

**RELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EMBARAZO EN LAS  
ADOLESCENTES USUARIAS DEL HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE  
MONTERÍA, 2017**

**ELICET JOANA CASTRO FERNÁNDEZ  
LEWIS LEIDER LÓPEZ LÓPEZ**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
MONTERÍA – CÓRDOBA  
2017**

**RELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EMBARAZO EN LAS  
ADOLESCENTES USUARIAS DEL HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE  
MONTERÍA, 2017**

**ELICET JOANA CASTRO FERNÁNDEZ  
LEWIS LEIDER LÓPEZ LÓPEZ**

**Trabajo de grado para optar al título de enfermeros**

**Asesor Metodológico  
Álvaro Sánchez Caraballo**

**Asesora Temática  
María Del Pilar Guzmán Arteaga**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
MONTERÍA – CÓRDOBA  
2017**

**El Jurado calificador del trabajo no será responsable de las ideas emitidas  
por los autores (Artículo 46, acuerdo 006 de Mayo de 1979)**

**(Consejo Directivo)**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

**Presidente del Jurado**

---

**Jurado**

**Montería, Noviembre de 2017.**

## **DEDICATORIA**

A Dios todopoderoso por darme la oportunidad, de iniciar y terminar esta etapa de mi vida y poder compartir éste logro con las personas allegadas, familiares y amigos.

A mis queridos padres, Evert Castro Romero y Nancy Fernández Uparela, que estuvieron dispuestos a apoyarme en todo momento, para que realizara mis sueños de ser profesional, los cuales esperaron con paciencia y anhelo éste momento. A mis hermanos Evert Castro Fernández, Yicela Castro Fernández y Johan Castro Fernández quienes me brindaron su amor, consejos y la motivación suficiente para seguir adelante.

A toda mi familia quienes ofrecieron su comprensión y cariño cada día, para que continuara éste camino profesional, de igual manera a todos mis amigos, a quienes me han brindado su cariño y apoyo, formando parte de ésta meta alcanzada.

**ELICET JOANA CASTRO FERNÁNDEZ**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por ser quien nos dio la vida, salud, el conocimiento, ya que sin Él nada es posible y porque nos guió desde siempre.

Queremos dar el más sincero agradecimiento a nuestros asesores de trabajo de grado, Sr. Álvaro Sánchez y Sra. María Del Pilar, por sus sabios y oportunos consejos en el desarrollo de este trabajo.

A los maestros de la Universidad de Córdoba, que nos brindaron sus conocimientos profesionales en esta etapa de formación académica, y sobre todo por darnos la oportunidad de prepararnos en esta prestigiosa institución y ascender un escalón más en la vida profesional y a nuestros compañeros de lucha por ser quienes nos acompañaron durante esta trayectoria de aprendizaje, a todos gracias por su ayuda y sinceros consejos.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Págs.</b>
RESUMEN .....	11
ABSTRACT .....	12
INTRODUCCIÓN .....	13
1. OBJETIVOS .....	16
1.1. GENERAL .....	16
1.2. ESPECÍFICOS .....	16
2. REFERENTE TEÓRICO .....	17
2.1. MARCO TEÓRICO .....	17
2.2. MARCO REFERENCIAL .....	25
2.3. MARCO CONCEPTUAL .....	27
2.4. MARCO LEGAL .....	28
3. DISEÑO METODOLÓGICO .....	32
3.1. TIPO DE ESTUDIO .....	32
3.2. ESCENARIO DEL ESTUDIO .....	33
3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	33
3.4 Unidad de análisis .....	33
3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	33
3.6.1. Criterios de inclusión .....	33
3.6.2. Criterios de exclusión .....	34
3.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	34
4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	35

5. RESULTADOS .....	39
5.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ENTRE 10 Y 19 AÑOS Y FAMILIA .....	39
5.1.1. Datos de la Familia de Convivencia.....	43
5.2 Aspectos psicosociales y sexuales de gestantes adolescentes .....	51
5.3 funcionamiento familiar e influencia EN EL embarazo en las adolescentes entre los 10 y 19 años .....	60
6. DISCUSIÓN .....	62
7. CONCLUSIONES.....	65
8. RECOMENDACIONES .....	66
BIBLIOGRAFÍA .....	67
ANEXOS .....	74
ANEXO 1. Consentimiento Informado de la Adolescente .....	74
ANEXO 2. Carta de Solicitud de Autorización .....	75
ANEXO 3. Cuestionario APGAR Familiar .....	76
ANEXO 4. Ficha de Datos Sociodemográficos de La Familia y Adolescente de Convivencia.....	77

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Págs.</b>	
Tabla 1	Estrato social de la adolescente gestante en la familia	38
Tabla 2	Edades de progenitores y de la adolescente gestante en la familia	38
Tabla 3	Religión que profesa la adolescente gestante	39
Tabla 4	Escolaridad de la adolescente gestante	40
Tabla 5	Ocupación de la adolescente gestante	41
Tabla 6	Convivencia con progenitores de la adolescente gestante	42
Tabla 7	Tipología de la familia de la adolescente gestante.	42
Tabla 8	Descripción de la tipología familiar	43
Tabla 9	Estado civil de la cabeza de familia de la adolescente gestante.	44
Tabla 10	Miembros de la familia que conviven con la adolescente gestante	44
Tabla 11	Promedio de ingresos mensuales de la familia de la adolescente gestante	45
Tabla 12	Ciclo vital de la familia de la adolescente gestante	47
Tabla 13	Tipo de educación brindada por parte del padre a la adolescente gestante del HSJ, 2017	48
Tabla 14	Tipo de educación brindada por parte del padre a la adolescente gestante del HSJ, 2017	49
Tabla 15	Situaciones presentes en el hogar de las adolescentes del HSJ,2017	50
Tabla 16	Conversación sobre sexualidad a las adolescente gestante del HSJ, 2017	51
Tabla 17	Información recibida sobre educación sexual a las adolescente gestante del HSJ, 2017	52
Tabla 18	Fuente principal de información sobre educación sexual recibida por las adolescente gestante del HSJ, 2017	53
Tabla 19	Edad primera relación sexual experimentada de las adolescente gestante del HSJ, 2017	54
Tabla 20	Numero de compañeros sexuales de las adolescentes del HSJ, 2017	55
Tabla 21	Método de planificación familiar de las adolescentes gestantes del HSJ, 2017	56

Tabla 22	Razón del primer embarazo en las adolescentes gestantes del HSJ,2017	58
Tabla 23	Edad primer embarazo de las adolescentes gestantes del HSJ,2017	59
Tabla 24	Número de hijos de las adolescentes gestantes del HSJ,2017	60
Tabla 25	Nivel de funcionalidad familiar que gozan las adolescentes gestantes del HSJ,2017	61

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 1	Distribución porcentual de la religión que profesa la adolescente gestante	39
Gráfico 2	Distribución porcentual de la escolaridad de la adolescente gestante	40
Gráfico 3	Distribución porcentual de la ocupación de la adolescente gestante	41
Gráfico 4	Distribución porcentual de la tipología de la familia de la adolescente gestante	43
Gráfico 5	Distribución porcentual de miembros que conviven con la adolescente gestante	45
Gráfico 6	Distribución porcentual promedio de ingresos de la familia de la adolescente gestante	46
Gráfico 7	Distribución porcentual ciclo vital de la familia de la adolescente gestante	47
Gráfico 8	Distribución porcentual tipo de educación brindada por parte del padre a la adolescente gestante	48
Gráfico 9	Distribución porcentual tipo de educación brindada por parte de la madre a la adolescente gestante	49
Gráfico 10	Distribución porcentual situaciones presentes en el hogar de la adolescente gestante del HSJ, 2017	50
Gráfico 11	Frecuencia en que se establece conversación sobre sexualidad entre los padres y las adolescentes gestantes del HSJ,2017	51
Gráfico 12	Distribución porcentual de información recibida sobre educación sexual a las adolescente gestante del HSJ, 2017	52
Gráfico 13	Distribución porcentual Fuente principal de información sobre educación sexual recibida por las adolescente gestante del HSJ, 2017	53
Gráfico 14	Distribución porcentual Edad primera relación sexual experimentada de las adolescente gestante del HSJ, 2017	54
Gráfico 15	Distribución porcentual Numero de compañeros sexuales de las adolescentes del HSJ, 2017	56
Gráfico 16	Distribución porcentual Método de planificación familiar de las adolescentes gestantes del HSJ, 2017	57
Gráfico 17	Distribución porcentual Razón del primer embarazo en las adolescentes gestantes del HSJ,2017	58
Gráfico 18	Distribución porcentual Edad primer embarazo de las	59

adolescentes gestantes del HSJ,2017  
Gráfico 19 Nivel de funcionalidad familiar que gozan las adolescentes gestantes del HSJ,2017 60

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Jerónimo Montería, 2017. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, población 50 adolescentes embarazadas entre los 10 y 19 años, se aplicó una encuesta estructurada, variables sociodemográficas, y funcionalidad familiar medida por el APGAR familiar. **Resultados:** El promedio de edad de las embarazadas es de 15 años con un 66%, familias que viven en unión libre 50%, conversación con los padres sobre sexualidad nunca con un 72%, la educación sobre sexualidad era recibida del colegio 36%, presentaban antecedentes de fumar y beber licor, 72% de consumo de sustancias alucinógenas, 6%, edad de la primera relación sexual fue de 14 años con un 38%, no utilizando ningún método de planificación en un 54%, no conocían los métodos anticonceptivos en un 50%. En cuanto al nivel de efectividad de la funcionalidad familiar, predomina el nivel bajo con un 68%. **Conclusiones:** Se evidencia que, como en todos los ámbitos del ser humano, en este también la familia es decisiva y determinante en la presencia de embarazo precoz en adolescentes. El nivel bajo de funcionalidad familiar se encuentra relacionado con serias dificultades para suplir las necesidades físicas, emocionales y sociales en su núcleo, oportunidad de intervenir para mejorar estos niveles, teniendo en cuenta los puntos de quiebre y el potencial de cada miembro de la familia para aumentar el nivel dentro del sistema familiar.

**Palabras clave:** Familia, funcionalidad familiar, adolescentes gestantes, planificación familiar.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the relationship between the family functioning and the pregnancy of the adolescent users of Hospital San Jerónimo Montería, 2017. **Materials and methods:** Descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, population 50 pregnant adolescents between 10 and 19 years old, structured survey, sociodemographic variables, and family functionality measured by family APGAR. **Results:** The average age of pregnant women is 15 years with 66%, families living in free union 50%, conversation with parents about sexuality never with 72%, sexuality education was received from the school 36% had a history of smoking and drinking liquor, 72% consumption of hallucinogenic substances, 6%, the age of first intercourse was 14 years with 38%, did not use any method of planning in 54%, did not know contraceptive methods by 50%. Regarding the level of effectiveness of family functionality, the low level predominates with 68%. **Conclusions:** It is evident that, as in all areas of the human being, the family is also decisive and determinant in the presence of precocious pregnancy in adolescents. The low level of family functionality is related to serious difficulties to meet the physical, emotional and social needs at its core, opportunity to intervene improve these levels, taking into account the breakpoints and potential of each family member to raise the level within the family system.

**Key words:** Family, family functionality, pregnant adolescents, family planning.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como, “el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socioeconómica”<sup>1</sup>, y fija sus límites entre los 10 y 19 años<sup>2</sup>.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) establece que, “todos los días, 20.000 niñas de menos de 18 años dan a luz en países en desarrollo, esto equivale a 7,3 millones de partos cada año; y si se incluyen todas las gestaciones, el número de embarazos en adolescentes es mucho mayor”<sup>3</sup>.

En Colombia la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES)<sup>4</sup>, considera que la actividad sexual tiende a iniciar cada vez más prematuramente, muestra la disminución de la edad promedio para la primera relación sexual de 18.3 años en 2005 a 18 en 2010, aunque ésta edad puede variar dependiendo de factores como el nivel educativo, el nivel socioeconómico o la región de residencia, encontrando inclusive mujeres que llevan una vida sexual activa con edades entre los 16 y 17 años.

En la Región Caribe, específicamente en el departamento de Córdoba para el año 2014 la tasa de embarazos adolescente iba en aumento, pese a las múltiples campañas y estrategias para disminuirla. En base a la información publicada por el

---

<sup>1</sup> QUESADA, M., et al. Caracterización social del embarazo en la adolescencia. Revista Archivo Médico de Camagüey, 2010, vol. 14, no 3, [citado 2017/04/25], p. 0-0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552010000300010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000300010).

<sup>2</sup> PÉREZ M, SOSA M, AMARÁN J, PINTO M, ARIAS D. Algunos aspectos relacionados con el conocimiento sobre sexualidad en adolescentes de un área de salud. Revista MEDISAN [online] 2009, vol. 13, n. 3.

<sup>3</sup> UNFPA. Embarazo adolescente [online] < <http://www.unfpa.org/es/embarazo-adolescente> > [citado 2017-05-06].

<sup>4</sup> OJEDA, Gabriel, et al. Encuesta nacional de demografía y salud 2010. Profamilia [online]. 2011 [citado 2017-05-08].

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en lo corrido del primer trimestre del año 2016 la cifra de embarazos adolescente en el departamento alcanzó una cifra de 6.457 casos. El primer puesto lo ocupa la ciudad de Montería con la suma de 1.689 menores embarazadas entre los 10 y 19 años de edad.

El embarazo en adolescentes, como problema social, involucra directamente a la salud pública, “afecta a la familia en gran medida como célula fundamental de la sociedad; lo que constituye un reto de gran envergadura”<sup>5</sup>. Dada la gran importancia que se le ha dado a la adolescencia como eje de progreso en las comunidades en desarrollo, como lo es Colombia, es imprescindible reconocer y abordar la problemática de éste grupo etario<sup>6</sup>.

El funcionamiento de la familia es determinante en la salud de sus miembros, “ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis que atraviesan”<sup>7</sup>.

Por lo anterior se justifica realizar un estudio sobre la influencia que tiene el núcleo familiar en los embarazos en adolescentes, es oportuno, ya que permitirá fortalecer de manera general acciones que permitan educar en la temática sexual a los padres, para que estos con pedagogía sepan inducir el conocimiento a sus hijos, y evitar el avance de esta problemática social que involucra a todos los profesionales de salud, entre ellas enfermería, que es una de las profesiones encargada de desarrollar aspectos preventivos y promocionales de la salud en los diferentes ciclos de vida. Esta investigación contribuirá a promover la adopción de

---

<sup>5</sup> CHACÓN D., CORTES A., ÁLVAREZ G., SOTONAVARRO Y. Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. En: Revista cubana de obstetricia y ginecología [online] 2015, vol. 41, n. 1 [citado 2017/08/27]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol41\\_1\\_15/gin06115.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol41_1_15/gin06115.htm).

<sup>6</sup> Ibid., p. 1-2.

<sup>7</sup> RANGEL, José Luis, et al. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev. Fac. Med UNAM [online]. 2011, vol. 47, no 1 [citado 2017-05-06], p. 24. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>.

conductas sexualmente saludables en el grupo de riesgo y disminuir el embarazo precoz, con el propósito de evidenciar de qué manera influye el embarazo adolescente en el funcionamiento familiar de las usuarias del E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1. GENERAL**

Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Jerónimo Montería.

