

**CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS CON ADOLESCENTES GESTANTES  
ADSCRITAS AL PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA DE LA ESE  
CARTAGENA DE INDIAS. PRIMER SEMESTRE 2015**

**INVESTIGADORA PRINCIPAL**

**CARMEN ELENA DÍAZ MONTES**

**COINVESTIGADORAS**

**AURA ZÚÑIGA FUENTES**

**YULIS PAOLA ROCHA PÉREZ**

**VANESSA ROCÍO MUÑOZ PACHECO**

**SANDRA PATRICIA DÁVILA RODRÍGUEZ**

**MARÍA JOSÉ JIMÉNEZ TORRES**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**CARTAGENA DE INDIAS**

**COLOMBIA**

**2015**

**TITULO: CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS CON ADOLESCENTES  
GESTANTES ADSCRITAS AL PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA DE LA  
ESE CARTAGENA DE INDIAS. PRIMER SEMESTRE 2015.**

**Investigadora principal**

**CARMEN ELENA DIAZ MONTES**

**Coinvestigadores:**

**Nombre: Sandra Dávila Rodríguez.**

**Correo electrónico:sdavilar@unicartagena.edu.co**

**Nombre: María José Jiménez Torres.**

**Correo electrónico: majojito@hotmail.com**

**Nombre: Vanessa Muñoz Pacheco**

**Correoelectrónico: vanessa1227@hotmail.com**

**Nombre: Yulis Rocha Pérez.**

**Correo electrónico: yulyro03@hotmail.com**

**Nombre: Aura Zúñiga Fuentes.**

**Correo electrónico: aura.zf.7@hotmail.com**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**2015**

## Tabla de contenido

<b>1. RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>2. INTRODUCCION.....</b>	<b>9</b>
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>15</b>
<b>4. OBJETIVO.....</b>	<b>16</b>
<b>4.1. OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>16</b>
<b>4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>16</b>
<b>5. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
<b>5.1. ADOLESCENCIA .....</b>	<b>17</b>
<b>5.1.1. Conceptualización .....</b>	<b>17</b>
<b>5.1.2. Embarazo en adolescentes .....</b>	<b>17</b>
<b>5.2. SISTEMA FAMILIAR.....</b>	<b>20</b>
<b>5.2.1. Definición .....</b>	<b>20</b>
<b>5.2.2. Caracterización de la familia .....</b>	<b>20</b>
<b>5.2.3. Funcionalidad familiar .....</b>	<b>22</b>
<b>5.2.4. Salud familiar .....</b>	<b>23</b>
<b>5.2.5. Grado de salud familiar.....</b>	<b>23</b>
<b>5.3. FAMILIA CON ADOLESCENTE GESTANTE .....</b>	<b>24</b>
<b>5.3.1. Factores de riesgo.....</b>	<b>24</b>
<b>5.3.2. Nivel socioeconómico como factor de riesgo .....</b>	<b>24</b>
<b>6. METODOLOGÍA .....</b>	<b>27</b>
<b>6.1. NATURALEZA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>27</b>
<b>6.2. TIPO DE ESTUDIO.....</b>	<b>27</b>
<b>6.3. POBLACIÓN.....</b>	<b>27</b>
<b>6.3.1. MUESTRA .....</b>	<b>27</b>
<b>6.3.2. MUESTREO.....</b>	<b>28</b>
<b>6.3.3. Criterios de inclusión .....</b>	<b>28</b>
<b>6.3.4. Criterios de exclusión .....</b>	<b>28</b>
<b>6.4. INSTRUMENTO A UTILIZAR .....</b>	<b>29</b>

6.4.1. Contenido del RFT:5-33 .....	29
6.4.2. Salud familiar general ISF: GEN -21 .....	31
5.5 RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	34
5.6 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	34
5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	34
7. RESULTADOS .....	35
8. DISCUSIÓN .....	38
CONCLUSIONES .....	42
RECOMENDACIONES .....	43
BIBLIOGRAFÍA .....	44
ANEXOS .....	52

## LISTA DE TABLAS

<b>TABLA 1. Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas de cartagena y sus familias.....</b>	<b>57</b>
<b>TABLA 2. Estructura familiar.....</b>	<b>58</b>
<b>TABLA 3. Grado de salud familiar.....</b>	<b>58</b>
<b>TABLA 4. Antecedentes familiares.....</b>	<b>59</b>
<b>TABLA 5. Instituciones de apoyo.....</b>	<b>59</b>
<b>TABLA 6. Condiciones psicoafectivas.....</b>	<b>60</b>
<b>TABLA 7. Práctica y servicios de salud.....</b>	<b>60</b>
<b>TABLA 8. Vivienda y vecindario.....</b>	<b>60</b>

## 1. RESUMEN

**Objetivo:** Describir las características familiares, el grado de salud familiar y el riesgo familiar total de las adolescentes embarazadas y sus familias adscritas al programa “Maternidad Segura” de la ESE Cartagena de Indias.

**Método:** Estudio cuantitativo descriptivo transversal, la muestra fue de 338 adolescentes embarazadas adscritas al programa “Maternidad Segura” de la ESE Cartagena de Indias, distribuidas en cinco Unidades Permanentes de Atención. La recolección de la información se realizó mediante la aplicación del instrumento riesgo familiar total RFT: 5-33, el instrumento salud familiar general ISF GEN 21, el APGAR familiar y la encuesta sociodemográfica. Los datos fueron almacenados en el paquete estadístico para ciencias sociales SPS Statistics 19.0. Se determinaron frecuencias, porcentajes, con intervalo de confianza del 95%. Para los datos cuantitativos se determinaron promedios, con desviación estándar.

**Resultados:** participaron 338 adolescentes gestantes, el promedio de edad fue de 17,5 años, el 39,3% (133) se encontraba en el segundo trimestre de gestación, 80,5% (272) vivían en unión libre, el 75,7% (256) de las adolescentes no estudia, 86,7% (293) pertenecen al estrato I y un 98,8% (334) se encuentran afiliadas al régimen subsidiado, En cuanto a la tipología familiar un 84,9% (287) eran familias atípicas, 50,3% se encuentran en plataforma de lanzamiento. Respecto a la funcionalidad familiar 48,5% (164) eran familias altamente funcionales, el 51,5% (107) eran familias con algún grado de disfunción (moderada y severa), en cuanto a la organización familiar el 34,9% (118) de las familias tiene un sistema familiar poco organizado, 44,1% (149) de las familias son saludables, respecto al riesgo familiar un 31,7% (107) se clasifican como familias amenazadas y un 29,9% (101) se clasifican como familias en riesgo alto; 31,1% (105) reporta desarmonía conyugal, 47,9% (162) presenta desinformación sobre los servicios de salud, 51,7% (193) refieren condiciones insalubres del vecindario.

**Conclusiones:** la mayoría de las adolescentes que participaron en el estudio se encuentran desescolarizadas, un alto porcentaje de las adolescentes viven en unión libre. En cuanto a la organización sistémica, se obtuvo que un gran porcentaje de las familias tienen un sistema poco organizado, sin embargo la adolescente se siente satisfecha con su familia. En cuanto a la funcionalidad familiar más de la mitad de las familias presentan algún grado de disfunción (moderada y severa). Las adolescentes perciben a sus familias como familias saludables dejando de lado los riesgos a los que está expuesta, como se evidencia en los resultados con respecto al riesgo familiar total; ya que la mayor parte de la población está clasificada como familias amenazadas y con riesgo alto.

**PALABRAS CLAVES:** Adolescentes, embarazo en adolescencia, factores de riesgo, salud de la familia. (Fuente: DeCS).

## SUMMARY

**Objective:** Describe the familiar characteristics, the degree of health and the familiar total risk of the pregnant teenagers and his families assigned to the program "Sure Maternity" of Cartagena ESE of The Indies.

**Method:** Quantitative descriptive cross-sectional study, the sample was 338 pregnant adolescents attached to the program "Safe Motherhood" of Cartagena ESE of The Indies, distributed in five Permanent Units for attention. The collection of information was carried out through the application of the instrument family risk total RFT: 5-33 and the instrument family health ISF general GEN 21. The data were stored in the statistical package for social sciences SPSSStatistics 19.0. We determined frequencies, percentages, with a confidence interval of 95 %. For quantitative data averages were determined, with standard deviation.

**Results:** 338 teenagers took part gestantes, the average of age was 17,5 years, 39,3 % (133) was in the second quarter of gestation, 80,5 % (272) was living in free union, 75,7 % (256) of the teenagers does not study, 86,7 % (293) belongs to the stratum I and 98,8 % (334) is affiliated to the subsidized regime, As for the familiar typology 84,9 % (287) was atypical families, 50,3 % is in platform of launch. With regard to the familiar functionality 48,5 % (164) was highly functional families, 51,5 % (107) was families with some degree of dysfunction (moderate and severe), as for the familiar organization 34,9 % (118) of the families has a familiar little organized system, 44,1 % (149) of the families is healthy, with regard to the familiar risk 31,7 % (107) qualifies as threatened families and 29,9 % (101) qualifies as families in high risk; 31,1 % (105) brings desarmonía conjugal, 47,9 % (162) presents disinformation on the services of health, 51,7 % (193) recounts unhealthy conditions of the neighborhood.

**Conclusions:** The majority of the teenagers who took part in the study are desescolarizadas, a high percentage of the teenagers live in free union. As for the systemic organization, there was obtained that a great percentage of the families have a little organized system, nevertheless the teenager feels satisfied with his family. As for the familiar functionality more than the half of the families they present some degree of dysfunction (moderate and severe). The teenagers perceive to his families as healthy families leaving of side the irrigations to which it is exposed, since it is demonstrated in the

results with regard to the familiar total risk; since most of the population is classified as threatened families and with high risk.

**Keywords:** Teens, Teenage pregnancy, Risk factors, Family Health. (Fuente: DeCS)

## 2. INTRODUCCION.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital humano que se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social de una o un individuo, cuyo desarrollo se ve afectado por problemáticas que son diferentes y en algunos casos comunes, según el país donde vive y se desarrolla el adolescente, según las condiciones socioeconómicas, el acceso a la educación y la información, a la situación de sus familias y sus expectativas personales (1).

El embarazo en la adolescencia, condiciona el desarrollo de las mujeres, pues ni es la edad adecuada para tenerlo, ni las familias ni sus compañeros sexuales garantizan los apoyos adecuados para que ella y su hijo-a tengan las condiciones óptimas, y además el Sistema tampoco los sule (1).

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial ya que en la mayoría de los casos este afecta negativamente la salud de la madre, del hijo por nacer y del niño, y adicionalmente puede ocasionar alteraciones en la calidad de vida no solo de ellos, sino de la familia y la sociedad. Una de cada cinco personas en todo el mundo es adolescente, para un total aproximado de 1.300 millones, siendo esta la mayor generación de jóvenes registrada en la historia. En Colombia, la población actual de adolescentes corresponde a 20% del total de la población, se estima que hay aproximadamente 9 millones de adolescentes, de los cuales 4.600.000 son mujeres. En lo que respecta Cartagena, es notorio el incremento de los embarazos en adolescentes menores de 15 años (2,3).

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración (4).

