).

2.2.5. 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 (13).

Según el criterio con el cual se evalúa el funcionamiento familiar, la familia puede clasificarse en:

- **Familia funcional.** Es aquella cuya interrelación como grupo humano favorece el desarrollo sano y el crecimiento personal de cada uno de sus miembros, en la medida que existe un equilibrio en el cumplimiento de sus funciones y a su vez disponga de recursos adaptativos para enfrenar los cambios (16).

- **Familia moderadamente funcional.** Es una expresión intermedia entre la familia funcional y la familia disfuncional, de las categorías de que define el funcionamiento familiar (16).

- **Familia disfuncional.** Es la expresión negativa de las categorías que definen el funcionamiento familiar (16).

- **Familia severamente disfuncional.** Es una expresión negativa de extremo de las categorías que define el funcionamiento familiar (16).

En Cuba, durante el año 1994, se diseñó una prueba para medir percepción de funcionamiento familiar de fácil aplicación y calificación, cuyas dimensiones son:

- **Cohesión.** Unión familiar, física y emocional al enfrentar diferentes situaciones, y para la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

- **Armonía.** Correspondencia entre los intereses y necesidades con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación.** Los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
- **Adaptabilidad.** Habilidad para cambiar estructura de poder y relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
- **Afectividad.** Capacidad de los miembros de vivencia, y demostrar sentimientos y emociones positivas uno a los otros.
- **Rol.** Cada miembro de la familia cumple un rol, responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **Permeabilidad.** Capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones (10).

2.3. Definición de términos básicos.

- **Adolescencia.** Según la OMS es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años (10).
- **Adolescencia temprana.** Es el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad (10).
- **Adolescencia tardía.** Es el período que se extiende entre los 15 y los 19 años de edad (10).
- **Embarazo en adolescente.** La gestación en adolescentes es aquella que ocurre en mujeres de diez a diecinueve años 11 meses. Se clasifica en: adolescente temprana, aquella entre los 10 y 14 años; y adolescente tardía entre 15 y 19 años (33).

- **Factor social.** Son aquellos elementos que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea el lugar y en el espacio en el que se encuentra, estos forman parte del medio ambiente social, el cual va repercutir ya sea como persona, familia o sociedad (31).

- **Ingreso económico.** Cantidad de dinero que una familiar puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos.

- **Estructura familiar.** Conformación de la familia o como están agrupados según cultura, sistema tradicional o estructura social (14).

- **Factor demográfico.** Los factores demográficos tratan de las características sociales de la población y de su desarrollo a través del tiempo.

- **Edad.** Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento (18).

- **Estado Civil.** Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto (17).

- **Residencia.** Es el lugar geográfico donde la persona vive (19).

- **Factor personal.** Es una característica propia a una persona, las cuales van hacer causas o condiciones necesarias de un acontecimiento, que va determinar sus diferentes aspectos de su vida.

- **Relaciones Sexuales.** Es el contacto físico entre personas fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual (20).

- **Grado de instrucción.** Es el grado más elevado de estudios realizados (21).

- **Religión.** Es una práctica humana de creencias existenciales, morales y sobrenaturales (22).

- **Familia.** Es un grupo de personas formado por individuos unidos, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja (11).

- **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 (13).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas.

3.1.1. Hipótesis principal.

Existen algunos factores sociodemográficos y personales asociados significativamente a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes.

3.1.2. Hipótesis derivadas.

- Existen algunos factores demográficos más frecuentes del embarazo en adolescentes.

- Existen algunos factores sociales más frecuentes del embarazo en adolescentes.

- Existen algunos factores personales más frecuentes del embarazo en adolescentes.

- Existen algún tipo de funcionalidad familiar más frecuente del embarazo en adolescente.

- Existen algunos factores demográficos asociados significativamente a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes.

- Existen algunos factores sociales asociados significativamente a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes.

- Existen algunos factores personales asociados significativamente a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes.

3.2 Variables: definición conceptual y operacional.

3.2.1. Variables independientes.

Factores demográficos, factores sociales y factores personales.

3.2.2. Variables dependientes.

Funcionalidad familiar.

Definición operacional de las variables (índices).

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
INDEPENDIENTES Factores sociodemográficos y personales.	Factores Sociales. Los Factores sociales, son aquellos elementos que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea el lugar y en el espacio en el que se encuentra, estos forman parte del medio ambiente social, el cual va repercutir ya sea como persona, familia o sociedad	<ul style="list-style-type: none"> Ingreso económico familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> Menos de un MV. Entre 1 y 2 MV. Mayor de 2 MV.
		<ul style="list-style-type: none"> Persona que aporta económicamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Madre. Padre Pareja Adolescente misma.
		<ul style="list-style-type: none"> Antecedentes d embrazo adolescente. 	<ul style="list-style-type: none"> Mamá. Hermanas. Tías. Abuelas.
		<ul style="list-style-type: none"> Estructura de la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> Nuclear. Extensa. Monoparental. Homoparental.
	Factores Demográficos. Los factores demográficos, son elementos que pertenecen a la estadística, y que tiene que ver con el estudio de la población humana, como su dimensión, estructura y características generales; de un determinado país o lugar	<ul style="list-style-type: none"> Edad. 	<ul style="list-style-type: none"> 10_14 años. 15_19años.
		<ul style="list-style-type: none"> Estado civil. 	<ul style="list-style-type: none"> Casada. Conviviente. Soltera.
		<ul style="list-style-type: none"> Zona de Residencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Urbana. Rural.

	<p>Factores Personales.</p> <p>Es una característica propia a una persona, las cuales van hacer causas o condiciones Necesarias de un acontecimiento, que va determinar sus diferentes aspectos de su vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Grado de instrucción. 	<ul style="list-style-type: none"> Sin instrucción. Primaria incompleta. Primaria completa. Secundaria incompleta. Secundaria completa. Superior técnico incompleto. Superior universitario incompleto.
<ul style="list-style-type: none"> Ocupación de la gestante. 		<ul style="list-style-type: none"> Estudiante. Ama de casa. Empleada del hogar. Empleada de institución pública independiente Empleada de institución privada. 	
<ul style="list-style-type: none"> Edad de inicio de Relaciones Sexuales. 		<ul style="list-style-type: none"> 10-14 años. 15-19 años. 	
<ul style="list-style-type: none"> Número de parejas sexuales 		<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 	
<ul style="list-style-type: none"> Religión. 		<ul style="list-style-type: none"> Católica No católica 	
<ul style="list-style-type: none"> Motivo de Relaciones Sexuales. 		<ul style="list-style-type: none"> Voluntad. Presión de la pareja. Otro. 	
<p>DEPENDIENTE</p> <p>Funcionalidad familiar</p>		<ul style="list-style-type: none"> Familia funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> De 57 a 70 pts.
		<ul style="list-style-type: none"> Familia moderadamente funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> De 43 a 56 pts.
		<ul style="list-style-type: none"> Familia disfuncional. 	<ul style="list-style-type: none"> De 28 a 42 pts.
		<ul style="list-style-type: none"> Familia severamente disfuncional. 	<ul style="list-style-type: none"> De 14 a 27 pts. <p>Según escala de funcionalidad familiar</p>

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA.

4.1. Diseño metodológico.

El diseño correspondió a una investigación no experimental; porque no se manipulan las variables.

Descriptivo: se busca determinar los factores sociodemográficos y personales asociados a la funcionalidad familiar de las gestantes adolescentes en estudio.

Correlacional: porque tuvo como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existen entre los factores sociodemográficos y personales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo de las adolescentes.

De corte transversal: porque el estudio se realizó en un solo tiempo sin cortes.

4.2. Diseño muestral.

4.2.1. Población.

Estuvo representado por todas las gestantes adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec-2016.

4.2.2. Muestra.

Conformada por 160 gestantes adolescentes representativas de cada establecimiento de la Micro Red Pachacutec (ver cuadro), la muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando el muestreo aleatorio simple; el tamaño de la muestra se calculó con la presente fórmula para para estimar la

proporción de gestantes adolescentes ($P = 0.5$), con una confianza del 95% y con un margen de error de 0,05 y se calculara teniendo en cuenta la siguiente formula:

Para calcular el número de gestantes adolescentes evaluadas se usó la siguiente formula.

Dónde:

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

n = Número de gestantes adolescentes a entrevistar.

Nivel de confianza 95 %, entonces $Z = 1,96$

P = Proporción de gestantes adolescentes con familias severamente disfuncionales, es del 5%, entonces: $P = 5 \%$ equivalente a $P=0,05$

$Q = 0,95$ es complemento de P .

N = la población de gestantes adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec es de 160

E = Precisión = 0,05 = 5 %

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,05) (0,95) (160)}{(0,05)^2(159) + (1,96)^2 (0,05) (0,95)} = 50$$

Entonces el número de gestantes adolescentes a evaluar es 50.

Muestra = 50 Unidades de análisis

Adolescentes embarazadas según Micro Red Pachacutec- 2016

Muestreo Estratificado con Afijación Proporcional

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	POBLACION	PROPORCION ANUAL POR ESTABLECIMIENTO	MUESTRA
C.S. PACHACUTEC	40	0.2500	13
C.S. SIMÓN BOLÍVAR	78	0.4875	24
P.S. SAMAN CRUZ	12	0.0750	4
P.S. ATHAHUALPA	11	0.0688	3
P.S. CHONTAPACCHA	19	0.1188	6
TOTAL	160	1.0000	50

4.2.2.1. Criterios de inclusión.

- Estuvieron **incluidas** en el presente estudio todas las gestantes adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec.
- Estuvieron **incluidas** las gestantes adolescentes que acepten participar en el estudio.