### **1.2. ESPECÍFICOS**

- Describir aspectos demográficos de las adolescentes embarazada entre los 10 y 19 años y la familia atendidas en la E.S.E Hospital San Jerónimo en Montería
- Describir aspectos psicosociales y sexuales de gestantes adolescentes 10 y 19 años atendidas en la E.S.E Hospital San Jerónimo en Montería
- Señalar el funcionamiento familiar y cómo influye en el embarazo en las adolescentes entre los 10 y 19 años

## 2. REFERENTE TEÓRICO

### 2.1. MARCO TEÓRICO

Como fundamentación teórica del estudio, se han tenido en cuenta definiciones y puntos de vista tales como el que sitúa a la familia en el primer ambiente donde los individuos se desarrollan y desenvuelven socialmente, donde se moldean los estilos personales de interacción y se proporcionan las herramientas necesarias para establecer relaciones con otros individuos<sup>8</sup>. En este sentido, la tarea de la familia es socializar al individuo y fomentar el sano desarrollo de su identidad.

Otra teoría como la de López<sup>9</sup>, afirma que la familia en los diversos tipos que ha asumido a través de la historia, se reconoce como una creación cultural y universal, encargada de resolver el problema de la reproducción de la especie, además de la subsistencia del grupo a través de la regulación de la vida sexual, procreación, socialización de las nuevas generaciones y de la división social del trabajo.

Es preciso tener en cuenta que “la familia está constituida por un grupo de individuos hombres y mujeres, adolescentes y niños, cuyo rango de edades puede extenderse dos o más generaciones”<sup>10</sup>.

Dentro de este contexto Amaya<sup>11</sup>, considera que las relaciones dentro de la familia son más fuertes que en cualquier otro grupo de la sociedad. La familia

---

<sup>8</sup> ACKERMAN, N.W. Treating the troubled family. New York: Basic Books. 1966.

<sup>9</sup> LÓPEZ, Y. Familia, querida familia, ¿hacia dónde vas? Trabajo Social [online]. 2009, no. 11 [citado 2017-05-08] p. 125–136. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/40151/1/1130661582.2014.pdf>.

<sup>10</sup> AMAYA, P. Familias de ancianos y escolares del sector de La Estrella, Ciudad Bolívar (fase diagnóstica) 1992. Citado por CORTES OROZCO, Leidy. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes en el Municipio de Puerto Asís Departamento del Putumayo. Tesis Doctoral. 2014. P. 22.

normalmente posee una extensa historia colectiva. La familia tiene ciertas características que les distingue: comparten un lenguaje, una clase social, un hogar y un ingreso económico, tiene como función especial proporcionar la satisfacción de necesidades afectivas y económicas de sus miembros, las obligaciones entre los cónyuges o compañeros permanentes como la cohabitación y la crianza de los hijos.

En acuerdo con lo planteado por Peña<sup>12</sup>, la tipología familiar se refiere a la conformación de la familia o cómo están agrupados según cultura, sistema tradicional o estructura social, además, desarrolló la siguiente clasificación para su instrumento de medición de riesgo familiar.

**Familia nuclear:** está constituida por ambos padres biológicos y los hijos, se caracteriza por la presencia de dos generaciones de consanguinidad.

**Familia nuclear modificada:** comprende a las familias en donde solo está el padre o la madre con los hijos, pueden ser hijos de diferentes uniones.

**Familia Nuclear Reconstruida:** Es la familia en la que hay pareja, pero no todos los hijos son del mismo padre o madre; hay presencia de padrastro o madrastra.

**Familia Extensa:** compuesta por miembros de tres generaciones: abuelos, padres, hijos y nietos.

**Familia Extensa Modificada:** Es aquella en la que además de los padres e hijos, está vinculado otro miembro de consanguinidad de la generación de los padres o

---

<sup>11</sup> AMAYA, P. Salud familiar y enfermería: “Memorias del primer congreso colombiano de salud familiar” Citado por CASTELLÓN, Herminia, et al. Caracterización de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes en una comunidad urbana del Municipio de Malambo (Atlántico). Tesis Doctoral. 2014. P. 23.

<sup>12</sup> Ibíd., p. 23.

de los hijos: tíos, primos de los padres o sobrinos. También pueden ser personas de la generación de los abuelos o nietos con o sin la presencia de los padres.

**Pareja:** Es la compuesta únicamente por dos personas, que mantienen una relación de tipo conyugal, estén casados o en unión libre. No hay presencia de hijos, padres u otros miembros, ya sean consanguíneos o no. Puede ser un núcleo gestante.

**Familia Atípica:** Su composición no se enmarca en ninguna de las anteriores tipologías. Pueden ser parejas o grupos de personas con o sin lazos consanguíneos.

Por consiguiente, las familias, aun en las sociedades más modernas, necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de las mismas, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar. Estos aspectos son de interés en la medicina contemporánea, donde se les conoce como funcionalidad familiar, y corresponden a uno de los parámetros principales que se evalúan en el estudio de la salud familiar. La disfunción familiar se entiende como “la deficiencia en algunas de estas funciones por alteración de los subsistemas familiares”<sup>13</sup>. De igual manera, si se analiza a la familia como sistema, Ramirez<sup>14</sup> la considera disfuncional cuando algunos de sus subsistemas se alteran por cambio en los roles de sus integrantes.

Es por ello que Craig<sup>15</sup>, sostiene que el tipo y la forma de los comportamientos que los jóvenes adquieren son en gran medida, reflejo del contexto del grupo familiar

---

<sup>13</sup> GONZÁLEZ C., GONZÁLEZ S. Un enfoque para la evaluación del funcionamiento familiar. Revista Mexicana de Orientación Educativa, 2008, vol. 6, no 15, p. 2-7. [Citado 16/11/17]. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/remo/v6n15/v6n15a02.pdf>.

<sup>14</sup> RAMIREZ, C., et al. Funcionalidad familiar y enfermedad crónica infantil. Revista Atención Familiar, 2010, vol. 7, no 7, p. 61-73. [Citado 16/11/17] Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/remo/v6n15/v6n15a02.pdf>.

<sup>15</sup> CRAIG, G, BAUCUM D. Desarrollo psicológico. Traducido por José Carmen Pecina Hernández. 9 ed. México: Prentice-Hall Hispanoamericana. 2009.

de origen y de la sociedad más amplia en que han vivido desde el nacimiento. Así, el comportamiento de los niños y jóvenes tiene una estrecha relación con el tipo de familia, escuela y del sistema de salud al que han tenido acceso.

Por otra parte, Márquez<sup>16</sup>, expresa que en la actualidad los jóvenes se enfrentan a un mundo globalizado, en el que el tipo de vida que llevan los envuelve en el estrés y la falta de comunicación con las personas y lo más importante con la familia, lo que ocasiona que los adolescentes no tengan diálogo con los padres acerca de un tema o situación problemática. La falta de comunicación en los hogares causa aislamiento del adolescente con sus progenitores y cuando deben tomar decisiones adecuadas no tienen la confianza necesaria para conversar sobre temas de sexualidad.

En cuanto a adolescencia, existen diferentes criterios para delimitar este proceso, López<sup>17</sup>, lo clasifica como: adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años; otros autores, clasifican a la adolescencia en temprana de 10 a 13 años, intermedia de 14 a 16 años y adolescencia tardía de 17 a 19 años relacionando estas etapas a los distintos estadios de maduración sexual.

Por los matices, según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

**Adolescencia Temprana (10 a 13 Años):** Desde el punto de vista biológico, la resolución 412 de 2000<sup>18</sup>, lo define como el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del

---

<sup>16</sup> MÁRQUEZ, M. Embarazo de adolescentes y comunicación familiar. En: Margen [online]. México. No. 6. 1 junio de 2011. Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen61/marquez.pdf>.

<sup>17</sup> LÓPEZ, A. Material de apoyo en salud sexual y reproductiva, con enfoque de género: UDELAR. Compiladora. Cátedra libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Montevideo, febrero 2012.

<sup>18</sup> MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCION SOCIAL COLOMBIANO. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años. Bogotá: Resolución 412 de 2000.

mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

**Adolescencia Media (14 a 16 Años):** Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Según el Ministerio de la Protección Social<sup>19</sup>, en trabajo conjunto con la UNFPA afirman que, psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio en que inicia la experiencia en la actividad sexual; se sienten muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda además de creerse invulnerables y asumiendo conductas omnipotentes, casi siempre generadoras de riesgo.

**Adolescencia Tardía (17 a 19 años):** En esta etapa es muy probable que no se presenten cambios físicos, aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Por su parte, el Ministerio de Salud<sup>20</sup>, desarrolla el Programa de Salud del Adolescente, dentro de la Cruzada Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes; en el cual los obstetras brindan información, educación y orientación de los adolescentes sobre los factores protectores relacionados a su salud sexual y reproductiva incorporando en el adolescente el concepto del autocuidado de salud y el concepto de ideal reproductivo.

---

<sup>19</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y FONDO DE POBLACIONES DE NACIONES UNIDAS (UNFPA). Servicios de Salud para Adolescentes y Jóvenes. Un Modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de jóvenes y adolescentes en Colombia. 2a ed. Bogotá: Colombia, 2008. p: 26-27.

<sup>20</sup> MINISTERIO DE SALUD COLOMBIANO. Lineamientos de política de Salud de los/las adolescentes. Boletín del Ministerio de Salud, 2007, pág. 2-5.

La adolescencia como tal es una crisis del ciclo vital de la familia y está marcada por inestabilidad y desequilibrio, ya que el adolescente cuestiona y desafía el orden familiar ya establecido.

Conforme a lo afirmado por Jiménez<sup>21</sup>, el resultado es un conflicto intenso y aunado a la pobre habilidad de los padres para manejar esta etapa del desarrollo. Pueden generarse conflictos crónicos favoreciendo la presencia de síntomas y conductas de riesgo, que generan dificultades en el desarrollo del adolescente. Las relaciones familiares pueden apoyar, nutrir, fijar límites y promover un enfoque más o menos equitativo de género.

Por otra parte, Lee<sup>22</sup>, considera que el embarazo constituye un problema de gran importancia para las sociedades modernas por los riesgos que representa para la salud. La aparición de embarazo en la familia 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<sup>23</sup>.

Además en las adolescentes “más del 80 % de los embarazos no son deseados. Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos”<sup>24</sup>.

---

<sup>21</sup> JIMENEZ GARCÉS, Clementina. Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. En: Rev. De Medicina Familiar y Atención Primaria, 2010. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3011/1/Angoma\\_al.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3011/1/Angoma_al.pdf).

<sup>22</sup> LEE, E. & MADE, P. Las relaciones sexuales y las adolescentes. Educación y comunicación en población. Año II. (8-9). 1995. Citado por MARIN L, et al. LA RELACIÓN FAMILIAR COMO UN FACTOR QUE PREDICE EL EMBARAZO ADOLESCENTE. 2010. (s.f.).

<sup>23</sup> RAMIREZ, G., OLVERA, H., GUILLERMO, I. Factores familiares que contribuyen a un embarazo de alto riesgo de la unidad de medicina familiar n° 75 Nezahualcòyotl. estado de México. 2014. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/oca/bitstream/20.500.11799/14518/1/411578.pdf>.

<sup>24</sup> MENENDEZ, G., NAVAS, I., HIDALGO, Y., ESPERT, J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev. Cubana Obstet Ginecol [online]. 2012, vol.38, n.3 [citado 2017-11-25], pp. 333-342. Disponible en:

Debido a todo lo anteriormente mencionado Díaz<sup>25</sup>, expresa que el embarazo adolescente tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como del hijo, por lo que es muy importante implementar una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes.

Agregando a lo anterior, “se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad”<sup>26</sup>. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

El embarazo adolescente se considera un problema social cuando interrumpe el desarrollo humano que propone como proyecto de vida la adolescencia según Dulanto<sup>27</sup>, el embarazo en las adolescentes puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola, y un problema social, en una sociedad industrializada.

---

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2012000300006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2012000300006&lng=es&nrm=iso)  
>. ISSN 0138-600X.

<sup>25</sup> DÍAZ A., Sugg C., Valenzuela M. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. Citado por: QUESADA, M., et al. Caracterización social del embarazo en la adolescencia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 2010, vol. 14, no 3, p. 0-0.

<sup>26</sup> OMS. Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Temas de Salud. Recuperado el 14 de Mayo de 2012. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/40151/1/1130661582.2014.pdf>.

<sup>27</sup> DULANTO, E. El Adolescente. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. México 2000. p. 173 - 525. Citado por: ESCUDERO CANO, Diana y HINCAPIE ESCUDERO, Natalia. Factores personales, familiares y sociales que inciden en los embarazos de adolescentes que acuden a la secretaria de salud del municipio de Bello durante el segundo semestre de 2009. Tesis de grado. Corporación universitaria minuto de Dios. Disponible en: [http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/3689/TTS\\_EscuderoCanoDianaPatricia\\_2010.pdf?sequence=1](http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/3689/TTS_EscuderoCanoDianaPatricia_2010.pdf?sequence=1).

El embarazo precoz, se produce por múltiples factores de riesgo identificados por los siguientes aspectos<sup>28</sup>.

**El Contexto Sociocultural y Económico:** migración; actitud social punitiva frente al embarazo, bajo nivel educativo, mayor dependencia económica, deserción escolar.

**El Contexto Familiar:** estilo de vida de riesgo, familia disfuncional, actitud familiar negativa frente al embarazo. A su decir, esta es de mucha importancia, muchas adolescentes se embarazan buscando salir e independizarse de su familia, más no lo consiguen y al contrario su situación familiar se agrava en cuanto se incrementa su dependencia.

**El Contexto Individual:** embarazo no deseado; falta de apoyo de la pareja, inmadurez y ausencia de proyecto de vida individual, incapacidad de conducta preventiva, pobre autoestima y de privación afectiva, debilidad mental, estrés agudo crónico, otras conductas de riesgo que estuvieren asociadas.

En términos fisiológicos, la adolescente puede estar en condiciones para quedar embarazada pero su organismo, muchas veces, no ha alcanzado el suficiente desarrollo físico y psíquico requerido para poder llevar a buen término el embarazo.

Aunque depende del nivel nutricional de las personas y poblaciones, por lo general el desarrollo completo del esqueleto se logra hacia los 18 años y el del canal del nacimiento alrededor de los 20-21. El desarrollo físico incompleto aumenta los riesgos del trabajo de parto prolongado que puede llevar a complicaciones serias en las madres como la fístula obstétrica y aún la muerte. Otros riesgos de la gestación en la adolescencia son la anemia, las hemorragias, hipertensión inducida por el embarazo, el aborto, el parto, nacimiento prematuro, la mortalidad materna y perinatal<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> NARANJO, J. Diagnóstico Situacional y el Marco Conceptual para la Atención Integral de Adolescentes y Jóvenes en el Ecuador. Documento técnico N°.1 Quito. Citado por: TRUJILLO MARIÑO, M. El embarazo precoz: no querido pero deseado. Revista de Ciencias Sociales y Humanas, n. 18, enero-junio, 2013, p. 104. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4761/476147386005.pdf>.

<sup>29</sup> *Ibíd.*, p. 16.

Se debe tener en cuenta que los adolescentes pagan un precio muy alto cuando inician relaciones sexuales sin tener en cuenta la responsabilidad que esto representa ante la salud y la comunidad o sociedad, puesto que tienen mayores riesgos para contraer infecciones de transmisión sexual y en el momento del parto, presentan las tasas más altas de morbilidad y mortalidad, por la maduración incompleta del organismos. Además, aparecen los problemas sociales como desempleo y violencia intrafamiliar.