Las consecuencias de un embarazo temprano son muy costosas para familias, para la sociedad y para el desarrollo nacional; propicia el aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil, aumentan los costos para el sistema de salud y seguridad social, reduce las posibilidades de erradicar la pobreza, disminuye el capital humano calificado y limita las posibilidades de desarrollo personal de las madres y de los hijos (5)

En el presente estudio se dan a conocer las características familiares de las adolescentes embarazadas en la ciudad de Cartagena, determinando que situaciones condiciones predisponen a que las familias lleguen a presentar algún riesgo, ya sea en la categoría de

familias amenazadas, con riesgo alto, determinado así el grado de afectación de esto para la familia y la adolescente gestante. Además se mostrara el grado de salud familiar que manejan estas familias, y en cómo se traduce el hecho de pertenecer a cada una de estas categorías, esto medido a través de las características sociodemográficas e individuales de las adolescentes como la edad, la ocupación, el estado civil, la ocupación del jefe del hogar, el estado civil de la adolescentes y de los padres, nivel socioeconómico, tipología familiar, ciclo vital familiar y la funcionalidad familiar; mirando todos estos factores como entes influyentes en la adolescentes y la familia.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescente es un problema de salud pública dada la elevada prevalencia y por las repercusiones biológicas, psíquicas y sociales a corto o largo plazo. Son pocos los estudios orientados al enfoque integral de la situación, diversos autores han señalado a la familia, como ente influyente en la aparición del problema y más aún, se le considera responsable de las complicaciones bio-sicosociales de la adolescente embarazada dado el stress al que es sometida por la falta de aceptación (6)

El embarazo adolescente va en aumento a nivel mundial presentándose cada vez a edades más precoces. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos (7).

En la región latinoamericana, aproximadamente 50% de las y los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos, lo que puede explicar que en esta región entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años (8). Existen diferencias significativas dentro de la región, Nicaragua, República Dominicana y Guatemala registraron las mayores tasas de fecundidad adolescente en 2010 en América Latina, con más de 100 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad. Por otro lado, Perú, Haití y Trinidad y Tobago tuvieron las más bajas, con menos de 50 nacimientos por cada 1000 mujeres en el mismo rango etario (9).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 (ENDS) reporta que, un total de 19.5% de adolescentes que han estado alguna vez embarazadas. En comparación con el 2005, se presentó una disminución de un punto porcentual en el embarazo adolescente, sin embargo la cifra analizada representa un alto porcentaje si se tiene en cuenta que los embarazos en la adolescencia son generalmente no planificados o deseados, e implican un impacto negativo en las condiciones físicas y mentales de las jóvenes. Al apreciar las zonas geográficas, es igualmente preocupante la situación en las áreas rurales, ya que allí se observa un porcentaje de 26.7 de adolescentes alguna vez embarazadas, en comparación con un porcentaje de 17.3 de embarazo en las jóvenes de las zonas urbanas. Es decir, la diferencia entre zona urbana y rural es aproximadamente de 9 puntos porcentuales (10).

Por otra parte, datos proporcionados por la Red Informativa de Bienestar Familiar, revela que entre enero y agosto de 2012 se reportaron en Colombia 1.125 menores de edad

embarazadas, de las cuales 144 (12,8%), correspondían a niñas entre los 10 y los 14 años. Las cifras más altas se registraron en los departamentos de Córdoba, Caquetá y Casanare, con 40, 12 y 11 casos respectivamente (11).

En cuanto a la proporción de adolescentes en embarazo de su primer hijo, la mayor parte se tiene en la región Caribe, Bogotá y en la Orinoquía-Amazonía. Por otro lado, se tiene que los mayores porcentajes de embarazadas están en Bolívar Sur, Sucre y Córdoba 6% (12).

A nivel de Bolívar se muestra un porcentaje superior al promedio nacional y con tendencia a empeorar. En 2005, con 21,6%, el resultado departamental superaba el nacional en tan solo 0,1 punto porcentual. Para 2010 la proporción de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años en el departamento aumentó al 22,6%, en contraste con el promedio nacional que alcanzó el 22,5%. Más preocupante es el hecho de que el porcentaje de niñas entre los 10 y 14 años que han sido madres también ha aumentado al pasar del 0,7% al 1% durante los mismos años (13).

En cuanto a Cartagena, los estudios del Departamento de Salud Distrital DADIS, reflejaron que para el 2010, 9 de cada 100 jóvenes entre 15 y 19 años estuvo embarazada, representando así un porcentaje de 19.7% de los partos y cesáreas realizados en la ciudad, para este mismo año (14).

En aras de intervenir la problemática presentada por el embarazo en adolescentes y la mortalidad materna, surge la estrategia “MATERNIDAD SEGURA” desarrollada por la ESE Cartagena de indias en 5 Unidades de Permanentes de Atención: Arroz Barato, el Pozón, Canapote, el Socorro y el Bosque, lugares donde se llevara a cabo la investigación.

La estrategia maternidad segura busca garantizar a las mujeres embarazadas del Distrito las mejores condiciones para su atención, estas tendrá una atención preferencial, para lo cual dispone de áreas exclusivas en los centros de atención de la paciente obstétrica, con salas de espera, áreas de hospitalización y consultorios de uso exclusivo para esta población (15).

La ESE garantiza que la estrategia operará eliminando cualquier barrera de acceso a los diferentes servicios que integran la estrategia; de esta manera los servicios de ecografía, consulta especializada, laboratorio clínico, consulta por nutrición, psicología, educación y asesoría, se ofrecerán en el entorno de cada paciente (15).

De otro lado, la Academia Nacional de Medicina tituló el “embarazo en adolescentes” como la más grave problemática en salud pública de Colombia. Ésta, además de ser un

marcador de subdesarrollo en sí, es una catástrofe biológica, antropológica, social, familiar e individual. De ella se desprenden en gran medida problemas como el aborto, las infecciones de transmisión sexual, la violencia de género, la violencia sexual y el maltrato infantil (3).

Las altas tasas de maternidad adolescente, y su persistencia, son preocupantes debido a las consecuencias y peligros derivados para esa población. Entre los que se presentan más comúnmente aquellos factores de riesgo asociados a los resultados gineco-obstétricos y psicosociales adversos tales como: retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro entre otros (16).

Tenemos que las niñas menores de 15 años tienen mayores posibilidades de morir en el alumbramiento que las mujeres mayores de 20 años. Si una madre es menor de 18 años, su bebé tiene 60% más probabilidades de morir antes de cumplir un año, que un bebé nacido de una madre mayor de 19 años, lo que implica que los embarazos adolescentes son causas de mortalidad materna y perinatal (17).

Entre los factores que provocan que esto suceda está la mala alimentación, un organismo que aún no está apto para concebir, el maltrato a que con frecuencia son sometidas las adolescentes y la discriminación de género. Las principales consecuencias psicosociales encontradas fueron la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos (16).

En cuanto a las familias con adolescentes, esta situación influye en la estructura de la familia, dando origen a cambios en la composición, tipología y funcionalidad. En este sentido, la familia con adolescente embarazada vive un proceso que produce una serie de sentimientos y transformaciones en su dinámica, generando una problemática familiar que muchas veces repercute en las relaciones familiares que pueden comprometer la salud de la adolescente, el recién nacido y la familia (18)

En un estudio realizado con 53 familias con adolescentes gestantes atendidas en el Programa Materno-Infantil del Policlínico Universitario Mártires de Calabazar en Cuba, se encontró que el embarazo en la adolescencia tuvo repercusión en el total de las familias encuestadas y que este influyó en la dinámica familiar, ya que un 18,8% resultaron ser familias disfuncionales y el 5,7% familias severamente disfuncionales. Además se evidenció que en las familias hubo cierta repercusión ante el evento del embarazo de la adolescentes, tales repercusiones se presentaron en la esfera socio-económica donde se reflejó una repercusión moderada de un 45.3%; el principal aspecto afectado fue la dificultad en recursos económicos de la familia para afrontar el evento, además las madres

de las adolescentes sintieron sobrecargas a ciertas demandas que requieren recursos económicos, como alimentación y satisfacción de necesidades para el bebé. En el área socio-psicológica se presentó una repercusión elevada de un 49,1% donde los aspectos afectados fueron la estancia escolar y la participación en actividades sociales de la adolescente; de igual forma en el funcionamiento familiar se presenta una repercusión elevada con un 30,2% donde se observó dificultades en la comunicación y en la esfera afectiva de la familia, afectando así la armonía y cohesión del grupo familiar; y en el estado de salud se reflejó una repercusión moderada con un 39,6%, lo cual significa que las familias realizaron menos cambios o mayor resistencia a ellos, lo que afecta desfavorablemente la salud familiar de la embarazada y la familia (19).

Por otra parte la crisis económica de la mayoría de las familias y la falta de comunicación asertiva, entre otros, pueden constituir factores de riesgo familiar, que llevan a afectar tanto el desarrollo gestacional como el de la propia familia. Asimismo las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras enfrentando la ausencia e irresponsabilidad de los padres del niño o niña (20).

Gonzales M (19) en su estudio afirma que las adolescentes embarazadas tienden a tener relaciones de pareja inestables, tal como se muestra en su investigación Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el policlínico de Calabazar-La Habana, Cuba; donde se evidencio que el 58,5% del total de adolescentes embarazadas estudiadas no presentaban una pareja sexual estable y solo un 41,5% reportaron tener una estabilidad de pareja sexual.

En lo que respecta al niño, las consecuencias recaen en la salud, mayores riesgo de morbilidad y mortalidad en el período neonatal, en vista del escaso desarrollo físico y emocional de la mujer (16,20,21). Lo anterior se afirma en un estudio de casos y controles realizado en un hospital de Cuba donde participaron 132 adolescentes que parieron en dicho hospital, en donde el 6,8% de los neonatos presentaron bajo peso al nacer y un 4,5% presentaron depresión respiratoria, eventos que se presentaron en una cifra mucho menor en el grupo de gestantes de mayor edad. En cuanto a las complicaciones maternas periparto y posparto fueron también más frecuentes en adolescentes ya que la inmadurez física y psicológica que poseen, las exponen a mayores riesgos para desarrollar patologías durante el embarazo que muchas veces pueden llegar a desencadenar la muerte de esta o de su producto. Las adolescentes tienen el doble de probabilidades de morir en relación con el parto que las mujeres en los 20; aquellas por debajo de 15 años de edad aumentan en cinco veces el riesgo (22).

Esta investigación permitirá al personal de enfermería identificar el grado de salud familiar, riesgo familiar total y la funcionalidad familiar de las familias con adolescentes gestantes, lo que a su vez permitirá crear estrategias que estén dirigidas a prevenir los problemas de salud en la adolescente y su producto.

Con respecto a la academia aportara información que pueda ser utilizada con fines investigativos. Además se ampliara la información relacionada con la salud familiar de las familias con las adolescentes embarazadas.

En cuanto a las familias con adolescentes gestantes este estudio es importante ya que se contribuirá al mejoramiento de la salud; identificación de los riesgos familiares, que se presentan en la familia con adolescentes gestantes, ya que conociendo sus características y los riesgos a los que se exponen, se podrán generar intervenciones con el fin de disminuir factores de riesgo y potenciar factores protectores ayudando a mejorar la salud de la familia protegiendo al binomio madre-hijo

### **3.1.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las características familiares de las adolescentes gestantes adscritas al programa "Maternidad segura" de la E.S.E Cartagena de Indias?

## **4. OBJETIVO**

### **4.1.OBJETIVO GENERAL**

Describir las características familiares, el grado de salud familiar y el riesgo familiar total de las adolescentes embarazadas adscritas al programa “Maternidad Segura” de una ESE de Cartagena de Indias.

