

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y RIESGO DE EMBARAZO  
ADOLESCENTE EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA -  
AREQUIPA 2021**

**Tesis presentada por:**

HERRERA CARPIO, Milagros Xiomara  
ZEGARRA DIAZ, Guadalupe Jeanette

**Para optar el Título Profesional de:  
ENFERMERAS**

**ASESORA:**

Mg. LEYVA MARQUEZ, Evelyn Gianina

**AREQUIPA – PERÚ**

**2022**

## ACEPTACIÓN DE LA ASESORA

La presente tesis FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y RIESGO DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA - AREQUIPA 2021 reúne las condiciones y tiene mi conformidad.



---

Mg. Evelyn Gianina Leyva Marquez

Asesora

---

## MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Maria Belen Nuñez Vasquez	Presidenta
Mg. Evelyn Gianina Leyva Marquez	Vocal
Mg. Nancy Ana Coaquira Machaca	Secretaria

La presente tesis sustentada el 26 de agosto del 2022, APROBADA POR UNANIMIDAD, queda conforme para seguir con el trámite correspondiente.



---

Mg. Nancy Ana Coaquira Machaca

Secretaria

## ÍNDICE

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

**INTRODUCCIÓN**

**CAPÍTULO I: EL PROBLEMA** 8

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 8

B. OBJETIVOS 11

C. ALCANCES Y LIMITACIONES 11

**CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO** 12

A. ANTECEDENTES 12

B. BASE TEÓRICA 15

C. HIPÓTESIS 35

D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES 35

**CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO** 38

A. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 38

B. PROCEDIMIENTO 38

C. DESCRIPCIÓN DEL LUGAR DE ESTUDIO 39

D. POBLACIÓN Y MUESTRA 39

E. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 41

F. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS 41

**CAPÍTULO IV: RESULTADOS** 42

A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 42

B. DISCUSIÓN 52

**CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES** 54

A. CONCLUSIONES 54

B. RECOMENDACIONES 55

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**ANEXOS**

## RESUMEN

La presente investigación de título “Funcionamiento familiar y riesgo de embarazo adolescente en una institución educativa pública - Arequipa 2021” tuvo como objetivo precisar de que modo se relaciona el funcionamiento familiar con el riesgo de embarazo. La investigación es de tipo descriptiva-cuantitativa y de diseño correlacional, con una población conformada por 303 adolescentes de sexo femenino y una muestra de 171 participantes. El método empleado en el presente estudio fue la encuesta, la técnica elegida fue el cuestionario y los instrumentos fueron la Escala de efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E) y la Escala de Valoración de Riesgo de Embarazo (REND).

Nuestros hallazgos demuestran que la mayoría de las adolescentes obtuvieron un funcionamiento familiar bajo (59.6%) y un riesgo de embarazo moderado (72.5%). En cuanto a la relación entre las variables investigadas, no se halló relación estadísticamente significativa ( $P \geq 0.05$ ). Sin embargo, las dimensiones mantenimiento del sistema e individuación si demostraron relación significativa con el riesgo de embarazo ( $P < 0.05$ ).

**Palabras clave:** Funcionamiento familiar, riesgo de embarazo, adolescentes.

## **ABSTRACT**

Our investigation is called "Family functioning and risk of adolescent pregnancy in a public educational institution-Arequipa 2021" aimed to determine how the Family functioning and risk of pregnancy are related, the study type is quantitative-descriptive with correlational design. The population consisted of 303 female adolescents and a sample of 171 participants. The survey was the method used, the chosen technique was the questionnaire and the instruments were: Family Functioning Effectiveness Scale (ASF-E) and Pregnancy Risk Assessment Scale (REND).

Our findings show that most of the adolescents had low family functioning (59.6%) and a moderate risk of pregnancy (72.5%). Regarding the relationship between the variables investigated, there wasn't significance ( $P \geq 0.05$ ). Anyhow, the system maintenance and individualization dimensions did show significance with the risk of pregnancy ( $P < 0.05$ ).

**Key words:** Family functioning, risk of pregnancy, adolescents.

## INTRODUCCIÓN

En nuestro país el embarazo adolescente se presenta en porcentajes preocupantes y supone un impacto multidimensional; en lo biológico, psicológico y social, al igual que todas aquellas circunstancias que están relacionadas al embarazo adolescente y que implican un riesgo. Ante esta situación el Gobierno Peruano ha identificado al embarazo en esta etapa de vida como uno de los problemas prioritarios del país y ha dirigido esfuerzos para su abordaje haciendo mayor hincapié en la formación sexual y reproductiva, por medio de una atención integral en servicios diferenciados, sin embargo, ello no es suficiente para reducir potencialmente las tasas de embarazo adolescente.

Por otro lado, un elemento de mucha relevancia en la vida de nuestros adolescentes es la familia, puesto que es el entorno más próximo en el cual los adolescentes se desarrollan y adquieren habilidades para afrontar los cambios y retos propios que su edad conlleva. Lamentablemente esta se viene viendo afectada, percibiéndose un aumento en hogares monoparentales, disfuncionales y presencia de violencia intrafamiliar. Este tipo de hogares no ofrecen un ambiente saludable para los adolescentes, ya que los ponen en una condición de mayor vulnerabilidad y predisponen a desarrollar conductas riesgosas.

En la práctica diaria de la atención en adolescentes gestantes se ha observado un factor reiterativo: un funcionamiento familiar inadecuado. Esta observación nos lleva a realizar la presente investigación con el objetivo de precisar en que modo se relaciona el funcionamiento familiar y el riesgo de embarazo adolescente en una I.E de Arequipa. La cual fue ejecutada entre junio y julio del 2021 en 171 estudiantes mujeres, con el propósito de ofrecer información con base científica que sirva de fundamento para estrategias preventivo promocionales de Enfermería en las áreas de Salud Familiar y Atención Integral Etapa Vida Adolescente para la reducción de las tasas de embarazo adolescente y así contribuir a su disminución de manera significativa.

En la investigación se encontraron como hallazgos principales que gran parte de adolescentes presentaban un funcionamiento familiar bajo y un riesgo de embarazo

moderado, el cual es un resultado preocupante que nos alarma sobre su situación actual y el impacto que ello podría tener en un futuro. Si bien es cierto no se pudo demostrar correlación directa entre las variables estudiadas, si se identificó una relación de significancia entre la variable de riesgo de embarazo con dos de las dimensiones del funcionamiento familiar: la individuación y el mantenimiento de sistema.

El abordaje de este estudio se justifica en que, con los resultados del mismo, otros estudiantes, profesionales o investigadores de la carrera profesional de enfermería podrán ampliar sus conocimientos y de esta forma comprender mejor el fenómeno. Así mismo, la investigación invita a abordar la temática con mayor profundidad o desde otras perspectivas para así tomar medidas más efectivas en beneficio de la salud de los adolescentes. Puesto que; teniendo en cuenta su competencia laboral y profesional, son los enfermeros y enfermeras los más idóneos para desarrollar intervenciones integrales de prevención y promoción en esta etapa de vida, en la familia de los adolescentes y en su entorno.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

El embarazo adolescente también es conocido como embarazo precoz debido a que la persona en esa etapa de vida no ha desarrollado una madurez a nivel emocional suficiente para desempeñar las responsabilidades maternas (1). La OMS (2), considera a la adolescencia como una de las etapas más cruciales en el individuo y los ubica en el rango de edad entre los 10 y 19 años. Mientras que el MINSA (3), considera la etapa adolescente entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días. Ambas fuentes coinciden en que estas edades se encuentran caracterizadas por una amplia gama de cambios y un ritmo de crecimiento acelerado.

Acorde con la OPS y la OMS (4), en el año 2018 los primeros dos continentes con mayores tasas de embarazo precoz fueron África y Latinoamérica y el Caribe, con 66.5 y 46 niños nacidos por cada 1,000 mujeres de entre 15 y 19 años, respectivamente. Asimismo, el embarazo es una de las causas primarias de mortalidad entre las edades de 15 a 24 años en América. Por otro lado, la mortalidad de neonatos hijos de mujeres menores de 20 años duplica a la de



neonatos hijos de mujeres de 20 a 29 años, lo cual significa que hay un mayor riesgo de muerte neonatal en neonatos de madres jóvenes.

En nuestro país el embarazo precoz supone un problema de Salud Pública, la fecundidad en los adolescentes sigue una tendencia prácticamente estática con ligeras variaciones. De acuerdo con el INEI (5,6), en 2017 se alcanzó una tasa de fecundidad adolescente de 13,4%. En el año 2018, entre las adolescentes de 15 a 19 años, el 12,6% estuvieron en alguno momento gestando, el 9,3% de estas mujeres ya habían sido madres y el 3,3% se encontraban por primera vez en ese estado. Asimismo, según la SPGO (7), el embarazo adolescente en el Perú ha aumentado en un 12% durante la pandemia del Covid-19.

A nivel regional se sigue un patrón similar, ya que según la ENDES (5,6) en el 2017 y 2018 se registró un 6.6% y 6,9%, respectivamente, como tasa de fecundidad en los adolescentes arequipeños. Por otro lado, el Instituto Nacional de Informática y Estadística (8) nos aporta los siguientes datos sobre la maternidad entre los 15 a 19 años: En el 2017 en el sector urbano el porcentaje de madres adolescentes fue de 5.6% mientras que en el sector rural fue mucho mayor registrando un 12.2%. Esta problemática ha disminuido en los últimos años pero tan solo en 1.2%, ya que en el censo del 2007 se registraba un 7.2% de madres adolescentes en la región de Arequipa frente a un 6% en el año 2017.

La familia es un contexto decisivo en determinar la forma en como los integrantes de la unidad familiar se comportan. Esta influencia es mayor en los miembros adolescentes y por ende en sus interrelaciones, las cuales se ven influidas por las creencias, comportamientos y otros recursos que la familia posea (9). Por tanto, un buen entorno familiar generará un ambiente psicosocial en el cual el adolescente pueda desarrollarse adecuadamente a nivel personal y social, evidenciándose en las relaciones con sus pares y en la toma de decisiones adecuadas.

Respecto a la situación familiar a nivel internacional, la ONU (10) refiere que en el 2019, la mayor tasa de hogares conformados por un solo progenitor se encontraba en Latinoamérica y el Caribe con un porcentaje de 11% respecto a las demás

regiones. La mayoría de estos hogares monoparentales estaban dirigidos por mujeres, contexto en el cual la crianza de los hijos suponía un gran problema a enfrentar. Las mujeres en esta situación deben ser soporte económico del hogar y a su vez responsables del cuidado de sus hijos. Esta situación dificulta ofrecer a los hijos un entorno favorable para un desarrollo adecuado.

Por otro lado, en nuestro país la disfuncionalidad familiar es una problemática en crecimiento. En el 2018 se registraron 16 742 divorcios, 3144 más que en el año 2014, donde se registraron 13 598 divorcios. En el mismo periodo, la Policía Nacional del Perú recibió 222 376 denuncias por violencia familiar, lo que evidencia un alza de 79.3% en relación con el 2012 (11). Esto evidencia el aumento de hogares disfuncionales, ya sea por falta de presencia de ambos padres o por la existencia de violencia intrafamiliar, dos factores que pueden llegar a afectar significativamente el funcionamiento de la familia.

A nivel local, acorde con un estudio producido por la UCSP en adolescentes de 13 a 17 años (12), se extrajo que el 58% de adolescentes indicaron que se presentaban peleas entre sus progenitores, el 26% de mujeres y el 35% de varones sufrieron maltrato verbal por parte de su familia y el 10% y 11% sufrieron maltrato físico. Además de acuerdo con la SUNARP (11), respecto al número de divorcios registrados en los primeros cinco meses del 2019 en el Perú, Arequipa es el segundo departamento con más números de divorcios, sumando un total de 413 divorcios registrados.

Un adecuado funcionamiento familiar se traduce en la capacidad de la familia de lograr orden, unificación y equilibrio para hacer frente a los diferentes cambios que se presenten en todas las etapas de vida, influyendo en el comportamiento de sus miembros y posibilitando su bienestar (13). La influencia del funcionamiento familiar es incluso mayor en la adolescencia, ya que precisamente es un periodo lleno de transiciones. Es por ello que pueden surgir comportamientos irresponsables cuando el funcionamiento familiar es inadecuado, como por ejemplo: el embarazo adolescente.

Teniendo en cuenta la problemática expuesta, es necesario llevar a cabo la presente investigación para dar respuesta a la interrogante que a continuación se presenta:

**¿Cuál es la relación que existe entre el funcionamiento familiar y el riesgo de embarazo adolescente en una Institución Educativa Pública – Arequipa 2021?**

## **B. OBJETIVOS**

### **1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de embarazo adolescente en una Institución Educativa Pública – Arequipa 2021.

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 2.1. Caracterizar a la población de estudio según edad, año que cursa, lugar de procedencia y tipo de familia.
- 2.2. Determinar el funcionamiento familiar: mantenimiento del sistema, cambio del sistema, individuación y coherencia en las familias de la población de estudio.
- 2.3. Identificar el riesgo de embarazo: conducta sexual, intención de embarazo y conocimiento de métodos anticonceptivos en la población de estudio.
- 2.4. Establecer la relación entre el funcionamiento familiar con el riesgo de embarazo en la población de estudio.

## **C. ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **ALCANCES**

Los datos obtenidos podrán generalizarse a poblaciones con propiedades similares a la estudiada.

