



Departamento de Postgrado

Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria

Funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Luxemburgo de la Ciudad de Macas, durante el periodo 2015

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora:

Md. Hiralda Anabel Rivadeneira Cevallos

Directora:

Dra. Ana Lucia Cárdenas Blandín

Cuenca, Ecuador, 2016

Dedicatoria

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este tan importante momento en mi vida profesional, a mi familia en especial a mi esposo Felipe, mis hijas Keyla, Kelly y Keysi, quienes han demostrado tanto amor y fe en el reto que me he impuesto en mi vida, no quiero olvidarme de mis padres y hermanos, quienes en equipo me han apoyado en la medida de sus posibilidades, y no quiero olvidarme de mis compañeros Mariela y Daniel con quienes hemos recorrido este camino profesional, si no fuera por ustedes no hubiese logrado culminar con este reto

Anabel Rivadeneira

Agradecimiento

A todas las adolescentes que colaboraron con la presente investigación

A la Universidad del Azuay y sus Catedráticos, quienes nos han impartido todos sus conocimientos.

Al Ministerio de Salud Pública y en la figura de sus Directivos, quienes tomaron la decisión de realizar el Postgrado de Medicina Familiar.

Resumen

En los últimos 2 años se ha incrementado a un 75% los embarazos de adolescentes, reportados en el Centro de Salud Luxemburgo de la ciudad de Macas en relación a los años anteriores, por lo cual con este trabajo intento determinar las cualidades familiares que determinan la mayor prevalencia de embarazos en adolescentes en nuestra comunidad. Tomando en cuenta como principal factor la funcionalidad familiar.

El presente es un estudio analítico transversal, la población que intervino es de 60 adolescentes; de 10 y 19 años, que asistieron a controles prenatales y médicos en el centro de salud Luxemburgo. Se les aplicó las encuestas de FF-SIL y otro elaborado por la autora; se creó una base de datos en Excel y SPSS.

De esta investigación se obtuvieron los siguientes resultados: la edad promedio de los pacientes encuestados está entre los 16 años y el inicio de la vida sexual entre los 15 años. El estudio incluyó igual número de personas adolescentes con embarazo y sin embarazo, evidenciándose que hay mayor número de embarazos en familias disfuncionales.

Se cumple la hipótesis y se demostró que hay una probabilidad de más del 4.16% de presentarse embarazos en la adolescencia en familias disfuncionales.

Palabras Clave: Adolescencia, Embarazo en la Adolescencia, Funcionalidad Familiar, FF - SIL

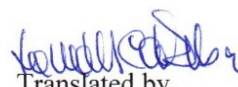
ABSTRACT

In the last 2 years, the number of teenage pregnancies reported at the *Luxemburgo* Health Center of the city of Macas has increased to 75% in relation to previous years. For that reason, this paper aims to determine the family characteristics that determine the higher prevalence of teenage pregnancies in our community, taking into account family functionality as the main factor.

This is a cross-sectional analytical study. The population was made up of 60 adolescents aged 10 and 19, who attended the *Luxemburgo* Health Center for prenatal and medical check-ups. The FF-SIL surveys and another instrument prepared by the author of this research were applied to them. A database in Excel and SPSS was created. The following results were obtained: the average age of the patients surveyed was 16; the onset of sexual activity around 15 years of age. The study included an equal number of adolescents with pregnancy and without pregnancy, however it was evidenced that there are more pregnancies in dysfunctional families. The hypothesis was fulfilled and it was demonstrated that there is a probability of more than 4.16% of pregnancies occurring in adolescence who belong to dysfunctional families.