### **4.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar socio demográficamente las adolescentes embarazadas del programa “Maternidad segura” de una E.S.E. de Cartagena de Indias y sus familias.
- Determinar la estructura familiar de las adolescentes embarazadas del programa “Maternidad segura” de una E.S. E. de Cartagena de Indias.
- Determinar el grado de salud familiar de las Adolescentes gestantes y sus familias del programa “Maternidad segura” de una E.S.E. de Cartagena de Indias.
- Establecer el riesgo familiar de las adolescentes embarazadas del programa “Maternidad segura” de una E.S.E. de Cartagena y sus familias.

## **5. MARCO TEÓRICO**

### **5.1.ADOLESCENCIA**

#### **5.1.1. Conceptualización**

Definir la palabra adolescente en la sociedad es muy difícil ya que no existe un consenso sobre su significado; se admite la definición propuesta por la OMS que la precisa como “el periodo comprendido entre los 10 y 19 años durante el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica”; sin embargo, es importante considerar que no se puede hablar de los adolescentes como un grupo homogéneo ya que este concepto también está influenciado por la cultura, clase social e historia familiar (23).

Se considera la adolescencia como la etapa donde se presentan los mayores cambios físicos y psicológicos del individuo, donde se completan los rasgos propios de identidad, base para el logro de la personalidad; por esta razón se divide en tres estadios: adolescencia temprana, intermedia y avanzada. La adolescencia temprana se considera entre los 10 y 14 años; ésta se caracteriza por grandes cambios a nivel físico y coincide con la pubertad. La adolescencia intermedia va entre los 15 a 17 años, y corresponde a un periodo caracterizado por una independencia creciente de los padres y de la familia, la deserción escolar y el embarazo temprano. La adolescencia avanzada se considera entre los 17 y 19 años de vida; esta etapa se caracteriza porque el adolescente busca reafirmar su relación de pareja y piensa en aspectos como el económico (23).

Como ya se había mencionado anteriormente, en esta etapa del desarrollo se produce un periodo de transición entre la niñez y la adultez, condicionando cambios que son propios de esta, y dentro de los cuales se pueden identificar aspectos psicosociales importantes que se caracterizan por la búsqueda de sí mismos, evolución del pensamiento abstracto, contradicciones en la conducta, actitud social reivindicativa, necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida, etc.; a nivel sexual se pueden identificar cambios que conducen al desarrollo y maduración de los órganos sexuales, se logra la madurez genital y la aparición de los caracteres sexuales secundarios como crecimiento de mamas, crecimiento de vello en la cara, etc. (24)

#### **5.1.2. Embarazo en adolescentes**

El embarazo adolescente se define como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. El problema que se presenta para las embarazadas adolescentes es que están transitando por el difícil camino de

transformarse en una mujer adulta, y a la crisis de la adolescencia, desencadenada por los cambios biológicos, psicológicos, sociales e interpersonales, se le suma la crisis del embarazo que es una crisis secundaria provocada por la presencia de una vida en el vientre, que compromete a estas jóvenes con una responsabilidad y madurez para las que no se han desarrollado totalmente (7,25).

Un embarazo no planeado ni esperado que ocurre en una mujer o en una pareja que está(n) económicamente dependiendo de otros y no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su proceso de desarrollo humano (escolarización, empleo, planes de vida), abandonada(os) por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica (26).

En la actualidad el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo. Según un estudio realizado por James E Rosen encargado de la investigación del departamento de reducción de los riesgos del embarazo de la OMS aproximadamente 16 millones de niñas entre los 15 y 19 años son madres cada año y de ellas el 95% viven en países en vías de desarrollo (2).

En América latina según el informe “reproducción adolescente y desigualdades en América latina y el Caribe. Un llamado a la reflexión y a la acción” del 2008, de 1000 mujeres embarazadas 76 son adolescentes, cifras que sitúan a este continente como el segundo en tener las tasas de fecundidad más alta en este grupo etario (2).

La incidencia de embarazos en la adolescencia varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado: en Estado Unidos, anualmente cerca de 1 millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile, 25% en El Salvador, Centroamérica, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como el 45% del total de embarazos en algunos países africanos (27).

El embarazo entre adolescentes es una preocupación de la mayoría de sociedades del mundo, donde las repercusiones de esta situación han impactado, desde el ámbito familiar hasta la sociedad en general. Constituye un importante problema de salud pública en América Latina y el resto del mundo. La evolución de la gestación en la adolescencia continúa siendo un problema importante para los profesionales de la salud, ya que el embarazo en este período tiene importantes consecuencias sociales y de salud sobre la madre adolescente y su hijo, y una mayor incidencia de complicaciones médicas en comparación con las gestantes adultas. Estas complicaciones son más graves en

adolescentes de menor edad, y aún más graves en las adolescentes menores de 15 años (28,29)

La Organización de las Naciones Unidas advirtió que en Colombia cerca del 20% de las mujeres embarazadas están entre los 15 y los 19 años, siendo unos de los 3 países en Latinoamérica, junto con Venezuela y Ecuador que presentan los índices más elevados. A nivel departamental los que presentan mayor porcentaje de embarazo adolescente son: Amazonas-35.4%, Putumayo32%, Vichada- 31.3%, La Guajira-25:8%, Chocó-29.4%, Nariño-21.8%, Cesar-25.8%, y Cauca- 23.8% (30,31).

El 21 por ciento de las adolescentes de Bolívar (entre 15 y 19 años) ya es madre o está embarazada de su primer hijo. Según el ICBF en Bolívar en 2013 se registraron 3.038 niños nacidos de madres adolescentes (32).

En este departamento el embarazo adolescente subió un punto porcentual con respecto a 2005; aunque el número ha disminuido, Cartagena sigue encabezando las cifras nacionales de embarazos en adolescentes. La falta de educación y desconocimiento de los métodos anticonceptivos son las principales causas. Según el Departamento Administrativo Distrital de Salud, DADIS, con un 21,5% de partos y la mayoría de estos en menores de edad, Cartagena ocupa el cuarto lugar en la lista de las ciudades colombianas (33).

El concejal Américo Mendoza menciona que en el último informe de Cartagena Cómo Vamos se registra más de 4.000 embarazos de adolescentes, mostrando que el año anterior fueron 4.100, con una diferencia de 5% entre un año y otro (34)

Entre los problemas más frecuentes que se presentan en las adolescentes embarazadas tenemos; mayor frecuencia trastornos hipertensivos de la gestación, poca ganancia de peso, anemia, parto pre término, lesiones durante el parto secundario a la desproporción céfalo pélvica, deserción escolar, y alteraciones en el desempeño del rol materno, alteraciones en los procesos familiares y peligros para la estabilidad familiar, que entra en crisis desde el mismo momento en que se enteran de la noticia, condicionando un decremento en la calidad y en la satisfacción de las condiciones de vida. En cuanto al niño, el embarazo en adolescentes predispone a un aumento de la morbimortalidad, la cual está relacionada con bajo peso, prematuridad, aumento de la morbimortalidad perinatal y en los primeros años de vida, y mayor cantidad de abuso físico, entre otros (2,35).

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior, según el consultor en salud de los adolescentes (36).

## **5.2.SISTEMA FAMILIAR**

### **5.2.1. Definición**

Es una unidad con estructura y organización, que interactúa con su ambiente. La familia es un sistema con subsistemas interpersonales de parejas y unidades mayores, definidas por enlaces emocionales y responsabilidades comunes. La familia está conformada por todas las personas que llevan funciones familiares y están emocionalmente conectadas al individuo (20).

### **5.2.2. Caracterización de la familia**

Desde el enfoque de riesgo, se describe en función de parámetros de estructura: tipología (familia nuclear, familia nuclear modificada, familia nuclear reconstruida, familia extensa, familia extensa modificada, familia atípica), ciclo vital familiar (formación de la pareja, crianza de los hijos, familias con hijos preescolares, familia con hijos escolares, familias con hijos adolescentes, familia en centros de lanzamiento, familia en edad madura, familias que envejecen), composición (número de personas, promedio de edad, sexo) y riesgos individuales y familiares; y en términos del grado de salud familiar (sinónimo de organización, dinámica, funcionamiento), que incluye lo que la familia habitualmente es y el grado de satisfacción al respecto; se determina por la medición de las dimensiones de mantenimiento, cohesión, cambio e individuación (20).

#### **Tipología familiar.**

1. Familia nuclear: “Constituida por ambos padres biológicos y los hijos, presencia de dos generaciones de consanguinidad”.
2. Familia nuclear modificada: “comprende las familias donde solo está el padre o la madre (hijos de diferentes uniones)”.
3. Familia nuclear reconstruida: Familia donde hay pareja pero no todos los hijos son del mismo padre o madre. Hay presencia de padrastro o madrastra.
4. Familia extensa: Está compuesta por miembros de tres generaciones (Ambos abuelos, ambos padres, hijos y nietos).
5. Familia extensa modificada: “Aquella en que además de los padres e hijos está vinculado otro miembro de consanguinidad de la generación de los padres o de los hijos (tíos, primos de los padres, sobrinos), o figura la generación de los abuelos y nietos con o sin la presencia de los padres (37).

## **Ciclo vital familiar.**

- 1. Formación de la pareja:** para ingresar adecuadamente a esta etapa, es necesario haberse independizado emocionalmente de la propia familia de origen, ser un adulto joven independiente, con objetivos personales individuales antes de poder convivir con otra persona. Una característica de esta etapa es la preparación de asumir roles de marido o mujer separándose de otros compromisos que pudieran interferir con la intimidad. La tarea central de la etapa que comienza con el matrimonio es el establecimiento de un compromiso estable.
- 2. Etapa de crianza inicial de los hijos (hasta los treinta meses de vida del primer hijo):**

Al aparecer el primer hijo, se produce una modificación estructural que crea las tensiones propias de las relaciones triangulares, y que al mismo tiempo estabilizan las dificultades. La relación de mutualidad de la mujer con su hijo, implica empatizar con sus necesidades físicas y emocionales. La gestación de este vínculo puede comenzar en el embarazo y se afianza en los primeros meses de vida. El padre representa en este periodo un factor de estabilidad y apoyo para la familia, tanto desde el punto material como psicológico.

Esta etapa implica que los padres jóvenes acepten que ya son adultos, y que deben cuidar a sus hijos.
- 3. Familia con hijos preescolares (hasta los seis años del primer hijo):** en esta etapa, aparece en el niño la capacidad de iniciativa y de autonomía. Los padres deben reconocer y tolerar esta autonomía y al mismo tiempo protegerlo de los peligros que esta pueda implicar. En esta etapa se centra la relación en temas de control, recompensas y coerción, también se terminan de definir y tipificar los roles sexuales donde los padres constituyen, por una parte modelos de orientación a conductas sexuales. En esta etapa se corre el riesgo que los padres descuiden sus roles laborales.
- 4. Familias con hijos escolares (hasta los trece años del primer hijo):** el niño sale parcialmente de la familia al ingresar al colegio donde este se presenta como evaluador de la crianza y socialización del menor. El niño empieza a reconocer lo que es permitido y prohibido socialmente, y desarrolla en mayor medida su capacidad de aplicarse al trabajo y de relacionarse con sus pares mediante el juego. Con la salida del niño del hogar, por primera vez toma distancia de las características de la propia familia.
- 5. Familia con hijos adolescentes (hasta los veinte años del primer hijo):** esta es una etapa de cambios marcados en el tipo de relaciones entre padre e hijos, en la cual el ejercicio de la autoridad de los primeros deja de ser imperativa y pasa a ser

razonada. Los límites de la estructura familiar pasan a ser cada vez mas permeables. En esta etapa los adolescentes deben sentir que pueden volver a ser dependientes de la familia y volver a ella, así como explorar con grados variables de independencia alejándose temporalmente de sus padres. Los padres con hijos adolescentes, deben aceptar el desarrollo físico de estos, y en especial de sus capacidades locomotoras, musculares y genital-reproductivas (38).