### **LIMITACIONES**

No se identificaron limitaciones.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **A. ANTECEDENTES**

**Summers L. Y Lee Y. (2017) África**, efectuaron un trabajo de investigación sobre los factores que acentúan el riesgo de embarazo por medio de un estudio de tipo exploratorio en adolescentes afroamericanas que residen en áreas empobrecidas. Los resultados hallados indican que los factores más influyentes son: Influencia de los padres y de los compañeros, mensajes sociales, uso de sustancias y deseo de embarazo. (14)

**Alonso M. Lozano A Y Armendáriz M. (2017) México-Nuevo León**, llevaron a cabo un estudio para detallar la interrelación entre el funcionamiento familiar e ingesta de alcohol. Con su estudio descriptivo correlacional aplicado en 362 adolescentes de secundaria se obtuvo que un 23.8 % presentaba disfunción familiar moderada o severa, concluyéndose así que la funcionalidad familiar es un factor relevante en las conductas de los adolescentes. (15)

**Lima M. Guerra M Y Lima J. (2017). España-Sevilla**, realizaron su estudio sobre la relación entre los estilos de vida de adolescentes escolares y su funcionamiento familiar, mediante su estudio descriptivo correlacional realizado en 181 adolescentes se obtuvo que un 18.6% de adolescentes tenía un funcionamiento familiar leve o grave. Además, concluyeron que el funcionamiento familiar es un factor de riesgo fuertemente vinculado con el inicio de relaciones sexuales completas. (16)

**Carrillo C. Y Manzanero D. (2018) México-Zacatecas**, realizaron su estudio con el objetivo de describir los factores de riesgo y puntos de vista de las adolescentes con relación a la sexualidad, embarazo y anticoncepción mediante un estudio transversal-descriptivo efectuado en 137 adolescentes. Los resultados encontrados indican que las adolescentes de 13 a 14 años practican hábitos desfavorables que representan un factor de riesgo para un embarazo temprano tales como la ingesta de alcohol (50%) y de cigarro (21.2%). (17)

**Rodríguez M. (2016). Perú-Jaén**, efectuó su investigación para conocer las actitudes sobre sexualidad mediante un estudio descriptivo-transversal en 151 estudiantes de 18 años. Se identificó como factores predisponentes al embarazo precoz que un 78,1% del total ya habían iniciado su vida sexual, siendo la edad media los 16/15 años, asimismo el 27% prefiere recibir información sobre sexualidad y métodos de anticoncepción de sus amigos como principal referente. (18)

**Boza N. (2017). Perú-Huancayo**, realizó su trabajo de investigación para determinar las relaciones entre funcionalidad familiar, violencia escolar y características demográficas de su población de estudio; el cual fue descriptivo correlacional sobre una población de 291 adolescentes de secundaria del tercer, cuarto y quinto año; los resultados muestran un elevado porcentaje de disfunción familiar leve (33.7%), moderada (27.1) y severa (15.3%) por lo que el 76.1% obtuvieron algún grado de disfunción familiar. (19)

**Villanueva E, et al. (2020). Perú-Puno,** realizó su estudio sobre la relación entre las habilidades sociales y el funcionamiento familiar en los participantes del mismo. Dicha investigación descriptiva correlacional fue aplicada a 251 adolescentes, y de ella se extrajo que el nivel de disfunción familiar más recurrente fue la disfunción leve con 29.9%, siguiéndole la disfunción moderada con 25.9% y finalmente la disfunción grave que registro 9.2%. (20)

**Montesino G. (2019). Perú-Arequipa,** ejecutó su estudio a fin de identificar la relación entre el funcionamiento familiar y el nivel de autoestima de su población con un estudio descriptivo-correlacional, dicha población consto de una muestra final de 53 menores que cursaban el 5<sup>to</sup> de media. Dentro de los resultados obtenidos la mayoría registro tener una familia moderadamente funcional (62.3%), sin embargo, un 9.4 % de los participantes registró una familia disfuncional. (21)

**García G. Y Diez Canseco M. (2019). Perú-Arequipa,** buscaron plantear la interrelación entre la influencia de la funcionalidad familiar y su estructura sobre el grado de resiliencia. El estudio ex post facto retrospectivo simple fue aplicado a 393 adolescentes de instituciones educativas situadas en áreas de pobreza y pobreza extrema, obteniéndose que según los componentes del funcionamiento familiar: 103 adolescentes tenían una mala comunicación familiar, 214 una adaptabilidad familiar caótica y 116 con cohesión familiar desligada. (22)

**Ramos L. (2019). Perú-Arequipa,** realizó su investigación respecto a la relación entre el nivel de comunicación familiar y el riesgo de embarazo adolescente. Se trata de una investigación descriptiva correlacional en 235 estudiantes de secundaria del cuarto y quinto año; donde se obtuvo que el 38,51% de los estudiantes tuvieron relaciones sexuales y que además el 64,91% manifiesta no utilizar ningún método anticonceptivo, factores que aumentan el riesgo de embarazo adolescente. (23)

## **B. BASE TEÓRICA**

### **1. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

#### **1.1. Definición de funcionamiento familiar**

Entendiendo a la familia como un sistema, el término hace referencia a la facultad para organizarse y dar una respuesta efectiva a las exigencias tanto de sus integrantes como de su medio durante todo el ciclo vital familiar, logrando que cada miembro se sienta conforme con su familia y pueda controlar el estrés frente a ciertas exigencias a través del cumplimiento de las dimensiones para el alcance de las metas del funcionamiento familiar (24). Por tanto, el funcionamiento familiar es clave en la forma en que el ser humano responde ante las situaciones problemáticas que se presentan.

García, Méndez, Rivera y Peñaloza (25), mencionan también que el funcionamiento familiar es un término que se vincula con las pautas de relaciones dinámicas entre los integrantes de la familia y por tanto con la competencia de estos para adaptar sus interrelaciones a las necesidades o cambios que su ciclo de vida exija, tratándose no solo de relaciones internas sino también externas. Es decir, un evento puede conllevar repercusiones sobre el individuo, sobre su familia y también sobre el entorno en el cual la familia se desarrolla, tal como el entorno escolar, comunal, social, etc.

Así mismo, se precisa como la forma en que entre las partes de la familia se establecen los lazos de apego y como internamente se autoajusta su organización para hacer frente a los obstáculos propios de las familias a través del tiempo, mediándose o dificultándose dicho ajuste en función al tipo de comunicación que la familia tenga desarrollada (26). Como se puede apreciar, son distintas las orientaciones, conceptos y autores que definen la funcionalidad familiar, sin embargo, un punto en común es que: es en la respuesta frente al cambio y los problemas, donde se percibe que tan funcional es una familia.

El funcionamiento familiar es un constructo multifactorial, debido a que son muchos los elementos que median para su mantenimiento, algunos de los más importantes son las habilidades comunicacionales eficientes, la proximidad, el interés, el apoyo

familiar, así como también la reglas, roles y límites establecidos. En contraste, las críticas, los mensajes ambiguos y las reglas poco definidas son factores negativos que dificultan el mantenimiento del sistema familiar (25). Como podemos notar son muchos los factores que median positiva o negativamente en la familia y su funcionalidad, no solo es multifactorial sino también es complejo ya que dichos factores afectan en distintos niveles y de forma diferente a cada familia, ya que cada sistema es único.

### **1.2. Impacto del funcionamiento familiar en los miembros**

Según Chulli, Cárdenas y Vilca (26), si el funcionamiento de la familia es favorable se propiciará un ambiente de armonía en el cual los miembros de la familia podrán desenvolverse en la gestión de emociones, la comprensión de la identidad, la seguridad en sí mismos y en sentirse bien dentro de su propia familia. Sin embargo, si el funcionamiento es desfavorable, acorde con Siguenza, Bunay y Guamán (27), se incrementa la probabilidad de presentarse conflictos entre sus integrantes. Lo que se evidencia en problemas de comunicación y/o en dinámicas donde un miembro de la familia entra en conflicto con otro, descarga su molestia contra un miembro ajeno al conflicto (triangulación) o donde dos miembros se unen en contra de otro (coalición).

Así mismo, García (24) menciona que cuando las funciones familiares no son cumplidas se da lugar a la disfunción, lo cual predispone a presentar problemas de salud no solo emocionales sino también físicos. Mientras que, cuando existe funcionalidad dentro de la familia sucede lo contrario, conservándose la salud e impulsándose un integro desarrollo de los que la conforman. Por consiguiente, es sustancial que los profesionales de la salud dirijamos nuestra mirada a esta temática, ya que como podemos notar el grado de funcionalidad tiene un gran impacto no solo en la armonía familiar sino también en la salud de sus miembros en todos sus ámbitos.

### **1.3. Componentes**

El número y enfoque de los componentes del funcionamiento familiar varían en cuanto a los autores. Para Siguenza, Bunay y Guamán (27), intervienen los



componentes de cohesión; referido al grado de vinculación afectiva, la adaptabilidad; referida a la capacidad de cambio y ejercicio de autoridad y la comunicación que debe ser simétrica y recíproca ya que es el componente intermediario para alcanzar los dos anteriores. Por otro lado, Huaiquifil y Barra (28) mencionan a la comunicación y a la solución de problemas. Sin embargo, para el presente estudio, consideraremos profundizar los componentes según Friedemann por enfocarse desde el panorama de la Enfermería. Rey, Bolívar y Martínez (29), citando a Friedemann consideran 4: mantenimiento del sistema, cambio del sistema, individuación y cohesión.

El primero incluye actividades que satisfacen las exigencias físicas, afectivas y del entorno de los integrantes proporcionando una percepción de seguridad y autonomía y por consiguiente el soporte del sistema familiar. El segundo hace alusión a que; frente a condiciones de tensión, la familia debe afrontar los requerimientos externos mediante la adopción de nuevos saberes o competencias. El tercero es el conjunto de roles de cada miembro que posibilitan expandir la visión respecto a sí mismo y a su ambiente extrínseco para interrelacionarse con este, mediante actividades tangibles como intangibles. Y el cuarto, engloba la compenetración entre los que conforman la familia y el modo de interrelacionarse para mantener los nexos; por medio de valores y creencias, también admite que los integrantes de la familia son únicos y peculiares.

Como podemos ver existe discrepancia en cuanto a los componentes de la funcionalidad, lo cual reafirma su carácter multifactorial y complejo por lo tanto es importante que sea abordado desde distintos panoramas. Desde el punto de vista enfermero; como ya se desarrolló, se resume en la capacidad de equilibrio entre el cambio, el mantenimiento de la estabilidad, así como entre la compenetración familiar e individuación de sus miembros, es decir está compuesto de aspectos grupales y personales, estáticos y dinámicos así como de orden tangible e intangible.

#### **1.4. Familia**

En nuestra sociedad la familia desarrolla un papel fundamental, ya que a través de ella se da el mantenimiento y trasmisión de la cultura, la conservación de la especie humana y es crucial en el desarrollo de las personas, sin embargo se ha podido observar que la concepción de familia ha ido variando con el pasar del tiempo, viéndose influenciado por factores sociales, políticos y culturales (30), es importante recalcar que a pesar de los cambios de la noción de familia, el impacto que tiene en la vida de los individuos sigue siendo vital en todas las dimensiones de la persona.

El concepto tradicional de familia indica que está conformada por sujetos necesariamente unidos por nexos de sangre y amor, donde los progenitores se encuentran unidos por un matrimonio duradero y los hijos son educados dentro de él (31). Esta concepción de familia no se ajusta necesariamente a la realidad, puesto que existen diversas dinámicas y tipos de familia, donde no necesariamente ambos padres estén unidos o haya lazos consanguíneos, un claro ejemplo de ello sería la familia monoparental la cual se caracteriza por presentar solo un progenitor en el hogar.

Por otro lado, según Martínez (30) la familia está representada por individuos que tienen un propósito común con un arraigado sentido de pertenencia, y el enlace que los une se caracteriza por ser mutuo y de apoyo. Por consiguiente, esta concepción de familia va más allá del concepto tradicional y se ajusta mucho mejor a la realidad en la que actualmente vivimos, puesto que la noción de familia no solo es la unión de lazos consanguíneos, sino que también está relacionado con la cohesión y reciprocidad existente entre cada uno de los miembros que pertenecen al grupo familiar.

La Salud Familiar la define como un grupo social constituido por una cantidad variable de individuos, que generalmente residen en un mismo espacio y pueden estar conectados por lazos legales, consanguíneos o de afinidad, tiene como función orientar y resguardar a los miembros que la conforman. Tal es la importancia del grupo familiar en la salud de la persona que el modelo de atención

sanitario peruano actual está basado en otorgar una atención integral, dependiendo de las necesidades de cada persona, donde la familia y comunidad constituyen un aspecto sustancial. (32)

Por lo tanto, es relevante reconocer que la familia tiene diversas formas de organización e influye en el aspecto biológico, psicológico y social, repercutiendo positiva o negativamente en cada uno de los miembros que la constituyen, asimismo representa una pieza elemental en la estructura de nuestra sociedad y simboliza un espacio fundamental que brinda apoyo desde que el ser humano nace hasta su muerte, es decir en todas las etapas de vida, por consiguiente como profesionales de enfermería es relevante que la tengamos en cuenta para planificar y otorgar nuestros cuidados.

### **1.5. Funciones de la Familia**

Las funciones están asociadas a la estructura y etapa en la que se encuentre cada familia, siendo una de las funciones más importantes: la función biológica, la cual está orientada a que mediante la reproducción del ser humano se dé continuidad a la especie, teniendo como base las relaciones de afecto y apoyo. Otra función relevante es la psicológica, que se caracteriza por estar relacionada al sostén emocional que los miembros de la familia ofrecen, generando así que cada uno se acepte como es y respete a los que lo rodean, dando origen así a un ambiente familiar donde el respeto y la tolerancia sean la base. (33)

A nivel social y educador, las familias enseñan los comportamientos que se necesita para vivir en sociedad, los miembros que la conforman aceptan y transmiten los valores inculcados en el núcleo familiar para cumplir con los objetivos y lograr una socialización sana. Asimismo, la familia tiene una función económica puesto que es la encargada de proporcionar los elementos necesarios para la subsistencia de sus integrantes, tales como abrigo, alimentos, salud, vivienda, etc. De igual manera, es relevante mencionar que la familia a nivel espiritual transmite sentimientos y valores que permitan perpetuar el amor y la solidaridad, como por ejemplo el amor a Dios, teniendo en cuenta que la familia tiene un control importante en quienes la conforman, y ello permite que opten creencias fácilmente. (33)

Diaz et al. (31) sostiene que tiene como objetivo a priori, formar y brindar educación cada uno de sus miembros, con el propósito de que todos se desarrollen al máximo y se involucren en el sistema social productivamente, de igual forma refiere que la función afectiva influirá positivamente en el cumplimiento de las funciones mencionadas. Por tanto, teniendo en cuenta las diversas funciones dentro de la vida una persona, la familia es fundamental en el desarrollo biopsicosocial de cada uno de sus miembros y actúa como un factor protector para el adolescente si su funcionamiento es el adecuado, en cambio si el funcionamiento familiar no es positivo se transformará en un elemento de riesgo para sus integrantes.