4.2.2.2. Criterios de exclusión.

- Estuvieron **excluidas** en el presente estudio las gestantes que por su condición de salud no puedan dar información.

4.2.3. Matriz de consistencia.

Factores sociodemográficos y personales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec - 2016.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN	
			VARIABLE	INDICADOR
<p>¿Cuáles son los factores sociodemográficos y personales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec - 2016?</p>	<p>General. Determinar y analizar los factores sociodemográficos y personales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec - 2016?</p> <p>Específicos. Identificar los factores demográficos más frecuentes del embarazo en adolescentes. Identificar los factores sociales más frecuentes del embarazo en adolescentes. Identificar los factores personales más frecuentes del embarazo en adolescentes. Identificar la funcionalidad familiar más frecuente del embarazo en adolescentes. Determinar los factores demográficos, asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes. Determinar los factores sociales, asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes. Determinar los factores personales, asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes.</p>	<p>Hipótesis general. Existen factores sociodemográficos y personales asociados significativamente a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes.</p> <p>Hipótesis específicos. -Existen algunos factores demográficos más frecuentes del embarazo en adolescentes. -Existen algunos factores sociales más frecuentes del embarazo en adolescentes. -Existen algunos factores personales más frecuentes del embarazo en adolescentes. -Existen algún tipo de funcionalidad familiar más frecuente del embarazo en adolescente. -Existen algunos factores demográficos asociados significativamente a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes. -Existen algunos factores sociales asociados significativamente a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes. -Existen algunos factores personales asociados significativamente a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes.</p>	<p>Variable Independiente - Factores demográficos, factores sociales y factores personales.</p> <p>Variable Dependiente. Funcionalidad familiar.</p>	<p>Factores Demográficos. -Edad. -Estado civil. -Zona de Residencia.</p> <p>Factores Sociales. -persona que aporta económicamente al hogar. - Ingreso económico familiar. - Estructura de la familia. - Antecedentes de embarazo adolescente en la familia.</p> <p>Factores Personales. -Religión. -Grado de instrucción. -Ocupación de la gestante. -Inicio de Relaciones coitales. -Número de parejas sexuales. -Motivo de relaciones sexuales</p> <p>Familia funcional Familia moderadamente funcional Familia disfuncional Familia severamente disfuncional</p>

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

4.3.1. Técnicas.

Se utilizó la técnica de la encuesta para la recolección de datos, las cuales se aplicaron en el periodo de Diciembre de 2016, según el cronograma del proyecto.

4.3.2. Instrumentos.

Como instrumento se utilizó:

- **El cuestionario de datos:** en donde se consignó los datos sociales, demográficos y personales de la gestante adolescente (Anexo E).
- **La escala de percepción de Funcionamiento familiar (FF-SIL),** para clasificar a la familia la cual puede pertenecer a uno de los siguientes tipos, y su clasificación es la siguiente:

Familias funciona: de 70 a 57 pts.

Familia moderadamente funcional: de 56 a 43 pts.

Familia disfuncional: de 42 a 28 pts.

Familia severamente disfuncional: de 27 a 14 pts.

4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.

El ingreso de datos se realizó en una matriz de base de datos Excel por sujeto de estudio, el procesamiento y análisis estadístico de los datos de los encuestados, se ejecutó con el apoyo del software SPSS versión 23, presentando la información en tablas adecuadas.

4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.

El análisis descriptivo de datos se realizó mediante la distribución de frecuencias absolutas y relativas, y para el análisis inferencial se utilizó la prueba estadística no paramétrica del Chi-Cuadrado en tablas de contingencia con 95% de confiabilidad.

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

Fase descriptiva. Consistió en describir los resultados de la relación de los factores sociodemográficos y personales de las adolescentes gestantes, en base a las estadísticas obtenidas en el proceso, comparándolo con teorías y antecedentes.

Fase inferencial. Se realizó para determinar la confiabilidad de los resultados observados en la muestra, que se presentan también en la población correspondiente.

Se verificó la hipótesis formulada, para lo cual se usó la prueba del Chi cuadrado.

Para ver el grado de asociación entre variables y su significancia se usó el valor p-value, el cual si $p < 0.05$ tiene asociación significativa, y si $p > 0.05$ las variables son independiente ósea no existe asociación.

4.6. Aspectos éticos.

Esta investigación se fundamentará en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación como los siguientes:

Autonomía: La gestante adolescente entrevistada, tuvo libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciada por parte de otras personas o de la investigadora.

No maleficencia: la información se obtuvo luego de que la gestante adolescente y/o familiar directo, de consentimiento para la entrevista.

Consentimiento informado: luego de que la paciente y/o familiar directo fue informado en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, se

pidió su autorización y firmó el documento de consentimiento informado.

Privacidad: se respetó el anónimo de la gestante adolescente entrevistada, desde el inicio de la investigación hasta el final.

Confidencialidad: la información referida por la gestante y/o familiar directo no será revelada, fueron utilizados solo para fines de investigación.

CAPITULO V:

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

5.1. Análisis descriptivo

Tabla 1

Factores demográficos del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec - 2016.

Factores Demográficos	Nº	%
Edad		
De 10 a 14 años	15	30
De 15 a 19 años	35	70
Total	50	100
Zona de Residencia		
Urbana	39	78
Rural	11	22
Total	50	100
Estado civil		
Soltera	16	32
Conviviente	32	64
Casada	2	4
Total	50	100

Fuente: Encuesta aplicada.

En la presente tabla se observa que en relación a la edad el 70% de gestantes adolescentes pertenecen al grupo etario de 15 a 19 años; en cuanto a la zona de residencia, el 78% de gestantes adolescentes residen en zona urbana y referente al estado civil, podemos evidenciar que el 64% de las gestantes adolescentes son convivientes.

Tabla 2

Factores sociales del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec - 2016.

Factores sociales	Nº	%
Persona que aporta económicamente al hogar		
Padre	18	36
Madre	5	10
Pareja	26	52
Adolescente misma	1	2
Total	50	100
Ingreso económico familiar		
Menos de 1 MV	28	56
Entre 1 y 2 MV	22	44
Total	50	100
Estructura de la familia		
Nuclear	20	40
Extendida	23	46
Monoparental	7	14
Total	50	100
Antecedente de embarazo adolescente en la familia		
Madre	13	26
Hermana	24	48
No se presento	13	26
Total	50	100

Fuente: Encuesta aplicada.

En la presente tabla podemos reportar que del total de gestantes el 52%, es la pareja quien aportan económicamente al hogar; en relación al ingreso económico familiar se tiene que el 56% vive con menos de un mínimo vital; con relación a la estructura familiar, se tiene que el 46% proviene de una familia extendida y con antecedentes de embarazo en adolescente en la familia está la hermana con 48%.

Tabla 3

Factores personales del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec - 2016.

Factores Personales	Nº	%
Religión		
Católica	40	80
No católica	10	20
Total	50	100
Grado de Instrucción		
Primaria	19	38
Secundaria	20	40
Superior	11	22
Total	50	100
Ocupación de la adolescente		
Estudiante	21	42
Ama de casa	23	46
Trabaja	6	12
Total	50	100
Edad de inicio de relaciones coitales		
10 a 14 años	8	16
15 a 19 años	42	84
Total	50	100
Número de parejas sexuales		
1 pareja	46	92
2 parejas	2	4
3 parejas	2	4
Total	50	100
Motivo de relaciones sexuales		
Voluntad	49	98
Presión de pareja	1	2
Total	50	100

Fuente: Encuesta aplicada.

En la presente tabla se aprecia que el 80% de la población total son católicas, el 40% ha tenido estudios secundarios, con respecto a la ocupación tenemos que el 46% son amas de casa, por otro lado tenemos que el 84% de la población ha iniciado sus relaciones coitales entre los 15 y 19 años, el 92% tuvo una pareja sexual y por último el 98% de las gestantes adolescentes dijeron tener relación coital por voluntad propia.

Tabla 4

Funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec - 2016.

Funcionabilidad Familiar	N°	%
Familia Disfuncional	15	30.0
Familia Moderadamente Funcional	18	36.0
Familia Funcional	17	34.0
Total	50	100.0

Fuente: Encuesta aplicada

En la presente tabla podemos observar que del total de las gestantes adolescentes encuestadas el 36% tienen familias moderadamente funcionales, el 34% familias funcionales, y 30% familias disfuncionales.

Tabla 5

Factores demográficos asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec - 2016.

Factores Demográficos	Funcionalidad Familiar								Chi-Cuadrado	
	Familia Disfuncional		Familia moderadamente funcional		Familia funcional		Total		X ²	Valor-p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Edad									25.671	0.000
De 10 a 14 años	12	80.0	1	5.6	2	11.8	15	30.0		p<0.05
De 15 a 19 años	3	20.0	17	94.4	15	88.2	35	70.0		
Total	15	100.0	18	100.0	17	100.0	50	100.0		
Zona de Residencia									0.059	0.971
Urbana	12	80.0	14	77.8	13	76.5	39	78.0		p>0.05
Rural	3	20.0	4	22.2	4	23.5	11	22.0		
Total	15	100.0	18	100.0	17	100.0	50	100.0		
Estado civil									15.303	0.004
Soltera	10	66.7	3	16.7	3	17.6	16	32.0		p<0.05
Conviviente	5	33.3	15	83.3	12	70.6	32	64.0		
Casada	0	0.0	0	0.0	2	11.8	2	4.0		
Total	15	100.0	18	100.0	17	100.0	50	100.0		

Fuente: Encuesta aplicada.