6. **Familias con centros de lanzamiento** (desde el primer hijo dejando el hogar, hasta el último hijo que deja el hogar),
7. **Familias en edad madura** (desde el nido vacío hasta la edad de la pensión).
8. **Familias que envejecen** (desde la pensión hasta la muerte de uno o ambos esposos) (39).

### 5.2.3. Funcionalidad familiar

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumple o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (40).

La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres, y tradiciones propias de cada sociedad (41).

La aparición del embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reconstrucción de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración (42).

Las familias de las adolescentes gestantes de un estudio realizado en Chía, Cajicá y Cota, municipios del departamento de Cundinamarca, pertenecen a los estratos 1 y 2, situación está que puede llevar a muchos riesgos y dificultar el manejo de las situaciones familiares, y específicamente la situación del embarazo en la adolescencia. La crisis económica de la mayoría de las familias y la falta de comunicación asertiva, entre otros, pueden constituir factores de riesgo familiar, que llevan a afectar tanto el desarrollo gestacional como el de la propia familia. La crisis económica de la mayoría de las familias y la falta de comunicación asertiva, entre otros, pueden constituir factores de riesgo familiar, que llevan a afectar tanto el desarrollo gestacional como el de la propia familia (20).

#### **5.2.4. Salud familiar**

La salud familiar es la resultante de la interacción dinámica interna entre los miembros de la familia y el medio, es susceptible de experimentar cambios a lo largo del desarrollo de la familia, varía en dependencia de la capacidad de la familia para afrontar los acontecimientos propios del ciclo vital o los accidentales, y de los recursos protectores con que cuenta (el funcionamiento familiar, la capacidad de ajuste o de adaptación a los cambios para superar las crisis, el apoyo social, la salud de los miembros, entre otros) (43).

Se expresa en la satisfacción y en el bienestar de los miembros con la familia, con una intimidad respetuosa, donde prime el respeto al derecho individual, se potencie la autodeterminación, la responsabilidad de sí mismo y para con la familia, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa del ciclo evolutivo, en la capacidad de enfrentar de modo eficiente y adecuado los problemas y conflictos de la vida cotidiana, apoyándose mutuamente, para asumir los cambios y ajustarse a ellos (43).

La salud familiar se refiere al funcionamiento familiar; entendido como la experiencia de congruencia en la familia y es lograda por el balance de los cuatro objetivos: estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad"; menciona que se requiere de tres criterios para la salud familiar: la presencia de las cuatro objetivos del sistema, una razonable satisfacción con el funcionamiento familiar y su sistema primario ambiental (42). Algunos estudios concluyen que las familias no sienten o no perciben el riesgo de sufrir o no una patología durante el embarazo, y por tanto, no afecta su grado de salud familiar el cual consideran saludable y satisfecho (18).

#### **5.2.5. Grado de salud familiar**

Dimensiones del proceso (comportamientos y estrategias familiares): la familia inmersa en el sistema social está transmitiendo cultura, suministra necesidades físicas de seguridad, procreación, enseña destrezas sociales a sus miembros y promueve propósitos para la vida. La familia satisface las necesidades de sus miembros mediante el control de su ambiente y guía los procesos familiares con aceptación colectiva y comportamientos y estrategias que ayudan a regular las condiciones terrenales de espacio, tiempo, energía y materia (20).

Los propósitos del sistema familiar se alcanzan con comportamientos que caen en tres grupos: crecimiento familiar (morfogénesis), estabilidad familiar (homeostasis) y cohesión comportamental, los cuales son definidos por Pilar Amaya de Peña de la siguiente manera: a) crecimiento familiar: refleja el ajuste de la familia en el proceso de acomodación a las necesidades cambiantes de sus miembros; b) estabilidad familiar: refleja la tradición y los patrones de comportamientos comunes enraizados en los valores básicos y creencias

culturales que proveen a la familia un sentido de pertenencia y seguridad; y c) cohesión comportamental: Involucra los procesos de cambio requeridos por la familia en su organización y procesos de ajuste en su trayectoria de valores (20).

### **5.3.FAMILIA CON ADOLESCENTE GESTANTE**

Corresponde a aquella familia con mujer menor de 20 años de edad en gestación.

#### **5.3.1. Factores de riesgo**

Según la OMS un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (44). Los factores sociales que influyen en el embarazo y la fecundidad adolescente pueden concebirse como una serie de círculos concéntricos o niveles de análisis, desde el más alejado, el nivel macro social, al más próximo, la conducta, o el nivel de los conocimientos, actitudes y percepciones individuales. En el nivel macro social se pueden mencionar las pautas culturales, la estructura socioeconómica o estratificación social, la estratificación por género y por etnia, y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva adolescente. El contexto social abarca también factores importantes más próximos al individuo, entre otros, el lugar de residencia, la estructura familiar y los grupos de sociabilidad integrados por docentes y grupos de pares, así como la existencia de servicios de prevención y atención en salud especialmente en materia de salud sexual y reproductiva, y la disponibilidad de recursos anticonceptivos (45).

Las siguientes características de los sujetos determinan grados de “vulnerabilidad” a una fecundidad precoz: su edad, su situación socioeconómica, sobre todo su nivel de educación, y su grupo étnico, las percepciones, actitudes y conocimientos relativos a los roles de género, al ejercicio de la sexualidad y a la prevención del embarazo, influyen en la adopción de conductas reproductivas conducentes o no a una fecundidad temprana (45).

#### **5.3.2. Nivel socioeconómico como factor de riesgo**

Según el Departamento Nacional de Estadística -DANE- “La estratificación socioeconómica es el mecanismo que permite clasificar la población en distintos estratos o grupos de personas que tienen características sociales y económicas similares, a través del examen de las características físicas de sus viviendas, el entorno inmediato y el contexto urbanístico o rural de las mismas” (46).

De conformidad con la normatividad que regula el tema de la estratificación, los inmuebles residenciales a los cuales se provean servicios públicos se clasifican máximo en seis estratos socioeconómicos así: 1) bajo-bajo 2) bajo, 3) medio-bajo, 4) medio, 5) medio-alto; 6) alto; también se ha dispuesto la existencia de una categoría especial para los inmuebles comerciales o industriales, la cual se establece según la zona o destinación que se le ha dado al inmueble respectivo (46).

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia. Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente (47)

Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo. (47)

Se estima que anualmente, 5 de cada 100 adolescentes se convierten en madres; afecta a todos los estratos sociales pero predomina en las clases de menor nivel socioeconómico donde ocurren la gran mayoría de estos nacimientos. Siendo aproximadamente el 20% a 60% embarazos no deseados (35).

Los factores sociales que influyen en el embarazo y la fecundidad adolescente pueden concebirse como una serie de círculos concéntricos o niveles de análisis, desde el más alejado, el nivel macro social, al más próximo, la conducta, o el nivel de los conocimientos, actitudes y percepciones individuales. En el nivel macro social se pueden mencionar las pautas culturales, la estructura socioeconómica o estratificación social, la estratificación por género y por etnia, y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva adolescente (45).

Esto se puede comprobar con facilidad observando las tasas de fecundidad en los distintos estratos sociales. Guzmán, Contreras y Hakkert calcularon las tasas de fecundidad adolescente según quintiles de pobreza para algunos países de América Latina, sobre la base de datos de las EDS. En todos los casos, las tasas del quintil más pobre son de cuatro a nueve veces mayores que las del quintil superior. El uso de métodos anticonceptivos es sensible a los niveles de pobreza, si bien no siempre en forma lineal; aunque en varios países el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes aumenta a medida que se sube en la escala social, en otros la tendencia se revierte algo en el nivel superior (45).

En una investigación con adolescentes de estratos bajos y medio-altos se encontró que, si bien las jóvenes del estrato bajo se iniciaban algo más temprano que las del estrato medio-alto y no había diferencia entre los varones de los dos estratos, al llegar a los 18 años, la proporción de iniciados era superior en el caso de varones y mujeres de los estratos medio-altos. Esta diferencia en la exposición al riesgo de concebir, sin embargo, era totalmente compensada por el uso de la anticoncepción. Mientras solamente alrededor de un tercio de varones y mujeres de clase baja usaron anticoncepción consistentemente desde la iniciación, dos tercios de los varones y tres cuartas partes de las mujeres de clase media alta tuvieron esa conducta (45).

El estrato socioeconómico también parece establecer diferencias en el recurso al aborto. Wartemberg concluye que ha abortado el 15,3% de las adolescentes de los estratos bajo-bajo y bajo, el 9,3% de las de los estratos medio-bajo y medio-medio y el 7,6% de las que pertenecen a los estratos medio alto y alto (45).

## 6. METODOLOGÍA

### 6.1.NATURALEZA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

La naturaleza del presente estudio, es de tipo cuantitativo

### 6.2.TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo descriptivo, transversal.

### 6.3.POBLACIÓN

Estuvo conformada por las adolescentes embarazadas que asistieron al programa maternidad segura de la ESE Cartagena de Indias que son en total de 1.284.

#### 6.3.1. MUESTRA

Se realizó el cálculo de muestra considerando un error de 4%, un nivel de confianza del 95% y una prevalencia de 79%(probabilidad de que las adolescentes y sus familias presenten buena satisfacción familiar) (48).

$$n = \frac{(p \times q) \times t^2}{E^2} \quad \text{Siendo } q = 1 - p; t = 1,96. = 304$$

$$N = 1.284$$

$$Z = 95\% (1,96)$$

$$P = 0,79$$

$$Q = p - 1 = 0,21$$

$$e = 4\% (0,04)$$

R= proporción por perdida

$$n(1/1-R) \quad \text{Tamaño muestral} = 337,793221$$

Obteniéndose un tamaño de muestra de 304 adolescentes a encuestar. Adicionándole un porcentaje de pérdida del 10% el tamaño de muestra definitivo es:

$$nA = no [1/1-R] \rightarrow nA = 304 [1/1-0.1] = 337$$

### 6.3.2. MUESTREO

Se realizó un muestreo bietapico; en la primera etapa se hizo un muestreo por conglomerados, a los cuales se les realizó una proporción para seleccionar cuantas Adolescentes embarazadas participaron de cada uno de las cinco unidades permanentes de atención (UPA) en donde se llevaba a cabo la estrategia Maternidad Segura. En el siguiente cuadro (cuadro 1) aparece la forma como fueron seleccionados las púerperas adolescentes en cada institución.

**Tabla 1. Muestreo de acuerdo a las instituciones de salud de primer nivel en Cartagena, 2015**

Unidad permanente de Atención (UPA)	Número de Adolescentes inscritos en el programa	Fracción de muestreo %	Total de adolescentes a encuestar por UPA
UPA 1	518	40.2	136
UPA 2	278	21.7	73
UPA 3	203	15.6	53
UPA4	143	11.2	38
UPA 5	142	11.24	38
<b>Total</b>	1284	100%	338

En la segunda etapa, se aplicó un muestreo aleatorio simple, en donde hizo la elección al azar de los participantes en el estudio; teniendo como apoyo un listado organizado de las adolescentes vinculadas a la estrategia maternidad segura en cada UPA.