Keywords: Adolescence, Teenage Pregnancy, Family Functionality, FF – SIL




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Índice de Contenido

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Índice de Contenido	vi
Índice de Tablas	vii
Índice de Figuras.....	viii
Índice de Anexos.....	ix
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Objetivo General:	2
1.2. Objetivos Específicos	2
1.3. Hipótesis.....	3
1.4. Justificación.....	3
Marco Teórico.....	3
2. CAPITULO 1: MATERIALES Y MÉTODOS	7
3. CAPÍTULO 2: RESULTADOS	10
4. CAPÍTULO 3: DISCUSIÓN	15
5. CONCLUSIONES	16
6. LISTA DE REFERENCIAS	17
7. ANEXOS	19

Índice de Tablas

Tabla 1.- Operacionalización de las variables	9
Tabla 2.- Análisis de Resultados Univariados	10
Tabla 3.- Análisis de Resultados Bivariados.....	12

Índice de Figuras

Índice de Anexos

Anexo 1 - Consentimiento Informado	19
Anexo 2 – Cuestionario demográfico	21
Anexo 3–Cuestionario FF-Sil	22

Hiralda Anabel Rivadeneira Cevallos

Trabajo de Graduación

Directora: Ana Lucia Cárdenas Blandín

Febrero 2016

**Funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud
Luxemburgo de la Ciudad de Macas, 2015.**

1. INTRODUCCIÓN

El Centro de Salud Luxemburgo fue creado en el año 1991 por la decisión Política del Ministerio de Salud Pública, del Gran Ducado de Luxemburgo y la Dirección de Aviación Civil que entregó en comodato los terrenos para su construcción, haciendo realidad la edificación del Centro de Salud.

El Centro de Salud Luxemburgo, urbano, cuenta con 4 barrios geográficamente ubicados en la Ciudad de Macas, los cuales son, Norte, Loma, Mirador y Centro, con una población de 4401 habitantes, de los cuales 1035 son adolescentes, de los que 539 son hombres y 496 son mujeres. El Centro de Salud cumple con las funciones operativas de primer nivel de atención y por lo tanto cumple con los programas de sexualidad del MSP.

En el Centro de Salud se observan diferentes problemas de salud, relacionados con los adolescentes entre ellos tenemos: embarazo no deseado, adicciones, violencia, violaciones y abandono familiar, siendo de mayor porcentaje el embarazo por lo que he decidido realizar el presente trabajo que tiene como finalidad conocer la realidad socio familiar de nuestros adolescentes e incentivar a los Centros de Salud a mejorar la parte de prevención y brindar mayor atención, confianza y apoyo a los adolescentes, aún más a las embarazadas.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar que entre las causas del Embarazo en Adolescente están la siguiente, por la falta del afecto dentro del entorno, familias desintegradas, migración, el uso de drogas y alcohol, modas y juegos sexuales, entre otros.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio,

requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración².

El embarazo en la etapa temprana de la adolescencia se caracteriza por inmadurez biológica, incapacidad de la pareja para cuidar a un hijo y formar una familia. Las consecuencias del embarazo en adolescentes abarcan aspectos físicos, maternos y psicosociales que interfieren con la madurez, aceptación social y familiar de la madre y su hijo³.

Para determinar el funcionamiento familiar en los hogares de las adolescentes embarazadas se utilizó la herramienta FF-SIL, prueba que nos ayudó a evaluar el funcionamiento familiar a través de la medición de los procesos más importantes de la dinámica familiar, para lograrlo se escogieron siete pilares vitales en las interacciones familiares y formularon dos preguntas para medir cada uno de estos parámetros⁴.

Estas variables son las siguientes: Cohesión, Armonía, Comunicación, Adaptabilidad, Afectividad, Roles y Permeabilidad.

El interés de la investigación, desde el punto de vista académico, se basa en aplicar una nueva herramienta de investigación como es el FF-SIL, que se esperaba que aporte con estadísticas recientes y nueva información de la problemática planteada.

Desde el ámbito profesional, como futura Médica Familiar y Comunitaria, concierne conocer de primera mano todas estas experiencias, además su aplicación en la medicina preventiva, no solo a la madre gestante sino también su entorno como núcleo familiar, también de inmiscuir a las redes de apoyo para las madres adolescentes.

El presente proyecto, constituyó una herramienta valiosa para demostrar las características familiares que conllevan a un embarazo adolescente con el firme propósito de disminuir a lo largo del tiempo la estadística de estos embarazos y establecer los mecanismos necesarios para el buen funcionamiento familiar.