Podemos observar en la presente tabla que del total de gestantes adolescentes con familias disfuncionales en el 80% se encuentran en el grupo etario de 10 a 14 años, asimismo también el 80% reside en zona urbana y el 66.7 % son solteras; respecto a familias moderadamente funcionales tenemos que el 94.4% se encuentran en el grupo etario de 15 a 19 años, el 77.8% provienen de zona urbana y el 83.3% son convivientes; en familias funcionales observamos que el 88.2% está en grupo etario de 15 a 19 años, con 76.5% provienen de zona urbana y el 70.6% son convivientes.

Como puede observarse en la presente tabla los resultados del análisis estadístico muestra que existe una asociación altamente significativa entre la edad, estado civil y la funcionalidad familiar dado que el coeficiente del p es <0.05.

Tabla 6

Factores sociales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec - 2016.

Factores Sociales	Funcionalidad Familiar								Chi-Cuadrado	Valor-p
	Familia Disfuncional		Familia moderadamente funcional		Familia funcional		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Persona que aporta económicamente al hogar									9.626	0.141
Padre	9	60.0	6	33.3	3	17.6	18	36.0	p>0.05	
Madre	1	6.7	2	11.1	2	11.8	5	10.0		
Pareja	4	26.7	10	55.6	12	70.6	26	52.0		
Adolescente misma	1	6.7	0	0.0	0	0.0	1	2.0		
Total	15	100.0	18	100.0	17	100.0	50	100.0		
Ingreso económico familiar									6.466	0.039
Menos de 1 MV	8	53.3	14	77.8	6	35.3	28	56.0	p<0.05	
Entre 1 y 2 MV	7	46.7	4	22.2	11	64.7	22	44.0		
Total	15	100.0	18	100.0	17	100.0	50	100.0		
Estructura de la familia									0.714	0.950
Nuclear	7	46.7	6	33.3	7	41.2	20	40.0	p>0.05	
Extendida	6	40.0	9	50.0	8	47.1	23	46.0		
Monoparental	2	13.3	3	16.7	2	11.8	7	14.0		
Total	15	100.0	18	100.0	17	100.0	50	100.0		
Antecedente de embarazo adolescente en la familia									19.329	0.001
Madre	2	13.3	7	38.9	4	23.5	13	26.0	p<0.05	
Hermana	12	80.0	9	50.0	3	17.6	24	48.0		
No se presentó	1	6.7	2	11.1	10	58.8	13	26.0		
Total	15	100.0	18	100.0	17	100.0	50	100.0		

Fuente: Encuesta aplicada.

En la presente tabla tenemos que del total de gestantes adolescentes con familias disfuncionales el 60% son los padres quienes aportan económicamente al hogar, el 53.3% tiene un ingreso económico familiar menor a un mínimo vital, el 46.7% pertenecen a una familia nuclear y el 80% tuvo como antecedente de embarazo a la hermana; por otro lado en las familias moderadamente funcionales se tiene que el

55.6% es la pareja quien aporta económicamente al hogar, el 77.8% tiene un ingreso económico menor a un mínimo vital, el 50% pertenece a una familia extendida y como antecedente de embarazo en adolescente tuvieron a la hermana y finalmente en familias funcionales se tiene que el 70.6% quien aporta al hogar es la pareja, el 64.7% gana entre 1 y 2 MV, 47.1% proviene de una familia extendida y en 58.8% de la población no se presentaron antecedentes de embarazo en adolescente en la familia.

Como puede observarse en la presente tabla los resultados del análisis estadístico muestra que existe una asociación altamente significativa entre el ingreso económico familiar, antecedentes de embarazo en adolescente en la familia y la funcionalidad familiar, dado que el coeficiente del p es <0.05 .

Tabla 07

Factores personales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec - 2016.

Factores Personales	Funcionalidad Familiar								Chi-Cuadrado	
	Familia Disfuncional		Familia moderadamente funcional		Familia funcional		Total		X ²	Valor-p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Religión									1.830	0.401
Católica	12	80.0	16	88.9	12	70.6	40	80.0	p>0.05	
No católica	3	20.0	2	11.1	5	29.4	10	20.0		
Total	15	100.0	18	100.0	17	100.0	50	100.0		
Grado de Instrucción									29.024	0.000
Primaria	12	80.0	4	22.2	3	17.6	19	38.0	p<0.05	
Secundaria	2	13.3	13	72.2	5	29.4	20	40.0		
Superior	1	6.7	1	5.6	9	52.9	11	22.0		
Total	15	100.0	18	100.0	17	100.0	50	100.0		
Ocupación de la adolescente									13.485	0.009
Estudiante	4	26.7	4	22.2	13	76.5	21	42.0	p<0.05	
Ama de casa	8	53.3	12	66.7	3	17.6	23	46.0		
Trabaja	3	20.0	2	11.1	1	5.9	6	12.0		
Total	15	100.0	18	100.0	17	100.0	50	100.0		
Edad de inicio de relaciones coitales									0.533	0.766
10 a 14 años	3	20.0	2	11.1	3	17.6	8	16.0	p>0.05	
15 a 19 años	12	80.0	16	88.9	14	82.4	42	84.0		
Total	15	100.0	18	100.0	17	100.0	50	100.0		
Número de parejas sexuales									4.723	0.317
1 pareja	14	93.3	16	88.9	16	94.1	46	92.0	p>0.05	
2 parejas	0	0.0	2	11.1	0	0.0	2	4.0		
3 parejas	1	6.7	0	0.0	1	5.9	2	4.0		
Total	15	100.0	18	100.0	17	100.0	50	100.0		
Motivo de relaciones sexuales									1.981	0.371
Voluntad	15	100.0	18	100.0	16	94.1	49	98.0	p>0.05	
Presión de pareja	0	0.0	0	0.0	1	5.9	1	2.0		
Total	15	100.0	18	100.0	17	100.0	50	100.0		

Fuente: Encuesta aplicada.

En la presente tabla se observa que del total de gestantes adolescentes con familias disfuncionales se tiene que el 80% son católicas y tienen estudios primarios, el 53.3% son amas de casa, por otro lado se tiene que el 80% iniciaron sus relaciones coitales entre los 15 y 19 años, un 93.3% tuvo una pareja sexual y el 100% tuvo

relaciones coitales por voluntad propia, dentro de las familias moderadamente funcionales la el 88.9% son católicas, 72.2% tuvo estudios secundarios, el 66.7% son amas de casa, también se aprecia que el 88.9% inició sus relaciones coitales entre los 15 y 19 años y tuvieron 1 pareja sexual, el 100% tuvo relaciones sexuales por voluntad propia finalmente tenemos que dentro de las familias funcionales el 70.6% son católicas, el 52.9% tuvo estudios superiores, y el 76.5% aún son estudiantes, por otro lado se tiene que el 82.4% iniciaron sus relaciones coitales entre los 15 a 19 años, el 94.1% tuvo una pareja sexual y finalmente el 98% tuvo relaciones coitales por voluntad de la pareja

Como puede observarse en la presente tabla los resultados del análisis estadístico muestra que existe una asociación altamente significativa entre el grado de instrucción, ocupación de la gestante y la funcionalidad familiar dado que el coeficiente del p es <0.05 .

5.2. Análisis inferencial.

Para la prueba inferencia se hizo una prueba estadística no paramétrica del Chi-Cuadrado en tablas de contingencia con nivel de significancia del 5% para establecer la asociación entre los factores sociodemográficos personales y funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec.

5.3. Comprobación de hipótesis.

Ho: No existen algunos factores sociodemográficos y personales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec-2016.

H1: Existen algunos factores sociodemográficos y personales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec-2016.

Contrastación de Hipótesis.

- Nivel de significancia: = 0.05
- Elección de la Prueba estadística: Prueba del Chi-Cuadrado.
- Estimación del p-value: p.
- Toma de decisión:

Se rechaza la Hipótesis nula y se acepta la Hipótesis alternativa para:

Factores sociodemográficos y personales tales como: edad, estado civil, persona que aporta económicamente al hogar, antecedente de embarazo adolescente en la familia, grado de instrucción y ocupación de la gestante, porque su valor de $p < 0.05$.

5.4. Discusión y conclusiones.

5.4.1. Discusión.

Tabla 01. Factores Demográficos del Embarazo en Adolescente pertenecientes a la Micro Red Pachacutec – 2016.

En la presente tabla sobre factores demográficos del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec-2016, en relación a la edad, se aprecia que el 70% de gestantes adolescentes pertenecen al grupo etario de 15 a 19 años es decir adolescencia tardía, frente a un considerable 30 % de gestantes adolescentes que se encuentran entre los 10 a 14 años, periodo que conocemos como adolescencia temprana.

Los resultados del presente estudio se asemejan a los de Mestanza (2014), quien señala en su estudio que la mayor parte (67.2%) de adolescentes se embarazan a partir de los 16 años (9).

Sin embargo difieren parcialmente con los resultados presentados por Arana (2013), quien señala que el porcentaje de embarazo en adolescente es del 50% para la adolescencia temprana y 50% para la adolescencia tardía (7).