Se piensa que la educación sexual evitará la promiscuidad y permitirá a los jóvenes activos sexualmente actuar con responsabilidad. Según informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas<sup>30</sup>, la educación de vida en la familia y las instituciones educativas permite que los jóvenes tengan relaciones sexuales responsables. Además de largos períodos de abstinencia, comienzo tardío de las relaciones sexuales, mayor uso de anticonceptivos y menor número de compañeros sexuales.

## **2.2. MARCO REFERENCIAL**

De acuerdo a estudios realizados sobre la temática, uno de estos el de Nieto<sup>31</sup>, en el cual se dice que el embarazo en adolescentes ha acaparado la atención de investigadores y analistas nacionales e internacionales, ya que las adolescentes al quedar embarazadas tienen menos probabilidades de completar sus estudios, de

---

<sup>30</sup> FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Estado de la población mundial 2013: Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. 2013.

<sup>31</sup> NIETO FERNANDEZ, Lilia. Sexo y Embarazo entre las jóvenes colombianas. En: Revista Coyuntura Social Octubre 2000, Vol. 02 N°23 pp. 83-85 citado por: ESCUDERO, D. Factores personales familiares y sociales que inciden en los embarazos de adolescentes que acuden a la secretaria de salud del municipio de Bello durante el segundo semestre de 2009. Tesis de grado. Corporación universitaria minuto de Dios. 2010. Disponible en: [http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/3689/TTS\\_EscuderoCanoDianaPatricia\\_2010.pdf?sequence=1](http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/3689/TTS_EscuderoCanoDianaPatricia_2010.pdf?sequence=1).

participar en las fuerza de trabajo, de casarse y permanecer casadas, constituyendo un nuevo núcleo familiar.

Los adolescentes representan más de la quinta parte de la población total. Según las encuestas demográficas y de salud en América Latina y El Caribe<sup>32</sup>, la proporción de la población que se encuentra entre las edades de 10 a 19 oscila entre el 20% y el 24% de la población total. Así, en nuestro país, la población adolescente ha aumentado representando el 21% de la población total.

Otro estudio significativo fue el de Rangel<sup>33</sup>, et al, en el año 2004 en México; sobre funcionalidad familiar en la adolescente embarazada, obteniendo que la funcionalidad familiar de las gestantes adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja.

La investigación es una estrategia para la protección de los derechos vulnerables de la familia gestante precoz pertenecientes a los estratos 1 y 2 de la Ciudad de Bogotá muestra que existen diferencias en las tasas de embarazo en adolescentes pertenecientes a los estratos socioeconómicos altos es de 2,5% y en los bajos es de 16.1% respectivamente, la cual fue realizada por el Grupo de investigación “estilo de vida y desarrollo Humano” de la Universidad Nacional de Colombia<sup>34</sup>.

---

<sup>32</sup> NOLAZCO L, RODRIGEZ, Y. Morbilidad materna en madres adolescentes. Revista de Postgrado de la Cátedra de Medicina - Nº 156 – abril 2006. pág. 14 citado por: ANGOMA, L. Y POCCORPACHI, D. Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. Tesis de grado de UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Perú. Disponible en: [http://www.academia.edu/30408861/UNIVERSIDAD\\_NACIONAL\\_MAYOR\\_DE\\_SAN\\_MARCOS\\_FACULTAD\\_DE\\_MEDICINA\\_HUMANA](http://www.academia.edu/30408861/UNIVERSIDAD_NACIONAL_MAYOR_DE_SAN_MARCOS_FACULTAD_DE_MEDICINA_HUMANA).

<sup>33</sup> RANGEL, José Luis, et al. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev. Fac. Med UNAM [online]. Vol. 47, no 1, p. 24-27. Citado por: RUEDA, A., MARTINEZ, C. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. Rev. Avances en enfermería, 2011, vol. 29, no 1, p. 75-86.

<sup>34</sup> UNIVERSIDAD NACIONAL, Estilo de Vida y Desarrollo Humano. 2007. Colombia.

Este análisis coincide con los resultados de las encuestas realizadas en Colombia por la Universidad de los Andes<sup>35</sup>, acerca de las dinámicas, ritmos y significados de la sexualidad Juvenil, respecto al embarazo en adolescentes, donde se observa que existe una baja percepción de la gravedad del evento reproductivo; donde se registran ganancias afectivas tales como obtener compañía, un sentido y un proyecto de vida, alguien por quien luchar. Algunas afirman obtener mayor independencia y libertad del medio familiar, crecer en madurez y responsabilidad y puede ser esta una forma de asegurar su futuro.

Estos resultados evidencian la necesidad de brindar a las adolescentes de Colombia, unas mejores oportunidades de capacitación, formación integral, recreación, acceso a servicios de salud, integración a la vida laboral con una perspectiva más optimista de futuro y progreso; basada en una elaboración realista de su propio proyecto de vida.

### 2.3. MARCO CONCEPTUAL

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

**Adolescente:** “El periodo de transición entre la niñez y la etapa adulta, donde el sujeto atraviesa cambios profundos en el área fisiológica, social y psicológica, este cambio tendrá trascendencia en su adaptación psicológica y social como adulto”<sup>36</sup>.

---

[http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/3689/TTS\\_EscuderoCanoDianaPatricia\\_2010.pdf?sequence=1](http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/3689/TTS_EscuderoCanoDianaPatricia_2010.pdf?sequence=1).

<sup>35</sup> PROGRAMA LA CASA CESO. Dinámicas, ritmos y significados de la sexualidad juvenil. Universidad de los Andes, 2000. Colombia. Pg.28. Citado por: bolaños, j. et al. Imaginarios que tienen los y las adolescentes de 10<sup>o</sup> y 11<sup>o</sup> frente a la sexualidad, en los colegios la Salle e I. E. Alfredo Iriarte en la ciudad de Bogotá, en el primer semestre del 2008. Tesis de grado en universidad de la Salle. P. 40. Disponible en: <http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/12940/T62.08%20B637i.pdf?sequence=1>.

<sup>36</sup> CAMACHO, S. Relación entre la percepción del tipo de familia y los valores interpersonales en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de Lima-Cercado. 2002. Citado por: ARENAS AYLLÓN, S. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Tesis para optar el título profesional de Psicóloga, mención: Psicología Educativa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2009. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2562/1/Arenas\\_as.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2562/1/Arenas_as.pdf).

**Familia:** “la familia es el grupo de personas entre quienes existe un parentesco de consanguinidad por lejano que fuere”<sup>37</sup>.

“Miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”<sup>38</sup>.

**Funcionalidad familiar:** “La Funcionalidad Familiar o una familia funcional, es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar”<sup>39</sup>.

## 2.4. MARCO LEGAL

En la presente investigación se tienen en cuenta los siguientes aspectos legales:

Es importante mencionar que la planificación familiar es el derecho que las personas puedan decidir cuándo y cuántos hijos tener. Referente a esto, y en cuanto a la temática que fundamenta el estudio, la Constitución política de Colombia reconoce y garantiza los derechos sexuales y derechos reproductivos que tienen relación con:

---

<sup>37</sup> GÓMEZ, E., GUARDIOLA, Vera J. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Rev. Justicia Juris, 2014, vol. 10, no 1, p. 11-20. Disponible en: <http://ojs.uac.edu.co/index.php/justicia-juris/article/viewFile/295/276>.

<sup>38</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). La Familia y la Salud, 2003. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf).

<sup>39</sup> MORENO, J, CHAUTA, L., Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. Revista Psicología. Avances de la disciplina [en línea] 2012, 6. [Citado 25/11/2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770006>.

- La vida digna, el derecho a la salud, una vida libre de violencia.
- Derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre la sexualidad, la vida y orientación sexual además que con lo que se expone el Art 43 indicando que el estado garantiza a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia derechos a: no ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral, tener gratuidad de los servicios de salud materna y lograr protección prioritaria, cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto brindando las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Antes de garantizar garantiza los derechos sexuales y derechos reproductivos, la Constitución Nacional en su artículo 27, garantiza el derecho a la salud de todos los niños, niñas y adolescentes tienen, derecho a la salud integral, de manera que Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud, los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación.

El Código de infancia y adolescencia por medio del cual se establecen las obligaciones del Sistema de Seguridad Social en Salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, este fue promulgado en el 2006 por medio de la Ley 1098<sup>40</sup>, del mismo año.

Parágrafo 1°. Para efectos de la presente ley se entenderá como salud integral la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la conservación o la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes.

---

<sup>40</sup> LEY 1098 de 2006 Por la cual se expide el Código de la infancia y la adolescencia. En: Diario Oficial. Bogotá, D.C:8 nov. 2006. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22106>.

El Gobierno Nacional, por medio de las dependencias correspondientes deberá incluir las asignaciones de recursos necesarios para dar cumplimiento a lo dispuesto en este artículo, en el proyecto anual de presupuesto 2008, el plan financiero de mediano plazo y el plan de desarrollo.

Proyecto de Ley 150 de 2005 Cámara<sup>41</sup>, por medio de la cual se adoptan como política de Estado los programas del ICBF relacionados con la protección de las niñas y las adolescentes embarazadas y madres: Ley de protección de la madre adolescente.

Constitución Política de 1991<sup>42</sup>, artículo 43 "la mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada".

Artículo 44 "son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social... la familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e intelectual y el ejercicio pleno de sus derechos. "Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás"<sup>43</sup>.

Adicionalmente en el artículo 11, se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, el presente estudio se clasifica en categoría A, que corresponde a una investigación de bajo riesgo, ya que no se efectúa ninguna intervención invasiva o modificación intencionada de

---

<sup>41</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Proyecto de ley 150, por medio de la cual se adoptan como política de Estado los programas del ICBF relacionados con la protección de las niñas y las adolescentes embarazadas y madres. iniciativa legislativa, 26 de septiembre de 2005. [citado 2017/04/25]. Disponible en: <https://vlex.com.co/vid/proyecto-ley-ca-mara-451293410>.

<sup>42</sup> LÓPEZ, J. *Constitución política de Colombia*. Artículo 43. Plaza y Janes Editores Colombia S.A., 2004.

<sup>43</sup> *Ibíd.* Artículo 44.

las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaran en el estudio”<sup>44</sup>.

”Se garantizará a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”<sup>45</sup>.

”Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección, seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado”<sup>46</sup>.

Resolución 412 /2000: adopta las normas técnicas, y guías de atención que definen las actividades, procedimientos e intervenciones:

- Protección específica.
- Detención temprana.
- Atención integral.
- Atención del parto/ planificación familiar para hombres y mujeres.
- Alteraciones del desarrollo 10-29 años, alteraciones de la gestación/cáncer Cérvico, uterino y seno. Complicaciones del embarazo, ETS, VIH SIDA/ violencia contra la mujer y la infancia.

Circular 18 DE 2004: Para implementar la Política Nacional de Salud Sexual Y Reproductiva las Entidades Territoriales Deberán formular un Plan de Salud Sexual y Reproductiva que desarrolle los principios y estrategias de la misma, articule las intervenciones de los diferentes planes de beneficios en sus líneas de intervención:

---

<sup>44</sup> MINISTERIO DE SALUD. 4 de Octubre de 1993. Resolución 008430 de 1993. 1. Bogotá D.C., Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.

<sup>45</sup> *Ibíd.* Artículo 49.

<sup>46</sup> *Ibíd.* Artículo 50.

- Promoción de la SSR de adolescentes mediante estrategias en Coordinación con el de Educación y otros sectores.
- Suministro de Métodos anticonceptivos Hormonales, de barrera y emergencia adolescentes no asegurado en poblaciones en condición de desplazamiento, zonas marginales y de riesgo.
- Promover en las IPS el Desarrollo de servicios de atención integral a los adolescentes.

La OMS<sup>47</sup>, propuso para el establecimiento y observación de la salud una serie de indicadores, de los cuales se extraen los siguientes, dado su relevancia para este trabajo:

- Prevalencia anticonceptiva. Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15–49 años) que usa ella o su pareja métodos anticonceptivos en un momento determinado.
- Atención prenatal. Porcentajes de mujeres atendidas, al menos una vez durante el embarazo por razones del mismo.
- Desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes.

### **3. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDIO**

Estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo.

---

<sup>47</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Población y Desarrollo.2013 Disponible en: [http://www.who.int/whr/2013/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2013/en/whr01_es.pdf).

### **3.2. ESCENARIO DEL ESTUDIO**

Empresa Social del Estado (E.S.E) Hospital San Jerónimo de Montería, es una entidad descentralizada del orden departamental, dedicada a la prestación de servicios de salud, de origen público, dotada de personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, título II, libro segundo de la Ley 100 de 1993. La E.S.E Hospital San Jerónimo trabaja en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y con el fin de prestar un mejor servicio y ofertar servicios de mejor calidad en la atención a las adolescentes embarazadas.

### **3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Familias con adolescentes gestantes usuarias del Hospital San Jerónimo de Montería.

### **3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS**

Adolescentes Embarazadas entre los 10 a 19 años de edad y familias

### **3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **3.6.1. Criterios de inclusión**

- Mujeres de 10 a 19 años de edad, que acudan a la consulta y se encuentren embarazadas.

- Mujeres de 10 a 19 años de edad, que se encuentren embarazadas y que deseen participar en la entrevista.
- Mujeres de 10 a 19 años de edad, que se encuentren en embarazo residentes en la ciudad de Montería.
- Firma del consentimiento informado por parte de la adolescente gestante o familiar a cargo.

#### **3.4.2. Criterios de exclusión**

- Mujeres de 10 a 19 años de edad, que acudan a consultar y no se encuentren embarazadas.
- Mujeres de 10 a 19 años de edad, que se encuentren en embarazo y no residan en la ciudad de Montería.
- Adolescentes embarazadas que no deseen ser entrevistadas.
- Adolescentes embarazadas que no hayan firmado el consentimiento informado.
- Familias con gestantes no adolescentes.

### **3.5 ASPECTOS ÉTICOS**

El Ministerio De Salud en Resolución N° 8430 de 1993, artículo 5, establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio debe prevalecer el principio de respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar.

De igual manera lo expresa la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia en la Ley 911 de 2004, en su capítulo IV artículo 29 el cual dice: “En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, debe salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, se conoció y aplicó las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopta, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales”<sup>48</sup>.

#### **4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La recolección de la información se llevó a cabo mediante la utilización de dos instrumentos Ficha Sociodemográfica y APGAR familiar: La ficha sociodemográfica contiene un encabezado con un espacio para el registro de un código familiar, así como la fecha y lugar de su aplicación. Consta de tres partes distribuidas así: La primera parte del instrumento recolecta datos de identificación del informante de la familia evaluada, y solicita los siguientes datos: parentesco con la familia, género, religión, escolaridad y ocupación.

A continuación se describe la ficha sociodemográfica usada para caracterizar las familias del estudio. Esta ficha se utilizó para recolectar la información sociodemográfica de las familias, ha sido diseñada y utilizada por el grupo académico de familia de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y se ha empleado en varias investigaciones. La segunda parte aporta

---

<sup>48</sup> MINISTERIO DE EDUCACIÓN. 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Diario Oficial, No. 45.693. Disponible en: [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-105034_archivo_pdf.pdf).

los datos de información de la familia de convivencia a saber: miembros de convivencia de la familia, tipo de unión de la pareja de la familia, número de miembros de convivencia de la familia, promedio económico de ingresos por mes en la familia, ocupación de la cabeza de familia en los últimos seis meses y el ciclo vital familiar (según la escala de Duvall, para determinar el CVF a partir de la edad del hijo mayor de la familia). La tercera parte evalúan aspectos psicosociales y sexuales de la gestante, a continuación se mencionan los más relevantes: conversa con sus padres sobre sexualidad, primera información sobre educación sexual, edad de la primera relación sexual, número de compañeros sexuales, método de planificación, número de embarazos.