1.1. Objetivo General:

Comparar la funcionalidad familiar con prevalencia de embarazos en adolescentes que acuden al Centro de Salud Luxemburgo de la ciudad de Macas, 2015

1.2. Objetivos Específicos

- Conocer la realidad socio familiar de las adolescentes embarazadas y no embarazadas.
- Establecer las posibles causas de embarazo en adolescentes.
- Determinar la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas y no embarazadas.

1.3. Hipótesis

La mayor prevalencia de embarazos en adolescentes se presenta en familias disfuncionales

1.4. Justificación

En los últimos 2 años se ha observado un crecimiento del 75% de embarazos de adolescente reportados en el Centro de Salud Luxemburgo en relación a los años anteriores, por lo cual con este trabajo intento determinar cuál es la causa principal de los mismos en nuestra comunidad.

Además pretende dar alternativas para evitar estos embarazos y así disminuir la muerte materna infantil.

Incentivar al mejoramiento de atención a los adolescentes en los Centros de Salud.

Marco Teórico

Según la UNICEF¹ “La adolescencia no es solamente una etapa de vulnerabilidad; también es una época llena de oportunidades, sobre todo para las niñas. Sabemos que cuanto más educación reciban las niñas, más probable es que retrasen el matrimonio y la maternidad, y que sus hijos gocen de mejor salud y educación.”

La adolescencia es la etapa de la vida en donde todos los seres humanos experimentamos los cambios físicos, emocionales y psicológicos que, prácticamente determinaran el resto de nuestras vidas.

Está considerada desde los 10 a los 14 años, según la UNICEF ¹“Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación”.

El desarrollo físico y sexual es más temprano en las mujeres que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones, manifestándose en tendencias similares en el desarrollo del cerebro.

“El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones¹”

“La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones.

La temeridad –un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol.

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina¹.”

Según la UNICEF ¹ “Una crianza feliz –con oportunidades para aprender, jugar y sentirse seguros– es todavía una posibilidad remota para muchos. Por el contrario, millones de adolescentes se enfrentan a trabajos peligrosos, embarazo precoz y participación en conflictos armados. Abrumados con deberes de adultos y privados de sus derechos como niños y niñas, los adolescentes están expuestos al abuso implícito que representa la falta de protección”. El despojar a las niñas de su infancia aumenta entre los adolescentes el riesgo de explotación laboral, el matrimonio prematuro, el aislamiento social, el embarazo riesgosos y la mortalidad

debidas a complicaciones relacionadas con el parto y sus hijos son más propensos a enfermedades, bajo peso al nacer y a la muerte.

Según Flórez² “El inicio de la fecundidad en la adolescencia es un fenómeno que tiene importantes implicaciones en los ámbitos personal y social, más aún cuando se produce a edades tempranas en este período. Desde el punto de vista individual, las consecuencias del embarazo en la adolescencia son amplias y en general de carácter negativo, tanto para el niño como para la madre, en particular cuando se produce al principio de la adolescencia, antes de haberse constituido una unión estable, sea esta de carácter libre o formal. Los riesgos en términos de salud, deserción escolar, pérdida de futuras oportunidades económicas y dificultades emocionales, físicas y financieras, son algunas de las consecuencias para la joven madre. En general, la fecundidad alta en la adolescencia, ante todo en la adolescencia temprana, se relaciona claramente con el truncamiento de la trayectoria educativa y con limitaciones para la participación laboral futura. En lo que respecta al niño, las consecuencias recaen en la salud —mayores riesgos de morbilidad y mortalidad durante el período neonatal—, en vista del escaso desarrollo físico y emocional de la mujer”.

Según la OMS ³ “Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos”.

El embarazo en las adolescentes es uno de los principales factores que favorecen a la mortalidad materna e infantil, a las enfermedades y pobreza.

De acuerdo a las estadísticas del INEC en el año, en el Ecuador 2 de cada 10 partos son de adolescentes; 4 de cada 10 mujeres tuvieron su primer hijo en la adolescencia, se demuestra que nuestro país tiene el mayor índice de embarazo adolescente en la Región Andina.

Según la información reportada por el Hospital General de Macas, en el periodo 2015, se atendieron a 861 controles prenatales, 228 fueron a pacientes adolescentes, lo que representa el 26.48% del total de controles prenatales.