Es importante remarca que en el presente estudio se encontró un 30% de gestantes adolescentes cuyas edades fluctuaron entre los 10 a 14 años, según la literatura revisada señala que mientras más precoz se dé el embarazo mayores serán los riesgos que pueda presentar. Sin embargo existen algunas culturas, grupos tradicionales que exigen una reproducción temprana, desconociendo los riesgos a los

cuales se están exponiendo a estas gestantes. Lo anteriormente señalado lo confirman los estudios de Silva (2015) (24).

Además Barrozo (2011), señala que los adolescentes que se embarazan, más que cualquier otro adolescente, necesita apoyo, comprensión y ayuda ya que está más sensible, insegura y desvalorizada que cualquier otra mujer y con mayor razón para una adolescente, que se convierte en adulto por el hecho de ser madre. El embarazo cambia la percepción que ella tiene de la vida, más aun si este no ha sido planeado. Surgen emociones fuertes y variadas que afectan la adaptación social y la salud mental de las adolescentes (23).

En cuanto a la zona de residencia, el 78% de gestantes adolescentes residen en zona urbana, mientras que el 22% lo hace en la zona rural.

Los datos del presente estudio concuerdan con lo encontrado por Arana (2013) quien señala que el mayor porcentaje de gestantes adolescentes proceden de la zona Urbana (60%) (7).

Sin embargo difieren con los resultados mostrados en el estudio de Silva (2015) quien señala que del total de su población el 66.7% provienen de zona rural y el 33.7% de zona urbana (24).

Portal (2015), en su estudio señala que en muchas regiones rurales del Perú, el embarazo a muy temprana edad es parte del patrón cultural de la zona y por tanto, es aceptado por la familia y los grupos sociales, en estos lugares aún prevalece la idea de que la mujer tiene como función la procreación y los quehaceres del hogar (25).

Referente al estado civil, podemos evidenciar que el 64% de las gestantes adolescentes son convivientes, 32% solteras y por ultimo con 4% son casadas.

Estos resultados concuerdan con los de Arana (2013) y Mestanza (2014) quienes señalan que la mayoría de adolescentes su estado civil eran convivientes (7,9).

Sin embargo nuestros hallazgos no concuerdan con los de Arias (2012) quien refiere que el mayor porcentaje de gestantes adolescentes son solteras (63,7%) (8).

Al respecto Portal (2015), señala que la convivencia y/o la posibilidad de convivir con la pareja y criar al bebe bajo un techo en común, es sin duda, una de esas decisiones importantes que afrontan los padres, es fundamental que ambos padres asuman la responsabilidad de cuidar al bebe, al parecer este estado de convivencia de las adolescentes podría ser mejor opción, porque probablemente, esta situación aparte de que lo pueden hacer de mutuo acuerdo, en la actitud también confiere legalidad y estabilidad social a la mujer (25).

De otro lado el mismo autor señala que las madres adolescentes solteras podría estar dado por el deseo de continuar con su educación y preparación profesional, sabiendo de antemano que por más que la mujer sea madre adolescente, es capaz de criar y mantener a su hijo por si sola sin la necesidad de contraer matrimonio, sobre todo si recibe apoyo de sus padres o familiares, ellos explicarían en parte el porcentaje de madres adolescentes solteras (25).

Tabla 02. Factores Sociales del Embarazo en Adolescente pertenecientes a la Micro Red Pachacutec – 2016.

En la presente tabla sobre factores Sociales del Embarazo en Adolescente podemos reportar que del total de gestantes más del 50% (52%), es la pareja quien aportan económicamente al hogar, y un considerable 46% sus padres.

Los datos encontrados por Arana (2013), difieren con los nuestros ya que quien mayoritariamente aporta económicamente al hogar son los padres (7).

Al respecto Mestanza (2015) señala que el apoyo económico de los padres es fundamental sobre todo cuando la pareja no lo hace, la adolescente se sentirá protegida y podrá sobrellevar su embarazo con menor tensión; por otro lado se podrá decir que si la pareja es quien aporta, la adolescente se sentirá más segura, sin cargas emocionales y tendrá mayores posibilidades de llegar al fin del embarazo sin mayores complicaciones (9).

En relación al ingreso económico familiar se tiene que más del 50% de la población (56%), vive con menos de un mínimo vital, frente al 44% tiene un ingreso económico familiar de 1 y 2 mínimos vitales.

Los presentes datos guardan cierta similitud con el estudio realizado por Silva (2015) quien manifiesta que la mayoría del total de la población, vive con un salario mínimo vital (24).

A diferencia de Castellón (2014) en sus resultados el porcentaje mayor del total de población está en el grupo de entre 1 y 2 mínimos vitales con 55.80 % (26).

En el Perú la canasta básica familiar por persona es de 292 soles, lo que significa que en el caso de aquellas familias cuyo ingreso económico es de un salario mínimo

vital, que en la actualidad es de 750 nuevos soles estaría ubicado en una situación de pobreza ya que no alcanzaría para tres personas que son las que constituyen una familia nuclear (9).

Con relación a la estructura familiar, encontramos que el 46% de la población en estudio pertenece a una familia extendida, seguida de la familia nuclear con un 40% y monoparental 14 %.

El presente estudio difiere con los estudios reportados por Mestanza (2014), quien manifiesta que la mayoría tuvieron familias monoparentales (37.9%), seguido de familias nucleares (29.3%) y finalmente el 20.7% corresponde a familias extendidas (9).

Al respecto Barrozo (2011), señala que las adolescentes cuyas vidas carecen de estructura familiar tienen mayor probabilidad de iniciar la actividad sexual de forma precoz que aquellas que presentan una guía (24).

Con referencia a los antecedentes de embarazo en adolescente en la familia, se encontró que el mayor porcentaje de embarazo en la adolescencia se dio en las hermanas con el 48%, seguido de la madre con un 26%.

Los datos obtenidos en el estudio difieren a los de Angoma (2011) quien señala que el mayor porcentaje (38%) se encuentra en la mama y con el 18% en hermana (6).

Tabla 03. Factores personales del Embarazo en Adolescente pertenecientes a la Micro Red Pachacutec – 2016.

Los resultados reportados en la presente tabla sobre factores personales del

embarazo en adolescente señala acerca de la religión, que la gran mayoría de la población un 80% son católicos y solo el 20% tiene otra religión.

Los datos presentados en el estudio coinciden con los de Arana (2013), en donde nos revelan que el 70% de las gestantes adolescentes pertenecen a la religión católica y el 30% a otras religiones (7).

Sin embargo los datos presentados por Portal (2015) difieren de los presentados en el estudio, ya que del total de la población nos dice que el 41.2% pertenecen al grupo no católicos (25).

En la religión católica hay una gran oposición por parte del clérigo, al uso de métodos anticonceptivos, como una estrategia para disminuir el embarazo adolescente; la religión predica la castidad, el entrenamiento moral-espiritual y una formación para vivir el amor sin egoísmo, donde el impulso es controlado y refrenado; sin embargo el adolescente está sujeto a la influencia de los medios de comunicación , la presión del grupo que aunado a la baja autoestima y bajos conocimientos en educación sexual hacen que se enfrente a riesgos con las consecuencias que acarrearán, entre ellas el embarazo precoz (25).

En relación al grado de instrucción se puede ver que el 40% de la población ha tenido estudios secundarios, 38% primarios, y 22% su grado de instrucción es superior.

Los resultados encontrados tienen cierto grado de similitud con los de Arana (2013), quien reporta que la mayoría gestantes adolescentes tuvieron estudios secundarios (83.33%), y solo el 6.67% estudios primarios (7).

Sin embargo se discrepa con Mendoza y Subiría (2013) que el mayor porcentaje encontró en las gestantes adolescentes con instrucción primaria seguida del nivel secundario (27).

Tener cierto grado de instrucción significa tener mayores condiciones de autocuidado de la salud, sobre todo durante el embarazo en la que no solo se trata de la salud de la mujer sino también del niño por nacer.

El nivel de educación de las mujeres influye de manera importante en sus actitudes y practicas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus actitudes hacia el tamaño ideal de la familia, la práctica de la planificación familiar y la violencia intrafamiliar (25).

Con respecto a la ocupación de la gestante adolescente se encontró que la mayoría se dedica a los quehaceres del hogar con un 46%, seguido de un 42% que son estudiantes y el 12% trabajan.

Los resultados del presente estudio guardan cierto grado de similitud con los reportados por Arana (2013), quien reporta que casi la totalidad de su población en estudio fueron amas de casa (93.33%), y solo el 6,67% trabaja (7).

Sin embargo difieren con los resultados de Silva (2015) quien reportó que la mayoría de su población gestante adolescente fueron estudiantes (24).

Al respecto podemos señalar que la ocupación de la ama de casa verifica las condiciones de inequidad de género, donde a la mujer se le asigna y asume funciones a

nivel doméstico, negándoles la oportunidad de continuar sus estudios y mejorar su calidad de vida.

Portal (2015), en su trabajo de investigación nos informa que la UNICEF ha manifestado que el embarazo en la adolescencia no puede ser causa para limitar o restringir su derecho a la educación. Esta situación no puede catalogarse como falta o motivo de mala conducta ni mucho menos tipificar como conducta amoral (25).

En la presente tabla, sobre edad de inicio de relaciones coitales se aprecia que un 84% de la población ha iniciado sus relaciones coitales entre los 15 y 19 años y el 16% de 10 a 14 años.