El otro instrumento utilizado es el APGAR familiar es un cuestionario, propuesto por el Doctor Gabriel Smilkstein, médico familiar estadounidense, para evaluar la funcionalidad familiar, a través de la percepción que el individuo tenga sobre la Adaptabilidad, Participación, Ganancia, Afecto y Recursos, al interior de su familia, cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

A su vez existe un instrumento utilizado para la medición de la efectividad de la funcionalidad de las familias a través del asf-e (del inglés The Assessment of Strategies in Families-Effectiveness), que evalúa la efectividad de la funcionalidad familiar con base en la teoría de la organización sistémica, diseñado por la doctora Marie-Louise Friedemann. El asf-e tiene 20 ítems, agrupados según las dimensiones propuestas en el marco de la organización sistémica familiar (coherencia, individuación, cambio del sistema, mantenimiento del sistema) a las cuales se les asigna un valor; el instrumento también involucra los campos de espiritualidad, estabilidad, crecimiento y control; asignándoseles un valor ponderado al igual que a las dimensiones. El puntaje total de la escala de la evaluación de la efectividad de la funcionalidad familiar se obtiene sumando el

total de ítems, y permite clasificarla por niveles: alto (56-60), intermedio (51-55) y bajo (20- 50)<sup>49</sup>.

El consentimiento informado de los informantes, su aprobación, confiabilidad y privacidad de la información también fueron tenidos en cuenta.

#### **4.1 PRUEBA PILOTO**

En junio de 2017, se hizo la prueba piloto con seis familias con adolescentes gestantes del Hospital San Jerónimo, las familias fueron escogidas mientras asistían a control prenatal en el consultorio 7 de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión propuestos para este estudio. El objetivo fue verificar la comprensión por parte de los participantes de los instrumentos: ficha sociodemográfica fue diseñada con base a los aspectos contenidos en el instrumento APGAR Familiar para medir la funcionalidad familiar descritos en el estudio realizado por Arias Trujillo<sup>50</sup>, et. al. En los centros ASSBASALUD E.SE en la ciudad de Manizales.

Además se logró cuantificar el tiempo de aplicación del mismo el cual es de 15 minutos y realizar ajustes a la metodología de recolección de la información o al cuestionario de acuerdo con los resultados de esta prueba, teniendo en cuenta, la lectura previa y firma del consentimiento informado por parte del acompañante

---

<sup>49</sup> OSORNO-NAVARRO, Mara M. Funcionalidad en las familias de las madres comunitarias de los hogares de bienestar infantil de Sincelejo, Colombia. Curare, 2014, vol. 1, no 1, p. 27-33. [citado 16/11/17] Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/cu/article/view/305>.

<sup>50</sup> TRIJILLO ARIAS Carlos Mario, CARMONA SERNA Isabel Cristina, CASTAÑO CASTRILLON José Jaime, CASTRO TORRES Andrés Felipe, FERREIRA GONZALES Audrey Nathalie, GONZALEZ ARISTIZABAL Amalia Isabel et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. Archivos de Medicina (Manizales). Volumen 13 N° 2. Julio-Diciembre 2013. ISSN versión impresa 1657-320X. ISSN versión en línea 2339-3874. Universidad de Manizales. Manizales (Colombia).

familiar, a la hora de aplicar el APGAR FAMILIAR para medir la Funcionalidad Familiar y la ficha sociodemográfica.

Luego se realizó la recolección de la información por parte de los dos investigadores hacia los participantes en la prueba piloto. Para la aplicación del instrumento, al participante previamente se le explicaban los objetivos del proyecto, y debía firmar el formato de consentimiento informado para iniciar la aplicación de la ficha sociodemográfica y el instrumento del APGAR Familiar. La aplicación se realizó durante 1 día; tan pronto se terminaba el registro se verificaba que la información se encontrara completa, antes de que se retirara el participante. Posteriormente se anotó la información en una base de datos, la cual fue creada en el programa Excel 2010 para luego realizar el análisis de resultados.

Las conclusiones extraídas de la prueba piloto fueron:

- El tiempo promedio para el diligenciamiento de los instrumentos fue de 15 minutos, no se encontraron dificultades en el diligenciamiento de la escala, ni términos o palabras de difícil comprensión.
- La necesidad de prever varios momentos para captación de la muestra, en razón de los tiempos de atención a la usuaria al control prenatal.
- La utilidad de contar con el conocimiento previo del instrumento para la recolección y aplicación de la muestra.
- Los 32 ítem empleados en la ficha demográfica fueron de fácil comprensión y aplicación, excepto el número 30 que de cierto modo se encontraba repetido por lo que deberá eliminarse, el APGAR FAMILIAR no presentó dificultad.
- El ítems # 16: situaciones presentes en el hogar es conveniente agregarle la respuesta: ninguna.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ENTRE 10 Y 19 AÑOS Y FAMILIA

En el presente estudio participaron 50 familias. Se les aplicó una ficha sociodemográfica donde incluyeron datos de identificación del participante familiar, religión, escolaridad y ocupación, en cuanto a la familia y convivencia: miembros de convivencia de la familia, tipo de unión de la pareja, número de miembros de convivencia, promedio de ingresos por mes, ocupación del cabeza de familia y ciclo vital familia.

**Tabla 1. Estrato social de la adolescente gestante y la familia.**

<b>Estrato</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
1	41	82%
2	9	18%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

De las 50 familias, el 82% pertenecen al estrato social 1 y el 18% al estrato social 2.

**Tabla 2. Edades de progenitores y adolescente gestante**

<b>Edad actual</b>	<b>Mamá</b>	<b>%</b>	<b>Papá</b>	<b>%</b>	<b>Embarazada</b>	<b>%</b>	<b>Padre</b>	<b>%</b>
15-16					33	66%	9	18%
17-18					11	22%	16	32%
19					6	12%	9	18%
20-29							12	24%
30-39	32	64%	13	26%			4	8%
40-49	12	24%	28	56%				
>50	6	12%	9	18%				
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

De las 50 adolescentes gestantes, las edades con mayor porcentaje en la progenitora madre es de 30-39 años con 64%, progenitor padre con edad de 40 - 49 años un 56%, la gestante de 15-16 años con un 66% y el padre del bebe con edades entre 17-18 años con un 32%.

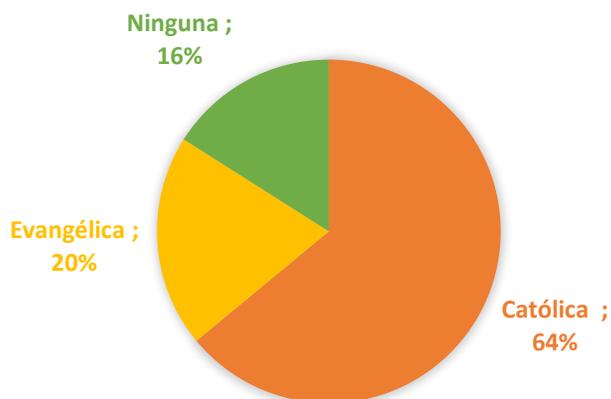
En cuanto a los resultados de qué tipo de parentesco posee la adolescente gestante 100% de la muestra ocupa el rol de hija en el grupo familiar.

**Tabla 3. Religión que profesa la adolescente gestante**

Religión	N°	%
Católica	32	64%
Evangélica	10	20%
Ninguna	8	16%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

**Gráfico 1. Religión que profesa la adolescente gestante**



Fuente: Ficha Sociodemográfica

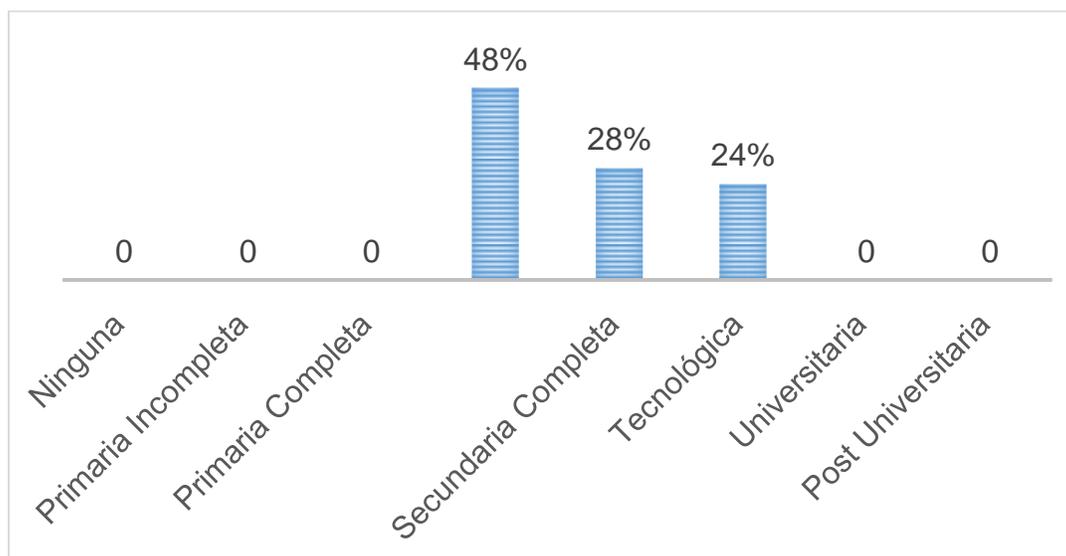
La religión de las adolescentes gestantes es católica correspondiente a un 64%, seguido por la religión evangélica con un porcentaje de 20%.

**Tabla 4. Escolaridad de la adolescente gestante**

<b>Escolaridad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ninguna	0	0
Primaria Incompleta	0	0
Primaria Completa	0	0
Secundaria Incompleta	24	48%
Secundaria Completa	14	28%
Tecnológica	12	24%
Universitaria	0	0
Post Universitaria	0	0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

**Gráfico 2. Distribución porcentual de la escolaridad de la adolescente gestante**



Fuente: Ficha Sociodemográfica

El 48% correspondiente a 24 adolescentes gestantes realizó secundaria incompleta, seguido por 28% con secundaria completa, luego se continua con 24% con tecnológicos y no hay estudios a nivel profesional. Lo que es acorde con

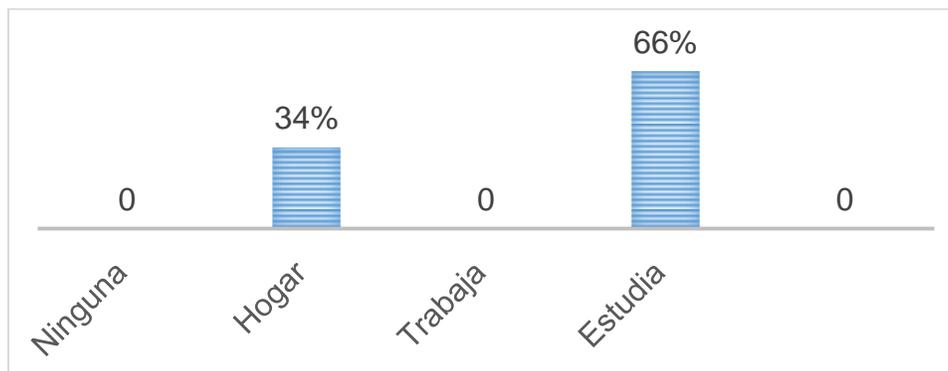
lo evidenciado por la ENDS de 2010<sup>51</sup>, en relación con los niveles educativos el porcentaje más alto en embarazo adolescente, se presenta en adolescente sin educación, (55%) o solo con educación primaria (46.5%), lo que refleja la importancia de la escolarización de la mujer a la hora de prevenir el embarazo.

**Tabla 5. Ocupación de la adolescente gestante**

Ocupación	N°	%
Ninguna	0	0
Hogar	17	34%
Trabaja	0	0
Estudia	33	66%
Estudia-Trabaja	0	0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

**Gráfico 3. Distribución porcentual de la ocupación de la adolescente gestante**



Fuente: Ficha Sociodemográfica

<sup>51</sup> ENDS- Encuesta Nacional de Salud. Profamilia (en línea) consultado 14 Noviembre 2017. Disponible en: <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/.co>.

Las adolescentes gestantes se dedican en su mayoría a estudiar en un 66% y al trabajo del hogar 34% para centrarse en el embarazo y en las labores de la casa, apoyando las funciones familiares.

**Tabla 6. Convivencia con progenitores de la adolescente gestante**

<b>Convivencia con Progenitores</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	38	76%
No	12	24%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

Las adolescentes gestantes en su mayoría a vivir con sus progenitores en un 76% y se independizan en un 24%, de esta manera se apoyan de sus familias, logran seguir estudiando o no se sienten capaces de formar un hogar.

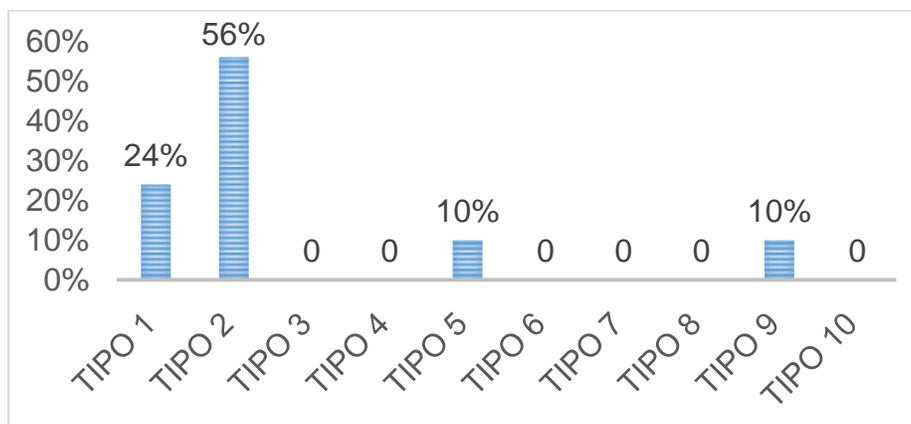
#### 5.1.1. Datos de la Familia de Convivencia

**Tabla 7. Tipología de la familia de la adolescente gestante**

<b>Tipología</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
TIPO 1 Padres e hijos	12	24%
TIPO 2 Padres , hijos y parientes	28	56%
TIPO 3 Padres, hijos y no parientes	0	0
TIPO 4 Padre e hijos	0	0
TIPO 5 Madre e hijos	5	10%
TIPO 6 Madre o padre con hijos de la unión	0	0
TIPO 7 Madre o padre e con hijos de unión	0	0
TIPO 8 Parejas homosexuales	0	0
TIPO 9 Abuelos, padres y nietos	5	10%
TIPO 10 Otros miembros familiares	0	0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

**Gráfico 4. Distribución porcentual de la tipología de la familia de la adolescente gestante**



Fuente: Ficha Sociodemográfica

El mayor porcentaje está representado en la familia conformada por padres, hijos otros miembros familiares (56%), seguida por las familias conformada solo por padres e hijos (24%). Diversos estudios sobre fecundidad en adolescentes coinciden en que las relaciones familiares y el tipo de familia (nuclear reconstruida, extensa, extensa modifica) <sup>52</sup> donde ha vivido la joven, influyen considerablemente en el comportamiento sexual de la adolescente como en la posibilidad de tener pareja sexual a edades más tempranas y por lo tanto de embarazarse.