### **1.6. Tipos de Estructura familiar**

La estructura familiar más habitual es la familia nuclear o tradicional que se caracteriza por estar compuesta por padres de diferente género (padre y madre) y los hijos, residen en un hogar en común, mientras que la familia extensa está constituida por la anterior mencionada unida a otros miembros en la tercera generación. Contrapuesto a la estructura de la familia nuclear, se encuentra la familia monoparental la cual se distingue por estar constituida por solo un progenitor y los hijos, este contexto se presenta por decisión propia de tener un hijo, la muerte del cónyuge o por divorcio. (32)

Otro tipo de estructura es la familia ampliada, donde padre, madre e hijos, y familiares como primos, cuñados, tíos, etc. residen en un mismo lugar; y por último tenemos a la familia reconstituida, en este tipo de familia se incluye a uno de los progenitores, la pareja del progenitor y los hijos, asimismo se debe considerar que debido a la estructura que presenta esta familia pueden surgir diversos conflictos en la forma de crianza o enemistad entre los hijos, todo ello dependerá de la armonía e igualdad que haya entre sus miembros y el apoyo que se brinden ambos progenitores. (32)

Es relevante que como profesionales sanitarios conozcamos y respetemos los diferentes tipos de estructura familiar mencionados anteriormente, para que de esta manera podamos comprender y emprender acciones preventivas-promocionales

que aporten positivamente a cada uno de los integrantes de la familia y la dinámica que hay entre ellos, y de igual forma con su entorno, considerando que una familia saludable representa un elemento protector para la vida de las personas que la conforman.

### **1.7. Estilos de crianza**

Son actos específicos, que tienen como finalidad guiar la formación de las personas en las etapas iniciales de vida y son realizados generalmente por los progenitores, estas acciones son un reflejo de sus convicciones, comportamientos y valores (34). Por lo tanto, las formas de crianza tienen como fin orientar la forma de comportamiento de los hijos y está definido por los padres, considerando que existen diversos estilos de crianza y el que sea elegido repercutirá significativamente en la persona, tanto en la dimensión personal como en la dimensión social. Los modelos o estilos de crianza son los siguientes:

#### **1.7.1. Padres autoritarios**

En este estilo de crianza se le otorga un gran significado a la disciplina, ello se evidencia en que los padres son rigurosos y la obediencia es fundamental en la relación que desarrollan. De igual forma están a favor de las medidas de castigo, les gusta controlar el comportamiento, imponiendo normas sin una razón de ser y no consideran la perspectiva de los hijos, por tanto, el diálogo no es parte de este modo de crianza. Esta forma de crianza tiene consecuencias negativas en el desarrollo tales como: Inseguridad, poca afectividad y autoestima baja, este estilo encasilla a los niños en un rol subordinado donde las opiniones no cuentan y por ende indirectamente limita a que el niño pueda desenvolverse de forma correcta. (34)

#### **1.7.2. Padres permisivos**

Se caracteriza porque los padres libran a sus hijos del control excesivo, evitando el uso de la autoridad, proporcionando así un contexto donde los hijos se desenvuelven de manera autónoma y donde no hay exigencia de parámetros de responsabilidad o madurez. Los padres son demasiado tolerantes, afectuosos, atienden la mínima demanda de atención y la comunicación es relevante para ellos.

Las repercusiones que tiene este modelo se basan en el no poder marcar parámetros de comportamiento, los hijos tienden a optar conductas negativas y son sobreprotegidos, llegando a afectar su socialización. (34)

### 1.7.3. Padres democráticos

El estilo democrático se caracteriza porque los padres atienden las necesidades de manera oportuna y adecuada las necesidades de sus hijos, generando que los hijos asuman ciertas situaciones en pro de su desarrollo, por tanto, desarrollan sus habilidades sociales, emocionales y personales. Los padres respetan los intereses, deberes, derechos y la individualidad de cada uno de sus hijos, permitiendo establecer valores y responsabilidad en la dinámica familiar. Se distingue por ser el más neutral de los estilos mencionados, puesto que no controla o sobreprotege al niño, sino por el contrario busca generar seguridad en él, con el objetivo de que pueda desarrollarse óptimamente en todos los ámbitos de su vida. (34)

Cabe resaltar que los estilos mencionados determinan el cimiento del desarrollo socioemocional, es decir, la forma en como los progenitores decidan orientar las primeras etapas de vida, influirá en el autoconcepto y entendimiento de sí mismo, así como en las relaciones interpersonales actuales y posteriores que asienten los hijos. Por consiguiente, es de suma importancia que las familias opten por un estilo de crianza que sea beneficioso y que se adapte a las necesidades de los integrantes que la conforman; haciendo hincapié en la etapa de la adolescencia, puesto que es una etapa llena de cambios para la persona.

## **2. RIESGO DE EMBARAZO ADOLESCENTE**

### **2.1. La Adolescencia**

A lo largo de la vida, el ser humano atraviesa diversos periodos evolutivos, siendo uno de ellos la adolescencia en la cual se presentan cambios biopsicosociales relevantes para el desarrollo de la persona. Asimismo, se debe de tener en cuenta que el concepto de adolescencia se ha ido transformando, desde un enfoque netamente biológico hasta una concepción más integradora (35), el término proviene de “adolescere”, una palabra en latín que significa: Poseer algunas imperfecciones y hace referencia a la maduración y crecimiento de la persona (36).

Debido a todo lo que involucra esta etapa es fundamental entender los cambios por los que atraviesa el adolescente y ser un sistema de apoyo para ellos.

Según la OMS (2) es una etapa que engloba desde los 10 hasta los 19 años, se da después de la infancia y antes de la adultez, y se distingue por estar repleto de cambios y presentar un crecimiento con ritmo acelerado. Por otro lado, se debe tener presente que el Ministerio de Salud del Perú considera que la etapa de vida adolescente comprende entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días (3). Desde el panorama de la salud pública los adolescentes conforman un grupo importante, no solo por el gran porcentaje que representan en la pirámide poblacional y por su capacidad reproductiva, sino también porque su nivel de salud y los estilos de vida que posean en la actualidad tendrá repercusiones en su futuro. (36)

Considerando lo mencionado, como profesionales de la salud debemos de poner más interés en la atención de los adolescentes, puesto que en la actualidad son un grupo que muchas veces es dejado de lado, obviando que esta es una etapa donde la persona forma y define su forma de actuar y pensar, por ello la educación sanitaria dándole énfasis al aspecto preventivo-promocional es relevante para evitar escenarios riesgosos para los adolescentes. Por tanto, este es un periodo crucial y singular debido a todos los cambios físicos y socioemocionales que la persona enfrentará, y que la moldearán y darán las bases para su futuro. (35)

#### 2.1.1. Etapas de la Adolescencia

Según Salmerón et al. (37) la adolescencia se divide en tres etapas: La primera etapa es la adolescencia temprana que engloba desde los 10 hasta los 14 años, en ella se identifican principalmente cambios de orden puberal; la siguiente etapa es la adolescencia media, la cual abarca desde los 15 hasta los 16 años, aquí el grupo social se vuelve importante para el adolescente, generando la presencia de conflictos familiares y por último esta la etapa de la adolescencia tardía que va desde los 17 años, caracterizada porque la persona acepta nuevamente los valores inculcados en la familia, asimismo asume los deberes y responsabilidades que conlleva la adultez.

Por otro lado, el MINSA (3). divide a los adolescentes en dos rangos de edad: De 12 a 14 años (Adolescencia Temprana) y de 15 a 17 años (Adolescencia Tardía), estas edades sirven de referencia para impartir los temas educativos de acuerdo a su edad. Como se menciona, las etapas de la adolescencia están marcadas por diferentes particularidades de índole biopsicosocial, las cuales están definidas por el rango de edad en el que se encuentra el individuo y los factores externos e internos que posee cada persona, ello genera que no en todos se manifieste de igual forma.

### 2.1.2. Cambios en la adolescencia

La adolescencia se caracteriza porque se empiezan a gestar cambios a nivel biológico, psicológico y social, según la OMS (2) los determinantes de carácter biológico son prácticamente universales; mientras que el tiempo que duren y las características pueden variar entre una cultura y otra, y del contexto socioeconómico, es así que a lo largo del tiempo han surgido muchos cambios en relación con la adolescencia, como por ejemplo el aplazamiento de la edad para desposarse, el inicio de la pubertad y las variaciones en cuanto a las actitudes y prácticas sexuales.

#### a. Físicos

Según Güemes et al. (36) se produce el cambio de la composición corporal; teniendo en cuenta que la población femenina almacena más contenido graso que la masculina, puesto que en ellos prevalece el aumento del tejido muscular y óseo, asimismo se produce el ensanchamiento de pelvis en mujeres y de hombros en los hombres, por otro lado también se da del desarrollo de órganos y por consiguiente de los sistemas. Otros cambios que menciona el autor son la aceleración y desaceleración del crecimiento, y ganancia de masa ósea, que está influenciada por aspectos genéticos, hormonales y ambientales. En los varones se dan las primeras producciones de esperma y en las mujeres se produce la menarquía, por ende ambos poseen la capacidad reproductora. (38)



b. Cognitivos y emocionales

En la adolescencia se produce la transformación del pensamiento, que consiste en la transición de operaciones concretas a formales, las cuales se encuentran enlazadas a la realidad, donde el pensamiento de la persona se vuelve hipotético-deductivo (36). Mientras que los cambios emocionales se caracterizan porque adquieren una mayor capacidad para expresar con palabras sus sentimientos, buscan establecer su propia identidad y tienen la sensación de que son invulnerables, percibiendo como reto la exposición a conductas de riesgo. (39)

c. Sociales

En la etapa inicial de la adolescencia los conflictos con los padres se incrementan y se otorga mayor importancia a la socialización con los amigos, los adolescentes optan por evitar considerar las opiniones o críticas por parte de los padres, mientras que en la adolescencia tardía la persona se reintegra a la familia aceptando sus valores y consejos. Respecto a la aceptación corporal, el adolescente debido a los cambios físicos atraviesa un sentimiento de inseguridad sobre sí mismo, ello genera que se preocupe por su apariencia, pero al final termina aceptándose. (36)

## **2.2. Definición de embarazo adolescente**

El embarazo precoz es un asunto de salud pública, entendiéndose que la adolescencia es una especie de puente que va desde una inmadurez biológica y psicológica hacia un estado en el cual se ha alcanzado las condiciones idóneas para que la reproducción pueda darse, ello involucra que la presencia de un embarazo en esta etapa debe recibir una atención especial por los riesgos y consecuencias que supone para la adolescente, quien no está debidamente preparada para hacer frente a un cambio de tal magnitud, afectándola en el aspecto físico, psicológico y social. (40)

Según García L et al. (41) lo define como un embarazo que se da entre la aparición de la capacidad biológica para procrear; es decir en entre la edad puberal y la etapa final de la adolescencia. Asimismo, menciona que el embarazo toma un significado

distinto de acuerdo con el sector sociocultural de la persona, cabe resaltar que los sectores que se mencionaran a continuación son referenciales. Puesto que, si bien es cierto el contexto sociocultural influye de manera significativa en el comportamiento de la persona, no es un factor determinante para que se produzca el embarazo adolescente.

Los autores proponen cuatro sectores: el primero es el rural-tradicional; donde la adolescencia se reduce al embarazo antes de los 18 años y es aceptado por las normas familiares, el segundo es el urbano-marginal; donde el contexto familiar es complicado y por ello la formación de una familia propia es una solución, el tercero es el urbano-popular; donde la tendencia es postergar el embarazo para después de los 20 años y el cuarto es el sector de clase media-media y media-alta, aquí los adolescentes buscan ser profesionales y el embarazo representaría una interrupción de su proyecto de vida. (41)

### **2.3. Consecuencias del embarazo adolescente**

#### **2.3.1. Para la adolescente embarazada**

Las consecuencias para la adolescente son las hemorragias, la prolongación del trabajo de parto, presencia de infecciones urinarias, anomalías placentarias, deficiente ganancia de peso relacionada a una malnutrición, parto antes de tiempo o prematuro, muerte materna, preeclampsia, deficiencia de hierro, en el parto generalmente se producen problemas con la presentación y posición del feto, esto se relaciona por que la pelvis no se ha desarrollado completamente. Por otro lado, la madre no tiene una adecuada preparación psicológica para establecer relaciones con el bebé. (42)

A nivel social generalmente la madre debe abandonar sus estudios, interrumpiendo su proyecto de vida, tienen menos probabilidades de conseguir un trabajo y si lo logra conseguir, este no es muy bien remunerado. Estas consecuencias conllevan a que la madre adolescente sea excluida, aumente la pobreza y las desigualdades de género se acentúen (43). Dicho esto, es importante recalcar que la repercusión en la salud de la adolescente no solo se dirige hacia el área física sino también a la

psicológica y social, tal vez los que mayor sufrimiento suponen para las jóvenes madres a largo plazo.

### 2.3.2. Para el hijo

Los hijos de adolescentes tienen una alta probabilidad de morbi mortalidad perinatal e infantil. Maldonado et. al. y el Ministerio de Educación del Ecuador (44,45), consideran importante mencionar el riesgo de bajo peso al nacer, la prematuridad, el retraso en el crecimiento intrauterino, malformaciones, el destete antes de lo recomendable, la presencia de patologías como diarrea, IRAS, infecciones bacterianas, ictericia y problemas cardiacos. Así como problemas en el establecimiento del vínculo madre-hijo y con ello mayor riesgo de sufrir maltrato o abuso.

También se menciona la estimulación pobre y negligencia por parte de la madre adolescente en los cuidados que exige la maternidad para con su hijo. Por consiguiente se observa: riesgo de malnutrición, retardo del desarrollo físico y emocional, dificultades en el aprendizaje y conducta, niños no escolarizados y potenciales conductas riesgosas de los hijos en el futuro, específicamente en la adolescencia (44,45). Como se puede apreciar, el hijo también se ve expuesto a distintos riesgos de orden biopsicosocial desde el nacimiento hasta etapas futuras de su vida, ya que a esta edad no se espera que se cuente con la madurez física y mental para asumir la responsabilidad que requiere el cuidado de un nuevo ser.

### 2.3.3. Para la familia

Favier et al. y Zambrano y Mendoza (42,46) mencionan que un embarazo en esta etapa produce problemas en la convivencia familiar ya que se debe realizar un reajuste en la dinámica de la familia, llegando incluso a propiciarse episodios de violencia no solo padre-hijo, sino también entre los padres. Además de los conflictos; conforme con Triviño, Acosta y Veintimilla (40), se puede suscitar una carga en los padres del adolescente ya que en algunos casos se les delega el cuidado de los nietos. También puede aparecer en la familia, una sensación de decepción, fracaso y deshonra frente a la sociedad. (42)

También se afecta la economía de la familia y su calidad de vida, ya que son los padres; en su mayoría, quienes pasan a asumir los gastos que implica la manutención tanto de la nueva madre como de su bebe e incluso de su pareja (45). Las consecuencias también alcanzan a los hermanos ya que empiezan a experimentar mayor control parental, conflictos, tensiones y episodios de desobediencia (46). De lo anterior, es menester reincidir en la trascendencia de la introducción de la familia completa en el abordaje de un embarazo adolescente. Sabemos que el adolescente es en quien debemos centrar la atención, sin embargo no podemos olvidar que la familia también va a tener que enfrentar cambios para los cuales probablemente no estén listos.