Los datos del presente estudio difieren con los reportados por Arana (2013), Barrozo (2011) quienes señalan en su estudio que la edad de su primera relación sexual se encuentra entre los 10 y 16 años de edad (7,23).

En relación al inicio precoz de las relaciones sexuales nos dice Barrozo (2015) que se da cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención (23).

Un factor causante del inicio de las relaciones sexuales a temprana edad puede ser el adelanto de la menarquia que viene siendo un factor biológico el cual trae consigo actitudes de comportamientos sexuales hacia el sexo opuesto, por otro lado mencionaremos también a factores psicosociales ya que son estos quienes tienen una gran influencia en los roles personales y familiares tanto que pueden contribuir al inicio precoz de las relaciones sexuales.

Con respecto al número de parejas sexuales, las adolescentes en su mayoría manifestaron tener una sola pareja sexual (92%), y con 2 y 3 parejas sexuales el 4% para ambos casos.

Los resultados del presente estudio guardan cierto grado de similitud con los Silva (2015), quien manifiesta que tuvieron una pareja sexual (76%), sin embargo se puede apreciar que difieren los resultados con respecto a dos parejas sexuales con un 20% (24).

En cuanto el inicio de la relación sexual decimos que mientras a más temprana edad sea aumenta la posibilidad de tener varias parejas sexuales y también de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual. La promiscuidad en los adolescentes puede tener muchas causas pero es de vital importancia recalcar que una probabilidad puede ser que por falta o escasa información, educación y comunicación hacia los adolescentes por parte de sus padres y maestros en los colegios y entorno, en general podríamos decir una falta total en la orientación sobre educación sexual, reproducción, métodos anticonceptivos, entre otros.

Por último, vemos en la presente tabla que el 98% de las gestantes adolescentes dijeron tener relación coital por voluntad propia, y con un menor porcentaje pero de gran importancia mencionar el 2% fue por presión de la pareja.

Los resultados guardan similitud con los reportados Angoma (2011) quien refiere que del total de la población el 94% tuvo relaciones sexuales por voluntad propia y el 4% por presión de la pareja (6).

A diferencia de Ramírez (2013) que en su estudio revela datos preocupantes, señala que el 75.5% del total de la población tuvo relación coital por presión de la pareja y el 20.5 % por voluntad propia (29).

Tabla 04. Funcionalidad familiar del Embarazo en Adolescente perteneciente a la Micro Red Pachacutec – 2016.

En la presente tabla podemos observar que del total de las gestantes adolescentes encuestadas el 36% tienen familias moderadamente funcionales, el 34% familias funcionales, y 30% familias disfuncionales.

Los resultados del presente estudio guardan cierto grado de similitud con los presentados por Valera (2016) y Silva (2015), quienes reportaron que la mayoría de las gestantes adolescentes tuvieron familias moderadamente funcionales (24, 31).

Sin embargo difieren con los resultados presentados por Mestanza (2014), Arias (2012) y Angoma (2011), quienes señalan que el mayor porcentaje de gestantes adolescentes tuvieron familias disfuncionales (6, 8,9).

La familia es la fuente de apoyo más preciada en una situación de vulnerabilidad de uno de sus miembros, esta situación es precisamente en la que se encuentra la adolescente que está embarazada. Al respecto, Arias y colaboradores (2013), señalan que desde tiempos remotos se ha concebido la unidad familiar como factor clave en el crecimiento y normal desarrollo de las personas, es a través de ella como el adolescente trata de reconocerse a sí mismo y apropiarse de su proyecto de vida; de manera tal que cualquier suceso que altere la dinámica familiar puede obstaculizar el

sano desarrollo de los adolescentes (8). En esta lógica se trata de estudiar los factores sociodemográficos y personales asociados a la dinámica y funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes, con la idea de encontrar allí argumentos que permitan entender de una mejor manera el embarazo adolescente, puesto que se trata de una situación de grandes dimensiones que como problema de salud pública afecta no solo a la adolescente, sino también a su familia y a la sociedad en general (30).

Es así que el embarazo en la adolescencia puede ser un golpe arrollador para la vida familiar teniendo una drástica variación y cambios en su funcionalidad habitual, ya que el embarazo precoz demanda desafíos y posturas diferentes. La actitud de la familia ante este acontecimiento resulta decisiva para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la misma (9).

Para Ramírez (2013) la aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración y en cuanto a la funcionalidad familiar comprobó en su estudio que a menor funcionalidad familiar mayor es el riesgo de la generación del embarazo en la adolescencia (29).

Tabla 05. Factores Demográficos asociados a la Funcionalidad Familiar del Embarazo en Adolescente perteneciente a la Micro Red Pachacutec – 2016.

Podemos observar en la presente tabla que del total de gestantes adolescentes con familias disfuncionales el 80% se encuentran en el grupo etario de 10 a 14 años y

un 20% de 15 a 19 años. Sin embargo los resultados se invierten en las familias moderadamente funcionales y familias funcionales donde los mayores porcentajes se encuentran en las gestantes adolescentes entre 15 a 19 años con el 94.4% y 88.2% respectivamente.

Como puede observarse en la presente tabla los resultados del análisis estadístico muestran que existe una asociación altamente significativa entre la edad y la funcionalidad familiar dado que el coeficiente del p es <0.05 .

Datos encontrados en el estudio de Arias (2012), no concuerdan con los nuestros ya que el promedio de edad fue 18 años y la mayoría se presentó disfuncionalidad familiar (72.1%) de leve a severa (8).

En el presente estudio se reporta que la mayoría d gestantes en estudio con familias disfuncionales pertenece al grupo de adolescentes que se embarazaron a temprana edad, es así que la edad es de vital importancia debido a sus factores psicológicos que caracterizan a cada grupo de adolescentes: en la adolescencia temprana, el impacto del embarazo se suma al desarrollo puberal. Aumentan temores por los dolores del parto, preocupándose por necesidades personales y dejando en segundo plano el embarazo, no tomando en cuenta la importancia que esto requiere dejando muchas veces al recién nacido bajo la tutela de otros familiares. Por otro lado en el otro grupo de adolescentes, es muy frecuente que “exageren” su estado de gestación para así poder sentirle libres y no dependientes de los padres. Continuamente están en estados entre la depresión y la euforia (31). Es muy común encontrarse con adolescentes que les aterroriza el hecho de sentir los dolores del parto

así mismo por la salud de su hijo, en algunos estudios encontrados por la autora nos dicen que generalmente luego de los 18 años, es más común que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando muchas de ellas el papel de madre joven.

En la siguiente tabla muestra que del total de gestantes adolescentes con familias disfuncionales el 80% reside en zona urbana y en zona rural el 20%, en familia moderadamente funcional y familia funcional el 77.8% y 76.5% respectivamente, también residen en zona urbana.

Se observa en la siguiente tabla los resultados del análisis estadístico muestran que no existe asociación significativa entre la zona de residencia y funcionalidad familiar ya que el coeficiente del p es >0.05 .

El lugar de residencia en donde las gestantes viven es de vital importancia ya que puede considerarse como un determinante para el embarazo de la adolescente, esto puede variar de acuerdo a las características socioculturales de algunos lugares y también de acuerdo a algunas costumbres familiares. Tanto en áreas rurales como urbanas el embarazo en adolescentes va incrementando, la familia juega un rol importante ya que podemos decir que la principal causa se da por la falta de comunicación entre padres e hijos, pudiendo deberse a que la ideología de algunos de los familiares dependen de la zona de residencia de donde provienen.

Se observa en la presente tabla que del total de gestantes adolescentes con familias disfuncionales la mayoría son solteras (66.7%) y el 33.3% son convivientes; sin embargo la mayoría de gestantes adolescentes que proceden de familia

moderadamente funcional y familias disfuncionales son convivientes (83.3% y 70.6% respectivamente).

Como puede observarse en la presente tabla los resultados del análisis estadístico muestran que existe una asociación significativa entre el estado civil y la funcionalidad familiar ya que el coeficiente del p es <0.05 .

Según Tello (2014) los resultados de sus estudios difieren con los nuestros ya que la mayoría de gestantes adolescentes con familias disfuncionales son convivientes (28). Así mismo difieren con el estudio de Angoma (2011) quien indica que la mayoría eran casadas (66%), 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 (6).

Cuando en la familia existe la presencia de una adolescente embarazada, cambia y se ajusta a la nueva etapa. Es decir que cuando la gestante decide formar su pareja y convivir, cuando esta es funcional, tiene menos dificultad para adaptarse, mostrando su flexibilidad, sin embargo cuando es disfuncional, hay más dificultad en cuanto a la relación entre los miembros del hogar, ya que la adaptación a la nueva situación puede generar conflictos, no aceptación, maltrato, etc.

Tabla 06. Factores Sociales asociados a la Funcionalidad Familiar del Embarazo en Adolescente perteneciente a la Micro Red Pachacutec – 2016.

En la presente tabla sobre factores sociales asociados a la funcionalidad familiar en relación a la persona que aporta económicamente al hogar podemos señalar que del

total de gestantes adolescentes con familias disfuncionales son el 60% los padres quienes aportan económicamente al hogar y el 26.7% la pareja, por otro lado tenemos que familias moderadamente funcionales y familias funcionales el 55.6% y el 70.6% respectivamente son las parejas quienes aportan económicamente al hogar.