**Tabla 8. Estado Civil de cabeza de familia de la adolescente gestante**

Estado Civil	N°	%
Casado	0	0
Unión Libre	50	100%
Separado	0	0
Divorciado	0	0
Viudo	0	0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

<sup>52</sup> Op. Cit. AMAYA.

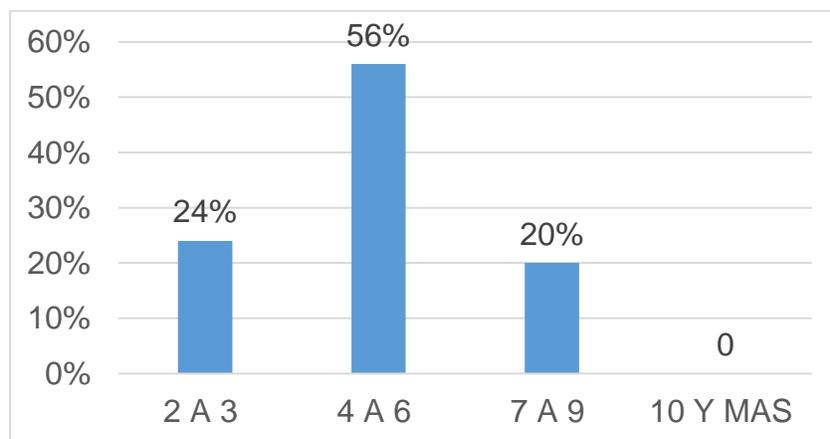
El mayor porcentaje corresponde a unión libre, representado por un 100 por ciento. Según la ENDS de 2010<sup>53</sup>, las uniones libres llegan al país al 30 por ciento, el fenómeno de las madres solteras en adolescentes presenta características de desventaja: maternidad precoz, pobreza, y ausencia de un progenitor.

**Tabla 9. Miembros de la familia que conviven con la adolescente gestante**

Cantidad de Miembros en Convivencia	N°	%
2 A 3 miembros	12	24%
4 A 6 miembros	28	56%
7 A 9 miembros	10	20%
10 y más miembros	0	0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

**Gráfico 5. Miembros que conviven con la adolescente gestante.**



Fuente: Ficha Sociodemográfica

La mayoría de las familias, en un 56% presentó entre 4 a 6 miembros, el 24 % entre 2 a 3 miembros en convivencia, el 20% entre 7 y 9 miembros convivientes.

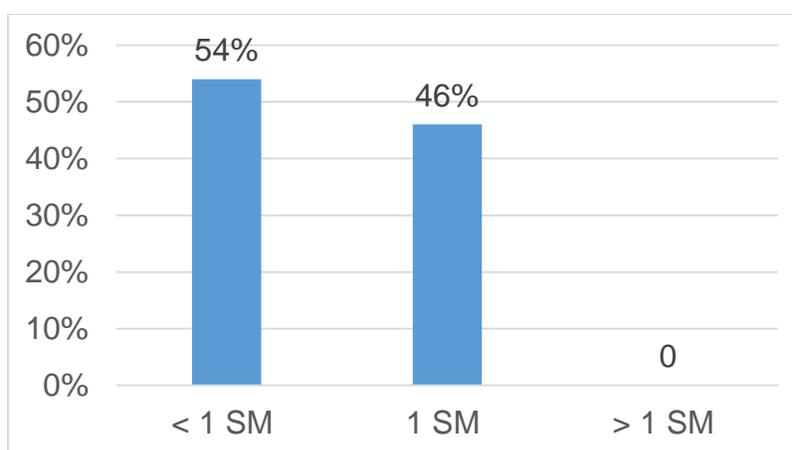
<sup>53</sup> Ibid. ENDS.

**Tabla 10. Ingresos mensuales de la familia de la adolescente gestante**

<b>Ingresos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
< 1 Salarios Minimos	27	54%
1 Salarios Minimos	23	46%
> 1 Salarios Minimos	0	0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

**Gráfico 6. Ingresos de la familia de la adolescente gestante**



Fuente: Ficha Sociodemográfica

El 54% de las familias con adolescentes gestantes tiene un promedio de ingresos mensuales menos de un salario mínimo y el 46% ingresos de un salario mínimo.

Lo cual se puede relacionar con el predominio de familias con un número significativo de miembros, teniendo en cuenta que la muestra del estudio son familias de estrato bajo y medio lo que indica que las condiciones económicas de la población han hecho que las adolescentes embarazadas hayan sido adoptadas por las familias como estrategia de supervivencia y mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, familias, procurando compartir espacios con padres, hermanos e incluso con personas sin nexos de parentesco. Sin embargo

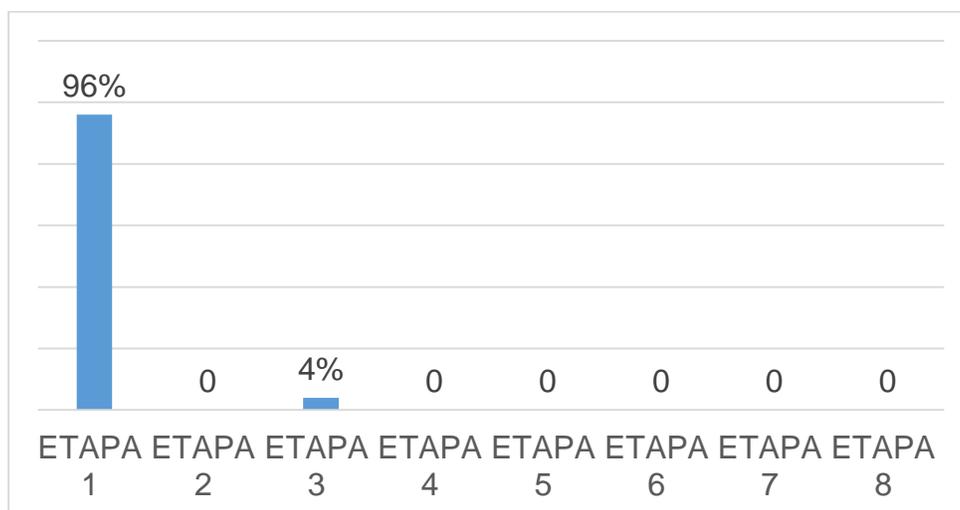
los ingresos económicos no son proporcionales con el número de personas de convivencia.

**Tabla 11. Ciclo vital de la familia de la adolescente gestante en la E.S.E Hospital San Jerónimo 2017**

ETAPA FAMILIAR	N°	%
ETAPA 1	48	96%
ETAPA 2	0	0
ETAPA 3	2	4%
ETAPA 4	0	0
ETAPA 5	0	0
ETAPA 6	0	0
ETAPA 7	0	0
ETAPA 8	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

**Gráfico 7. Ciclo vital de la familia de la adolescente gestante**



Fuente: Ficha Sociodemográfica

En la tabla 13 se observa que de las 50 familias con adolescentes gestantes encuestadas, aquellas conformadas en la etapa 1 por formación de la pareja son

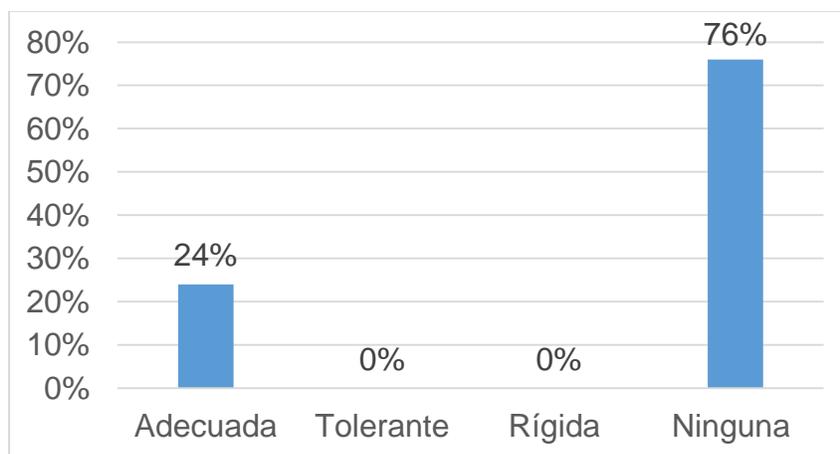
el mayor número con 96% y la etapa 3 familia con niños pre-escolares en un menor porcentaje con un 4%.

**Tabla 12. Tipo de educación brindada por parte del padre a la adolescente gestante del Hospital San Jerónimo 2017**

<b>Educación Brindada del Padre</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adecuada	12	24%
Tolerante	0	0%
Rígida	0	0%
Ninguna	38	76%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

**Gráfico 8. Tipo de educación brindada por parte del padre a la adolescente gestante HSJ, 2017.**



Fuente: Ficha Sociodemográfica

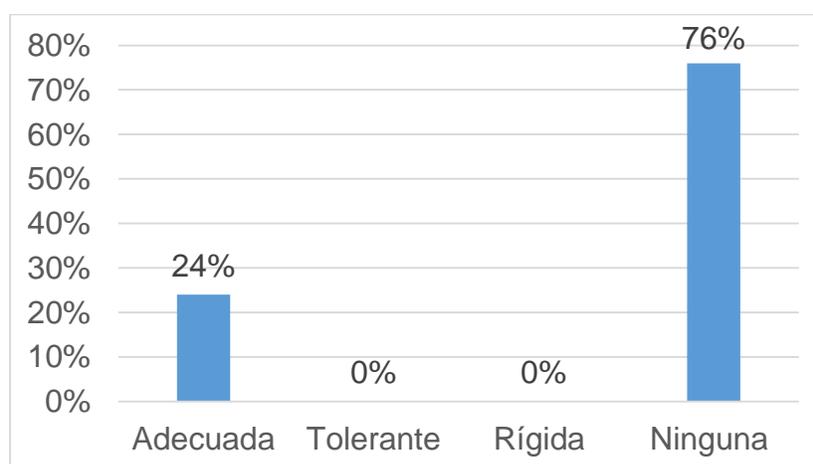
La educación brindada por el padre a la adolescentes gestantes arroja un resultado de ser muy deficiente con un 76% en la opción ninguna y una educación adecuada en un 24%, por lo que es conveniente explicar a los padres la importancia de hablar sobre estos temas y evitar complicaciones futuras.

**Tabla 13. Tipo de educación brindada por parte de la madre a la adolescente gestante del Hospital San Jerónimo, 2017**

<b>Educación por parte de la Madre</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adecuada	22	44%
Tolerante	0	0%
Rígida	0	0%
Ninguna	28	56%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

**Gráfico 9. Distribución porcentual del tipo de educación brindada por parte de la madre a la adolescente gestante del HSJ, 2017**



Fuente: Ficha Sociodemográfica

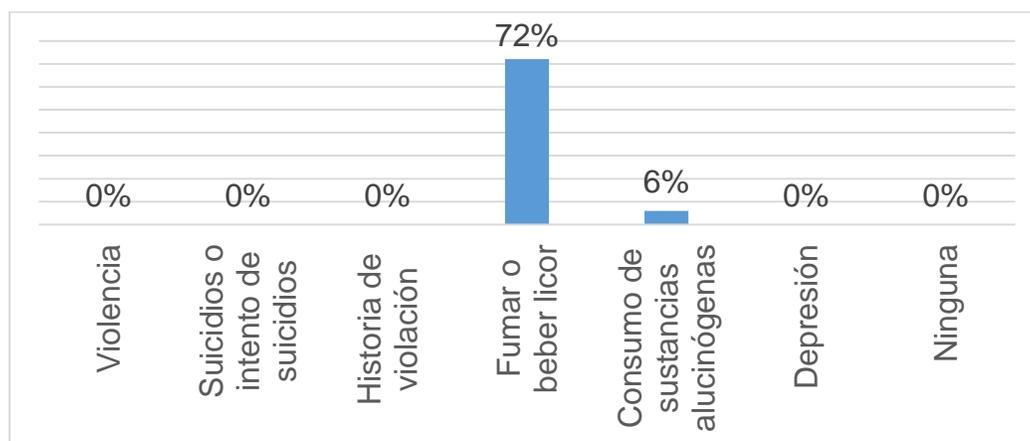
Los resultados muestran que las adolescentes gestantes no recibieron ninguna educación por parte del padre con un 56%, seguido de una educación adecuada en un 44%, lo cual es preocupante indicando que las madres no hablan sobre temas sexuales o no lo hacen previamente para evitar futuros embarazos.

**Tabla 14. Situaciones presentes en el hogar de las adolescente gestante del HSJ, 2017**

<b>Situaciones Presentes en El Hogar</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Violencia	0	0%
Suicidios o intento de suicidios	0	0%
Historia de violación	0	0%
Fumar o beber licor	36	72%
Consumo de sustancias alucinógenas	3	6%
Depresión	0	0%
Ninguna	0	0%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica.

**Gráfico 10. Distribución porcentual de situaciones presentes en el hogar de las adolescente gestante del HSJ, 2017.**



Fuente: Ficha Sociodemográfica

Los resultados muestran que las adolescentes gestantes no recibieron ninguna educación por parte del padre con un 56%, seguido de una educación adecuada en un 44%, lo cual es preocupante indicando que las madres no hablan sobre temas sexuales o no lo hacen previamente para evitar futuros embarazos.

## 5.2 ASPECTOS PSICOSOCIALES Y SEXUALES DE GESTANTES ADOLESCENTES

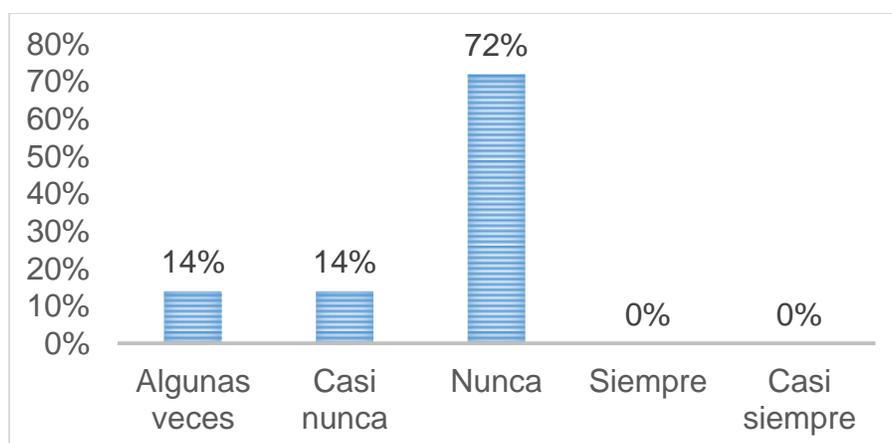
Los aspectos psicosociales y sexuales expuestos a continuación se han tenido en cuenta como factores influyentes y conductas que se han de presentar por parte de las adolescentes y sus familias dentro de la problemática que supone el embarazo adolescente en la sociedad y por su puesto en su unidad principal que es la familia.