### 6.3.3. Criterios de inclusión

- Adolescentes embarazadas que estuvieron adscritas al programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias y sus familias.
- Adolescentes y sus familias con la capacidad física y mental para responder los instrumentos.

### 6.3.4. Criterios de exclusión

- ✓ Adolescentes y sus familias que no desearon participar en el estudio

## **6.4.INSTRUMENTO A UTILIZAR**

Se utilizó el instrumento de riesgo familiar total RFT: 5-33 y salud familiar general ISF GEN 21 de Pilar Amaya.

### **6.4.1. Contenido del RFT:5-33**

El instrumento de Riesgo Familiar Total, RFT: 5-33, está compuesto por cinco secciones principales. Las cuatro primeras identifican y describen aspectos para el conocimiento, la tipificación de familia y la historia de la trayectoria, aunque no tienen peso alguno sobre el puntaje total de inventario. La quinta sección está compuesta por 33 ítems. Las secciones son las siguientes:

#### **6.4.1.1.Identificación de la familia**

Consta de 15 elementos destinados a recolectar datos de identificación de la familia evaluada. La persona que brinda la información para el diligenciamiento de inventario. Incluye datos de ubicación de la familia para su posterior seguimiento y el papel que como participante desempeña dentro de la familia; se identifica el tipo de familia como informante (pareja, nuclear, nuclear modificada, nuclear reconstruida, extensa, extensa modificada, atípica). Todas las familias constituidas por parejas o cualquier modalidad de nucleares son llamadas familias Tipo 1. Aquellas denominadas extensas o atípicas son llamadas familias Tipo 2.

#### **6.4.1.2.Composición de la familia y riesgos individuales**

Consiste en la identificación de cada uno de los miembros de la familia evaluada, incluyendo información sobre género, edad, papel dentro de ésta y datos sobre algunas condiciones específicas que pueden representar riesgo individual, relacionadas con educación sexual, servicios de salud, nutrición, vacunas y otras que se describen luego en la sección de aplicación. Esta sección también identifica cada uno de los miembros de la familia, aún los fallecidos.

#### **6.4.1.3.Antecedentes de patologías de carácter familiar**

Esta sección consta de 19 elementos que indagan sobre condiciones biológicas, psicológicas y sociales que se han presentado o son actuales en la familia en las tres generaciones anteriores.

#### 6.4.1.4. Instituciones de apoyo familiar

En esta parte se indaga sobre las instituciones, organizaciones o grupo sociales y de salud que pueden apoyar a los individuos y al núcleo familiar. Se identifica la presencia de estos grupos en la comunidad de familia, así como la vinculación de ésta a tales organizaciones. Adquieren importancia y se consideran parte del patrimonio familiar cuando las condiciones psicosociales de ésta son deprimidas o existen dificultades en la organización y funcionamiento familiar (Roth, 1995).

#### 6.4.1.5. Factores de riesgo

Esta sección consta de 33 ítems que evalúan en conjunto riesgo familiar total. Éstos tienen puntuación de “1”, “0” y NA (el No Aplica es exclusivo para los ítems de la categoría de manejo de menores) según los criterios que se verán más adelante, a su vez, se encuentran distribuidos en cinco factores, de los cuales cada uno representa una dimensión del riesgo familiar.

**Riesgo familiar total.** Probabilidad de consecuencias adversas individuales o familiares (enfermedad, desorganización o disfunción), debido a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración (Amaya de Peña, P., y Herrera, A. N., en prensa). Estas características incluyen aspectos de tipo biológico-demográficos (composición, morbilidad, mortalidad), físicos, ambientales, socioeconómicos, psicoafectivos, prácticas de salud y servicios de salud. Además, incluye la trayectoria de los miembros de la familia (Pilar Amaya de Peña (1992, 1998 y 2000) cita a Clemen-Stone, Eigsti y McGuire, 1991). Desde este punto de vista, una familia con menor riesgo será aquella que mediante sus prácticas cotidianas y apoyo de los servicios de salud mantiene controlados los riesgos individuales y familiares, utilizando medidas de promoción y prevención.

La siguiente tabla muestra la descripción de cada uno de ellos.

**Tabla 2. Estructura del instrumento de Riesgo Familiar total RFT: 5-33**

Factor	Nº de ítems	Descripción
Condiciones psicoactivas	10	Desarmonía o riñas de pareja, privación afectiva y dificultades relacionadas como ansiedad, uso de psicoactivos y roles no gratificantes.
Servicios y prácticas de salud	6	Disponibilidad, accesibilidad y uso de servicios de salud. Prácticas del cuidado de la salud y manejo de

		problemas prevalentes.
Condiciones de vivienda y vecindario	5	Características ambientales de la vivienda y vecindario en cuanto organización, seguridad, distribución de espacio e higiene y salud ambiental.
Situación socioeconómica	6	Ingresos familiares en relación con las necesidades de salud, educación y recreación.
Manejo de menores	6	Presencia de niños menores de 12 años y manejo de riesgos biológicos y psicosociales individuales de los mismos.

#### **6.4.1.6. Características Psicométricas del Instrumento**

##### **6.4.1.6.1. Confiabilidad**

La confiabilidad del instrumento RFT: 5-33 fue estimada por la autora de los instrumentos (Amaya, P 2004) mediante el coeficiente de consistencia Kuder –Richardson # 20 (KR20).

Los factores tienen una consistencia entre .6 y .76 indicando que son factores homogéneos y altamente consistentes. Otra muestra de ello es el rango de correlaciones ítem- prueba, que se encuentra entre .27 y .87.

##### **6.4.1.6.2. Validez**

La solución factorial permite afirmar que la prueba muestra validez muy satisfactoria.

#### **6.4.2. Salud familiar general ISF: GEN -21**

El instrumento Salud Familiar General: ISF: GEN-21 está compuesto por tres Secciones. La primera describe algunos aspectos importantes para la Identificación, tipificación y composición de la familia, aunque no tiene peso alguno sobre el total del instrumento. La segunda contiene el libreto de la aplicación que debe ser leído por el entrevistador al participante. La tercera parte está compuesta por 21 ítems que puntúan en dos escalas de tipo Likert, una para el componente de organización sistémica y otra para el de satisfacción.

### **6.4.2.1.Contenido del ISF: GEN - 21**

#### **6.4.2.1.1. Identificación de la familia.**

En la primera parte del instrumento se recolectan datos de identificación de la familia evaluada y de la persona que brinda la información para el diligenciamiento del instrumento. Se solicitan datos acerca del nombre de la familia, el tipo de familia, y la presencia o no de gestantes. También se incluye la localización de la familia, el tipo de familia. Además recoge datos del número de miembros que componen la familia y datos del informante.

#### **6.4.2.1.2. Escalas de Organización Sistémica y Satisfacción.**

Esta sección consta de 21 ítems para ser respondidos en dos escalas tipo Likert, una destinada a la organización sistémica de la familia, es decir cómo se representa la familia en lo cotidiano (columna su familia es así), y otra destinada a medir la satisfacción, o qué tanto le gusta al individuo lo que describió acerca de la familia (columna le gusta que su familia sea así), estas escalas se puntúan con valores de 4,3,2,1, según los criterios de aplicación y calificación. Los ítems están agrupados en cuatro factores, así:

Factor 1: Cohesión (9 ítems). La cohesión familiar tiene que ver con las relaciones entre miembros de la familia, de tal manera que los conecta a través de un vínculo afectivo.

Factor 2: Cambio (8 ítems). Se concibe como la incorporación de nuevos conocimientos para asumir una nueva conducta familiar, una estructura y unos valores (Friedman, 1995).

Factor 3: Individuación (2 ítems) Se refiere a las actividades físicas e intelectuales promovidas por la familia que amplían los horizontes de la persona, le enseñan sobre sí mismo y sobre los demás y le proporcionan una nueva perspectiva y sentido de propósito en la vida.

Factor 4. Mantenimiento (2 ítems). Se refiere a las acciones de la familia que están ancladas en la tradición. Hace referencia a la estructura de la familia y a la flexibilidad familiar, y tiene que ver con todas las acciones dirigidas a mantener el sistema con las rutinas diarias de descanso, auto-cuidado, comidas, limpieza, roles, rituales, patrones de comunicación y conductas que apuntan a reducir la amenaza del cambio.

### **6.4.2.2. Características psicométricas del instrumento**

#### Confiabilidad

Los coeficientes Alfa de Cronbach, tanto para la escala de Organización Sistémica (.86), como para la escala de Satisfacción (.92) fueron altos, dando razón de una elevada homogeneidad y de una buena consistencia interna de cada una de las escalas. Los coeficientes Alfa de los factores oscilaron entre .43 y .81 en la escala de Organización Sistémica y entre .53 y .87 en la escala de Satisfacción.

#### **DESCRIPCION DEL APGAR**

El APGAR es un instrumento que contiene preguntas abiertas las cuales valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución.

Consta de cinco preguntas las cuales tienen como respuesta las siguientes opciones con sus respectivas puntuaciones:

**Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos).**

Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente.

Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia severamente disfuncional.

#### **DESCRIPCION DE LA FICHA SOCIODEMOGRAFICA.**

La ficha que se aplicara para la recolección de las características sociodemográficas de las adolescentes gestantes recopilara:

- ✓ identificación de la familia.
- ✓ Ciclo vital familiar.
- ✓ Régimen de afiliación.
- ✓ Ocupación de la adolescente.
- ✓ Estado civil de la adolescente.
- ✓ Edad gestacional de la adolescente.
- ✓ Ocupación del jefe del hogar.
- ✓ Estado civil del jefe del hogar.
- ✓ Nivel educativo de los padres.
- ✓ Estrato socioeconómico.
- ✓ Religión que profesan.

## **5.5 RECOLECCION DE LA INFORMACION.**

Los instrumentos fueron aplicados por el grupo investigador, con previa capacitación en el manejo de los mismos. Estos se aplicaron en las UPAS donde están adscritas las adolescentes, en los horarios acordados con las directivas de las mismas; luego de contar con su aprobación, así como, con el consentimiento libre e informado de los participantes o de sus representantes legales cuando estas sean menores de edad. El instrumento utilizado se encuentra diseñado para recoger información de toda la familia aunque la adolescente no se encontrara en compañía de un familiar.

## **1.6 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Los datos fueron almacenados en el paquete estadístico para ciencias sociales SPS. Se determinaron frecuencias, porcentajes, con intervalo de confianza del 95% para las variables de carácter categórico. Para los datos cuantitativos se determinaron promedios, con desviación estándar, porcentajes, que se representaron en tablas lo que hará posible el mejor análisis, discusión y presentación de los resultados.

## **1.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Esta investigación tuvo en cuenta los principios de Beneficencia, No Maleficencia y Justicia. Tratando siempre de conservar la dignidad y el respeto por los seres humanos implicados en la investigación. Los datos que se recolectaron en dicha investigación y los resultados obtenidos en la misma, se publicaron de forma grupal y no individual, teniendo en cuenta de esta manera, no violar el principio de confidencialidad.

También se tendrá en cuenta la resolución 8430 del 1993, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en donde esta investigación se clasifica como *investigación sin riesgo*. Además de las disposiciones generales de ética que deben cumplirse en toda investigación en seres humanos, aquella que se realice en menores de edad o en discapacitados físicos y mentales (49).