Según Márquez ⁴ “En la actualidad los jóvenes se enfrentan a un mundo globalizado en el que el tipo de vida que se llevan los envuelve en el estrés y la falta de comunicación con las personas y -lo más importante- con la familia, lo que ocasiona que los adolescentes no tengan diálogo con los padres acerca de un tema o situación problemática”.

La falta de comunicación en los hogares causa aislamiento del adolescente hacia sus progenitores y cuando deben tomar decisiones adecuadas no tienen la confianza necesaria para conversar sobre temas de sexualidad

“De acuerdo con los estudios, la familia, en términos generales y desde su diversidad, sigue siendo la única instancia de apoyo que tienen las adolescentes embarazadas y madres. Muchas de las familias propias terminan aceptando la situación, incluso frente a circunstancias difíciles, y acogen a la adolescente, a su bebé y en algunos casos a su pareja ⁵”.

2. CAPITULO 1: MATERIALES Y MÉTODOS

El universo de embarazadas para el año 2015 fue de 157 pacientes, según la proyección poblacional del INEC otorgada al MSP, durante este periodo el centro de salud Luxemburgo atendió a 85 mujeres embarazadas adscritas al Centro de Salud y 47 no adscritas, siendo un total de 132 mujeres embarazadas atendidas en el centro de salud, de las cuales 21 pacientes adscritas y 11 pacientes no adscritas al centro de salud fueron adolescentes de 10 a 19 años de edad, siendo un total de 32 pacientes adolescentes embarazadas.

Para la presente investigación aceptaron participar 30 adolescentes embarazadas y 30 adolescentes no embarazadas entre las edades de 10 a 19 años, que asisten a controles prenatales y médicos en el centro de salud de Luxemburgo, quienes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Las pacientes aceptaron participar en el estudio y suscribieron el consentimiento informado.
- Las pacientes no embarazadas que ingresaron en el estudio debían haber iniciado su vida sexual entre los 10 y 19 años de edad.
- Las pacientes estudiadas presentaron embarazos adolescentes en el un grupo y en el otro no presentaron embarazos.

A los dos grupos se aplicó un cuestionario que fue realizado por la autora en anexo 2 y el FFSIL a los 2 grupos.

La recolección de la información fue realizada por la autora a través de las entrevistas de control y las visitas domiciliarias

Con la información recolectada se elabora una base de datos con el apoyo de programa Excel, además del uso del Programa SPSS versión 22.

El presente es un estudio analítico, transversal en el que se estableció la relación entre la funcionalidad familiar y las adolescentes embarazadas y no embarazadas, la educación sexual en el hogar y la edad del inicio de la vida sexual.