**Tabla 15. Conversación sobre sexualidad entre los padres y las adolescentes gestantes del HSJ, 2017**

Conversación	N°	%
Algunas veces	7	14%
Casi nunca	7	14%
Nunca	36	72%
Siempre	0	0%
Casi siempre	0	0%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

**Gráfico 11. Frecuencia en que se establece conversación sobre sexualidad entre los padres y las adolescentes gestantes del HSJ, 2017**



Fuente: Ficha Sociodemográfica

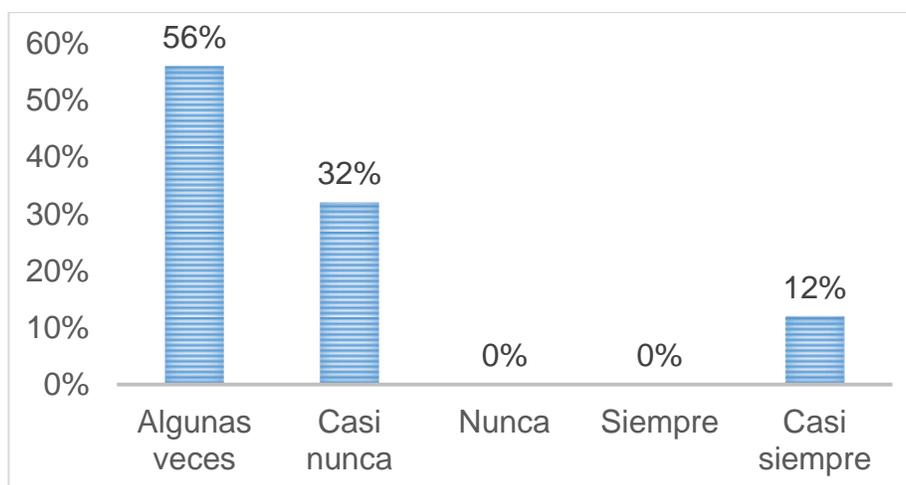
Los resultados arrojan que las adolescentes gestantes nunca conversan sobre sexualidad en un 72%, seguido de algunas veces con un 7% y casi nunca con un 7%.

**Tabla 16. Información recibida sobre sexualidad por parte de las adolescentes gestantes del HSJ, 2017**

<b>Información Reciba Sobre Sexualidad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Algunas veces	28	56%
Casi nunca	16	32%
Nunca	0	0%
Siempre	0	0%
Casi siempre	6	12%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

**Gráfico 12. Distribución porcentual de información recibida sobre sexualidad por parte de las adolescentes gestantes del HSJ, 2017**



Fuente: Ficha Sociodemográfica.

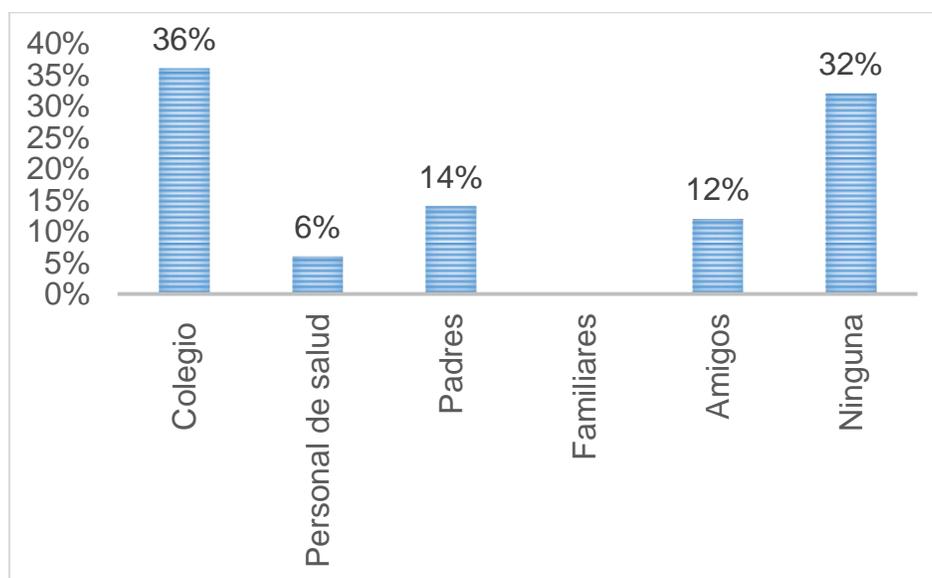
Los resultados arrojan que las adolescentes gestantes algunas veces han recibido información sobre sexualidad en un 56% seguido de un casi nunca con 32% y casi siempre con un 12%.

**Tabla 17. Fuente principal de información sobre educación sexual recibida por parte de las adolescentes gestantes del Hospital San Jerónimo, 2017**

Fuente de informacion	N°	%
Colegio	18	36%
Personal de salud	3	6%
Padres	7	14%
Familiares	0	0%
Amigos	6	12%
Ninguna	16	32%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

**Gráfico 13. Distribución porcentual de la fuente principal de información sobre educación sexual recibida por parte de las adolescentes gestantes del HSJ, 2017**



Fuente: Ficha Sociodemográfica

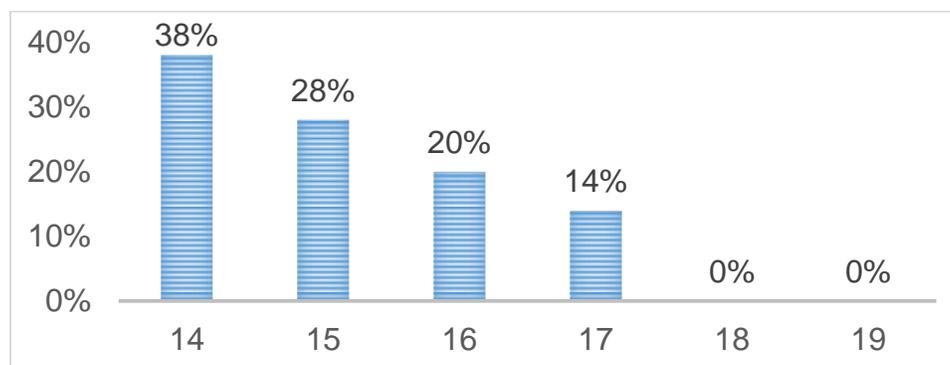
Los resultados arrojan que la información recibida sobre educación sexual en las adolescentes gestantes ha sido en mayor porcentaje en los colegios con un 36%, seguido por ninguna educación con un 32% y el más bajo valor por el personal de salud con un 6% lo que nos indica que debe aumentar el número de educación impartida a los adolescentes sobre el tema de sexualidad para evitar a largo plazo embarazos en adolescentes.

**Tabla 18. Edad de la primera relación sexual en las adolescente gestante del Hospital San Jerónimo, 2017**

<b>Edad de la 1° Relación Sexual</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
14	19	38%
15	14	28%
16	10	20%
17	7	14%
18	0	0%
19	0	0%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica.

**Gráfico 14. Distribución porcentual en la edad de la primera relación sexual en las adolescentes gestantes del Hospital San Jerónimo, 2017**



Fuente: Ficha Sociodemográfica.

Los resultados evidencian que la edad de la primera relación sexual se encuentra en edades de 14 años con un 38%, seguida de niñas de 15 años con un 28% y

edades de 17 años con un 14%, esta primera relación sexual 84% de las adolescentes encuestadas la sostuvo con su novio y 16% con un amigo.

Con relación a los resultados anteriores los resultados arrojan que la edad de la persona con la cual tuvo la primera relación sexual las adolescentes gestantes fue con jóvenes de 16 años con un 42%, de 18 años 36%, de 19 años 14% de 20 años solo el 10%.

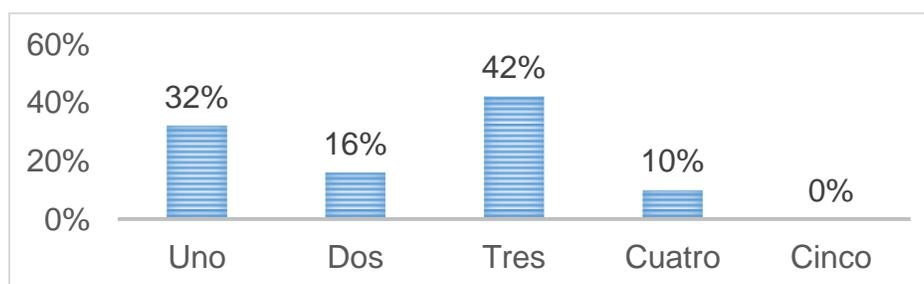
En cuanto a que si las adolescentes gestantes mantienen una relación estable 84% si la tiene y no mantienen una relación son en un 16%, es de resaltar que son directamente proporcionales los resultados de con quien sostuvo la primera relación sexual, que fue del 84% con su novio, lo que evidencia que siguen teniendo una relación antes, durante y aun después del embarazo. También es importante anotar que ninguna de las adolescentes manifestó no tener pareja.

**Tabla 19. Numero de compañeros sexuales de las adolescentes gestantes del Hospital San Jerónimo, 2017**

<b>Compañeros Sexuales</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Uno	16	32%
Dos	8	16%
Tres	21	42%
Cuatro	5	10%
Cinco	0	0%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica.

**Gráfico 15. Distribución porcentual de numero de compañeros sexuales de las adolescentes gestantes del HSJ, 2017**



Fuente: Ficha Sociodemográfica

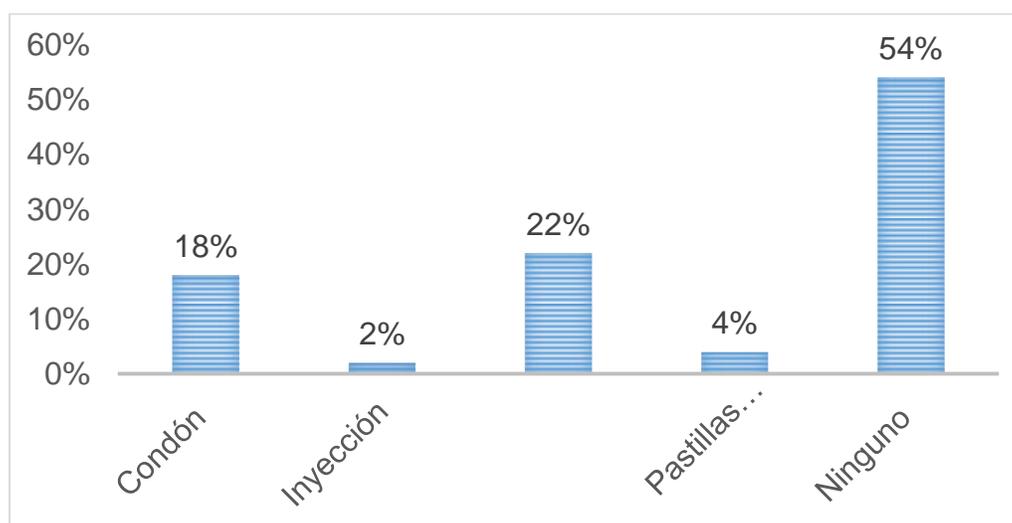
El mayor número de compañeros sexuales de las adolescentes gestantes es tres con un 32%, seguido de una pareja con un 32% y en menor número con cuatro en un 10%. Estos resultados apuntan que dentro de esta muestra la promiscuidad no se encuentra significativamente presente.

**Tabla 20. Método de planificación Familiar de las adolescentes gestantes del Hospital San Jerónimo, 2017**

<b>Método de Planificación Familiar</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Condón	9	18%
Inyección	1	2%
Retiro antes de eyaculación	11	22%
Pastillas anticonceptivas	2	4%
Ninguno	27	54%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

**Gráfico 16. Distribución porcentual de método de planificación familiar de las adolescentes gestantes del Hospital San Jerónimo, 2017**



Fuente: Ficha Sociodemográfica

Los adolescentes en un 54% no usan ningún método de planificación, seguido con el retiro antes de la eyaculación con un 22% y un menor uso la inyección con un 2%.

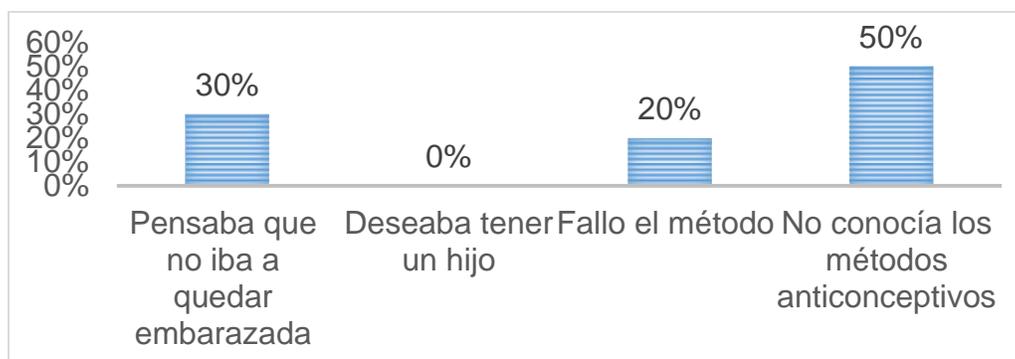
Se les pregunto a las adolescentes con respecto a estos resultados, cual es el motivo o razón por la cual no planifica o usa ningún método anticonceptivo, 78% manifestó que la razón principal era el desacuerdo de la pareja, el 12% manifiesta que antes de quedar en embarazo no usaba métodos anticonceptivos por temor a ser descubiertas por los padres y un 10% no tenía conocimiento de que método utilizar, de acuerdo con estos resultados , se evidencia que la información sobre sexualidad no es la adecuada o no existe un canal efectivo por medio del cual esta información llegue y sea asimilada por los adolescentes, a pesar que expresan que si reciben dicha información.

**Tabla 21. Razón del primer embarazo en las adolescentes gestantes del Hospital San Jerónimo, 2017**

<b>Razón del Primer Embarazo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Pensaba que no iba a quedar embarazada	15	30%
Deseaba tener un hijo	0	0%
Fallo el método	10	20%
No conocía los métodos anticonceptivos	25	50%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

**Gráfico 1. Distribución porcentual de la razón del primer embarazo en las adolescentes gestantes del Hospital San Jerónimo, 2017**



Fuente: Ficha Sociodemográfica

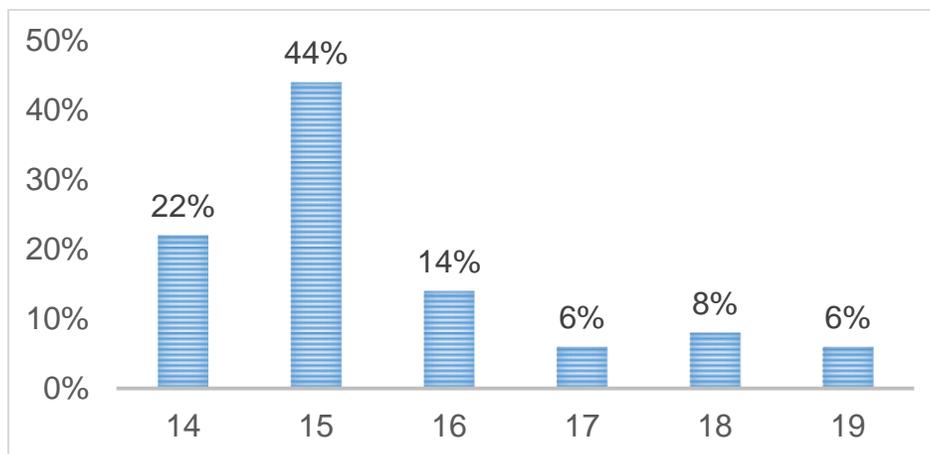
La razón del primer embarazo es por no conocer los métodos anticonceptivos con un 50% y en menor número fallo el método con un resultado de un 20%. Se evidencia relación con los resultados de planificación familiar o uso de métodos anticonceptivos, las razones principales son la ignorancia tanto del tipo de método como de su uso.