#### **2.4. Riesgo de embarazo adolescente**

Conforme con Celentano (47), un riesgo para la salud se manifiesta como la probabilidad de que un suceso perjudicial para el equilibrio del bienestar se origine en el día a día de una persona. Es así que, el riesgo de embarazo adolescente es la probabilidad de que se suscite un embarazo en una mujer durante la etapa que va entre los 10 y 19 años (44). Si bien es cierto el embarazo no es un evento perjudicial para la salud sino algo natural, cuando se trata de embarazo adolescente, este se convierte en un problema que obedece a múltiples causas y que tiene repercusiones en distintas esferas.

#### **2.5. Factores de Riesgo**

##### **2.5.1. Individuales**

Según el MinEduc (48), son factores de riesgo individuales que los adolescentes cuenten con valores, creencias y roles basados en modelos de genero desiguales, escasa información sobre sus derechos, que tengan problemas en la construcción de su plan de vida, drogadicción, nivel educativo escaso o ausente, acceso limitado a educación sexual, autoestima baja, habilidades sociales escasas y pesimismo. Así mismo, García y Gonzales (49) coinciden al señalar el no contar con un proyecto vital como factor de riesgo y agregan la necesidad de afecto. Además, la menarquía precoz, las relaciones sexuales, la impulsividad y sensación de poder sobre su vida como características de la adolescencia son también importantes puntos críticos (43).

### 2.5.2. Familiares

La escasa o nula comunicación familiar, la manifestación de creencias estereotipadas sobre el género y sus roles, la aprobación de los padres sobre la contracción de nupcias a corta edad, la disfuncionalidad familiar y la violencia de género y/o intrafamiliar representan factores de riesgo (48). Otros autores asocian a un mayor riesgo de embarazo a corta edad a adolescentes con presencia de la madre o una hermana que haya pasado por un embarazo adolescente de igual forma (49,43), es decir en familias en la cuales esta situación se encuentre normalizada.

### 2.5.3. Escolares

Son factores escolares de riesgo: la escasa disposición de información integral sobre sexualidad por parte de las escuelas, planes de estudios que fomentan la normalización de la desigualdad de género, dificultades para la asistencia a clases, recelo respecto a temas sobre sexualidad en la adolescencia y la búsqueda de aceptación por parte de los adolescentes recurriendo a conductas riesgosas como el inicio adelantado de la actividad sexual (45). Teniendo en cuenta que es en la escuela donde el adolescente pasa gran parte del día, es importante que se involucre más al sector educativo en esta problemática, no solo desde la educación sexual sino también desde la evaluación integral del estudiante y la disposición de facilidades en la continuación de sus estudios.

### 2.5.4. Sociales

Según Velásquez (50), este fenómeno es principalmente social puesto que, el juicio que se colocara en la adolescente embarazada va a depender de las concepciones que la sociedad emita. Muchas veces la sociedad orilla al adolescente a la exclusión social, pobreza y pocas oportunidades, lo que a su vez origina un ambiente mucho más propicio para continuar el ciclo vicioso del embarazo adolescente. De hecho, es bastante común encontrarse con familias de madres solteras de distintas generaciones; todas aun jóvenes al momento de la concepción, y en muchos casos con dificultades económicas.

Los factores sociales son el hacinamiento, estrés, la criminalidad, el alcoholismo, el comienzo temprano en actividades laborales no calificadas, residir en un área rural, la información falsa y evasión respecto al temas alrededor de la sexualidad, la discriminación social y la preponderancia de la pasión e intimidad en la relación de pareja característico de la etapa adolescente (43). Por otro lado, la privación de oportunidades sociales y/o económicas, cambios de lugar de residencia, trabas de distintos tipos para acceder a anticonceptivos, violencia sexual y basada en género, normas sociales que promueven la disparidad entre los sexos, así como la información sobre sexualidad estereotipada son también factores de riesgo. (48)

## **2.6. Factores Protectores**

### **2.6.1. Individuales**

Dentro de los protectores individuales se tiene al reconocimiento y asunción de la equidad de género, el empoderamiento en los derechos, conciencia sobre los peligros del abuso de drogas, acceso y conclusión a la educación básica obligatoria, así como la oportunidad de tener una educación sexual integral, contar con una autoestima elevada, habilidades de negociación y toma de decisiones (48). Así mismo, Martínez y Lobo mencionan la práctica de actividades deportivas, artísticas o de recreación saludables como elementos positivos mas no precisa la magnitud de su impacto (51). Por tanto, es vital que nuestros adolescentes encuentren actividades saludables en las cuales utilizar su tiempo libre y redes de apoyo que fortalezcan sus herramientas personales.

### **2.6.2. Familiares**

Como factores protectores en la familia se presenta la buena comunicación entre los miembros, la manifestación de ideas asociadas a la equidad de género, la postura negativa frente al matrimonio adolescente, así como el tener familias que demuestren respeto hacia los derechos de sus hijos, muestras de afecto y cariño (45). Por lo tanto; a pesar de que en una familia existan jerarquías y figuras de autoridad, el respeto y el amor debe ser mutuos para asegurar mejores relaciones familiares y la trasmisión de creencias y valores que los protejan contra potenciales riesgos.

### 2.6.3. Escolares

Con relación a las fortalezas en el ámbito escolar, contar con centros educativos que pongan a disposición educación sexual con integralidad y base científica, apoyen la intercomunicación sobre el tema, brinden facilidades para evitar la deserción escolar y que estimulen una sana convivencia en el entorno escolar son características protectoras (48). La participación en actividades extraescolares y la motivación en educación son otros factores para considerar también (43). La escuela, es el lugar en que el adolescente permanece gran parte de su tiempo, por lo tanto tiene un rol muy decisivo en la formación de los jóvenes y debe ofrecer no nada más conocimientos matemáticos o lingüísticos, sino también orientación y soporte integral.

### 2.6.4. Sociales

Opciones socioeconómicas que empoderen a la toma de decisiones, métodos anticonceptivos de fácil de acceso adaptados a las necesidades, el poder desarrollarse en un ambiente sin violencia y con ideales de empoderamiento femenino en todos sus contextos. Además de contar con la difusión de información real y de ciencia por parte de los distintos organismos de la sociedad representan factores sociales protectores (48). Entonces, podemos afirmar que el rol de la sociedad es clave en la formación de nuestros jóvenes, esta responsabilidad no solo recae en el sistema educativo sino también en la sociedad en general, en el entorno que ofrezca a nuestros adolescentes y en el mensaje que reciban.

## **2.7. Factores incidentes de embarazo precoz en el adolescente peruano**

Se puede decir que la problemática del embarazo precoz en el adolescente peruano se trata de tema de amplio tinte social, coincidentemente la familia es considerada un componente básico de la sociedad, misma que ofrecerá al adolescente la protección frente a los factores que inciden en el problema. De acuerdo con Rodríguez, Di Cesares y Páez (52) la edad de iniciación de la actividad sexual, la edad de contracción de nupcias y el uso de métodos conceptivos son las principales variables para comprender el fenómeno del embarazo adolescente.

Así mismo, para la MCLCP (53), son cuatro los principales factores, el primero es la presencia de trabas en los ámbitos socioeconómico, cultural y geográfico para con los adolescentes de las áreas rurales y/o empobrecidas, el segundo factor es la reducida oportunidad de educación para todos y el abandono precoz de los estudios, como tercer factor tenemos a la situación de mayor vulnerabilidad a la que se encuentran expuestos los adolescentes de comunidades nativas y su discriminación, finalmente como cuarto factor se expone el acceso restringido a anticonceptivos.

### **3. TEORÍA DE ENFERMERÍA**

#### **3.1. Teoría de la Organización Sistémica de Marie Louis Friedemann**

Marie Louis Friedemann es una enfermera, docente e investigadora suiza cuyo trabajo se centró en la investigación del funcionamiento familiar, cuidado familiar y abuso de sustancias. Es autora del Modelo de la Organización Sistémica (MOS) desarrollado en su libro "The Framework of Systemic Organization", publicado en 1995 (54). Otras de sus importantes contribuciones son el Modelo de Congruencia; para asesoría enfermera dirigida a la familia, y el instrumento de medición de funcionamiento familiar: EEFF o ASF-E, traducido y adaptado a distintos contextos. (54)

El MOS es una teoría de enfermería con enfoque holístico ya que toma en cuenta la importancia del equilibrio en las relaciones entre el individuo, la familia y comunidad, colocando a la familia en el eje central por sobre la comunidad y las influencias del entorno (55). Cabe resalta que Friedemann se basó en la teoría de los Sistemas Abiertos (donde todo lo complejo es un sistema, un todo jerárquico, interdependiente que puede introducir elementos y producir resultados) y en la Ecología Social (donde los sistemas sociales y el medio pueden modificarse mutuamente). (54)

##### **3.1.1. Metaparadigmas**

- a. Salud: La salud es la vivencia de congruencia relativa percibida en todos los niveles por el sistema individual, los subsistemas y el entorno, por ende la persona que goza de salud tiene la ansiedad controlada y las



metas están adecuadas a su forma de vida (54). Desde una posición teórica se define a la salud como una situación relativa, puesto que no está presente completamente en los individuos de la misma forma, ya que cada individuo y familia tiene una concepción distinta de lo que es la salud. (56)

- b. Persona: La persona es considerada como un sistema complejo que busca reducir la ansiedad y mantener la armonía a través de la disminución de amenazas provenientes del entorno y/o adaptándose y regulándose para poder convivir con dichas amenazas (54). Entonces, se puede decir que la persona es un ser en constante regulación, cualquier situación que obstaculice el bienestar de la persona ocasiona un desequilibrio en la congruencia o armonía, evidenciándose en forma de problemas.
- c. Enfermería: La enfermería es un arte donde el profesional posee una aptitud creativa e innovadora para desarrollar un rol como actor en el sistema (56). Según esta teoría, la enfermería está enfocada en el cuidado de la persona y ello incluye también a su familia y a los sistemas del entorno familiar, por lo tanto su objetivo será proporcionar sostén o apoyo a los procesos sistémicos de la persona (54); es decir, ayudar al individuo en conjunto con su sistema familiar.
- d. Ámbito: El ámbito abarca todos los elementos que se encuentran fuera del sistema, donde la familia y la sociedad o comunidad representan el entorno de la persona (54). Para esta autora, el ámbito es ilimitado y puede estar conformada por los compañeros del trabajo, los amigos de los distintos miembros de la familia, los compañeros del colegio de los hijos, sus profesores, los vecinos de su comunidad, los miembros de algún grupo al cual pertenezcan, etc.

La autora añadió a los metaparadigmas clásicos, otros dos: la familia y la salud familiar. La familia es vista como un sistema social conformado por subsistemas

basados en relaciones interpersonales, asimismo los individuos que la conforman pueden o no estar unidos por lazos biológicos y no tienen que residir en el mismo hogar necesariamente, por consiguiente se considera como familia a toda persona con las que el individuo se sienta unido (54,55). Mientras que a la salud familiar es la armonía percibida por los integrantes de la familia y su entorno, donde la ansiedad está dominada y todos están satisfechos (54). También es considerada como un resultado subjetivo al cual se llega por medio de un proceso equilibrado en el cual la incongruencia (sensación de ansiedad) esté poco presente. (56)

### 3.1.2. Dimensiones - Metas

La estructura de la organización sistémica está compuesta por cuatro dimensiones anteriormente descritas: coherencia/C, individuación/I, mantenimiento del sistema/MS y cambio de sistema/CS. Estas dimensiones tienen como función mediar la salud familiar, las dos primeras se dan internamente mientras que las siguientes son colectivas, su interrelación permite lograr cuatro metas; es decir, habilidades para cumplir los propósitos familiares y son las siguientes (57,58): estabilidad (lograda con el mantenimiento del sistema y la coherencia), crecimiento (lograda con la individuación y el cambio del sistema), espiritualidad (lograda con la individuación y la cohesión) y control (lograda con el mantenimiento del sistema y el cambio del sistema).

La estabilidad hace referencia a la continuación de los hábitos, estructura, costumbres, tradiciones y valores aceptados por la familia que son transmitidos entre todas las generaciones, promoviendo así el desarrollo de virtudes, actitudes y formas de pensar. Mediante el crecimiento, la familia muestra una postura que busca promover que los integrantes asuman papeles que den respuesta a circunstancias difíciles y a procesos de readaptación. La espiritualidad se manifiesta a través de la confianza interior, pertenencia, acogida, respeto y seguridad, buscando que la familia reconozca e integre ideas que les permitan comprender la noción de la vida y la muerte. Y el control prevé, disminuye y elimina los eventos que ponen en riesgo el equilibrio que la familia ha construido. (56,58)

Tras lo expuesto, resguardar la salud de la familia es vital para garantizar el bienestar integral de sus miembros. Teniendo en cuenta que, su funcionalidad afecta y a su vez se ve afectada por los situaciones nuevas o estresantes que se suscitan y que la adolescencia en un integrante implica cambios y exposición a distintos riesgos; uno de ellos un embarazo adolescente, la familia tendrá que movilizar sus herramientas de coherencia, individuación, mantenimiento y cambio de sistema para dominar los impasses que se presenten para que el adolescente y su familia puedan alcanzar las metas; es decir la congruencia, y con ello su salud integral. Es así como esta teoría sirve de marco para resaltar la importancia de la funcionalidad familiar en la reducción del riesgo de embarazo precoz.

### **C. HIPÓTESIS**

**H<sub>1</sub>:** El funcionamiento familiar está relacionado con el riesgo de embarazo adolescente en una Institución Educativa pública – Arequipa 2021.

**H<sub>0</sub>:** El funcionamiento familiar no está relacionado con el riesgo de embarazo adolescente en una Institución Educativa pública – Arequipa 2021.

### **D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES**

#### **1. Funcionamiento Familiar**

Alude a la competencia de la familia para hacer frente adecuadamente a situaciones o cambios que puedan desequilibrar la salud de sus integrantes. El instrumento permitirá obtener el nivel de funcionamiento familiar en la población de estudio, se considera como puntaje global el rango de:

Funcionamiento familiar bajo: de 20 a 50 ptos.