## 7. RESULTADOS

Dentro de las características Sociodemográficas se encontró que la edad promedio de las adolescentes es de 17,5 años de edad. Con respecto a la edad gestacional se halló que el 39,3% (133) se encontraban en el segundo trimestre de gestación, un 34,3% (116) en el tercer trimestre y solo un 26,3% (89) en el primer trimestre de embarazos.

Con respecto al estado civil encontramos que el 80,5% (272) se encontraban en unión libre, un 13,3 % (45) estaban separadas y solo un 6,2% (21) se encontraban casadas.

En cuanto a la ocupación de las adolescentes encontramos que el 75,7% (256) no estudia, el 20,7% (70) estudia y 3,6% (12) estudia y trabaja.

Respecto a la ocupación del jefe del hogar se halló que el 44,1% (149) trabaja de forma independiente, 53,3% (180) es empleado y un 2,7% (9) se clasifica como desempleado. (Tabla 4). Por otro lado, el nivel educativo de los padres se comporta de la siguiente manera un 30,5% (103) cursaron bachillerato incompleto, 29% (98) bachillerato completo, 19,5% (66) primaria incompleta; 12,4% (42) tenían primaria incompleta, 7,1% (24) estudios técnicos y solo un 1,5% (5) tenían estudios profesionales

Por otra parte, según lo hallado el 86,7% (293) pertenecen al estrato 1, un 11,8% (40) al estrato II y al estrato 3 solo se encuentra el 1,5% (5) de las adolescentes encuestadas.

Se encontró que 98,8% (334) se encuentran afiliados al régimen subsidiado, 9% (3) al contributivo y 0,3% (1) vinculado.

La religión católica tiene mayor número con un porcentaje de 64,8% (219), seguido de que profesan otra religión con un 21,6% (73) luego evangélica y ninguna con 13% (44) y 6% (2) respectivamente.

En la estructura familiar la tipología tiene predominio la familia atípica con 84,9% (287) sobre la típica que muestra un porcentaje de 15,1% (51).

En cuanto al ciclo vital familiar tenemos que un 50,3% (170) se encuentra en plataforma de lanzamiento y el otro 49,7% (168) se encontraba en la etapa de familia con hijos adolescentes.

En cuanto a la funcionalidad familiar los resultados arrojaron que el 48,5% (164) del total de encuestados presenta una familia altamente funcional, un 31,7% (107) son familias moderadamente disfuncionales y un 19,8% (67) son familias severamente disfuncionales;

aunque este último es el menor porcentaje es un número considerable de familias con dificultades en la funcionalidad familiar.

Los resultados muestran que de las 338 adolescentes encuestadas un 44,7% (151) respondió que tenían como antecedente familiar la hipertensión arterial; siendo esta la que se presentó con mayor frecuencia, seguido de diabetes con 30,8% (104).

Con respecto a las instituciones de apoyo se encontró que en un 85,4% (290) cuentan con un centro de salud dentro de la comunidad, siendo este el de mayor porcentaje; también encontramos que es muy escasa la cifra de grupos recreativos en la comunidad del total de encuestados solo un 12,1% (41) tiene acceso a estos.

En cuanto a la organización sistémica de las familias encuestadas los resultados arrojaron que el 27,5% (93) de las adolescentes encuestadas manifestaron tener un sistema familiar muy organizado, un 37,6% (127) respondió tener un sistema familiar organizado y un 34,9% (118) afirmó que el sistema familiar de su familia era poco organizado.

Refiriéndose a la satisfacción familiar se encontró que el 46,4% (157) de las adolescentes manifestaron estar satisfecha con la organización sistémica de su familia, el 21,9% (74) respondió estar muy satisfecha con la organización sistémica de su familia y solo el 31,7% (107) manifestó estar poco satisfecha con la organización sistémica de su familia.

Las condiciones psicoactivas de las familias un 31,1% (105) reporta que existe desarmonía conyugal, un 26,9% (91) presenta desarmonía entre padres e hijos y un 28,4% (96) dice sentir ansiedad permanente por los problemas familiares.

Las prácticas y servicios de salud de esta población nos muestra que un 47,9% (162) de esta presenta ausencia de información sobre los servicios de salud a los que tiene acceso; 46,4% (157) tienen un manejo inapropiado del cuidado perinatal y salud de la mujer y un 38,2% (129) manejo inapropiado de los controles médicos mensuales y controles por nutrición.

La parte de vivienda y vecindario se observa que en mayor proporción existen condiciones insalubres del vecindario con un 57,1% (193), seguido de la falta de uso de saneamiento ambiental con un porcentaje de 41,1% (139).

Respecto a la situación socioeconómica de estas 37,6% (127) tiene ingresos escasos para cubrir las necesidades básicas; y falta de recreación en la familia en un 37,9% de las familias

En cuanto a los menores de 12 años del hogar un 3,6% (12) no están escolarizados y un 10,1% de estos presenta riesgos.

En cuanto a la salud familiar total se encontró que el 44,1%(149) de las familias de las adolescentes encuestadas son saludables, el 22,8%(77) respondió que su familia eran muy saludables y el 33,1%(112) son familias poco saludables.

Por otro lado el riesgo familiar total arrojó que 31,7% (107) de las familias con adolescentes gestantes se encuentran dentro de la clasificación de amenazadas, un 29,9% (101) se clasifican como familias con riesgo alto; mientras que un 38,5% (130) pertenecen a la clasificación de familias con riesgo bajo.

## 8. DISCUSIÓN

La adolescencia es un período de la vida con intensos cambios físicos, psíquicos y sociales, que convierten al niño en adulto; ya por si solo este se convierte en un desafío para todo ser humano, si a este hecho se le suma el embarazo, aumenta el reto, trayendo consigo consecuencias tanto psicosociales como biológicas para las adolescentes y para la familia (50).

En los hallazgos de esta investigación se evidencian diversas situaciones y características de las adolescentes, algunas de estas van a aumentar el riesgo familiar trayendo consigo la probabilidad de presentar consecuencias adversas individuales o familiares, lo cual afecta negativamente la salud familiar e individual de las adolescentes; así como también se encontraron otras características que se convierten en factores protectores para estas (20,51).

En la caracterización sociodemográfica de las adolescentes embarazadas y sus familias, se encontró, que la edad promedio es de 17,5 años, coincidiendo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, la cual plantea que la edad de mayor número de embarazos se ubica entre los 15-19 años, fenómeno preocupante no solo por las complicaciones biológicas para la madre y el hijo que está por nacer, sino también por la alteración que ocurre en el ámbito familiar y social. Además muchos de los embarazos en esta etapa no son deseados y este hecho puede llevarlas a contemplar la posibilidad de abortar, en condiciones insalubres aumentando así el peligro para la vida de ambos (28,52).

En lo que respecta la ocupación un 75,7% de las adolescentes embarazadas no estudia, lo que se relaciona con los resultados encontrados en un estudio realizado por López y Díaz (53) donde solo el 27,7% de las adolescentes encuestadas continúa con los estudios. Según García A, (54) el embarazo en adolescentes tiende a tener una relación inversa con el nivel de escolaridad. De la misma forma la UNICEF plantea que una de las principales consecuencias psicosociales de este fenómeno es la deserción escolar. Al respecto otros estudios plantean que uno de los factores desencadenantes de esto es la falta de apoyo emocional y/o económica de las familias, toda esta situación obliga a las adolescentes a iniciar la vida laboral a edad temprana, disminuyendo así la posibilidad de estas de acceder a un buen empleo. Además de ser un componente de subdesarrollo para el país (16,55).

En cuanto al estado civil de las adolescentes gestantes el 80,5% vivían en unión libre, dato que concuerda con lo reportado por Pérez B, (20) en su estudio Caracterización de las familias con adolescentes gestantes: perspectiva de riesgo y grado de salud familiar, el cual se realizó con adolescentes gestantes de estratos 1 y 2 de los municipios de Chía, Cajicá y

Cota en las áreas rural y urbana; donde un 62.2% de las adolescentes encuestadas viven en unión libre; en cuanto al porcentaje de separadas ocupan el segundo lugar con un 13.3% (45), esto muestra que esta población tiene un patrón de uniones conyugales estables, afirmación que difiere de lo propuesto por Welti C, (56) quien plantea que ser madre adolescente a veces ocasiona que se recurra al matrimonio forzado, lo que suele afectar negativamente a la adolescente y a su pareja generándose así conflictos. El fenómeno de las madres solteras en adolescentes presenta características de desventaja: maternidad precoz, pobreza, y ausencia de un progenitor (12).

El 86,7% de adolescentes embarazadas de Cartagena de Indias pertenecen al estrato socioeconómico uno, debido a que la población con la que se trabajó pertenecía al programa Maternidad Segura el cual va dirigido a la población de estratos bajos. El ser una población de estratos socioeconómico bajo se constituye en un población vulnerable para presentar problemas de orden social, Psicológicos, familiares y físicos; aspectos planteados en diversos estudios que sostienen que el contar con pocas oportunidades de acceso a una educación con calidad y los problemas familiares a las que muchas de ellas se enfrentan; como el maltrato, el déficit de ingresos económicos que le permitan cubrir sus necesidades básicas, hacen que la maternidad sea una puerta de escape y una forma de aumentar su propio valor y poseer algo. (21,28,47,57).

Respecto a la estructura familiar; la tipología que predomina es la familia atípica con 84,9%, lo que diverge de lo planteado por Veloza M, (18) en un estudio descriptivo realizado con 100 familias de adolescentes gestantes atendidas en dos instituciones públicas de salud de Bogotá donde el 8% corresponden a familias atípicas. De la misma forma López y Díaz (53) en un estudio realizado con adolescentes gestantes de estratos bajos en una fundación en Cartagena, señala que la tipología familiar predominante en su estudio es la típica con 65,71%. El pertenecer a una familia atípica influye considerablemente en el comportamiento sexual de la adolescente; autores plantean que las que no son hijas del jefe del núcleo familiar y las que viven en hogares compuestos, tiene mayor posibilidad de tener pareja sexual a edades más tempranas que sus pares y por lo tanto de embarazarse (58).

En cuanto al ciclo vital un 50,3% pertenecen a familias en plataforma de lanzamiento similar a lo reportado por López y Díaz, (53) en su estudio, donde un 68,58% de las familias se encuentra en plataforma de lanzamiento. Esto debido a que en su mayoría la adolescente forma su familia, dentro del núcleo familiar existente, bien sea el hogar de la misma o de la pareja, estudios realizados muestran que el embarazo pareciera ser un vehículo para mantener a las adolescentes dentro de la familia, atrayendo en algunos casos a la pareja y haciendo que el proceso de emancipación se trunque (59). Además en otras investigaciones se encontró que la mayoría de las adolescentes presentan dificultad para

alejarse del seno familiar o para independizarse junto a su pareja por la inestabilidad económica y emocional que poseen debido a la edad (59)

Se observa que un 31,7% se encuentra dentro de la clasificación de familias amenazadas, y un 29,9% con alto riesgo; aspectos que coincide con el estudio realizado por López y Díaz, (53) en el cual reporta que un 25,7% están clasificadas como familias con riesgo alto; lo que representa la mayor parte de la población, lo cual indica que estas familias cuentan con un apoyo parcial, y subutilizan los servicios de salud, debido a la deficiencia que estas tienen en la practicas y uso de los servicios de salud, pues en esta subcategoría se presenta el mayor riesgo, teniendo un alto porcentaje de no utilización de los servicios de salud a los que tienen acceso, esto debido a la poca información sobre estos, y a la no adopción de prácticas de prevención de las enfermedades, ya que también se evidencia un alto número de no uso de controles médicos mensuales y del manejo adecuado de la salud de la mujer (citología y autoexamen de mama), todos estos factores influyen en que la adolescente no controle adecuadamente su embarazo haciendo así que no se identifiquen tempranamente los factores de riesgo a los que se encuentra expuesta, trayendo consigo posibles complicaciones como mortalidad materna y perinatal, anemia, parto prematuro, hemorragias, hipertensión arterial gravídica, malformaciones congénitas, infecciones urinarias entre otras (60).