Por lo que puede observarse en la presente tabla los resultados del análisis estadístico muestran que no existe una asociación significativa entre persona que aporta económicamente al hogar y funcionalidad familiar dado que el coeficiente del p es >0.05 .

Los datos del presente estudio difieren con lo encontrado por Valera (2016), quien nos dice que las personas que aportan económicamente al hogar dentro de las familias disfuncionales y familias funcionales son en su mayoría la adolescente misma (31).

Por lo general se asocia al embarazo adolescente con una mala situación económica, además se dice que existe una posibilidad de que el embarazo adolescente sea una forma de escapar del mundo del trabajo y del mundo escolar. De este modo, al embarazarse no se le puede exigir, ya que ha adquirido otras responsabilidades al convertirse en madre. Se considera que muchas adolescentes se involucrarían en relaciones sexuales, entre otras razones, como un modo de independizarse de los padres y de sus valores, teniendo un comportamiento que se asocia al rechazo y rebeldía hacia las figuras paternas o por satisfacer necesidades afectuosas (31).

En relación al ingreso económico familiar asociado a funcionalidad familiar podemos observar en la presente tabla que del total de gestantes adolescentes con

familias disfuncionales y familias moderadamente funcionales la mayoría tiene un ingreso económico familiar menor a un mínimo vital (53.3% y 77.8% respectivamente).

Como puede observarse en la presente tabla los resultados del análisis estadístico muestra que existe una asociación altamente significativa entre el ingreso económico familiar y la funcionalidad familiar dado que el coeficiente del p es <0.05 .

Los datos encontrados por Valera (2015) concuerdan con los nuestros ya que en sus resultados nos muestra que del total de la población dentro de las familias disfuncionales están con menos de un mínimo vital el 39.7% (31).

Algunos estudios coinciden que la maternidad adolescente es mayor cuando se vive en pobreza, lo que prueba la escases en cuanto al acceso a información, educación y servicios, ya que no se trata de una maternidad deseada, pues en muchos países del mundo, las mujeres que son pobres o excluidas son quienes tienen más hijos.

Con respecto a la Estructura de la familia asociado a la funcionalidad familiar se observa que la mayoría de gestantes adolescentes con familias disfuncionales, familias moderadamente funcionales y familias funcionales (53.3%, 66.7%, 58.9% respectivamente) procede a familias extendidas y monoparentales.

Por lo que puede observarse en la presente tabla los resultados del análisis estadístico muestran que no existe asociación significativa entre la estructura de la familia y la funcionalidad familiar dado que el coeficiente del p es >0.05 .

Nuestros resultados discrepan con Valera (2016) quien señala que la mayoría de su población a estudio procede de familias con estructura nuclear (31).

Las adolescentes gestantes serán cuestionadas por cada uno de los miembros de su hogar y es necesario lograr que su funcionamiento favorezca para un estilo de vida saludable, el cual debe promover el bienestar, por otro lado cabe mencionar que el hecho de tener una familia nuclear, no asegura que exista una buena funcionalidad familiar.

En cuanto a este tema Mestanza (2015) señala que la aparición del embarazo adolescente en uno de sus miembros de la familia es un hecho que incita al cambio en la vida del individuo y nivel familiar, ya que ocasiona modificaciones en la estructura familiar y el funcionamiento familiar implicando ajustes en los roles y generando nuevos mecanismos de enfrentamiento para incorporar la nueva situación “adolescente embarazada” (9).

En la siguiente tabla sobre antecedentes de embarazo en la familia asociados a la funcionalidad familiar muestra que del total de gestantes adolescentes con familias disfuncionales y familias moderadamente funcionales la mayoría tiene antecedente de embarazo en adolescente en las hermanas (80% y 50% respectivamente. Sin embargo los resultados se invierten en las familias funcionales donde los mayores porcentajes (58.8%) muestran que no se hubo antecedente de embarazo en la familia.

Como puede observarse en la presente tabla los resultados del análisis estadístico muestra que existe una asociación significativa entre antecedentes de embarazo adolescente en la familia y la funcionalidad familiar dado que el coeficiente del p es <0.05 .

A diferencia de los resultados del presente trabajo de investigación Valera (2016) tiene como resultados que en familias disfuncionales, familias moderadamente funcionales y familias funcionales, el mayor porcentaje es en adolescentes sin antecedente de embarazo en la familia (31).

Es de vital importancia considerar el antecedente de embarazo adolescente en la madre, hermanas 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 (6).

Mediante algunos estudios revisados por la investigadora se concluye que existen factores que pueden estar influenciando el hecho de que las madres trasmitan sus preferencias por la maternidad adolescente a sus hijas, concluyendo en general que “madres adolescentes engendran madres adolescentes”. Ante este motivo uno de los requisitos que trae consigo una familia funcional es la comunicación la cual debe existir entre madre e hija y hacer saber a esta acerca de las posibles consecuencias negativas del embarazo precoz.

Tabla 07. Factores personales asociados a la Funcionalidad Familiar del Embarazo en Adolescente perteneciente a la Micro Red Pachacutec – 2016.

En la presente tabla sobre factores personales asociados a la funcionalidad familiar puede señalarse que en relación a la religión muestra a la mayoría de gestantes adolescentes con familias disfuncionales, familias moderadamente funcionales y

familias funcionales (80%, 88.9% y 70.6% respectivamente) profesan la religión católica.

Por lo que puede observarse en la presente tabla los resultados del análisis estadístico muestran que no existe asociación significativa entre la religión y la funcionalidad familiar dado que el coeficiente del p es >0.05 .

Según los datos de las respuestas dadas por Valera (2016), concuerdan con nuestro estudio ya que se aprecia que en las familias disfuncionales, familias moderadamente funcionales y familias funcionales son en su mayoría católicas (31).

Al respecto el fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (2010) reportado por Valera (2016), encontró algunos hallazgos que muestran que a pesar de que no existe una identificación religiosa específicas de las parejas entrevistadas, si están presente principios moralistas de identificación de las relación sexuales con fines de reproducción. Por eso una de las conclusiones muestra que las y los adolescente expresan sus deseos en un marco que los limita y coacta, principalmente debido a una visión adultista y hegemónica centrada en que la única finalidad de la sexualidad es la reproducción (31).

Es muy común que en las familias que pertenecen a una religión católica y/o protestante, no se brinde información a los hijos sobre sexualidad, reproducción, métodos anticonceptivos, hablando de ello como tabú y prohibición, limitando así a sus adolescentes hijas la posibilidad de evitar actos que traigan consigo consecuencias como es el embarazo adolescente, y es justo ahí en donde no se cumplen uno de los requisitos para ser una familia funcional que es la comunicación.

Con relación al grado de instrucción asociado a la funcionalidad familiar se observa que del total de gestantes adolescentes con familias disfuncionales la mayoría manifestaron tener grado de instrucción primaria, a diferencia de las gestantes con familias moderadamente funcionales la mayoría tiene estudios secundarios ; sin embargo las gestantes las gestantes con familias funcionales más del 50% (52.9%) tuvieron estudios superiores. Lo que permite afirmar a la tesista que entre mayor es la funcionalidad familiar mayor será el grado de instrucción de la adolescente.

Como puede observarse en la presente tabla los resultados del análisis estadístico muestra que existe una asociación altamente significativa entre el grado de instrucción y la funcionalidad familiar dado que el coeficiente del p es <0.05 .

Los datos del presente estudio concuerdan con los resultados mostrados por Valera (2016), quien manifiesta que en las familias funcionales con mayor porcentaje están las adolescentes con grado de instrucción primaria, en familias moderadamente funcionales están las adolescentes con secundaria y finalmente en familias disfuncionales las que estudiaron superior (31).

Sin embargo difieren con los resultados presentados por Arias (2015) quien señala que en las familias disfuncionales la mayoría tiene secundaria (8).

Mestanza (2015) nos dice que aquella mujer que no posee ningún nivel educativo tiene mayores dificultades de inserción social no solo a nivel personal sino también a nivel del grupo familiar (9).

Las adolescentes durante la etapa de colegio pueden encontrarse en una familia

en donde sean distantes, sin resolver problemas, relaciones parenterales poco claras, familias desorganizadas y malas relaciones entre los familiares. La adolescente con mayor nivel de instrucción tendrá más habilidades de comunicación entre sus familiares, lo cual le permitirá solucionar algunos problemas que existan, por otro lado las adolescentes sin estudios en cuanto a su comunicación esta será se podría decir un tanto incorrecta, lo cual puede traer problemas entre familiares, es importante hacer saber que uno de los grandes problemas que trae consigo esta situación es no expresar los miedos o situaciones que la adolescente este pasando.

En la siguiente tabla sobre ocupación de la gestante asociado a la funcionalidad familiar muestra que del total de gestantes adolescentes con familia disfuncional y familias moderadamente funcional el 53.3% y 66.7% son amas de casa; sin embargo en familia funcional el 76.5% son estudiantes.

Por lo que puede observarse en la presente tabla los resultados del análisis estadístico muestran que existe asociación significativa entre la ocupación de la gestante y la funcionalidad familiar dado que el coeficiente del p es <0.05 .

Muchas veces el hecho de quedar embarazada a temprana edad provoca cambios en cuanto a la ocupación de la gestante, incitando en varias ocasiones deserción escolar y si a esto le agregamos la inmadurez por la edad, desde el punto de vista psicológico no es favorable para un futuro de la madre e hijo ya que después de este suceso algunas gestantes se le será imposible continuar con sus estudios. Esta situación hace que las adolescentes busquen ayuda ya sea en la pareja o en la familia

optando muchas veces por ser amas de casa o trabajar de acuerdo a como ellas reciban apoyo y como sea la convivencia o funcionalidad con la familia.