Funcionamiento familiar intermedio: de 51 a 55 ptos.

Funcionamiento familiar alto: de 56 a 60 ptos.

Las dimensiones que lo componen son:

1.1. Mantenimiento del sistema: Actos que propician preservar la dinámica familiar de cambios que podrían amenazarla. Ítems 2, 6, 9, 11, 14, 16 y 19.

Nivel bajo: De 7 a 11 ptos.

Nivel intermedio: De 12 a 16 ptos.

Nivel alto: De 17 a 21 ptos.

1.2. Cambio del sistema: Comportamientos conscientes que dirigen al proceso de decidir si una nueva información será integrada o rechazada, y si esta modificará o sustituirá valores, comportamiento y actitudes antiguas. Ítems 4,8,13,17 y 20.

Nivel bajo: De 5 a 8 ptos.

Nivel intermedio: De 9 a 12 ptos.

Nivel alto: De 13 a 15 ptos.

1.3. Individuación: Acciones físicas y mentales que hacen que la visión de los miembros del sistema se amplifique, y de esta forma aprendan sobre su propia persona y sobre los demás para tener una misión de vida. Ítems 3, 7 y 12.

Nivel bajo: De 3 a 5 ptos.

Nivel intermedio: De 6 a 7 ptos.

Nivel alto: De 8 a 9 ptos.

1.4. Coherencia: Es la vinculación de los miembros en una unidad y los comportamientos que hagan falta para conservar ese todo unificado. Ítems 1, 5, 10, 15 y 18.

Nivel bajo: De 5 a 8 ptos.

Nivel intermedio: De 9 a 12 ptos.

Nivel alto: De 13 a 15 ptos.

## **2. Riesgo de Embarazo Adolescente**

Es la probabilidad que se produzca un embarazo en un momento poco favorable. Se aplicó la Escala de Valoración de Riesgo de Embarazo (REND) que considera como puntaje global el rango de:

Riesgo de Embarazo Bajo: De 0 a 12 ptos.

Riesgo de Embarazo Moderado: De 13 a 16 ptos.

Riesgo de Embarazo Alto: De 16 a 29 ptos.

Está compuesto por las siguientes dimensiones:

2.1. Conducta Sexual: Comportamientos asociados a la reproducción o con el estímulo de los genitales para lograr la satisfacción sexual, se puede plasmar

en alguna manera de cortejo, juego previo o en el acto sexual mismo. Ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

2.2. Intención de Embarazo: Deseos de lograr o evitar el embarazo. Ítems 7, 8, 9 y 10.

2.3. Conocimiento de Métodos Anticonceptivos: Información sobre métodos anticonceptivos que facilitan el adoptar decisiones informadas y favorecen el uso continuado o consistente de los mismos. Ítems 11, 12, 13, 14, 15 y 16.

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **A. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación es de tipo descriptiva, cuantitativa y de diseño correlacional.

#### **B. PROCEDIMIENTO**

1. Solicitud de los permisos respectivos y coordinación de las acciones con el director del recinto educativo en pro de la ejecución del trabajo investigativo.
2. Aplicación por medios virtuales y análisis de la prueba piloto en una Institución Educativa con las mismas características.
3. Se invitó a formar parte en la investigación de forma voluntaria a los estudiantes, constatándose ello mediante el consentimiento informado debidamente firmado de forma virtual.
4. Se hizo uso de los instrumentos para cada variable, a través de Google Forms:
  - a. Ficha de datos generales.

- b. Cuestionario “Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar” (ASF-E) de Friedemann M.
  - c. Cuestionario “Escala de Valoración de Riesgo de Embarazo” (REND) de Rueda E.
5. Se ejecutó el procesamiento, tabulación, análisis estadístico e interpretación de la data obtenida.
  6. Presentación del informe final.

### **C. DESCRIPCIÓN DEL LUGAR DE ESTUDIO**

La Institución Educativa en la cual se ejecutó el trabajo investigativo, se encuentra en el distrito de Mariano Melgar e imparte educación de nivel inicial, primaria y secundaria a estudiantes de sexo femenino en el turno de la mañana. Integra a la UGEL Arequipa Sur perteneciente a la GREA y su gestión es de tipo pública privada. La infraestructura es de dos niveles construidos a base de material noble, cuenta con espacios de esparcimiento, servicios higiénicos diferenciados para inicial-primaria y secundaria, cocina y sala de cómputo.

### **D. POBLACIÓN Y MUESTRA**

Nuestra población está configurada por 303 adolescentes mujeres de una I.E publica arequipeña, de los cuales 72 son del 1<sup>er</sup> año, 60 del 2<sup>do</sup> año, 59 del 3<sup>er</sup> año, 52 del 4<sup>to</sup> año y 60 del 5<sup>to</sup> año.

#### **Muestra**

El tamaño de la muestra fue calculado con la fórmula para población finita, con el 95% de confiabilidad y el 0.05 de error, mientras que la selección de participantes fue por medio del muestreo aleatorio estratificado.

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

Donde:

**n:** tamaño de muestra

**p:** valor de ocurrencia

**q:** valor de no ocurrencia o p -1

**N:** población total

**E:** error de estimación aceptado

**Z:** nivel de confianza

Reemplazando datos:

$$n = \frac{(1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5 \cdot 283)}{0.05^2 * (303 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$
$$n = 171$$

### **Muestreo Aleatorio Estratificado**

Para extraer el tamaño de la muestra por estratos, se resolvió la fórmula a continuación:

$$n_1 = n * \frac{N_i}{N}$$

Donde:

**N:** # de elementos de la población

**n:** # de elementos de la muestra

**N<sub>i</sub>:** # de unidades muestrales en el estrato i

**n<sub>1</sub>:** Tamaño de muestra aleatoria por estratos

Aplicando la formula se obtiene lo siguiente:

**Primer Año:** De 72 estudiantes, el valor de n<sub>1</sub> en primer año es de 41 estudiantes.

**Segundo Año:** De 60 estudiantes, el valor de n<sub>1</sub> en segundo año es de 34 estudiantes.

**Tercer Año:** De 59 estudiantes, el valor de n<sub>1</sub> en tercer año es de 33 estudiantes.

**Cuarto Año:** De 52 estudiantes, el valor de n<sub>1</sub> en cuarto año es de 29 estudiantes.

**Quinto año:** De 60 estudiantes, el valor de n<sub>1</sub> en quinto año es de 34 estudiantes.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- a) Estudiantes pertenecientes a la Institución Educativa en la que se realizó el trabajo investigativo.
- b) Estudiantes de sexo femenino.



- c) Estudiantes adolescentes de secundaria que se ubiquen entre las edades de 12 y 17 años.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- a) Estudiantes que acepten formar parte del estudio o cuyos tutores no concedan su permiso para su participación.
- b) Estudiantes que no cuenten con acceso a internet.

### **E. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se empleó como método la encuesta, como técnica el cuestionario y como instrumentos para la recolección de la información, los siguientes:

#### **1. Ficha Individual**

Esta ficha recaba datos generales y específicos tales como: edad, año que cursa, lugar de procedencia y tipo de familia.

#### **2. Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E)**

Fue creada por Marie L. Friedemann en 1991 y adaptada al español por la UCN en el 2006, busca medir la organización familiar y su respuesta a los requerimientos de cada persona del grupo familiar y al entorno, consta de 20 ítems. **(Ver Anexo N° 3)**

#### **3. Escala de Valoración de Riesgo de Embarazo (REND)**

Fue creada por Eva Rueda en el 2019, y no cuenta con otra adaptación hasta la fecha, tiene como objetivo medir el riesgo de embarazo no deseado y consta de 16 ítems. **(Ver Anexo N° 4)**

### **F. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

Se hizo uso del Software SPSS 25 para el procesamiento de la data, respecto a la hipótesis se hizo la comprobación estadística aplicando la prueba no paramétrica Chi Cuadrado que evalúa la relación entre las variables funcionamiento familiar y riesgo de embarazo adolescente.

## **CAPITULO IV RESULTADOS**

### **A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

En el capítulo se muestran los resultados conseguidos tras ingresar y procesar la data al programa estadístico informático SPSS 25. La información obtenida se muestra en las tablas organizadas que a continuación se presentan:

- Caracterización de la población : Tabla N°1
- Desarrollo de objetivos específicos : Tabla N°2 – Tabla N°4
- Comprobación de la hipótesis : Tabla N°5 – Tabla  
N°9

**TABLA N° 1**  
**CARACTERIZACIÓN DE LAS ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN**  
**EDUCATIVA PÚBLICA - AREQUIPA 2021**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>		
De 12 a 13 años	59	34.5
De 14 a 15 años	85	49.7
De 16 a 17 años	27	15.8
<b>AÑO DE ESTUDIO</b>		
Primer año	41	24.0
Segundo año	34	19.9
Tercer año	33	19.3
Cuarto año	29	17.0
Quinto año	34	19.9
<b>CIUDAD DE PROCEDENCIA</b>		
Arequipa	153	89.5
Otras ciudades	18	10.5
<b>TIPO DE FAMILIA</b>		
Nuclear	73	42.7
Monoparental	32	18.7
Extendida	21	12.3
Ampliada	28	16.4
Reconstituida	17	9.9
Total	171	100.0

**Fuente: Matriz de datos**

Se observa en la tabla que las adolescentes de 14 a 15 años configuran el mayor intervalo de edad con un porcentaje de 49.7%. Respecto al año de estudio el mayor porcentaje estuvo representado por el primer año con un 24% seguido por el segundo y quinto año, ambos con un 19.9%. Por otro lado, la gran mayoría de la población procede de la ciudad de Arequipa la cual representa un 89.5%. Finalmente se identificó una incidencia superior en las familias nucleares con un 42.7%, la cual se distingue por tener a ambos padres juntos, seguida de la familia monoparental con un 18.7% caracterizada por presentar solo uno de los progenitores.

**TABLA N° 2**  
**DIMENSIONES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES**  
**DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA - AREQUIPA 2021**

<b>DIMENSIONES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>MANTENIMIENTO DEL SISTEMA</b>		
Nivel bajo	12	7.0
Nivel intermedio	58	33.9
Nivel alto	101	59.1
<b>CAMBIO DEL SISTEMA</b>		
Nivel bajo	9	5.3
Nivel intermedio	70	40.9
Nivel alto	92	53.8
<b>INDIVIDUACIÓN</b>		
Nivel bajo	38	22.2
Nivel intermedio	86	50.3
Nivel alto	47	27.5
<b>COHERENCIA</b>		
Nivel bajo	14	8.2
Nivel intermedio	75	43.9
Nivel alto	82	48.0
Total	171	100.0

**Fuente: Matriz de datos**

En la tabla se evidencia que en 3 de 4 dimensiones; mantenimiento del sistema/MS, cambio del sistema/CS y coherencia/C, la mayoría de los adolescentes obtuvieron un nivel alto con un 59.1%, 53.8% y 48% respectivamente, siendo el nivel intermedio la siguiente clasificación más frecuente en las dimensiones mencionadas, con un porcentaje de 33.9%, 40.9% y 43.9% respectivamente. Mientras que en la individuación /I el nivel intermedio se manifestó en la mayoría de adolescente, lo cual representa el 50.3%.

**TABLA N° 3**  
**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES DE UNA**  
**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA - AREQUIPA 2021**

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	N°	%
Funcionamiento bajo	102	59.6
Funcionamiento intermedio	57	33.3
Funcionamiento alto	12	7.0
Total	171	100.0

**Fuente: Matriz de datos**

En la tabla se identificó que respecto a la variable funcionamiento familiar, los adolescentes en su mayoría obtuvieron un nivel de funcionamiento familiar bajo, representando el 59.6% de la población; a ello le sigue el nivel de funcionamiento intermedio con un 33.3%, mientras que solo el 7% obtuvo un nivel de funcionamiento alto.

**TABLA N° 4**  
**RIESGO DE EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN**  
**EDUCATIVA PÚBLICA - AREQUIPA 2021**

<b>RIESGO DE EMBARAZO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Riesgo bajo	19	11.1
Riesgo moderado	124	72.5
Riesgo alto	28	16.4
Total	171	100.0

**Fuente: Matriz de datos**

En la tabla se evidencia que respecto a la variable riesgo de embarazo, la gran mayoría de adolescentes obtuvieron un riesgo de embarazo moderado, representando el 72.5% de la población; a ello le sigue el nivel de riesgo de embarazo alto con un 16.4%, mientras que solo el 11.1% obtuvo un riesgo de embarazo bajo.

**TABLA N° 5**  
**RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN MANTENIMIENTO DEL SISTEMA CON EL**  
**RIESGO DE EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN**  
**EDUCATIVA PÚBLICA - AREQUIPA 2021**

Mantenimiento del Sistema	Riesgo de Embarazo						Total	
	Bajo		Moderado		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Nivel bajo	0	0.0	8	66.7	4	33.3	12	100.0
Nivel intermedio	4	6.9	44	75.9	10	17.2	58	100.0
Nivel alto	15	14.9	72	71.3	14	13.9	101	100.0
<b>Total</b>	19	11.1	124	72.5	28	16.4	171	100.0

Fuente: Matriz de datos

**P = 0.046 (P < 0.05) S.S.**

En la tabla se evidencia que de las estudiantes con un nivel bajo de mantenimiento de sistema, un 33.3% tienen alto riesgo de embarazo; mientras que de las adolescentes con un nivel intermedio en el mantenimiento del sistema, su nivel de alto riesgo de embarazo disminuyó a 17.2% y de las adolescentes con un mantenimiento de sistema alto, el riesgo de embarazo alto siguió disminuyendo a un 13.9%.

Además, es sustancial remarcar que de las estudiantes con un nivel intermedio en la dimensión la mayoría obtuvieron un nivel moderado de riesgo de embarazo lo que constituye un 75.9%. Acorde con la prueba Ji-cuadrado se estableció una relación de significancia entre el mantenimiento del sistema y riesgo de embarazo, con un p valor igual a 0.046, puesto que, a mayor mantenimiento del sistema, menor riesgo de embarazo.