**Tabla 22. Edad al primer embarazo de las adolescente gestante del Hospital San Jerónimo, 2017**

Edad al Primer Embarazo	N°	%
14	11	22%
15	22	44%
16	7	14%
17	3	6%
18	4	8%
19	3	6%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

**Gráfico 2. Distribución porcentual de la edad al primer embarazo de las adolescente gestante del Hospital San Jerónimo, 2017**



Fuente: Ficha Sociodemográfica

La edad que tenían o tienen durante el primer embarazo de las adolescentes gestantes fue de 15 años con un 44%, seguida de niñas de 14 años con un 22%.

**Tabla 23. Número de hijos de las adolescente gestante del Hospital San Jerónimo, 2017**

Número de Hijos de Las Adolescente	N°	%
Uno	48	96%
Dos	2	4%
Tres	0	0%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha Sociodemográfica

Como se puede observar en la tabla anterior el número de hijos de las adolescentes gestantes es uno con un 96%, y en un mínimo porcentaje de dos hijos con un 4%. Resultados que son positivos comparados con los resultados

antes expuestos que muestran que un porcentaje significativo no utiliza métodos anticonceptivos.

### 5.3 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR E INFLUENCIA EN EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES ENTRE LOS 10 Y 19 AÑOS

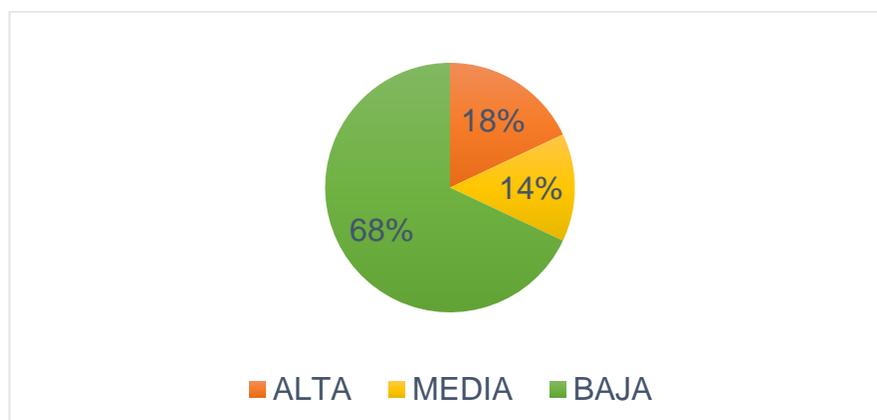
A continuación se mostraran los resultados con el APGAR el cual mide la efectividad de la funcionalidad de las familias de las adolescentes gestantes.

**Tabla 24. Nivel de funcionalidad familiar que gozan las adolescentes gestantes del Hospital San Jerónimo de Montería 2017**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
ALTA	9	18%
MEDIA	7	14%
BAJA	34	68%
TOTAL	50	100%

Fuente: Resultado de la aplicación de la Escala de Evaluación de la efectividad de la Funcionalidad Familiar. APGAR.

**Gráfico 19. Nivel de funcionalidad familiar de familias de adolescentes gestantes**



Fuente: Ficha Sociodemográfica

Se observa en la tabla 30 que las familias con adolescentes gestantes según las respuestas manifestadas por ellas presentan una baja función familiar con un 68% seguido por el nivel alto 18% y un nivel medio de 14% lo que permite decir que si se encuentra una baja funcionalidad familiar dará como resultado que cada miembro de la familia haya disfunción con la adolescente embarazada.

## 6. DISCUSIÓN

En base a los resultados se realizará la comparación con los resultados de investigaciones similares:

Hermoza<sup>54</sup>, en su Informe final del trabajo de titulación de psicólogo clínico, en la parte concerniente a datos obtenidos del Test del APGAR familiar observa que en el 48% de los casos existe disfuncionalidad familiar, en el presente estudio se observó que el 68% de los casos tienen familias disfuncionales, un 20% más de diferencia que puede ser atribuido a diferentes aspectos tales como el año del estudio y las diferencias en las regiones.

Así, Arias<sup>55</sup> et al, encontraron que el 72% presentaron disfunción familiar entre leve y severa, Guevara<sup>56</sup>, utilizando la herramienta del APGAR familiar determinó que el 73,1% presentan disfuncionalidad familiar en la presente investigación se obtuvo que el 68% de las mujeres embarazadas tienen familias disfuncionales, lo que concuerda con las investigaciones antes mencionadas.

Leyva-Sorribe<sup>57</sup>, realizaron también un estudio de casos y controles con 77 adolescentes embarazadas y 233 no embarazadas donde se determinó que la educación inadecuada, la falta de comunicación con sus padres, la falta de apoyo

---

<sup>54</sup> HERMOZA GUERRERO DX. Estructura y funcionalidad familiar de las adolescentes de 14 a 19 años con embarazo de la Provincia de Orellana. Informe Final de Trabajo de Titulación. Quito: UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR – FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS; 2012.

<sup>55</sup> ARIAS TRUJILLO M, CARMONA SERNA, CASTAÑO CASTRILLÓN JJ, CASTRO TORRES A, FERREIRA GONZALES A, GONZALES ARISTIZABAL, et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centro de ASSBASALUD ESE, Manizales Colombia, 2012.

<sup>56</sup> GUEVARA PEREZ WO. Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores pro-sicosociales asociados, en colegios de Cuenca – Ecuador 2012. Tesis previa la obtención del Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Cuenca: Universidad de Cuenca, 2013.

<sup>57</sup> LEYVA-SORRIBE V, BERROA-BONNE A, NEGRET- DUTEL D, GARCÍA J. Algunos aspectos relacionados con el embarazo a destiempo en adolescentes. Rev. Cubana Enfermera 2012; 18(2):107-111.

de su pareja, el comportamiento sexual promiscuo son factores de riesgo para el embarazo adolescente, como igualmente se encontró en el presente estudio.

En una investigación publicada en el año 2012 por Acosta-Varela<sup>58</sup> et al, donde se realizó un estudio de casos y controles con 96 adolescentes (48 embarazadas y 48 con vida sexual activa), encontrando asociación entre riesgo de embarazo y escolaridad (OR=2,66), estar casada o vivir en unión libre (OR=5), no empleo de métodos anticonceptivos por 6 meses (OR=2,78), entre otras. En la presente investigación el 100% en unión libre, el 48% presentaban escolaridad secundaria incompleta, el 54% no empleaban métodos de planificación, por lo que al parecer estos resultados difieren de lo encontrado por Acosta-Varela.

Entre las razones aducidas por las adolescentes para haber quedado embarazada están: no conocía los métodos anticonceptivos, con 50%, pensaba que no iba a quedar embarazada 30%, Falló el método en un 20%. En un estudio realizado por Rangel-Díaz<sup>59</sup>, *et al*, en 405 adolescentes embarazadas residentes en el municipio de San Luis (Cuba), entre el año 2005 y 2010, el 44,6% de ellas adujeron el desconocimiento como motivo principal del embarazo, seguido de miedo a los padres 36,3 y confiaba en mi pareja 18,8%. En cierta forma se puede asimilar el desconocimiento en el estudio de Rangel-Díaz, con que la adolescente pensaba que no iba a quedar embarazada en el presente estudio.

De la discusión realizada se puede indicar que la familia tiene un papel fundamental en la enseñanza y educación de los niños y jóvenes; sin embargo al no estar debidamente informados los adultos, las nuevas generaciones siguen creciendo con los viejos modelos e irreales en lo que respecta a la sexualidad, lo cual permite que más de la mitad de adolescentes asuman conductas sexuales de

---

<sup>58</sup> ACOSTA-VARELA M, CÁRDENAS-AYALA VM. El embarazo en adolescentes, factores socioculturales. Rev. Med Inst Mex Seguro Social 2012; 4:371-374.

<sup>59</sup> RANGEL-DÍAZ D, GONZALES-REYES E, BARRERA- HERNÁNDEZ M, PEREDA-CHÁVEZ H. Embarazo en la adolescencia: su comportamiento en San Luis. Rev. Ciencias Médicas 2012; 4:74-83.

alto riesgo, lo que significa que inician sus relaciones coitales a temprana edad, no consideran el uso de protección en las relaciones sexuales, son sexualmente activos, tienen varias parejas sexuales, por lo menos tienen relaciones sexuales más de una vez por semana; si bien es cierto los resultados parecen diferir de la realidad en cuanto a las conductas sexuales de riesgo, habría que ampliar y profundizar los estudios en otros entornos para obtener conclusiones más válidas.

## 7. CONCLUSIONES

El estudio reveló resultados de las familias con las principales características así:

- El 42% de los adolescentes que reportaron inicio de relaciones sexuales refirieron haber tenido tres parejas sexuales.
- El 60% de los adolescentes refieren no utilizar ningún método de planificación.
- La razón por la cual las adolescentes no planifican las adolescentes se encuentra en un 78% es porque la pareja no está de acuerdo con el método.
- El 68% de los adolescentes estudiados presento una familia disfuncional.
- El embarazo en adolescentes es un serio problema psicosocial que está afectando al desarrollo óptimo de los y las adolescentes.
- El embarazo precoz conlleva el abandono de los estudios por parte de la adolescente y frecuentemente no los retoma luego del nacimiento, generando desocupación y difícil reinserción laboral por falta de capacitación.
- El embarazo y parto en las adolescentes reconoce un alto riesgo de mortalidad materna, fetal y neonatal.
- La reinserción y el respeto social de la adolescente luego de su embarazo y parto, son difíciles y hasta irrecuperables si no posee el apoyo de su familia y personas más cercanas.

Estas observaciones acerca de la consistencia en los hallazgos relativos a la problemática en la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas, es un llamado a trabajar a nivel interinstitucional, intersectorial, e interdisciplinar e integrar en los planes y programas a estas poblaciones vulnerables para mejorar su calidad de vida.

## 8. RECOMENDACIONES

- Fortalecer la comunicación entre padres e hijos para de esta manera mejorar la confianza y respeto mutuo.
- Ampliar la comunicación e información sobre métodos anticonceptivos y sus respectivos usos y consecuencias.
- La mayor unión del sistema familiar fomentando actividades recreativas y tiempos de ocio en familia.
- Escucha activa y reflexivamente cada una de las intervenciones de sus hijos.
- Cada miembro del sistema familiar debe ser más afectivo.
- Implementar centros de sana diversión a cargo de psicólogos, enfermeras, obstetras que comprometen tanto a los jóvenes como a sus familias que les permita compartir gratos momentos de unión familiar y les guíe, con la finalidad de erradicar las conductas de riesgo y rescatar la funcionalidad familiar óptima.
- Desarrollar talleres con temas de conductas sexuales de riesgo y funcionamiento familiar donde los adolescentes se interrelacionen sin temor, que manifiesten los problemas que les aqueja, con la finalidad de que asuman sentimientos de autoconciencia, motivación, entusiasmo, perseverancia, y así mismo tengan la capacidad de entender y auto controlarse en cada circunstancia que se les presente.

## BIBLIOGRAFÍA

- ACKERMAN, N.W. Treating the troubled family. New York: Basic Books. 1966.
- ACOSTA-VARELA M, CÁRDENAS-AYALA VM. El embarazo en adolescentes, factores socioculturales. Rev. Med Inst Mex Seguro Social 2012; 4:371-374.
- AMAYA, P. Familias de ancianos y escolares del sector de La Estrella, Ciudad Bolívar (fase diagnóstica) 1992. Citado por CORTES OROZCO, Leidy. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes en el Municipio de Puerto Asís Departamento del Putumayo. Tesis Doctoral. 2014. P. 22.
- AMAYA, P. Salud familiar y enfermería: “Memorias del primer congreso colombiano de salud familiar” Citado por CASTELLÓN, Herminia, et al. Caracterización de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes en una comunidad urbana del Municipio de Malambo (Atlántico). Tesis Doctoral. 2014. P. 23.
- ARIAS TRUJILLO M, CARMONA SERNA, CASTAÑO CASTRILLÓN JJ, CASTRO TORRES A, FERREIRA GONZALES A, GONZALES ARISTIZABAL, et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centro de ASSBASALUD ESE, Manizales Colombia, 2012.
- CAMACHO, S. Relación entre la percepción del tipo de familia y los valores interpersonales en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de Lima-Cercado. 2002. Citado por: ARENAS AYLLÓN, S. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Tesis para optar el título profesional de Psicóloga, mención: Psicología Educativa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2009.

- CHACÓN D., CORTES A., ÁLVAREZ G., SOTONAVARRO Y. Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. En: Revista cubana de obstetricia y ginecología [online] 2015, vol. 41, n. 1.
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Proyecto de ley 150, por medio de la cual se adoptan como política de Estado los programas del ICBF relacionados con la protección de las niñas y las adolescentes embarazadas y madres. iniciativa legislativa, 26 de septiembre de 2005.
- CRAIG, G, BAUCUM D. Desarrollo psicológico. Traducido por José Carmen Pecina Hernández. 9 ed. México: Prentice-Hall Hispanoamericana. 2009.
- DÍAZ A., Sugg C., Valenzuela M. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. Citado por: QUESADA, M., et al. Caracterización social del embarazo en la adolescencia. Revista Archivo Médico de Camagüey, 2010, vol. 14, no 3, p. 0-10.
- DULANTO, E. El Adolescente. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. México 2000. p. 173 - 525. Citado por: ESCUDERO CANO, Diana y HINCAPIE ESCUDERO, Natalia. Factores personales, familiares y sociales que inciden en los embarazos de adolescentes que acuden a la secretaria de salud del municipio de Bello durante el segundo semestre de 2009. Tesis de grado. Corporación universitaria minuto de Dios.
- ENDS- Encuesta Nacional de Salud. Profamilia (en línea) consultado 14 Noviembre 2017.
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Estado de la población mundial 2013: Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. 2013.
- GÓMEZ, E., GUARDIOLA, Vera J. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Rev. Justicia Juris, 2014, vol. 10, no 1, p. 11-20.
- GONZÁLEZ C., GONZÁLEZ S. Un enfoque para la evaluación del funcionamiento familiar. Revista Mexicana de Orientación Educativa, 2008, vol. 6, no 15, p. 2-7.

- GUEVARA PEREZ WO. Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores pro-sicosociales asociados, en colegios de Cuenca – Ecuador 2012. Tesis previa la obtención del Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Cuenca: Universidad de Cuenca, 2013.
- HERMOZA GUERRERO DX. Estructura y funcionalidad familiar de las adolescentes de 14 a 19 años con embarazo de la Provincia de Orellana. Informe Final de Trabajo de Titulación. Quito: UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR – FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS; 2012.
- Ibíd. Artículo 44.
- Ibíd. Artículo 49.
- Ibíd. Artículo 50.
- Ibíd. ENDS.
- Ibíd., p, 16.
- Ibid., p. 1-2.
- Ibíd., p. 23.
- JIMENEZ GARCÉS, Clementina. Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. En: Rev. De Medicina Familiar y Atención Primaria, 2010.
- LEE, E. & MADE, P. Las relaciones sexuales y las adolescentes. Educación y comunicación en población. Año II. (8-9). 1995. Citado por MARIN L, et al. LA RELACIÓN FAMILIAR COMO UN FACTOR QUE PREDICE EL EMBARAZO ADOLESCENTE. 2010. (s.f.).
- LEY 1098 de 2006 Por la cual se expide el Código de la infancia y la adolescencia. En: Diario Oficial. Bogotá, D.C:8 nov. 2006.
- LEYVA-SORRIBE V, BERROA-BONNE A, NEGRET- DUTEL D, GARCÍA J. Algunos aspectos relacionados con el embarazo a destiempo en adolescentes. Rev. Cubana Enfermera 2012; 18(2):107-111.