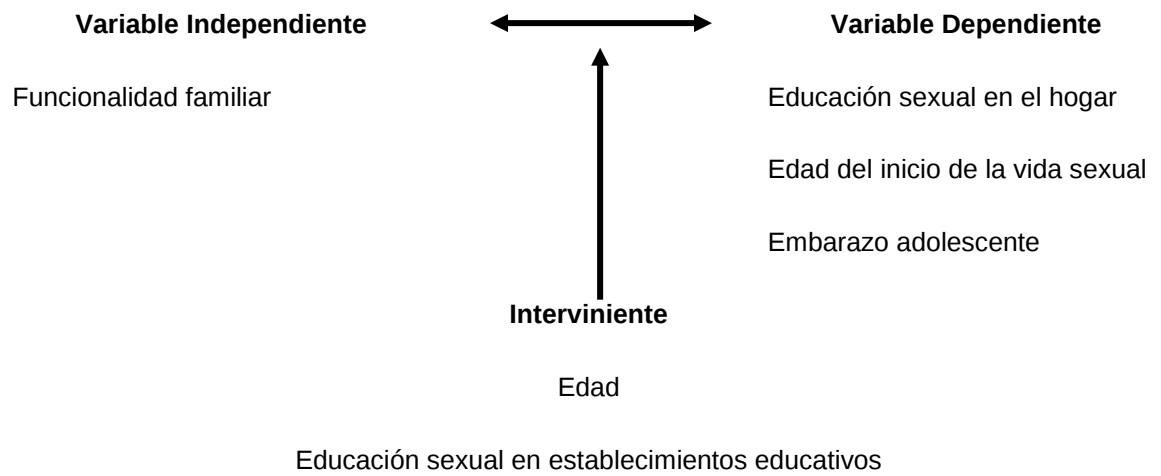


Tabla 1.- Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	ESCALA	INDICADOR
Edad	Cantidad de años, meses, días cumplidos a la fecha de aplicación del estudio.		Razón: Años	Fecha de nacimiento
Funcionalidad Familiar	Dinámica relacional interactiva y sistemática que se da entre los miembros de una familia.		Encuesta: FFSIL	Funcional Disfuncional
Educación Sexual en el Hogar	Transferencia de información sexual de padres a hijos.		Razón:	Si No
Educación Sexual En Establecimientos Educativos	Transferencia de información de docentes a estudiantes dentro de los planteles educativos.		Razón:	Si No
Edad del inicio de la vida sexual	Edad en que las pacientes encuestadas iniciaron su vida sexual		Razón:	10 – 14 años 15 – 19 años
Embarazo	Estado de gestación en el rango de edad de 10 a 19 años de edad		Razón	Si No

Para el FFSIL se aplicó la siguiente escala de categorización para su análisis

- De 70 a 57 puntos.- Familia funcional
- De 56 a 43 puntos.- Familia moderadamente funcional
- De 42 a 28 puntos.- Familia disfuncional
- De 27 a 14 puntos.- Familia severamente disfuncional.

3. CAPÍTULO 2: RESULTADOS

Tabla 2.- Análisis de Resultados Univariados

VARIABLE	NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	De 10 a 14 años	15	25
	De 15 a 19 años	45	75
	Total	60	100
EDUCACIÓN SEXUAL EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	No	6	10
	Si	54	90
	Total	60	100
EDUCACIÓN SEXUAL EN EL HOGAR	Si	16	27
	No	44	73
	Total	60	100
EDAD DEL INICIO DE LA VIDA SEXUAL	De 10 a 14 años	17	28
	De 15 a 19 años	43	72
	Total	60	100
PRESENCIA DE EMBARAZO	Si	30	50
	No	30	50
	Total	60	100
DIAGNOSTICO DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	4	7
	FAMILIA DISFUNCIONAL	34	57
	MODERADAMENTE FUNCIONAL	22	37
	FAMILIA FUNCIONAL	0	0
	TOTAL	60	118

CATEGORÍA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	COHESIÓN		14
	ARMONÍA		14
	COMUNICACIÓN		16
	PERMEABILIDAD		12
	AFFECTIVIDAD		16
	ROLES		14
	ADAPTABILIDAD		12
	TOTAL		100

Fuente: Entrevista

Elaborado: La Autora

En la tabla N°2, en la edad se determina que el 75% de los pacientes se encuentran en el rango de edad de 15 a 19 años, además que el 90% si recibieron educación sexual en los establecimientos educativos, por el contrario el 73% de los adolescentes reportaron que no han recibido educación sexual en sus respectivos hogares, podemos notar que existe un importante grupo de adolescentes que iniciaron su vida sexual entre los 10 y 14 años de edad representado el 28% de las pacientes, como se explicó en el capítulo de Materiales y Métodos, se establecieron dos grupos de control, por un lado el grupo de adolescentes embarazadas y por el otro adolescentes no embarazadas que ya iniciaron su vida sexual, dentro de la aplicación de la herramienta FFSIL se obtuvo que, el 7% de las familias de todas las adolescentes encuestadas tienen familias severamente disfuncionales, el 57% familias disfuncionales y el 37% familias moderadamente funcionales, con respecto a las categorías de la funcionalidad familiar podemos notar que, existe baja permeabilidad, así como la adaptabilidad, representando en los dos casos un porcentaje del 12%; por lo que coincide la falta de permeabilidad con la no educación sexual en los hogares.