**TABLA N° 6**  
**RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN CAMBIO DEL SISTEMA CON EL RIESGO**  
**DE EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN**  
**EDUCATIVA PÚBLICA - AREQUIPA 2021**

Cambio del Sistema	Riesgo de Embarazo						Total	
	Bajo		Moderado		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Nivel bajo	2	22.2	6	66.7	1	11.1	9	100.0
Nivel intermedio	4	5.7	47	67.1	19	27.1	70	100.0
Nivel alto	13	14.1	71	77.2	8	8.7	92	100.0
<b>Total</b>	19	11.1	124	72.5	28	16.4	171	100.0

Fuente: Matriz de datos

**P = 0.131 (P ≥ 0.05) N.S.**

En la tabla se refleja que las adolescentes con un nivel bajo en la dimensión de cambio del sistema, en su mayoría presentaron un nivel de riesgo de embarazo moderado con un 66.7%, igualmente la mayoría de adolescentes con nivel intermedio en el cambio de sistema obtuvo un riesgo de embarazo moderado representado por un 67.1%. Asimismo, la gran mayoría con nivel alto en la dimensión alcanzó un nivel moderado de riesgo de embarazo con un 77.2%. Según la prueba estadística no se halló una relación de significancia entre el cambio del sistema y el riesgo de embarazo.



**TABLA N° 7**  
**RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN INDIVIDUACIÓN CON EL RIESGO DE**  
**EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA**  
**PÚBLICA - AREQUIPA 2021**

Individuación	Riesgo de Embarazo						Total	
	Bajo		Moderado		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Nivel bajo	2	5.3	26	68.4	10	26.3	38	100.0
Nivel intermedio	12	14.0	63	73.3	11	12.8	86	100.0
Nivel alto	5	10.6	35	74.5	7	14.9	47	100.0
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>11.1</b>	<b>124</b>	<b>72.5</b>	<b>28</b>	<b>16.4</b>	<b>171</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Matriz de datos**

**P = 0.037 (P < 0.05) S.S.**

En la tabla se puede destacar que, de las adolescentes con un nivel bajo de individuación, un 26.3% tienen alto riesgo de embarazo; mientras que, de las adolescentes con un nivel intermedio y alto en la individuación, su nivel de alto riesgo de embarazo se redujo a 12.8% y 14.9% respectivamente. Además, es sustancial enfatizar que de las estudiantes con un nivel alto de individuación, la mayoría obtuvieron un nivel moderado de riesgo de embarazo lo que constituye un 74.5%. Acorde a la prueba estadística empleada, se encontró relación de significancia entre la individuación y riesgo de embarazo, con un p valor igual a 0.037, demostrándose que a mayor individuación, menor riesgo de embarazo.

**TABLA N° 8**  
**RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN COHERENCIA CON EL RIESGO DE**  
**EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA**  
**PÚBLICA - AREQUIPA 2021**

Coherencia	Riesgo de Embarazo						Total	
	Bajo		Moderado		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Nivel bajo	0	0.0	11	78.6	3	21.4	14	100.0
Nivel intermedio	9	12.0	55	73.3	11	14.7	75	100.0
Nivel alto	10	12.2	58	70.7	14	17.1	82	100.0
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>11.1</b>	<b>124</b>	<b>72.5</b>	<b>28</b>	<b>16.4</b>	<b>171</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Matriz de datos

**P = 0.702 (P ≥ 0.05) N.S.**

La tabla muestra que de las adolescentes con un nivel bajo en la dimensión de coherencia, la gran mayoría presentaron un nivel de riesgo de embarazo moderado con un 78.6%, de igual forma en su mayoría los adolescentes con nivel intermedio en la coherencia obtuvieron un riesgo de embarazo moderado representado por un 73.3%. Asimismo, la mayoría con nivel alto en la dimensión alcanzó un nivel moderado de riesgo de embarazo con un 70.7%. Acorde a la prueba estadística no se encontró una relación de significancia entre la coherencia y el riesgo de embarazo.



## **B. DISCUSIÓN**

Este estudio se efectuó en 171 adolescentes de sexo femenino como muestra, de las cuales el 49.7% tenían entre 14 y 15 años, el 24% cursaba el primer año de secundaria, ello coincide con el estudio realizado por Jfoco G. (2017) (59) en su estudio también realizado en adolescentes de una I.E. Pública de Arequipa respecto al funcionamiento familiar y estilos de vida, donde la mayoría de la población también pertenecía al primer año con un 25.7%. Por otro lado, en nuestra investigación se encontró que el 89.5% procedían del departamento de Arequipa y el 42.7% pertenecían a una familia nuclear, es decir con presencia de ambos padres, lo cual también coincide con Cárdenas M, et al. (2018) (60) sobre el impacto del funcionamiento familiar en la salud sexual-reproductiva de los adolescentes colombianos, donde la familia con mayor predominancia era la de tipo nuclear con un 50%.

Respecto a la variable funcionamiento familiar predominó el funcionamiento familiar bajo representado por un 59.6%, seguido por un nivel de funcionamiento familiar intermedio con un 33.3% y por último el 7% con un nivel de funcionamiento alto. Mientras que conforme con Cárdenas M, et al. (2018) (60) y Cortaza L, et al. (2016) (61) en su investigación sobre la utilización del internet, ingesta de alcohol y funcionalidad familiar, la información obtenida fue inversa, siendo la funcionalidad familiar alta el nivel que más predominó de la población, con porcentajes mayores a 60%, seguido de nivel intermedio y finalmente el nivel bajo.

En relación a la variable riesgo de embarazo, se identificó que una gran parte de la población obtuvo un riesgo de embarazo moderado lo que representa un preocupante 72.5%, a lo cual le siguió un riesgo de embarazo alto con un 16.4% y finalmente un riesgo de embarazo bajo con un 11.1%. Estos resultados coinciden con Garcia J. y Garcia E. (2020) (62) en su indagación en adolescentes de una I.E de la provincia de Trujillo sobre el funcionamiento familiar y riesgo de embarazo, registraron una tendencia similar, siendo el nivel de riesgo predominante el nivel intermedio con un 51% seguido de igual forma por el nivel alto con un 33% y solo un 16% con un nivel de riesgo de embarazo bajo.

Como hallazgo final, mediante la prueba estadística Ji-cuadrado se resolvió que no se halló una relación de significancia entre funcionamiento familiar y riesgo de embarazo adolescente ( $P \geq 0.05$ ), sin embargo Garcia J. y Garcia E. (2020) (62) si identificaron una relación de significancia entre estas variables ( $P < 0.05$ ), ya que entre mejor funcionamiento familiar se tenga, el riesgo de embarazo será mejor, cabe resaltar que no se encontraron mayores investigaciones que hayan relacionado ambas variables como tal, sin embargo en el trabajo investigativo sobre funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo para embarazo realizado en el Centro de Salud Yanacu en Ecuador llevado a cabo por Pérez Y, Apupalo M y Creagh I. (2018) (63) se encontró asociación entre las variables estudiadas.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES**

**PRIMERA:** La población estudiada estuvo constituida por 171 adolescentes de sexo femenino de una institución educativa pública de Arequipa, donde las características predominantes fueron estudiantes entre 14 y 15 años (49.7%), de primer año de secundaria (24%), procedentes de Arequipa (89.5%) y pertenecientes a una familia de tipo nuclear (42.7%).

**SEGUNDA:** En referencia a la variable de funcionamiento familiar, se obtuvo que en las dimensiones: mantenimiento del sistema/MS (59.1%), cambio del sistema/CS (53.8%) y coherencia/C (48%), la mayor parte de estudiantes alcanzaron un nivel alto. Mientras que en la dimensión de individuación (50.3%), se alcanzó un nivel intermedio. Sin embargo, de forma global se halló que la mayoría

de adolescentes registraron una funcionalidad familiar baja. (59.6%).

**TERCERA:** En cuanto a la variable de riesgo de embarazo, se encontró que la gran mayoría de los adolescentes estudiados obtuvieron un riesgo de embarazo moderado (72.5%), seguido por un riesgo alto (16.4%), siendo el riesgo bajo de embarazo (11.1%) la clasificación menos frecuente.

**CUARTA:** De acuerdo con el análisis estadístico aplicado, no se estableció una relación de significancia entre la variable funcionamiento familiar y riesgo de embarazo ( $P \geq 0.05$ ). Sin embargo, 2 de las 4 dimensiones del funcionamiento familiar: mantenimiento del sistema/MS e individuación/I, sí demostraron una relación significativa con el riesgo de embarazo, lo cual implica que la hipótesis se acepte parcialmente ( $P < 0.05$ ).

## **B. RECOMENDACIONES**

**PRIMERA:** Se recomienda la organización e inclusión de sesiones o talleres sobre Funcionamiento Familiar con énfasis en el desarrollo de la individuación en las Escuelas para Padres donde los padres puedan comprender la importancia de una dinámica familiar adecuada en el desarrollo saludable de sus hijos adolescentes desde una perspectiva integral que respete su paradigma sociofamiliar.

**SEGUNDA:** Capacitar a la plana docente del plantel en la identificación de conductas de riesgo sexuales que puedan suponer un embarazo precoz, así como en habilidades blandas para propiciar un entorno de confianza entre el maestro y el alumno, y que este pueda recurrir a él de necesitar su apoyo u orientación, coordinar y derivarlos al Centro de Salud que les corresponda para un abordaje integral.

**TERCERA:** Fortalecer el programa de atención en salud integral de los adolescentes, mediante la captación activa de adolescentes y garantía de la continuidad del paquete integral del adolescente mediante la concientización sobre la importancia de este servicio y el desarrollo de actividades motivadoras, creativas y de interés para el adolescente, donde se imparta conocimiento sobre salud sexual/reproductiva para la prevención de embarazos precoces y se incluya a la familia.

**CUARTA:** Fomentar nuevas investigaciones enfocadas en ahondar en la relación entre funcionamiento familiar o sus dimensiones y el riesgo de embarazo adolescente, así como también realizar en otro tipo de colegios en poblaciones adolescentes con características diferentes.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres M, Bachita K, Jumbo R, Brito A. Embarazo en Adolescentes: Factores Psico-sociales. Reciamuc. [Internet]. 2018 [citado 18 Oct. 2020]; 2(2): 315-331. Recuperado de: <https://doi.org/10.26820/reciamuc/2.2.2018.315-331>
2. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. [Internet]. OMS; 2020 [citado 18 Oct. 2020]. Recuperado de: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
3. Ministerio de la Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [citado 17 May. 2021]. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4942.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la salud. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo [Internet]. Chile: OPS; 2018 [citado 18 Oct. 2020]. Recuperado de: <https://n9.cl/p78i>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES 2017. [Internet]. Perú: INEI; 2018 [citado 03 May. 2021]. Recuperado de: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1525/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html)
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES 2018. [Internet]. Perú: INEI; 2019 [citado 18 Oct. 2020]. Recuperado de: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1656/index1.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html)
7. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Durante pandemia del COVID-19: El embarazo adolescente se incrementó en 12 por ciento [Internet] Perú: SPOG; 10 de julio del 2020 [citado 03 May. 2021]. Recuperado de: <http://www.spog.org.pe/web/index.php/noticias-spog/514-durante-pandemia-del-covid-19-el-embarazo-adolescente-se-incremento-en-12-por-ciento>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Maternidad en las adolescentes de 15 a 19 años de edad. [Internet]. Perú: INEI; 2018 [citado 18 Oct. 2020]. Recuperado de:

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1596/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1596/libro.pdf)

9. Úrgiles S, Fernández N, Duran J. Influencia socio familiar en adolescentes embarazadas. Rev Killkana. [Internet]. 2018 [citado el 18 Oct. 2020]; 2(1): 49-51. Recuperado de: <https://es.calameo.com/read/00686086373b3b17af60f>
10. ONU Mujeres. El progreso de las mujeres en el mundo 2019–2020. Familias en un mundo cambiante [Internet]. Estados Unidos: ONU Mujeres; 2019 [citado 18 Oct. 2020]. Recuperado de: <https://www.refworld.org/es/pdfid/5d127c654.pdf>
11. Superintendencia Nacional de Registros Públicos. Inscripción de divorcios a nivel nacional creció en trece departamentos [Internet]. Lima: SUANRP; 18 de junio del 2019 [citado 18 Oct. 2020]. Recuperado de: <https://www.sunarp.gob.pe/PRENSA/inicio/post/2019/06/18/inscripcion-de-divorcios-a-nivel-nacional-crecio-en-trece-departamentos>
12. Universidad Católica San Pablo. V Barómetro de la familia: “Estado y opinión de los adolescentes de Arequipa” [Internet]. Arequipa: UCSP; 2018 [citado 18 Oct. 2020]. Recuperado de: <https://ucsp.edu.pe/barometro-de-la-familia-informe-2018/>
13. Villarreal D, Paz A. Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. Propósitos y Representaciones [Internet]. 2017 [citado 18 Oct. 2020]; 5(2): 21 – 64. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v5n2/a02v5n2.pdf>
14. Summers L. et al. Contributing factors of teenage pregnancy among African-American females living in economically disadvantaged communities. Rev Elsevier. [Internet]. 2017 [citado 02 Nov. 2020]; 37: 44-49. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.07.006>
15. Alonso M, Lozano A, Armendáriz M. Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. Health and Addictions [Internet]. 2017 [citado 29 Oct. 2020]; 17(1): 87-96. Recuperado de: <https://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/286/282>
16. Lima M, Guerra M, Lima J. Relación entre el funcionamiento familiar y los estilos de vida de los adolescentes en edad escolar. Enferm Cli [Internet]. 2017 [citado 29 Oct. 2020]; 27(1): 3-10. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.09.004>

17. Carrillo J, Manzanero D. Identificación de factores de riesgo y perspectivas de las adolescentes respecto al embarazo, sexualidad y anticoncepción. Rev JONNPR. [Internet]. 2018 [citado 02 Nov. 2020]; 3(4): 268-278. Recuperado de: <https://www.jonnpr.com/pdf/2284.pdf>
18. Rodríguez M. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en adolescentes de primer curso de Grado en Educación Infantil y Primaria de la Universidad de Jaén. Rev Enfermería Global. [Internet]. 2016 [citado 30 Oct. 2020]; 41:165-172. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/docencia4.pdf>
19. Boza N. Violencia escolar, funcionalidad familiar y características sociodemográficas en una institución educativa pública de Huancayo-Perú. Rev. Enferm. Herediana [Internet]. 2017 [citado 29 Oct. 2020]; 10 (2):123-130. Recuperado de: <https://doi.org/10.20453/renh.v10i2.3368>
20. Villanueva E, et al. Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. Comuni@cción [Internet]. 2020 [citado 29 Oct. 2020]; 11(1): 16-27. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.33595/2226-1478.11.1.392>
21. Montesino G. Relación entre el funcionamiento familiar y la autoestima en los estudiantes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Manuel Veramendi e Hidalgo [Tesis de Maestría]. Arequipa: UCSM; 2019. Recuperado de: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/9710>
22. García G, Diez Canseco M. Influencia de la estructura y funcionalidad familiar en la resiliencia de adolescentes en situación de pobreza. Perspect. Fam [Internet]. 2019 [citado 29 Oct. 2020]; 4: 27-45. Recuperado de: <https://doi.org/10.36901/pf.v4i0.307>
23. Ramos L. Relación entre la comunicación familiar y el riesgo de embarazo adolescente en estudiantes de la institución educativa Víctor Andrés Belaunde, de Cerro Colorado, Arequipa, 2017. [Tesis de Maestría]. Juliaca: UANCV; 2019. Recuperado de: [http://190.116.50.21/bitstream/handle/UANCV/4709/T036\\_29344497\\_M.pdf?sequence=3](http://190.116.50.21/bitstream/handle/UANCV/4709/T036_29344497_M.pdf?sequence=3)
24. García G. Percepción del funcionamiento familiar por estudiantes de nivel medio superior de una universidad pública. South Florida Journal of Development [Internet]. 2021 [citado 10 May. 2021]; 2(2): 1670 - 1679. Recuperado de: <https://doi.org/10.46932/sfjdv2n2-043>