En referencia al inicio de relaciones coitales asociado a la funcionalidad familiar observamos que el total de gestantes adolescentes con familias disfuncionales, familias moderadamente funcionales y familias funcionales el 80%, 88.9% y 82.4% respectivamente iniciaron sus relaciones sexuales entre los 15 y 19 años; y en menores porcentajes y no por ello menos importante tenemos que las adolescentes en edad temprana (10 a 14 años) tienen familias disfuncionales 20% Y familia moderadamente funcionales 17.6%.

Como puede observarse en la presente tabla los resultados del análisis estadístico muestra que no existe una asociación significativa entre la edad de inicio de relaciones sexuales y la funcionalidad familiar dado que el coeficiente del p es >0.05 .

Los resultados mostrados por Valera (2015), tienen cierto grado de similitud ya que nos señala que en familias disfuncionales, familias moderadamente funcionales y familias funcionales el 27.5%, 25.2% y el 12.2% respectivamente, iniciaron sus relaciones coitales a la edad de los 17 años (31).

En la mayoría de los casos las gestaciones durante la adolescencia están relacionadas con un problema en la relación familiar o un mal funcionamiento a nivel de la familia y sus integrantes. Es muy probable que detrás de la gestación haya un problema familiar el cual debe ser resuelto y asumir responsabilidades sin culpar a la madre o hijo (6). Teniendo en cuenta lo redactado en el estudio de Mestanza (2015)

nos dice que los conflictos familiares tienden a favorecer al inicio de las relaciones sexuales y por ende el embarazo en las adolescentes (9).

Además podemos decir que las adolescentes que viven en entornos familiares donde el afecto, la cohesión, y el amor son habituales, tienen más capacidad de decidir el inicio de las relaciones sexuales pero también recalcamos que la adolescente ve una escapatoria en la pareja cuando vive en una familia disfuncional.

Al interrogárseles según el número de parejas sexuales señalaron la mayoría de gestantes adolescentes con familias disfuncionales, familias moderadamente funcionales y familias funcionales el 93.3%, 88.9% y 94.1% respectivamente tuvieron 1 pareja sexual.

Por lo que puede observarse en la presente tabla los resultados del análisis estadístico muestran que no existe asociación significativa entre el número de parejas sexuales y la funcionalidad familiar dado que el coeficiente del p es >0.05 .

Los resultados Valera (2016) muestra similitud con el presente estudio en vista que las familias disfuncionales, familias moderadamente funcionales y familias funcionales, en su gran mayoría tuvieron 1 pareja sexual (31).

Muy aparte del funcionamiento familiar se puede deducir que por medio de este estudio mientras más temprano la adolescente comienza su vida sexual, es más probable que tenga mayor número de parejas, las cuales pueden tener mayor probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual y sus consecuencias, consecuencias ligadas al embarazo precoz.

Finalmente en la última tabla sobre motivo de relaciones sexuales asociados a la

funcionalidad familiar nos muestra que del total de gestantes adolescentes con familias disfuncionales y familias moderadamente funcionales el 100% fue por voluntad propia; mientras que en familias funcionales el 94.1% fue por voluntad propia y el 5.9% por presión de la pareja.

Como puede observarse en la presente tabla los resultados del análisis estadístico muestra que no existe una asociación significativa entre el motivo de relaciones sexuales y la funcionalidad familiar dado que el coeficiente del p es >0.05 .

Valera (2016) concuerda con los resultados del presente estudio y nos muestra que en familias disfuncionales, familias moderadamente funcionales y familias funcionales, la gran mayoría son las adolescentes gestantes que tuvieron relaciones sexuales por voluntad propia (31). Así mismo Arias (2012), reporta que en familias funcionales el 37.3% tuvieron relaciones sexuales por voluntad propia (8).

Es importante resaltar que cuando las relaciones sexuales han sido por presión de la pareja generalmente las adolescentes escasean de mecanismos que le permitan decir que no, mayormente esto va asociado a una baja autoestima, que recibió en el núcleo familia y a una mala funcionalidad familiar en donde vemos que hay poca armonía, mala comunicación, falta de cariño entre otros factores predisponentes.

5.4.2. Conclusiones.

Los hallazgos del presente estudio de investigación, de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteadas, permitieron arribar a las siguientes conclusiones:

1. Los factores demográficos más frecuentes de las embarazadas adolescentes son: su embarazo se dio en la etapa tardía de la adolescencia (70%), proceden de la zona urbana (78%) y son convivientes (64%).
2. Los factores sociales más frecuentes de las gestantes adolescentes son: la persona que aporta económicamente al hogar es la pareja (52%), viven con un ingreso económico familiar menor a un mínimo vital (56%), pertenecen a una familia extendida (46%) y tiene como antecedente familiar el embarazo en la hermana (48%).
3. Los factores personales más frecuentes de las gestantes adolescentes son: católicas (80%), con un grado de instrucción secundario (40%), amas de casa (46%), iniciaron sus relaciones coitales de los 15 a 19 años (84%), tuvieron una sola pareja sexual (92%) y el motivo de la relación sexual fue por voluntad propia (98%).
4. Las gestantes adolescentes en estudio tuvieron una familia moderadamente funcional (36%).
5. Los factores demográficos que se asocian a la funcionalidad familiar son la edad y estado civil.
6. Los factores sociales que se asocian a la funcionalidad familiar son el ingreso económico familiar y antecedente de embarazo adolescente en la familia.
7. Los factores personales que se asocian a la funcionalidad familiar son el grado de instrucción y la ocupación de la adolescente.

Se llegó a probar la hipótesis planteada, pues que existe algunos factores demográficos, sociales y personales que tienen asociación directa y significativa con la funcionalidad familiar.

Recomendaciones

Al Gobierno Regional, Gobiernos Locales. Implementar y hacer cumplir las políticas emitidas por el Ministerio de Salud sobre atención del adolescente en la Región Cajamarca.

Al Sector Salud. Los establecimientos de salud a través de sus profesionales deben tomar acciones de promoción y educación a los adolescentes sobre educación sexual y planificación familiar, profesionales involucrados con los adolescentes para brindar una atención integral y poder identificar los principales factores de riesgo que conlleven al inicio precoz de una relación coital y a sus consecuencias como es el embarazo en adolescentes, fomentar la escuela para padres, donde se les oriente como deben guiar a sus hijos adolescentes en temas de salud sexual y reproductiva.

Al Ministerio de Educación. Crear un programa de Prevención del Embarazo Adolescente en donde se considere necesario generar contextos institucionales, pedagógicos y presupuestales para extender la implementación de la Educación Sexual Integral ya que aún no se ha logrado desarrollar en todas las instituciones educativas del país.

A la Universidad Alas Peruanas. Fomentar la creación de un centro de atención integral del adolescente, en el cual se provea servicios de salud sexual y reproductiva.

ANEXOS

CITACIONES

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Desarrollo en la adolescencia. 2016. Recuperado el día 23 de Noviembre del 2016. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es
2. Osorio, A.R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes. Tesis Pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima 2013-2014. Recuperado el día 23 de Noviembre del 2016
3. Fondo de las Poblaciones Unidas (UNFPA). Factores socioculturales influyen en los embarazos en adolescentes. Bolivia 2012. Recuperado el día 26 de Noviembre del 2016. Disponible en: <http://bolivia.unfpa.org/content/factores-socioculturales-influyen-en-los-embarazos-en-adolescentes>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). Fecundidad: Embarazo y maternidad de adolescentes según nivel educativo y quintil de riqueza. Perú 2014. Recuperado el día 24 de noviembre del 2016. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
5. Análisis de Situación de Salud (ASIS). Región Cajamarca: Gestantes Adolescentes atendidas, año 2015. Pág.: 82 Cajamarca 2015.
6. Angoma, A.L; Poccorpachi, N.D. Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes. Tesis pregrado. Instituto Nacional Materno Perinatal. LIMA 2011. Recuperado el día 23 de Noviembre del 2016.
7. Arana, C; Martínez, R; Rosales, C. Factores que predisponen los embarazos en

- las adolescentes. Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional de Cuyo. Argentina 2013. Recuperado el día 23 de Noviembre de 2016.
8. Arias, C; Carmona I. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes. Tesis pregrado. Universidad de Manizales Colombia. Colombia 2012. Recuperado el día 24 d Noviembre del 2016.
 9. Mestanza.B.K. Repercusión familiar del embarazo adolescente y funcionalidad familiar. Tesis Pregrado. Universidad Alas Peruanas. Cajamarca 2015. Revisado el día 23 de Noviembre de 2016.
 10. Estado Mundial de la Infancia (UNICEF). La adolescencia temprana y tardía. EEUU 2011. Revisado el día 26 de Noviembre del 2016. Disponible en: https://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf
 11. Ministerio de Salud y Protección Social (Min Salud). Familia y Comunidad en la Atención Integral en Salud para la primera infancia, la infancia y la adolescencia. Bogotá 2014. Recuperado el día 27 de Noviembre del 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Familia-y-comunidad.pdf>
 12. Revista Médica Electrónica. Fundamentos teóricos de la familia como parte del paciente. 2013. Recuperado el día 27 de Noviembre del 2016. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/familia-paciente/>
 13. Angoma, A.L; Poccorpachi, N.D. Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes. Tesis pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima 2011. Recuperado el día 27 de noviembre del 2016.
 14. Castellón, M.H. Caracterización de la funcionalidad familiar en adolescentes