Tabla 3.- Análisis de Resultados Bivariados

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL		EDUCACIÓN SEXUAL EN EL HOGAR		EMBARAZO	
	10 -14 AÑOS	15 - 19 AÑOS	NO	SI	SI	NO
DISFUNCIONAL	9	29	26	12	22	16
FUNCIONAL	8	14	18	4	8	14
PREVALENCIA TOTAL	0,28		0,73		0,5	
PREVALENCIA DE EXPUESTOS	0,24		0,68		0,58	
PREVALENCIA DE NO EXPUESTOS	0,36		0,82		0,36	
RAZÓN DE PREVALENCIA	0,65		0,84		1,59	
ERROR ESTÁNDAR	3,46		3,39		3,79	
ODDS RATIO	0,54		0,48		2,75	
INTERVALO DE CONFIANZA	de 0,17 a 1,71		de 0,13 a 1,73		de 0,95 a 7,98	
PORCENTAJE DE RIESGO ATRIBUIBLE POBLACIONAL A PARTIR DEL RR	-28,30%		-11,60%		31,10%	
PORCENTAJE DE RIESGO ATRIBUIBLE POBLACIONAL A PARTIR DEL OR	-44,50%		-63,60%		46,70%	
PORCENTAJE DE RIESGO ATRIBUIBLE EN EXPUESTOS A PARTIR DEL RR	-53,50%		-19,60%		42,40%	
PORCENTAJE DE RIESGO ATRIBUIBLE EN EXPUESTOS A PARTIR DEL OR	-84,10%		-107,70%		63,60%	

Fuente: Entrevista

Elaborado: La Autora

En la tabla N°3 se evidencia que aplicando el cruce de variables se obtienen los siguientes resultados, el 73% de las adolescentes no reciben educación sexual en sus hogares, el 50% de las adolescentes estuvieron embarazadas, y el 28% iniciaron su vida sexual en la adolescencia temprana.

En las familias con disfunción familiar se demuestra que, el 68% de las adolescentes no recibieron educación sexual en sus hogares, el 58% estuvieron embarazadas, y el 24% iniciaron su vida sexual en la adolescencia temprana, lo que implica que existe un 24% de adolescentes que inician su vida sexual de 10 a 14 años, en familias disfuncionales, no recibirán educación sexual en el hogar y posiblemente podrían presentar embarazo. En los pacientes con familias funcionales el 36% inician su vida sexual entre los 10 y 14 años de edad, a más de que el 82% no recibirán educación sexual en sus hogares y que el 36% podrían presentar embarazo.

Con el análisis de la razón de prevalencia podemos decir que la probabilidad de que se inicie la vida sexual entre los 10 a 14 años es de 0.65 veces mayor en familias disfuncionales, a más de que no se reciba educación sexual en los hogares es de 0.84 veces mayor en familias disfuncionales y 1.59 más veces de que se presenten embarazos en adolescentes con familias disfuncionales.

Se demuestra en la tabla que un Odds Ratio con un intervalo de confianza del 95% con un límite mayor que va de 0.17 a 1.71, se puede decir que la edad de inicio de la vida sexual de las adolescentes de 10 a 14 años es de 0.54 más veces en familias disfuncionales, con un intervalo de confianza del 95% con un límite mayor que va de 0.13 a 1.73, con un Odds ratio de 0.48 más veces de que no se reciba educación sexual en el hogar y con un intervalo de confianza del 95% con un límite mayor que va de 0.95 a 7.98 y con un Odds ratio de 2.75 más veces de que las adolescente presenten embarazos en familias disfuncionales.

Se puede evidenciar que únicamente existe riesgo atribuible a la población partiendo del riesgo relativo del 31.10% de que la población de adolescentes presenten embarazo, ya que en los casos de la edad del inicio de la vida sexual y la educación sexual en los hogares la tendencia es a la baja con resultados de -28.3% y de -11.60% respectivamente, y partiendo del Odds Ratio se demuestra que el riesgo de que la población de adolescentes presente embarazo es del 46.70% y se reiteran las tendencias en las otras variables siendo el -44.50% para el inicio de la vida sexual en los adolescentes de 10 a 14 años y el -63.60% para quienes no reciben educación sexual en sus hogares.