- LÓPEZ, A. Material de apoyo en salud sexual y reproductiva, con enfoque de género: UDELAR. Compiladora. Cátedra libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Montevideo, febrero 2012.
- LÓPEZ, J. Constitución política de Colombia. Artículo 43. Plaza y Janes Editores Colombia S.A., 2004.
- LÓPEZ, Y. Familia, querida familia, ¿hacia dónde vas? Trabajo Social [online]. 2009, no. 11, p. 125–136.
- MÁRQUEZ, M. Embarazo de adolescentes y comunicación familiar. En: Margen [online]. México. No. 6. 1 junio de 2011.
- MENENDEZ, G., NAVAS, I., HIDALGO, Y., ESPERT, J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev. Cubana Obstet Ginecol [online]. 2012, vol.38, n.3.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN. 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Diario Oficial, No. 45.693.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y FONDO DE POBLACIONES DE NACIONES UNIDAS (UNFPA). Servicios de Salud para Adolescentes y Jóvenes. Un Modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de jóvenes y adolescentes en Colombia. 2a ed. Bogotá: Colombia, 2008. p: 26-27.
- MINISTERIO DE SALUD COLOMBIANO. Lineamientos de política de Salud de los/las adolescentes. Boletín del Ministerio de Salud, 2007, pág. 2-5.
- MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCION SOCIAL COLOMBIANO. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años. Bogotá: Resolución 412 de 2000.
- MINISTERIO DE SALUD. 4 de Octubre de 1993. Resolución 008430 de 1993. 1. Bogotá D.C., Colombia.

- MORENO, J, CHAUTA, L., Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. Revista Psicología. Avances de la disciplina [en línea] 2012, 6.
- NARANJO, J. Diagnóstico Situacional y el Marco Conceptual para la Atención Integral de Adolescentes y Jóvenes en el Ecuador. Documento técnico N°1 Quito. Citado por: TRUJILLO MARIÑO, M. El embarazo precoz: no querido pero deseado. Revista de Ciencias Sociales y Humanas, n. 18, enero-junio, 2013, p. 104.
- NIETO FERNANDEZ, Lilia. Sexo y Embarazo entre las jóvenes colombianas. En: Revista Coyuntura Social Octubre 2000, Vol. 02 N°23 pp. 83-85 citado por: ESCUDERO, D. Factores personales familiares y sociales que inciden en los embarazos de adolescentes que acuden a la secretaria de salud del municipio de Bello durante el segundo semestre de 2009. Tesis de grado. Corporación universitaria minuto de Dios. 2010.
- NOLAZCO L, RODRIGEZ, Y. Morbilidad materna en madres adolescentes. Revista de Postgrado de la Cátedra de Medicina - N° 156 – abril 2006. pág. 14 citado por: ANGOMA, L. Y POCCORPACHI, D. Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. Tesis de grado de UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Perú.
- OJEDA, Gabriel, et al. Encuesta nacional de demografía y salud 2010. Profamilia [online]. 2011.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Temas de Salud. Recuperado el 14 de Mayo de 2012.
- Op. Cit. AMAYA.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). La Familia y la Salud, 2003.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Población y Desarrollo.2013.

- OSORNO-NAVARRO, Mara M. Funcionalidad en las familias de las madres comunitarias de los hogares de bienestar infantil de Sincelejo, Colombia. *Curare*, 2014, vol. 1, no 1, p. 27-33.
- PÉREZ M, SOSA M, AMARÁN J, PINTO M, ARIAS D. Algunos aspectos relacionados con el conocimiento sobre sexualidad en adolescentes de un área de salud. *Revista MEDISAN [online]* 2009, vol. 13, n. 3.
- PROGRAMA LA CASA CESO. Dinámicas, ritmos y significados de la sexualidad juvenil. Universidad de los Andes, 2000. Colombia. Pg.28. Citado por: bolaños, j. et al. Imaginarios que tienen los y las adolescentes de 10º y 11º frente a la sexualidad, en los colegios la Salle e I. E. Alfredo Iriarte en la ciudad de Bogotá, en el primer semestre del 2008. Tesis de grado en universidad de la Salle. P. 40.
- QUESADA, M., et al. Caracterización social del embarazo en la adolescencia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 2010, vol. 14, no 3.
- RAMIREZ, C., et al. Funcionalidad familiar y enfermedad crónica infantil. *Revista Atención Familiar*, 2010, vol. 7, no 7, p. 61-73.
- RAMIREZ, G., OLVERA, H., GUILLERMO, I. Factores familiares que contribuyen a un embarazo de alto riesgo de la unidad de medicina familiar n° 75 Nezahualcòyotl. Estado de México. 2014.
- RANGEL, José Luis, et al. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev. Fac. Med UNAM [online]*. 2011, vol. 47, no 1, p. 24.
- RANGEL, José Luis, et al. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev. Fac. Med UNAM [online]*. Vol. 47, no 1, p. 24-27. Citado por: RUEDA, A., MARTINEZ, C. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. *Rev. Avances en enfermería*, 2011, vol. 29, no 1, p. 75-86.
- RANGEL-DÍAZ D, GONZALES-REYES E, BARRERA- HERNÁNDEZ M, PEREDA-CHÁVEZ H. Embarazo en la adolescencia: su comportamiento en San Luis. *Rev. Ciencias Médicas* 2012; 4:74-83.

- TRIJILLO ARIAS Carlos Mario, CARMONA SERNA Isabel Cristina, CASTAÑO CASTRILLON José Jaime, CASTRO TORRES Andrés Felipe, FERREIRA GONZALES Audrey Nathalie, GONZALEZ ARISTIZABAL Amalia Isabel et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. Archivos de Medicina (Manizales). Volumen 13 N° 2. Julio-Diciembre 2013. ISSN versión impresa 1657-320X. ISSN versión en línea 2339-3874. Universidad de Manizales. Manizales (Colombia).
- UNFPA. Embarazo adolescente [online].
- UNIVERSIDAD NACIONAL, Estilo de Vida y Desarrollo Humano. 2007. Colombia.

## ANEXOS

### ANEXO 1. Consentimiento Informado de la Adolescente

Yo \_\_\_\_\_ he recibido información verbal comprensible y clara acerca de la participación voluntaria en la investigación relacionada con la “RELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES USUARIAS DEL HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA, 2017.” llevada a cabo por Elicet Castro Fernández y Lewis López López, estudiantes de enfermería de la Universidad de Córdoba de Montería.

Para el desarrollo de este estudio se requiere el diligenciamiento de una encuesta que contiene aspectos relacionados con la caracterización sociodemográfico de la familia es decir información general sobre escolaridad, número de miembros ocupación y otros aspectos de la familia y la gestante, y una escala de efectividad de la funcionalidad familiar mediante el APGAR familiar, el cual es un cuestionario, propuesto por el Doctor Gabriel Smilkstein, médico familiar estadounidense, para evaluar la funcionalidad familiar, a través de la percepción que el individuo tenga sobre la adaptabilidad, participación, ganancia (Grow, en inglés), afecto y recursos, al interior de su familia. He obtenido información acerca del objetivo de la investigación relacionada con la caracterización de la funcionalidad familiar de las familias con adolescentes gestantes lo cual no representa ningún riesgo para mi integridad ni el de mi familia y sé que me garantiza que la información consignada será de uso exclusivamente académico y confidencial.

Información que ha sido clara y comprendo perfectamente, se me informó que los resultados en este estudio servirán de base para fortalecer y desarrollar proyectos, programas, estrategias que contribuyan al mejoramiento de la funcionalidad familiar y a su vez de la salud de familias con adolescentes gestantes.

En constancia firma:

---

ELICET CASTRO FERNÁNDEZ

---

LEWIS LÓPEZ LÓPEZ

## ANEXO 2. Carta de Solicitud de Autorización



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Rumbo a la  
**ACREDITACIÓN  
INSTITUCIONAL**

Montería, 01 de Junio del 2017

Doctor  
**WILLIAM MONTES SUAREZ**  
Subdirector Científico  
ESE Hospital San Jerónimo  
Montería.

### Cordial saludo

El Comité de Investigación y Extensión de la Facultad Ciencias de la Salud, dio su aprobación al proyecto titulado: **"RELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES USUARIAS DEL HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA, 2017"**. Este proyecto viene siendo desarrollado por los estudiantes del Programa de Enfermería: Elicet Castro Fernández y Lewis Leider López López; quienes en estos momentos y de acuerdo a su colaboración iniciaran el proceso de recolección de la información.

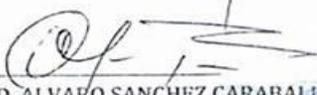
Teniendo en cuenta lo antes expuesto, solicitamos su valiosa colaboración, para que los estudiantes antes mencionados, puedan acceder a la información requerida para su estudio.

Es importante aclarar, que la recolección de los datos, se hará de forma aleatoria escogiendo una muestra representativa de las primigestantes adolescentes que asisten a atención prenatal por enfermería, que cumplen con los criterios de selección y que previamente autoricen su participación.

Le agradecemos su colaboración al respecto.

Atentamente,

  
PhD. MARILYN VILLADIEGO CHAMORRO  
Coordinador del Comité de Investigación  
Facultad Ciencias de la Salud

  
PhD. ALVARO SANCHEZ CARABALLO  
Coordinador Trabajo de Grado  
Programa Enfermería

*Yo soy  
William*



### ANEXO 3. Cuestionario APGAR Familiar

Nombre: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
	0	1	2
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y ustedes pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo (a) quiere?			

Análisis:

Puntaje Total: \_\_\_\_\_

<b>Familias altamente funcionales:</b>	<b>7</b>	<b>a</b>	<b>10</b>
<b>puntos</b>			
<b>Familias moderadamente funcionales:</b>	<b>4</b>	<b>a</b>	
<b>6 puntos</b>			
	<b>76</b>		
<b>Familias severamente disfuncionales:</b>	<b>0</b>	<b>a</b>	
<b>3 puntos</b>			

## ANEXO 4. Ficha de Datos Sociodemográficos de La Familia y Adolescente de Convivencia

Fecha y Ciudad: \_\_\_\_\_

Código de la familia: \_\_

NOTA: Seleccione sólo una respuesta en cada ítem

### I DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE DEL GRUPO FAMILIAR EN LA ENTREVISTA

1. Estrato social: 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_

Edad actual:	Mamá	Papá	Embarazada	Padre
15-16				
17-18				
19				
20-29				
30-39				
40-49				
>50				

2. Parentesco con la familia:

- Padre o madre
  - Progenitor
  - Hijo (a)
  - Abuelo(a)
  - Sobrino(a)
  - Tío(a)
  - Primo (a)
  - Nieto (a)
  - Otro: \_\_\_\_\_
- Cual

3. **Género:** Femenino \_\_\_ Masculino \_\_\_

4. **Religión:** Católica \_\_\_ evangélica \_\_\_ Ninguna \_\_\_

5. **Escolaridad:**

- Ninguna
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta

- Secundaria completa
- Técnica o tecnológica
- Universitario
- Post-universitario

6. **Ocupación:** Ninguna \_\_\_ Hogar trabaja \_\_\_ Trabaja \_\_\_ Estudia \_\_\_ Estudia y trabaja \_\_\_

7. **Vive con progenitores:** SI \_\_\_ NO \_\_\_

## II DATOS DE INFORMACION DE LA FAMILIA DE CONVIVENCIA

### 8. Tipología familiar:

- Padres e hijo(s)
- Padres, hijo(s) y pariente(s)
- Padres, hijo(s) y no Pariente(s)
- Padre e hijo(s)
- Madre e hijo(s)
- Madre (o padre) con hijos de la unión anterior y padrastro (madrastra) y/o hijos de la nueva unión.
- Madre con hijos de unión anterior, padre con hijos de unión anterior y/o hijos de la nueva unión.
- Parejas homosexuales
- Abuelos, padres y nietos
- Otros miembros familiares

### 9. Tipo de unión de la cabeza de familia :

Casado \_\_\_ Unión Libre \_\_\_ Separado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Viudo \_\_\_

### 10. Número de miembros de convivencia de la familia:

2-3 \_\_\_ 4-6 \_\_\_ 7-9 \_\_\_ 10 y más \_\_\_

### 11. Promedio Económico de Ingreso por mes en la familia:

- Menos de 1 salario mínimo
- 1 salario mínimo
- 2 salarios mínimos
- 3 salarios mínimos
- 4 salarios mínimos
- Más de 5 salarios mínimos

### 12. Ciclo vital familiar (determinar el ciclo vital familiar a partir de la cabeza de familia)

- Etapa 1: Formación de la pareja (hasta el momento del primer hijo)

- Etapa 2: Crianza inicial de los hijos (hasta los 30 meses del primer hijo)
- Etapa 3: Familia con niños preescolares (hasta los 6 años del primer hijo)
- Etapa 4: Familia con niños escolares (hasta los 13 años del primer hijo)
- Etapa 5: Familia con hijos adolescentes (hasta los 20 años del primer hijo)
- Etapa 6: Familia en plataforma de lanzamiento (hasta que el último hijo sale de la casa)
- Etapa 7: Familia de edad media (Hasta el fin del período laboral activo de uno o ambos Miembros de la pareja)
- Etapa 8: Familia anciana (Hasta la muerte de uno o ambos miembros de la pareja)

### 13. Tipo de educación recibida del padre

- Adecuada
- Tolerante
- Ninguna
- Rígida

### 14. Tipo de educación recibida de la madre

- Adecuada
- Tolerante
- Ninguna
- Rígida

### 15. Situaciones presentadas en el hogar:

Violencia\_\_\_ suicidios o intentos de suicidio\_\_\_ historia de violación \_\_\_ fumar o beber licor consumo de sustancias alucinógenas depresión\_\_\_

Ninguna:

¿Quién?\_\_\_\_\_

### 16. Embarazo en menores de edad

#### Por parte de quién

- Yo
- Madre y yo
- Madre
- Hermano (a) y yo
- Tercer grado de consanguinidad
- Otros

## III ASPECTOS PSICOSOCIALES Y SEXUALES DE GESTANTES ADOLESCENTES

### 17. Conversa con sus padres sobre sexualidad

- Algunas veces
- Nunca
- Casi siempre
- Casi nunca
- Siempre

**18. Ha recibido información sobre sexualidad**

- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre
- Casi nunca
- Nunca

**19. Primera información sobre educación sexual**

- Colegio
- Padres
- Amigos
- Personal de salud
- Familiares
- Ninguna

**20. Edad de la primera relación sexual?**

EDAD	N°
14	
15	
16	
17	
18	
19	

**21. Primera relación sexual experimentada con**

- Novio
- Amigo
- Persona que recién conocía
- Familiar
- Desconocido
- Otro

**22. Edad de la persona con la cual tuvo la primera relación (años)**

EDAD	N°
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

**23. Relación estable**

- Si
- No
- No tengo pareja

**24. Número de compañeros sexuales**

- Uno
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Cinco
- Otro

**25. Método de planificación**

- Condón
- No emplea
- Pastillas anticonceptivas
- Inyección
- Retiro antes de eyaculación
- Ninguno

**26. Razón por la cual no planifica**

- No se siente cómoda
- Temor a ser descubierto por los padres
- No sabe que método usar
- Pareja no está de acuerdo
- Otro

**27. Razón del primer embarazo**

- Pensaba que no iba quedar embarazada
- Deseaba tener un hijo
- No pensaba tener relaciones en ese momento
- Falló el método
- No conocía los métodos anticonceptivos
- Otro

**28. Edad primer embarazo (años)**

EDAD	N°
14	
15	
16	
17	
18	
19	

**29. Número de hijos**

- Uno
- Dos
- Tres