- gestantes. Trabajo de investigación. Universidad Nacional de Colombia. Colombia 2014. Revisado el día 27 de Noviembre del 2016.
15. Pérez, F.V. Familia y sus tipos. 2014
 16. Viera, B.A; Romero, H.K; Hernández, R.C; Gonzales, M.R; Sarracent, A; Rodríguez, R; Amador, M.J. Características sociodemográficas y apreciación sobre funcionalidad de familia en adictos a marihuana y medicamentos. Cuba 2011, 8(3).
 17. Consejo de Investigación y Evaluación de la Política Social (CIEPS). Causas y factores de la maternidad adolescente, dentro del contexto del programa de desarrollo social “futuro en grande”. México 2014.pag 35. Revisado el día 30 de Noviembre del 2016. Disponible en: [http://cieps.edomex.gob.mx/sites/cieps.edomex.gob.mx/files/files/investigaci%C3%B3n/Causas%20y%20factores%20del%20embarazo%20adolescente_%20Extenso%20\(1\).pdf](http://cieps.edomex.gob.mx/sites/cieps.edomex.gob.mx/files/files/investigaci%C3%B3n/Causas%20y%20factores%20del%20embarazo%20adolescente_%20Extenso%20(1).pdf)
 18. Infogen. Sexo y adolescencia: factores de riesgo de embarazo en la adolescencia. México 2013. Recuperado el día 1 de Diciembre del 2016. Disponible en: <http://infogen.org.mx/factores-de-riesgo-de-embarazo-en-la-adolescencia/>
 19. Organización Panamericana de Salud (OPS). Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas. 2008 (2). Revisado el día 1 de diciembre del 2016. Disponible en: <http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/0/33810/embarazoadolescente.pdf>
 20. Subiria, G., Mendoza, W. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual. Perú 2013. *Erv. Peruana Med.*, 30(3). Disponible en: <http://www.unfpa>.

org.pe/Articulos/Articulos/MENDOZA-SUBIRIA-Embarazo-Adolescente-Peru.pdf

21. Nakandakari, G.M , Dyanne, C.R. Jaramillo, S.J. Grado de instrucción de embarazadas adolescentes. Rev. Cuerpo Méd. Chiclayo-Perú 2013; 6(3). Pág. 34. recuperado el 1 de Diciembre del 2016. Disponible en:
http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n3-2013/RCM-V6-N3-2013_full.pdf
22. Cueto, S; Saldarriaga, V; Muñoz, I. Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: un enfoque longitudinal. Lima 2011
http://www.grade.edu.pe/upload/publicaciones/Archivo/download/pubs/30_cueto_saldarriaga_munoz.pdf.
23. Barrozo, M.P; Pessiani, G. Embarazo en adolescente entre 12 y 19 años. Tesis pregrado. Universidad Nacional de Cuyo. Argentina 2011.
24. Silva, P.M. Factores sociales y obstétricos asociados a embarazo reincidente en el adolescente. Tesis pregrado. Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca 2015.
25. Portal, V.M. Factores socioculturales asociados a la actitud del adolescente frente al embarazo. Tesis pregrado. Universidad Alas Peruanas. Cajamarca 2015.
26. Castellón, M.H. Caracterización de la Funcionalidad Familiar en adolescentes gestantes. Tesis pregrado. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2014.
27. Mendoza, W; Subiría, G. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev. Perú. Med. Exp. Salud publica vol.30 n°3 Lima jul. 2013.

28. Tello, R.A; Ruiz, C.D; Soplin, B.R. Factores de riesgo y nivel económico sobre embarazo en adolescentes gestantes. Tesis pregrado. Universidad de la Amazonia Peruana. Iquitos 2014.
29. Ramirez, G.D. Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas derechohabientes. Tesis. Universidad Autónoma del Estado Mexicano. México 2013.
30. Arias, T.C.; Carmona S.I.; Castaño C.J.; Castro T.A.; Ferreira G.A.; González A.A.; et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, vol. 13, (2), julio-diciembre, 2013, pp. 142-159; Manizales 2013. Revisado el 15 de Febrero del 2017, recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273829753004.pdf>
31. Valera, Q.A. Factores sociodemográficos y personales asociados a primer embarazo en adolescentes. Tesis. Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca 2016.
32. Colegio de Obstetras del Perú. Compendio de Normas. VII- Edición-2016. Lima 2016.
33. Cifuentes, B.R. Obstetricia de Alto Riesgo. Sexta Edición. Bogotá. Editorial Distribuna Editorial Médica. 2007.

Cuestionario de recolección de datos

I.- Factores Demográficos.

- 1.- Edad: 10-14 años 15-19 años
- 2.- Zona de residencia: Urbana Rural
- 3.- Estado civil: Soltera Conviviente Casada

II.- Factores Sociales.

4.- Persona que aporta económicamente al hogar:

- Padre Madre Pareja Adolescente misma
- Otro Especificar:.....

5.- Ingreso económico familiar:

- Menos de 1 salario mínimo vital Entre 1 y 2 salarios mínimos vitales
- Mayor de 2 salarios mínimos vitales

6.- Personas con las que usted vive, en la misma casa (enumere):

.....
.....

Estructura de la familia.

- Nuclear Extendida Monoparental Homoparental

7.- En tu familia alguien se ha embarazado cuando era adolescente:

- Madre Hermana No se presentó
- Otro Especificar:.....

III.- Factores Personales

- 8.- Religión: católica No católica

9.- Grado de Instrucción:

Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa
Secundaria incompleta Secundaria completa
Superior técnica incompleta Superior Universitaria incompleta

10.- Ocupación de la adolescente:

Estudiante Ama de casa Empleada del hogar
Empleada de institución pública Independiente
Empleada de institución privada

11.- Edad de inicio de relaciones coitales:.....

12.- Número de parejas sexuales:.....

13.- Motivo de relaciones sexuales:

Voluntad Presión de la pareja
Otro Especificar.....

14.- Utilización de métodos anticonceptivos: Si No

15.- Donde recibiste la información de los métodos anticonceptivos:

Puesto de Salud Casa Institución educativa
Otro Especificar.....

16.- Tipo de anticonceptivo:

Anticonceptivo oral combinado Inyectable Preservativos
Otro Especificar.....

Escala de funcionalidad familiar FF_SIL.

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias, ante situaciones difíciles.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Validez del instrumento (juicio de expertos)

“Factores sociodemográficos y personales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes, pertenecientes a la Micro Red Pachacutec - 2016”

CRITERIOS	INDICADORES	A	B	C	Total	Proporción de Concordancia
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.	0.90	0.80	0.90	2.60	0.87
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables.	0.90	0.90	0.80	2.60	0.87
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación.	0.80	0.90	0.85	2.55	0.85
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento.	0.90	0.80	0.90	2.60	0.87
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación.	0.85	0.90	0.95	2.70	0.90
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación.	0.85	0.90	0.80	2.55	0.85
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento.	0.90	0.80	0.75	2.45	0.82
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones.	0.80	0.90	0.80	2.50	0.83
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.	0.90	0.90	0.95	2.75	0.92
TOTAL		7.80	7.80	7.70		7.77
Es válido si $P \geq 0.60$						0.86

CODIGO	JUECES O EXPERTOS
A	Mg. María Inés Huamaní de Torres
B	Mg. Jane Julián Castro
C	Mg. Julio César Guailupo Alvarez

CUADRO DE PUNTUACIÓN	
0,53 a menos	Concordancia nula
0,54 a 0,59	Concordancia baja
0,60 a 0,65	Existe concordancia
0,66 a 0,71	Mucha concordancia
0,72 a 0,99	Concordancia excelente
1,0	Concordancia perfecta

Fuente: Marroquín R. Confiabilidad y validez de instrumento de investigación [sede web]. Lima: Marroquín R. 2000. [Citado 22 de septiembre de 2016]

Disponible en:

<http://www.une.edu.pe/Titulacion/2013/exposici3n/SESSION4Confiabilidad%20y%20Validez%20de%20Instrumentos%20de%20Investigacion.pdf> y Soriano A Dise3no y validaci3n de instrumentos de medici3n. Rev. Di3logos [Revista en internet] .2014; 8(13):19-40[Citado 30 de agosto del 2016]

Disponible

en:http://rd.udb.edu.sv:8080/jspui/bitstream/11715/482/1/2%20dise3noyvalidacion_dialogos14.pdf

Fotos



Autorización.

Yo Lic. Mercado Julca Franco jefe de Micro Red Pachacutec, autorizo a la Bachiller Fatima Karin Villanueva Bazauri para la ejecución del proyecto tesis titulado "Factores sociodemográficos y personales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec - 2016"



Lic. Enf. Mercado Julca Franco
Jefe de la Micro Red Pachacutec

Cajamarca, 7 de Diciembre del 2016

Consentimiento informado

Yo _____estoy de acuerdo en participar en la investigación denominada. “Factores sociodemográficos y personales asociados a la funcionalidad familiar del embarazo en adolescentes pertenecientes a la Micro Red Pachacutec -2016”. Se me ha explicado minuciosamente los objetos y metodología del estudio y mi incorporación será voluntaria. Por lo tanto al firmar este documento autorizo me incluyan en esta investigación.

Firma