Con respecto al riesgo atribuible en expuestos se demuestra que el riesgo relativo de que se presenten embarazos adolescentes en familias disfuncionales es del 42.40%, y aplicando el Odds ratio es del 63.60%, por el contrario la tendencia en las variables de inicio de la vida sexual entre los 10 a 14 años y la no educación sexual en los hogares partiendo el riesgo relativo

es del -53.50% y -19.60% respectivamente y partiendo el Odds Ratio es del -84.10% y del -107.70% respectivamente.

4. CAPÍTULO 3: DISCUSIÓN

En base a estos resultados vamos realizar la comparación con los resultados de similares investigaciones:

Así, Arias, Carmona, Castaño, Castro, Ferreira, González y Mejía, encontraron que el 72,1% presentaron disfunción familiar entre leve y severa. ¹⁶Guevara, utilizando la herramienta del APGAR familiar determino que, el 73.1% presentan disfuncionalidad familiar⁶. En la presente investigación se obtuvo que el 73% de las embarazadas adolescentes tienen familias disfuncionales, coincidiendo con los resultados de la investigación mencionada; coincidiendo además con lo mencionado por RangeL L, Valerio L, Patiño J, García M ⁷, en donde indica que una de las causas del embarazo en la adolescencia es la falta de afecto en el entorno familiar y familias desintegradas.

Hermoza, en su Informe Final del Trabajo de Titulación de Psicólogo Clínico, en la parte concerniente a Datos obtenidos del test APGAR familiar observa que el 48% de los casos existe disfuncionalidad familiar ¹⁷por el contrario el 73% de los casos en la presente investigación tienen familias disfuncionales.

Uretra, en su tesis: Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho el 48.7% de las adolescentes embarazadas tienen familias disfuncionales¹⁸; por el contrario del 73% de los casos en la presente investigación tienen familias disfuncionales.

Según Así, Arias, Carmona, Castaño, Castro, Ferreira, González y Mejía, encontraron que en la edad promedio del inicio de la vida sexual es de 15.06 años ¹⁶, siendo en nuestra investigación la misma edad.

5. CONCLUSIONES

- Este estudio tuvo como objeto establecer si la funcionalidad o disfuncionalidad familiar es causante de embarazo en los adolescentes, llegando a las siguientes conclusiones:
- Se cumple la hipótesis ya que se demostró hay una probabilidad de más del 2.75 veces de que se presente embarazos en la adolescencia con familias disfuncionales.
- La menor edad con presencia de embarazo es de 14 años.
- No se recibe educación sexual en los hogares siendo un análisis no representativo
- Para reducir el embarazo en adolescentes se debería mejorar la permeabilidad y la adaptabilidad de las familias en general para disminuir el riesgo de embarazo adolescente.

6. LISTA DE REFERENCIAS

1. UNICEF. [www.unicef.org](http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf). [Online].; 2011 [cited 2010 junio. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf.
2. Flórez CE. [www.scielosp.org](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n6/28940.pdf). [Online].; 2005 [cited 2005. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n6/28940.pdf>.
3. salud omdl. <http://www.who.int>. [Online].; 2014 [cited 2014 septiembre. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
4. Márquez MdCC. <http://www.margen.org/>. [Online].; 2011 [cited 2011 junio. Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen61/marquez.pdf>.
5. UNICEF. <http://www.unicef.org/>. [Online].; 2014 [cited 2014 junio. Disponible en: [http://www.unicef.org/republicadominicana/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](http://www.unicef.org/republicadominicana/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf).
6. GUEVARA PEREZ WO. Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores procosociales asociados, en colegios de Cuenca-Ecuador 2012. Tesis previa la obtencion del Titulo de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2013.
7. Rangel L, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Revista de la Facultad de Medicina. 2004 Enero-Febrero; 47(1).
8. Fernández Paredes F, Castro García M, Fuentes Aguirre S, Ávila Reyes A, Montiel Marín B, Godínez González M, et al. Características sociofamiliares y morbilidad materno-infantil del embarazo en adolescentes. Bol Med Hosp Infant Mex. 1998 Aug;; p. 452-457.
9. Armas Guerra N, Díaz Muñoz L. Ente voces y silencios: Las Familias Por Dentro Quito: América; 2007.
10. sexoysalud.consumer.es. [sexoysalud.consumer.es](http://sexoysalud.consumer.es/etapas-de-la-vida/en-la-adolescencia). [Online].; 2015. Disponible en: <http://sexoysalud.consumer.es/etapas-de-la-vida/en-la-adolescencia>.
11. Issler JR. [http://med.unne.edu.ar/](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html). [Online].; 2001 [cited 2001 agosto. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.
12. UNICEF - UDELAR. [files.unicef.org](http://files.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf). [Online].; 2003 [cited 2003 noviembre. Disponible en: http://files.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf.