De la misma forma se encontró un alto porcentaje de riesgo en la subcategoría de vivienda y vecindario presentándose condiciones desfavorables, situación que generara un impacto negativo impidiendo el desarrollo normal social de la familia, generando estrés en el entorno interior y exterior del núcleo familiar. Todas estas circunstancias facilitan el estado de la amenaza y riesgo para la salud individual y familiar (53).

En lo que respecta a la salud familiar total, se encontró que el 33,1% se conciben como familias poco saludables; resultados que son diferentes a los hallados por Veloza M, (18) en donde el porcentaje de familias poco saludables fue de 14%. Esto sostiene el planteamiento de Amaya P, (39) de que el Riesgo Familiar Total está relacionado con la Salud Familiar General.

El estudio realizado por Pérez B con 66 familias con adolescentes gestantes arrojó que un promedio de 54,1% de las familias eran familias saludables, , lo cual es congruente con los resultados obtenidos en el presente estudio en donde el 44,1% se conciben como familias muy saludables y el 22,8% como familias saludables; de lo anterior y relacionándose con el riesgo familiar total se puede decir que a pesar de presentar dificultades y riesgos en algunas dimensiones y de pertenecer a estratos bajos y medio-bajos, las familias se consideran saludables (60).Algunos autores expresan que las familias que tienen un alto

riesgo y aun así se consideran saludables se exponen a mayores riesgos biológicos, físicos y sociales, ya que el riesgo de presentar alguna patología es real sin embargo la buena organización y satisfacción familiar que dicen tener, no permite que la adolescente y la familia se percaten del riesgo al que están expuestas (18)

Por otro lado 19,8% son familias severamente disfuncionales y el 31,7% son familias moderadamente disfuncionales lo que sumado representa más de la mitad de la población estudiada; similar a lo reportado por López y Díaz, (53) donde el 54,29% de las familias manifestó algún grado disfuncionalidad familiar. Otro estudio realizado con 53 familias de adolescentes atendidas en la consulta multidisciplinaria del Programa Materno Infantil de un Hospital en Cuba realizado por Guridi M, *Et al* (19) es congruente con los resultados de presente estudio ya que muestra que solo un 17,0%, son familias funcionales. Lo anterior difiere con los resultados encontrados por Urrueta M, (61) ya que este reporta que un 51,3% de las 78 adolescentes gestantes encuestadas en un Hospital de Lima-Perú pertenecen a familias funcionales; Estudios realizados reafirman que la disfunción familiar es un factor predisponente para que se presente el embarazo en la adolescencia, se identificó además que la disfunción familiar constituye en realidad un riesgo que se agrava si está asociado con la edad, escolaridad, ocupación, estado civil actual del adolescente. Por lo que las adolescentes requieren de mayor participación al momento de tomar decisiones que afecten a la familia, que se les distribuya de manera responsable, se les confiera libertad para tomar decisiones sobre su vida, de acuerdo a su grado de madurez y bajo la supervisión de los padres. Mayor calidad del tiempo disponible para compartir, demostraciones de confianza, solidaridad y sobre todo afecto (4).

Dentro de las limitaciones para el desarrollo de la investigación se encontró que no permite establecer relaciones causales entre variables, ya que no es posible conocer si fue anterior la existencia del factor de riesgo o lo fue el evento, por tanto no permiten el cálculo “real” de la incidencia, además de esto no informan sobre *asociación real* entre variables. Otras de las limitantes encontrados fue la poca afluencia de la población objeto en algunas de las instituciones de salud donde se desarrolló la investigación, aparte de esto como los participantes se incluyen menores de edad, que en algunos casos asistían solas a las citas y no se les podía aplicar los instrumentos por falta de una persona mayor de edad que firmará el consentimiento informado (62). La fortaleza del estudio radica en que es el primer estudio de caracterización de las familias de adolescente embarazada adscrita al programa maternidad segura.

## CONCLUSIONES

- La mayoría de las adolescentes gestantes se encuentran desescolarizadas y se dedican a las labores del hogar.
- En cuanto a la actividad económica del jefe del hogar, se encontró que la mayoría realizan algún tipo de actividad que les genera ingresos económicos, ya sea empleados o trabajadores independientes.
- Respecto a la organización sistémica, se obtuvo que un gran porcentaje de las familias tienen un sistema poco organizado, y llama la atención que la mayoría de las adolescentes respondió estar satisfecha o muy satisfecha con la forma en que se organiza su sistema familiar.
- En relación a la funcionalidad familiar, más de la mitad de las familias participantes presentan algún grado de disfunción familiar (moderada y severa) cifra que es significativa y que constituye un riesgo adicional para la salud de las adolescentes y sus familias.
- La adolescente embarazada percibe que su familia se encuentra saludables. Sin embargo más de la tercera parte de la población en estudio se ubican en familias poco saludables situación preocupante debido a que este aspecto sumado a los riesgos propios del embarazo en adolescentes se constituyen en aspectos que aumentan el riesgo para la salud de las adolescentes y su producto.
- En lo que respecta al riesgo familiar total; la mayor parte de la población reportó estar en la clasificación de familias amenazadas y con alto riesgo; llamando la atención, que un gran porcentaje refirió presentar un alto riesgo en cuanto a la utilización y prácticas de los servicios de salud y en la subcategoría de vivienda y vecindario, situación que puede poner en peligro el bienestar y la salud de la adolescentes, él bebe por nacer y el sistema familiar

## RECOMENDACIONES

1. Socializar los resultados de dicha investigación en la institución en donde se llevó a cabo el presente estudio.
2. Que la ESE Cartagena de Indias, como entidad prestadora de servicios integrales de salud, a partir de los resultados cree y/o realice intervenciones dentro del programa “Maternidad Segura” enfocados a dar respuesta a los problemas y necesidades encontrados, incluyendo a la familia de las jóvenes.
3. Desde la facultad apoyar a las instituciones de salud que brinden atención a esta población a través de los convenios docencias-asistenciales, en la implementación de un modelo de salud familiar.
4. Fortalecer el plan de estudio en el área de salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos y de género de tal forma que se brinden elementos a los futuros profesionales para brindar cuidados adecuados a esta población.
5. Fortalecer los equipos de atención a los adolescentes con enfoque interdisciplinario y familiar de tal forma que permitan brindar una atención integral a la población.
6. Realizar investigaciones que exploren asociación entre las variables de estudio o estudios de intervención a la población de estudio con el fin de impactar la salud de esta.
7. Incentivar a las instituciones de salud al desarrollo de actividades que promuevan el acompañamiento familiar de las adolescentes embarazadas durante el control prenatal y todo el proceso de gestación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Penagos G, Restrepo A, Corre E, González V, Bedoya P, Restrepo A. Cambios en la vida de las mujeres adolescentes a consecuencia de los embarazos y partos de sus hijas/os nacidos entre los años 2002 y 2004 en Medellín. Red de prevención del embarazo adolescente en Medellín. Proyecto Sol y Luna. Alcaldía de Medellín. Secretaria de Salud. 2007.
2. Noguera N, Alvarado H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. Colombiana de Enfermería. 2012; 7(7): p. 151-160.
3. Arrieta J, Ramos E, Murillo M, Mercado K, Silgado O, Velásquez K, et al. Prevalencia de embarazos en adolescentes escolares en la ciudad de Cartagena. Febrero a Junio de 2010. Ciencias Biomédicas. 2010 Septiembre; 1(2): p. 162-167.
4. Rangel J, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM. 2004 Enero-Febrero; 47(1): p. 24-27.
5. Agudelo L, Vargas C, Osorio Y. Embarazos en adolescentes (11-16) y ¿cuál es su impacto en la familia y la sociedad? Universidad de Caldas. 2006.
6. Pérez M. Aceptación del embarazo en adolescente por el grupo familiar. Barrio "12 de octubre" Barquisimeto. Universidad Centrooccidental "Lisandro Alvarado" Decanato de Medicina. 2003-2004 Septiembre.
7. León P, Minassian M, Borgoño R , Bustamante F. Embarazo adolescente. Pediatría. 2008; 5(1).
8. Mendoza L , Arias M, Pedroza M, Micolta P, Ramírez A, Cáceres C , et al. Actividad Sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. Chilena de obstetricia y Ginecología. 2012; 77(4): p. 271-279.
9. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 Graphics W, editor. Washington: Biblioteca de la OMS; 2012.

10. Presidencia de la República. Equidad Mujer. Seguimiento a la política social del gobierno e indicadores poblacionales, con enfoque de género salud sexual y reproductiva. Bogotá: Observatorio Asuntos Género, Cundinamarca; 2011.
11. República de Colombia. Departamento de la Prosperidad Social. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Red informativa de Bienestar Familiar. [Online].; 2012 [cited 2014 julio 25. Available from: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Noticias/Noticiasb/RIBF/Noticia/iCBFPideDenunciarCasosMadresMenores>.
12. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS. [Online].; 2010 [cited 2014 julio 25. Available from: [http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com\\_content&view=article&id=33&Itemid=60](http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=33&Itemid=60).
13. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Estado de avance de los objetivos de desarrollo del milenio, Bolívar y Cartagena 2012. [Online].; 2012 [cited 2014 julio 25. Available from: [http://www.pnud.org.co/2012/odm2012/odm\\_bolivar.pdf](http://www.pnud.org.co/2012/odm2012/odm_bolivar.pdf).
14. Fundación Colombiana de Psicotraumatología FUCOPSI. Proyecto de Atención Integral a Madres Adolescentes. [Online].; 2010 [cited 2014 Julio 25. Available from: <http://www.fucopsi.org/2014/01/proyecto-de-atencion-integral-madres.html>.
15. ESE Cartagena de Indias. Maternidad Segura. [Online].; 2014 [cited 2015 Enero 31. Available from: <http://www.esecartgenadeindias.gov.co/paginas/Noticias.php?id=111>.
16. UNICEF. Embarazo en Adolescentes. [Online].; 2007 [cited 2014 Julio 25. Available from: [http://www.unicef.org/republicadominicana/health\\_childhood\\_10191.htm](http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10191.htm).
17. UNICEF. Hechos sobre Adolescencia y Jóvenes en América Latina y el

Caribe. [Online]. [cited 2014 Julio 25. Available from: <https://www.google.com.co/search?q=las+ni%C3%B1as+menores+de+15+a%C3%B1os+tienen+mayores+posibilidades+de+morir+en+el+alumbramiento+que+las+mujeres+mayores+de+20+a%C3%B1os.+Si+una+madre+es+menor+de+18+a%C3%B1os%2C+su+beb%C3%A9+tiene+60%25+m%C3%A1s+probabi.>

18. Veloza M. Salud familiar en familias con adolescente gestante. Avances en Enfermería. 2012; 30(1): p. 75-81.
19. Guridi M, Franco V, Guridi Y. Funcionamiento y Repercusión Familiar en Adolescentes Embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar [Trabajo Investigación]. Municipios Boyeros. Policlínico Mártires de Calabazar. La Habana. 2011.
20. Pérez B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. AQUICHAN. 2009; 3(1).
21. Flórez C. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Panamericana de Salud Pública. 2005 Diciembre; 18(6).
22. Valdés S, Essien J, Bardales J, Saavedra D, Bardales E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2002 Mayo-ago; 28(2).
23. Montachez M. Embarazo en adolescentes. [Online]. [cited 2014 Julio 25. Available from: <http://es.calameo.com/read/00228338929dbfdf425ab>.
24. Centro Educativo Milagros Sede Bocas del Guabal. Embarazo en Adolescentes. [Online].; 2012 [cited 2014 Julio 25. Available from: <http://cemilagrossedebocasdelguabal.blogspot.com/2012/12/estructura-del-proyecto-de-aula-1.html>.
25. Infogen. Embarazo no planeado. [Online].; 2014 [cited 2014 Julio 25. Available from: <http://infogen.org.mx/tag/embarazo-no-planeado/>.