25. García M, Méndez M, Rivera S, Peñaloza R. Escala de funcionamiento familiar: Propiedades psicométricas modificadas en una muestra mexicana. Revista Iberoamericana de Psicología [Internet]. 2017 [citado 10 May. 2021]; 10(1): 19-27. Recuperado de: <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.10103>
26. Chulli D, Cárdenas J, Vilca W. Funcionamiento familiar y bullying en estudiantes de instituciones educativas públicas del distrito de Lurigancho. Revista de Investigación Apuntes Psicológicos [Internet]. 2017 [citado 10 May. 2021]; 2(1): 43-52. Recuperado de: [https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/ri\\_apsicologia/article/view/859](https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/ri_apsicologia/article/view/859)
27. Siguenza W, Bunay R, Guamán M. Funcionamiento familiar real e ideal según el modelo Circumplejo de Olson. MASKANA [Internet]. 2018 [citado 10 May. 2021]; 8: 77-85. Recuperado de: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/1878>
28. Huaiquifil E, Barra E. Funcionamiento familiar y calidad de vida de mujeres adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. Revista de Psicología. [Internet]. 2017 [citado 10 May. 2021]; 13(25): 45-53. Recuperado de: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/6094>
29. Rey C, Bolívar Y, Martínez J. Funcionalidad familiar, número de relaciones y maltrato en el noviazgo en estudiantes de secundaria. Psicología desde el Caribe [Internet]. 2017 [citado el 10 de May. De 2021]; 34(1): 91-100. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/213/21356010005/html/>
30. Martínez F, Rodríguez G, Díaz A, Reyes A. Nociones y concepciones de parentalidad y familia. Esc. Anna Nery [Internet]. 2018 [citado 11 May. 2021]; 22 (1): 1-9 Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0148>
31. Díaz J, Ledesma M, Díaz L, Tito J. Importancia de la familia: Un análisis de la realidad a partir de datos estadísticos. horizonte e a iencia [Internet]. 2020 [citado 11 May. 2021]; 10(18): 89-102. Recuperado de: <https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2020.18.416>
32. Gutiérrez V, Coaquira N, Rondón M, Díaz F. Salud Familiar y Comunitaria [Internet] 1 ed. Perú: Editorial Universitaria; 2018 [citado 11 May. 2021]. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/7031>

33. Saldaña C. Funciones de la Familia. [Tesis] Trujillo: UNITRU; 2019. Recuperado de: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/14821>
34. JorgeiE, González, iC. Estilos de crianza parental: una revisión teórica. Informes Psicológicos [Internet]. 2017 [citado 11 May. 2021] 17(2): 39-66. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02>
35. Bretón S, Castro M. Adolescencia y baloncesto. Journal of Sport and Health Research. [Internet]. 2017 [citado 17 May. 2021] 9(1): 97-108. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6026399>
36. GüemesiM, Ceñal M, iHidalgoiM. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Rev Pediatr Integra. [Internet]. 2017 [citado 17 May. 2021] 21(4):233-236. Recuperado de: <https://www.adolescenciasema.org/desarrollo-durante-la-adolescencia/>
37. Salmerón M, Casas J, Guerrera F. Problemas de salud en la adolescencia. Patología crónica y transición. Rev Pediatr Integra. [Internet]. 2017 [citado 17 May. 2021] 21(4):245-253. Recuperado de: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/06/Pediatria-Integral-XXI-4\\_WEB.pdf#page=8](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/06/Pediatria-Integral-XXI-4_WEB.pdf#page=8)
38. Alvaré L. Conversando íntimamente con los adolescentes [Internet]. Cuba: Editorial Científico – Técnica; 2018.
39. Borrás T, Reynaldo A, López M. iAdolescentes: razones para su atención. Correo Científico Médico. [Internet]. 2017 [citado 17 May. 2021] 3: 859-875. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v21n3/ccm20317.pdf>
40. TriviñoiC, Acosta F, Veintimilla J. Embarazo precoz: riesgos, consecuencias y prevención. Rev Dom. Cien [Internet]. 2019 [citado 17 May. 2021] 5(2): 554-571. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7343700>
41. García L, Correa F, García T y Espinoza A. El embarazo adolescente desde una perspectiva contemporánea. Revista Interamericana de Psicología [Internet]. 2017 [citado 17 May. 2021] 51(1):111-121. Recuperado de: <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v51i1.475>
42. Favier M, Samón M, Ruiz Y, Franco A. Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. Rev. inf. cient. [Internet]. 2018 [citado 17 May.

- 2021] 97(5): 205-214. Recuperado de: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1805>
43. Molina A, Pena R, Díaz C, Antón M. Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [citado 17 May. 2021]; 45(2):1-21. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n2/1561-3062-gin-45-02-e218.pdf>
44. Maldonado R, Suarez R, Rojas A. Gavilanes Y. Una mirada distinta al embarazo adolescente. RECIMUNDO [Internet]. 2020 [citado 17 May. 2021]; 4(4): 228-235. Recuperado de: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/942>
45. Ministerio de Educación del Ecuador. Protocolos de actuación frente a situaciones de embarazo, maternidad y paternidad de estudiantes en el sistema educativo [Internet]. Ecuador: MinEduc; 2019 [citado 16 May. 2021]. Recuperado de: <http://www.codajic.org/node/3108>
46. Zambrano E, Mendoza K. Embarazo precoz y su impacto en la vida de estudiantes de bachillerato. Cognosis [Internet]. 2020 [citado 17 May. 2021]; 5: 55-70. Recuperado de: <https://doi.org/10.33936/cognosis.v5i0.2287>
47. Celentano D. Gordis Epidemiología. 6ed. España: Elsevier; 2019
48. Ministerio de Educación del Ecuador. Guía metodológica Prevención del embarazo en niñas y adolescentes [Internet]. Ecuador: MinEduc; 2019 [citado 16 May. 2021]. Recuperado de: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/06/Guia-Prevencion-Embarazo.pdf>
49. García A, González M. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018 [citado 17 May. 2021]; 22(3): 3-14. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v22n3/rpr02318.pdf>
50. Velásquez J. Determinantes sociales de la salud relacionados con el embarazo en adolescentes. Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras, Enero 2020 [Tesis]. Nicaragua: UNAN-Managua. 2020. Recuperado de: <https://core.ac.uk/display/322914701?source=2>
51. Martínez B, Lobo M. Factores que determinan la ocurrencia de embarazos en las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Dr. Rubén Andino Aguilar del Barrio El Chile, Tegucigalpa, Honduras de Abril a

- Junio 2019 [Tesis]. Nicaragua: UNAN-León. Recuperado de: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/8131>
52. Rodríguez J, Di Cesare M, Páez K. Reproducción temprana Diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia [Internet]. Chile: CEPAL; 2017 [citado 16 May. 2021]. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11362/41609>
53. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Embarazo en adolescentes y niñas en el Perú [Internet]. Perú: MCLCP; 2018 [citado 16 May. 2021]. Recuperado de: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/publicaciones?titulo=Alerta+Embarazo+en+Adolescentes+y+Ni%C3%B1as+en+el+Per%C3%BA+&anio=>
54. Friedemann M. Marie-Luise Friedemann Rn PhD [Internet] España; 2021 [citado 22 May. 2021]. Recuperado de: <https://friedemm.info/index.php/es/>
55. Utley R, Henry K, Smith L. Frameworks for Advanced Nursing Practice and Research. [Internet]. 1ed. New York: Springer Publishing Company; 2018.
56. Barrios A, Chamorros I. Nivel de efectividad de la funcionalidad familiar en mujeres que han experimentado cáncer de mama [Tesis]. Córdoba: UCO; 2020. Recuperado de: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/3470>
57. Valle R, et al. Funcionalidad familiar de pacientes dependientes con falla cardíaca. Rev Colomb Cardiol. [Internet] 2021 [citado 22 May. 2021] 28(1): 30-37. Recuperado de: [https://www.rccardiologia.com/frame\\_esp.php?id=7](https://www.rccardiologia.com/frame_esp.php?id=7)
58. Galán E. Funcionamiento familiar y estilos de vida promotores de salud en las familias de pacientes con cáncer de colon y recto. [Tesis]. España: UNIZAR; 2018. Recuperado de: <https://zaguan.unizar.es/record/78876/usage?ln=es>
59. Jfoco G. Funcionamiento familiar y los estilos de vida en adolescentes de la institución educativa Horacio Zeballos Gámez Arequipa 2017. [Tesis]. Perú: UNSA; 2017. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6691>
60. Cárdenas M, et al. Salud Sexual y Reproductiva e impacto de la dinámica y funcionalidad familiar en el embarazo adolescente joven de las estudiantes de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia Jornada Diurna [Tesis]. Colombia: UCC; 2018. Recuperado de: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/10597>

61. Cortaza L. Uso de internet, consumo de alcohol y funcionalidad familiar en adolescentes de Secundaria. Health and Addictions [Internet]. 2016 [citado 30 Jul. 2021]; 25(3): 55-58. Recuperado de: <https://ojs.haaj.org/index.php?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=434>
62. Garcia J. y Garcia E. Funcionamiento familiar y riesgo de embarazo en adolescentes [Tesis]. Perú: UNITRU; 2020. Recuperado de: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15943>
63. Pérez Y, Apupalo M y Creagh I. Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu, 2015-2016. Rev haban cienc méd [Internet]. 2018 [citado 30 Jul. 2021] ; 17(5): 789-799. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v17n5/1729-519X-rhcm-17-05-789.pdf>



**ANEXOS**



**ANEXO N° 1**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



Sr. padre de familia y/o apoderado: Por medio del presenta se solicita la participación de su hija en la investigación que está siendo realizada por las investigadoras Milagros Xiomara Herrera Carpio y Guadalupe Jeanette Zegarra Diaz, cuyo objetivo es determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de embarazo en adolescentes, gracias a la participación de su menor hija podremos obtener datos que permitan el planteamiento de estrategias preventivas promocionales en la reducción del embarazo adolescente.

La participación consistirá en responder una ficha individual sobre datos personales y dos cuestionarios: Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E) y la Escala de Valoración de Riesgo de Embarazo (REND). La información que se obtendrá es totalmente anónima y confidencial, solo las investigadoras tendrán acceso a ella. Asimismo, es importante mencionar que su hija puede retirarse de la misma si así lo desea y sin ningún tipo de represalias, ante lo expuesto:

Yo Padre/Madre o tutor del alumno: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con DNI: \_\_\_\_\_ declaro que he sido instruido sobre la investigación: "FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA – AREQUIPA 2021", y doy voluntariamente mi consentimiento para que mi apoderada participe del estudio.

Arequipa.....de.....del 2020

\_\_\_\_\_  
Firma del apoderado



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



Estimada alumna: A través del presente, se solicita su participación en la investigación realizada por las investigadoras Milagros Xiomara Herrera Carpio y Guadalupe Jeanette Zegarra Diaz, cuyo objetivo la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de embarazo en adolescentes, gracias a su participación podremos obtener datos que permitan el planteamiento de estrategias preventivas promocionales en la reducción del embarazo adolescente.

Su participación consistirá en responder una ficha individual sobre datos personales y dos cuestionarios: Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E) y la Escala de Valoración de Riesgo de Embarazo (REND). La información que se obtendrá es totalmente anónima y confidencial, solo las investigadoras tendrán acceso a la información. Asimismo, es importante mencionar que usted puede retirarse de la misma si así lo desea y sin ningún tipo de represalias, por lo cual ante lo expuesto:

Yo \_\_\_\_\_ declaro que he sido instruido sobre la investigación: “FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTE EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA – AREQUIPA 2021” y doy voluntariamente mi consentimiento para participar del estudio brindando información verídica.

Arequipa.....de.....del 2021

---

Firma del estudiante



**ANEXO N° 2**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**FICHA INDIVIDUAL**



Buenos días estimadas estudiantes, somos estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín y solicitamos su participación en la investigación de título: “FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTE EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA – AREQUIPA 2021”

Por ello precisamos de su colaboración respondiendo las preguntas que a continuación se le harán, a término de obtener la data necesaria para llevar a cabo el estudio. Por anticipado agradecemos su cooperación y participación honesta. Lee atentamente las instrucciones, rellene los espacios en blanco y marque con una “x” la respuesta usted considere correcta.

**I. DATOS GENERALES**

**Edad:** .....

**Año que cursa:**

- ( ) 1<sup>er</sup> Año de Secundaria
- ( ) 2<sup>do</sup> Año de Secundaria
- ( ) 3<sup>er</sup> Año Secundaria
- ( ) 4<sup>to</sup> Año Secundaria
- ( ) 5<sup>to</sup> Año Secundaria

**Ciudad de procedencia:**

- ( ) Arequipa
- ( ) Cuzco
- ( ) Puno
- ( ) Moquegua
- ( ) Otro: .....

**Tipo de familia:**

- ( ) Nuclear: Ambos padres de familia
- ( ) Extendida: Ambos padres y los hijos, además de parientes de la 3<sup>ra</sup> generación (abuelos).
- ( ) Ampliada: Ambos padres y los hijos, además de parientes como tíos, sobrinos, etc.
- ( ) Monoparental: Un padre o madre, y los hijos
- ( ) Reconstituida: Uno de los padres, su nueva pareja y los hijos
- ( ) Equivalente Familiar: Grupo de amigos, hermanos, etc.