13. Gallo GD. <http://www.uvsfajardo.sld.cu/>. [Online].; 2015 [cited 2015. Disponible en: http://www.uvsfajardo.sld.cu/sites/uvsfajardo.sld.cu/files/promocion_de_salud_familia_gdehesa.pdf.
14. www.educativo.atalca.cl. www.educativo.atalca.cl. [Online].; 2004 [cited 2004. Disponible en: http://www.educativo.atalca.cl/medios/educativo/articulosydoc/familia_educacion.pdf.
15. Noguera N, Alvarado H. <http://www.uelbosque.edu.co/>. [Online].; 2011 [cited 2011 10 24. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf.
16. Arias Trujillo M, Carmona Serna , Castaño Castrillón JJ, Castro Torres A, Ferreira González A, González Aristizábal , et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. Manizales;; 2012.
17. Hermoza Guerrero DX. Estructura y funcionalidad familiar de las adolescentes de 14 a 19 años con embarazo de la Provincia de Orellana. Informe Final del Trabajo de Titulación. Quito: UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR - FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS; 2012.
18. Urreta Palacios E. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Lima: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, FACULTAD DE MEDICINA HUMANA, E. A. P. DE ENFERMERÍA; 2008.
19. GÓMEZ MDLM. Embarazo en la adolescencia. ; 2014 Junio.
20. GUEVARA PEREZ WO. Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores procosociales asociados, en colegios de Cuenca-Ecuador 2012. Tesis previa la obtencion del Titulo de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2013.

7. ANEXOS

Anexo 1 - Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Hiraldá Anabel Rivadeneira Cevallos.

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a mujeres que son atendidas en el Centro de Salud LUXEMBURGO y que se les invita a participar en la investigación "Funcionalidad Familiar en las adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud Luxemburgo de la Ciudad de Macas durante el periodo 2014 – 2015."

Introducción

Yo soy la Dra. Anabel Rivadeneira, soy estudiante de la universidad del Azuay, del Posgrado de Medicina Familiar Y. Estamos investigando sobre la Funcionalidad Familiar en las adolescentes embarazadas, que es un tema muy importante en nuestro medio. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participa o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me para según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí directamente.

Propósito

Determinar si la mayor incidencia de embarazos en adolescentes se presenta en familias disfuncionales.

Tipo de Intervención de Investigación

Únicamente se requerirá información verbal de parte del investigado, además se realizarán visitas a su domicilio con el fin de realizar controles médicos de su condición.

Selección de participantes

Estamos invitando a adolescentes embarazadas y no embarazada con vida sexual activa.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta casa de salud y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Confidencialidad

Con esta investigación, se realiza algo fuera de lo ordinario en su comunidad. Es posible que si otros miembros de la comunidad saben que usted participa, puede que le hagan preguntas. Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá la información encerrada con llave. No será compartida ni entregada a nadie excepto a la Universidad del Azuay de ser requerida.

Compartiendo los Resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Habrá pequeños encuentros en la comunidad y estos se anunciarán. Después de estos encuentros, se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar cualquiera de las siguientes personas: Dra. Ana Cárdenas directora de la presente investigación.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Día/mes/año

Anexo 3–Cuestionario FF-Sil



Universidad del Azuay
 “Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria”

Formulario recolección de datos para realizar investigación:

“Funcionalidad Familiar en las adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud Luxemburgo de la Ciudad de Macas durante el periodo 2014 – 2015.”

FORMULARIO 1 FF SIL

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