**ANEXO N° 3**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**ESCALA DE EFECTIVIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO**  
**FAMILIAR (ASF-E)**



Esta escala busca medir la capacidad de su familia para responder a cambios de sus miembros o del entorno. A continuación, se le presenta 20 ítems con 3 opciones de respuesta, marque con una "X" en el recuadro del borde inferior derecho del enunciado que más se asemeje a su familia. Considere que no hay respuestas acertadas o erradas, rogamos responder sinceramente.

1	Generalmente, nuestra familia está feliz. <input type="checkbox"/>	Hay ira o tristeza en nuestra familia. <input type="checkbox"/>	Las personas de nuestra familia no expresan sus sentimientos. <input type="checkbox"/>
2	En nuestra familia, nunca estamos de acuerdo en quién debería hacer qué. <input type="checkbox"/>	Algunas veces, un miembro de nuestra familia es desconsiderado o no le importan las demás personas. <input type="checkbox"/>	Usualmente, no pensamos en nosotros mismos, pero sí en los demás. <input type="checkbox"/>
3	Si en la comunidad hay trabajo para hacer, algunas veces ayudamos, si ese trabajo ayuda a nuestra familia. <input type="checkbox"/>	Si en la comunidad hay trabajo para hacer, usualmente no participamos, porque no nos sentimos parte de la comunidad. <input type="checkbox"/>	Si en la comunidad hay trabajo para hacer, nos gusta contribuir. <input type="checkbox"/>
4	No estamos felices, porque nos sentimos atascados en un barrio en el que no queremos estar. <input type="checkbox"/>	Nos gusta nuestro barrio, porque nuestros vecinos son amigables. <input type="checkbox"/>	Nuestro barrio es malo, y tenemos que protegernos de lo que pase afuera. <input type="checkbox"/>
5	Nuestra familia brinda más apoyo que la mayoría de las familias; estamos orgullosos de ser parte de ella. <input type="checkbox"/>	Nuestra familia es como la mayoría, tenemos nuestros altibajos. <input type="checkbox"/>	No hay mucho para hablar de nuestra unidad familiar, parece que la mayoría de las familias armonizan mejor que nosotros. <input type="checkbox"/>

6	Las personas en nuestra familia sienten que nadie las entiende. <input type="checkbox"/>	A veces las personas en nuestra familia sienten que se las malinterpretan. <input type="checkbox"/>	Sabemos cuándo algo le está pasando a alguno en nuestra familia. <input type="checkbox"/>
7	Participamos en muchas actividades de nuestra comunidad, iglesia o escuela, porque nos gusta ser parte de lo que está pasando. <input type="checkbox"/>	No tenemos tiempo ni energía para involucrarnos en las actividades de la comunidad, la iglesia o la escuela. <input type="checkbox"/>	Algunas veces tomamos parte en las actividades de la comunidad, la iglesia o la escuela, si alguien nos invita. <input type="checkbox"/>
8	Sería fácil pedir ayuda a nuestros amigos, porque ellos se preocupan por nosotros. <input type="checkbox"/>	Sería más fácil pedir ayuda a una organización comunitaria o a una iglesia que pedir ayuda a nuestros amigos. <input type="checkbox"/>	Si tuviéramos que pedir ayuda, no tendríamos a donde ir. <input type="checkbox"/>
9	Un problema serio en nuestra familia causa desacuerdos y dolor. <input type="checkbox"/>	Si tenemos un problema serio, todos pensamos de maneras muy distintas. <input type="checkbox"/>	Si tenemos un problema muy serio, lo enfrentamos todos juntos. <input type="checkbox"/>
10	Algunos miembros de nuestra familia hacen todo el trabajo, y otros no hacen nada. <input type="checkbox"/>	Todos en la familia ayudan en todo lo que puedan, para lograr que el trabajo sea completado. <input type="checkbox"/>	Algunos miembros de la familia podrían ayudar más. <input type="checkbox"/>
11	A menudo, alguien en la familia no está de acuerdo con la manera en que se toman las decisiones. <input type="checkbox"/>	Nuestra familia tiene una buena manera de tomar decisiones. <input type="checkbox"/>	No podemos tomar ninguna decisión sin lastimar los sentimientos de alguien de la familia. <input type="checkbox"/>
12	No confiamos en organizaciones como escuelas o el sitio de trabajo, usualmente nos quedamos callados y hacemos sólo lo que nos incumbe. <input type="checkbox"/>	Si tenemos problemas con organizaciones como las escuelas o el sitio de trabajo, peleamos por nuestros derechos. <input type="checkbox"/>	Si tenemos problemas con organizaciones como las escuelas o el sitio de trabajo, usualmente hablamos con las personas involucradas en esos problemas. <input type="checkbox"/>

13	La mayoría de nuestros amigos no entienden nuestros problemas si les contamos acerca de ellos. <input type="checkbox"/>	Podemos compartir nuestros problemas con nuestros amigos, porque ellos nos ayudan. <input type="checkbox"/>	No les contamos a nuestros amigos acerca de los problemas familiar. <input type="checkbox"/>
14	Nuestra familia podría estar mejor si no tuviéramos algunos problemas que tenemos. <input type="checkbox"/>	Los problemas han causado mucha tristeza en nuestra familia. <input type="checkbox"/>	Nuestra familia ha aprendido lecciones por los problemas que hemos tenido. <input type="checkbox"/>
15	En nuestra familia se opina bastante. <input type="checkbox"/>	En nuestra familia, incluso las opiniones inusuales son respetadas. <input type="checkbox"/>	En nuestra familia no podemos decir lo que realmente pensamos. <input type="checkbox"/>
16	En nuestra familia, realmente no nos preocupamos por los demás miembros de nuestra familia. <input type="checkbox"/>	En nuestra familia algunos miembros se sienten más unidos que los otros. <input type="checkbox"/>	Nos sentimos muy unidos en nuestra familia. <input type="checkbox"/>
17	Nunca decidimos nada por nosotros mismos. <input type="checkbox"/>	En nuestra familia tomamos decisiones independientes. <input type="checkbox"/>	Le pedimos a nuestra familia su aprobación para tomar decisiones personales. <input type="checkbox"/>
18	Preferimos estar alejados de la familia. <input type="checkbox"/>	Básicamente, nuestra familia nos hace sentir seguros y felices. <input type="checkbox"/>	Tenemos algunos momentos en que nos gusta estar con nuestra familia, y en otros preferiríamos. <input type="checkbox"/>
19	En nuestra familia no le prestamos mucha atención a los eventos especiales. <input type="checkbox"/>	Nuestra familia no tiene nada para celebrar. <input type="checkbox"/>	Nuestra familia tiene una manera tradicional para la celebración de los eventos especiales. <input type="checkbox"/>
20	Somos libres de ser nosotros mismos. <input type="checkbox"/>	A algunos de nosotros nos gustaría tener más libertad. <input type="checkbox"/>	Tenemos que hacer lo que se nos dice que hagamos. <input type="checkbox"/>

Fuente: Friedemann M. (2006)

**¡Gracias por participar!**





### FICHA TÉCNICA DE INSTRUMENTO

<b>Nombre del Instrumento</b>	Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E).	
<b>Objetivo del Instrumento</b>	Medir cómo se organiza la familia para funcionar y responder adecuadamente a las exigencias de sus miembros y del entorno.	
<b>Data de Creación</b>	<b>Autor / Institución</b>	Dra. Marie Louis Friedemann.
	<b>Lugar</b>	Estados Unidos.
	<b>Año</b>	1991.
<b>Adaptación</b>	<b>Autor / Institución</b>	Departamento de Lenguas Extranjeras de la UNC.
	<b>Lugar</b>	Colombia.
	<b>Año</b>	2006.
<b>Duración</b>	10 minutos aprox.	
<b>Unidades de Observación</b>	Miembro de una familia.	
<b>Técnica para la aplicación</b>	Cuestionario.	

### TABLA DE CALIFICACIÓN Y PARÁMETROS

ESPECIFICACIONES	RANGO DE CALIFICACIÓN
Nivel de funcionamiento familiar bajo	20 a 50 puntos
Nivel de funcionamiento familiar intermedio	51 a 55 puntos
Nivel de funcionamiento familiar alto	56 a 60 puntos

## **INSTRUCTIVO DE CALIFICACIÓN**

La escala está compuesta por 20 ítems, cada uno consta de 3 grados de posibles respuestas, las cuales se puntúan entre 1 y 3 puntos para su cuantificación. Atendiendo que solo se admite una respuesta por ítem, la calificación máxima es de 60 y la mínima de 20.

**Nivel más bajo:** 1 punto

**Nivel intermedio:** 2 puntos

**Nivel más alto:** 3 puntos

## **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

### **1. Validez del instrumento**

La versión en español del instrumento fue aplicada a una población de 883 familias de Villavicencio, realizándose una prueba de validez donde se identificó un 80% de comprensión y claridad de los ítems.

### **2. Confiabilidad del instrumento**

La confiabilidad tipo consistencia interna de la versión en español registra un alfa Cronbach que oscila entre 0,60 y 0,84.



**ANEXO N° 4**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE**  
**EMBARAZO (REND)**



Este cuestionario pretende valorar su nivel de riesgo de embarazo, consta de 16 preguntas con opciones múltiples, marque con una "X" la alternativa con la que se identifique. Comprendemos que las preguntas son de índole personal, sin embargo, sus respuestas son muy necesarias, por ello recuerde que es importante que conteste con sinceridad ya que no hay respuestas correctas o incorrectas y toda la información ser manejada con extrema cautela y confidencialidad.

**1. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?**

- No he tenido nunca
- Con menos de 15 años
- Entre 15-19 años

**2. Durante su primera relación sexual, ¿Utilizó algún método anticonceptivo?**

- No he tenido nunca relaciones sexuales
- Sí
- No

**3. ¿Tiene relaciones sexuales actualmente?**

- Si
- No

**4. Habitualmente, ¿Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales?**

- No he tenido nunca relaciones sexuales coitales
- Menos de 1 vez por semana
- 1 o 2 veces por semana
- Más de 2 veces por semana

**5. En los últimos seis meses, ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?**

- Ninguna
- 1

- Más de 1

**6. Actualmente, ¿Tiene pareja estable?**

- Si
- No

**7. Si quedara embarazada sin desearlo, ¿Qué decisión tomaría?**

- Lo aceptaría
- Pediría consejo profesional
- Abortaría
- Lo daría en adopción
- No sabe/No contesta

**8. En su situación actual, ¿Desearía quedar embarazada?**

- Sí
- No me importaría
- No, en absoluto

**9. ¿Cree que, en su situación actual, sería el momento adecuado para quedar embarazada?**

- Es un buen momento
- No es el momento ideal
- Sería un mal momento

**10. En caso de haber estado embarazada alguna vez, ¿el embarazo fue planeado?**

- Nunca he estado embarazada
- Sí
- No, pero no me importó
- No

**11. ¿Con qué frecuencia utiliza métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales coitales?**

- Nunca
- Casi nunca
- Casi siempre
- Siempre

**12. ¿Qué método anticonceptivo suele utilizar con más frecuencia?**

- Ninguno
- Natural (Método del calendario, marcha atrás, temperatura basal...)
- Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, 1 esponja vaginal, crema espermicida...)
- Hormonal (píldora, parche, inyectable.)
- Doble método (preservativo masculino/femenino + otro método)
- Métodos reversibles de larga duración (DIU Cobre/ Hormonal, implante)
- Métodos irreversibles o quirúrgicos (vasectomía, ligadura/obstrucción de trompas)
- Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día siguiente)

**13. En su caso, ¿Quién eligió del método anticonceptivo que utiliza?**

- Usted, por su cuenta
- Su pareja
- Por acuerdo entre ambos
- Por asesoramiento de un profesional sanitario
- No utilizo ninguno

**14. Tanto si usa anticonceptivos como si no, ¿Qué método anticonceptivo considera más seguro para evitar el embarazo? (Elija una sola respuesta).**

- Ninguno
- Natural (Método del calendario, marcha atrás, temperatura basal...)
- Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, 1 esponja vaginal, crema espermicida...)
- Hormonal (píldora, parche, inyectable.)
- Doble método (preservativo masculino/femenino + otro método)
- Métodos reversibles de larga duración (DIU Cobre/ Hormonal, implante)
- Métodos irreversibles o quirúrgicos (vasectomía, ligadura/obstrucción 0 de trompas)
- Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día siguiente)

**15. Valore la utilidad de la información que ha recibido sobre sexualidad y anticoncepción.**

- Nada útil
- Poco útil
- Bastante útil

- Muy útil

**16. ¿De dónde obtuvo la información sobre anticoncepción que usted tiene?**

**Marque la respuesta que considere más importante.**

- Amistades
- Profesorado
- Padres/familiares
- Medios de comunicación
- Internet/ Redes sociales
- Pareja
- Centro de salud
- Nadie

***Fuente: Rueda E. (2019)***

**¡Gracias por participar!**



### FICHA TÉCNICA DE INSTRUMENTO

<b>Nombre del Instrumento</b>	Escala de Valoración de Riesgo de Embarazo (REND).	
<b>Objetivo del Instrumento</b>	Medir el nivel de riesgo de embarazo no deseado en mujeres.	
<b>Data de Creación</b>	<b>Autor / Institución</b>	Eva Rueda García.
	<b>Lugar</b>	España.
	<b>Año</b>	2019.
<b>Duración</b>	15 minutos.	
<b>Unidades de Observación</b>	Mujeres Adolescentes.	
<b>Técnica para la aplicación</b>	Cuestionario.	

### TABLA DE CALIFICACIÓN Y PARÁMETROS

ESPECIFICACIONES	RANGO DE CALIFICACIÓN
Riesgo de embarazo bajo	0 a 12 puntos
Riesgo de embarazo intermedio	13 a 16 puntos
Riesgo de embarazo alto	16 a 29 puntos

### INSTRUCTIVO DE CALIFICACIÓN

La escala está compuesta por 16 ítems, con opciones múltiples que se puntúan del 0 al 2, en el caso de las opciones dicotómicas la puntuación será de 0 a 1.

**Los ítems 1,2, 4,5,7,8,9,10,11,12,13,14 15 y 16 son de opción múltiple.**

**Los ítems 3 y 6 son dicotómicas.**

## **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

### **1. Validez del instrumento**

La escala se administró a 496 mujeres, el Índice de Validez es de 0,86.

### **2. Confiabilidad del instrumento**

Tras el análisis de fiabilidad de todos los ítems de la escala, la versión final consta de 16 ítems, la confiabilidad obtenida mediante Omega de McDonald es de 0,7.