26. ALAPE 2012. Congreso Latinoamericano de Pediatría. Atención Integral de la adolescencia menor de 15 años embarazada. Cartagena. [Online].; 2012 [cited 2014 Julio 25. Available from: [http://www.alape.org/docs/Present\\_Cart/15.Diva-Moreno\\_Protocolo\\_atencion.pdf](http://www.alape.org/docs/Present_Cart/15.Diva-Moreno_Protocolo_atencion.pdf).
27. Maurer C, Vergara T. EMBARAZO ADOLESCENTE: UN DESAFIO PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS. [Online].; 2007 [cited 2014 Julio 25. Available from: <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202007/EMBARAZO%20ADOLESCENTE.%20UN%20DESAFIO%20PARA%20LAS%20POL%20TICAS%20P%20BLICAS.pdf>.
28. Contreras J. PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA E.S.E ALEJANDRO PROSPERO REVEREND DE SANTA MARTA EN LOS AÑOS 2008- 2009 [Tesis]. Universidad Nacional de Colombia. 2011.
29. Alonso R, Campo A, González A, Rodríguez B, Medina L. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. Biblioteca Virtual en Salud de Cuba. 2005; 1(1).
30. Bligoo. Embarazos infantiles y adolescentes. [Online]. [cited 2014 Julio 25. Available from: <http://embarazosinfantilesenadolescentes.bligoo.com.co/>.
31. Ministerio de Salud. República de Colombia. Embarazo adolescente en Colombia. [Online].; 2013 [cited 2014 Julio 25. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/embarazo-adolescente/anexo-cifras-embarazo-adolescente-en-colombia-documentoICFB-jul-2013.pdf>.
32. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS. Bolívar-Así es la Salud Sexual y Reproductiva. [Online].; 2010 [cited 2014 Julio 25. Available from: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/documentos/bol-etines/departamentales/bolivar.pdf>.

33. Barros D. Cartagena, la cuarta ciudad con la cifra más alta en embarazos de menores. [Online].; 2012 [cited 2014 Julio 25. Available from: <https://prensautadeocaribe.wordpress.com/2012/11/15/cartagena-la-cuarta-ciudad-con-la-cifra-mas-alta-en-embarazos-de-menores/>.
34. FUNCICAR. Bitácora Consejo de Cartagena. [Online].; 2013 [cited 2014 Julio 25. Available from: <http://www.funcicar.org/noticia/bit%C3%A1cora-concejo-de-cartagena-5-de-julio-de-2013>.
35. Nolzco M, Rodríguez L. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Posgrado de la VI cátedra de Medicina. 2006; 15(6): p. 13-18.
36. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. [Online].; 2009 [cited 2014 Julio 25. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>.
37. Betancurth D. Riesgo Familiar Total y Salud Familiar: Familias con Mujeres en Lactancia Materna, Villamaría, Caldas Colombia [Tesis]. Manizales. bdigital Repositorio Institucional. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2011.
38. Oyarzún E. Ciclo Vital Familiar. Universidad Chile Facultad de Medicina, Departamento Atención Primaria y Salud Familiar. [Online].; 2008 [cited 2015 Septiembre 30. Available from: [http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/528/Clase\\_N\\_2\\_Ciclo\\_vital\\_individual\\_11\\_.pdf](http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/528/Clase_N_2_Ciclo_vital_individual_11_.pdf).
39. Amaya P , Betancurth D. Riesgo familiar total y salud familiar: Familias con mujeres en lactancia materna, Villamaría, Caldas, Colombia [Tesis] Manizales. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2011.
40. González C, Mejía M, Angulo L, D'Ávila M. Funcionalidad familiar, estrato socio-económico y red de apoyo social de los residentes de postgrado de la facultad de medicina de la universidad de los andes. Mérida. Venezuela.

- Facultad de Medicina. 2005; 12(1).
41. Choque C, Flores G. Cómo viven la experiencia de tener un hijo, las madres adolescentes. Universidad de Córdoba. Facultad de ciencias médicas. Escuela de Enfermería. 2010; 1(1).
  42. Cortes L. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes en el municipio de puerto asis departamento del putumayo. Universidad Nacional de Colombia. 2014; 1(1).
  43. González I. Reflexiones acerca de la salud familiar. Cubana Med Gen Integr. 2000; 16(5).
  44. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Online]. [cited 2014 Julio 25. Available from: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/).
  45. CEPAL. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad: adolescente en América Latina. [Online]. [cited 2014 Julio 25. Available from: <http://cepal.org/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229-p1.pdf>.
  46. Secretaría de Planeación Distrital. Estratificación Socioeconómica. [Online]. [cited 2014 Julio 25. Available from: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estratificaci%F3n%20Socioecon%F3mica/QueEs>.
  47. Issler J. Embarazo en la Adolescencia. Posgrado de la Cátedra Vía Medicina. 2001 Agosto; 1(107): p. 11-23.
  48. Díaz C, López R, Antequera S, Blanco C, González J, Torregloza J, et al. Factores de riesgo familiares y sociales asociados a la prevalencia de embarazo en adolescentes en cartagena de indias 2009 [Tesis Grado]. Universidad de Cartagena, Facultad de Enfermería. 2009.
  49. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 de 1993. [Online]. [cited 2014 Julio 25. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf>.

50. Casas J , Ceñal M. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr integral*. 2005; 9(1): p. 20-24.
51. Cruz M. Embarazo de adolescentes y comunicación familiar. *margen*. 2011 junio; 61(1).
52. Secretaría de salud. Dirección general de Salud Reproductiva. México D.F. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. [Online].; 2002 [cited 2015 Mayo 24. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>.
53. López R, Díaz C. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas adscritas a la fundación Juan Felipe Gomez Escobar. Cartagena 2006. Universidad de Cartagena. Fac. Enfermería. .
54. García A. Caracterización Epidemiológica de las Adolescentes Embarazadas [Tesis Grado]. Biblioteca Central Unniversidad de San Carlos de Guatemala. 2014 Septiembre.
55. Salazar A, Rodríguez L, Daza R. Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y municipios aledaños. *pers.bioét*. 2007; 11(2): p. 170-185.
56. Welti C. Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México. *Papeles de población*. redalyc. 2006 Octubre-diciembre;: p. 43-87.
57. Ortiz R, Anaya N, Sepúlveda C, Torres S, Camacho P. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. *Med UNAB*. 2005 Agosto; 8(2).
58. Castellón H. Caracterización de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes en una comunidad urbana del Municipio de Malambo (Atlantico) [Tesis Grado]. bdigital. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2014.
59. Barreto E, Sáenz M, Velandia F, Gómez J. El embarazo en adolescentes bogotanas: Significado relacional en el sistema familiar. *Revista de Salud Pública*. Universidad Nacional de Colombia. 2013; 15(6): p. 837-849.
60. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Asociación Bogotana de Obstreticia

y Ginecología. Guía de Control Prenatal y Factores de Riesgo. [Online]. [cited 2015 Junio 02. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>.

61. Urrueta M, Durand J. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho [Tesis Grado]. Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. E.A.P. de Enfermería. 2008.
62. Temas de Enfermería. Epidemiología, Investigación, Salud Pública y Eventos en Enfermería. Estudios descriptivos: Tipos- Fases- Ventajas y Limitaciones. [Online].; 2012 [cited 2015 Junio 01. Available from: <http://temasdeenfermeria.com.ar/2012/02/estudios-descriptivos-tipos-fases-ventajas-limitaciones/>.

## ANEXOS

### Anexo 1

Consentimiento informado a mujeres embarazadas mayores de edad.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ afirmo que he sido informado por los y las estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena acerca de la investigación **CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS CON ADOLESCENTES GESTANTES ADSCRITAS AL PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA DE LA ESE CARTAGENA DE INDIAS. PRIMER SEMESTRE 2015**; autorizo mi participación en dicha investigación y en todas las actividades realizadas en esta. Según la información ofrecida este estudio no implica ningún tipo de riesgo para mí y los datos que se obtendrán en el mismo serán manejados con la debida privacidad y solo serán usados con fines académicos.

Tengo claro que puedo durante la aplicación de los instrumentos renunciar de mi decisión de participar en este estudio y esto no tendrá consecuencia alguna para mí en la atención brindada a mí y a mi hijo en los servicios de salud.

El investigador responsable de la investigación es: Carmen Elena Díaz Montes CC: 45.508.796. Cualquier inquietud solicitar información en: 6698181 de la facultad de Enfermería. \_\_\_\_\_

#### FIRMA Y C.C

Firma de investigador principal \_\_\_\_\_

Investigador responsable: Carmen Elena Díaz Montes

### Anexo 2

Consentimiento Informado Para Embarazadas Menores De Edad

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con C.C N° \_\_\_\_\_ firmando abajo y habiendo recibido toda la información sobre la

finalidad del trabajo a realizar, consciente y conocedor de mis derechos y de los de mi hija y/o mi representada, relacionados en este documento y en calidad de representante legal, ESTOY DE ACUERDO EN QUE MI HIJA Y/O REPRESENTADA \_\_\_\_\_ identificado con T.I N° o R.C. \_\_\_\_\_, participe en la investigación desarrollada por los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Cartagena: **CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS CON ADOLESCENTES GESTANTES ADSCRITAS AL PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA DE LA ESE CARTAGENA DE INDIAS. PRIMER SEMESTRE 2015**

COMPRENDO QUE

ESTE ESTUDIO NO IMPLICA NINGÚN TIPO DE RIESGO PARA MÍ HIJA Y EL Ó LA BEBE ASI COMO:

1. Se le garantiza al adolescente participante y a su representante legal, recibir respuestas a cualquier pregunta, duda o aclaración, con respecto a, los procedimientos, riesgos, beneficios y otros aspectos relacionados con la investigación en la cual se está participando.
2. Se le asegura plenamente que no serán identificados, y que se mantendrá el carácter confidencial de la información relacionada con las declaraciones.
3. En el evento en que existan gastos adicionales, la participante NO incurrirá en las mismas, ya que estos serán asumidos por el presupuesto de la investigación
4. Se le proporcionara información actualizada durante y después del proceso investigativo, en relación con la temática del mismo.
5. La o el adolescente participante y su representante legal, son conscientes y tienen el conocimiento que los resultados podrían ser utilizados en publicaciones y/o estudios futuros.

Hago constar que Tengo conocimiento de lo expuesto anteriormente y DESEO Y AUTORIZO A MI HIJA a que participe en el desarrollo de esta investigación de forma **VOLUNTARIA.**

Cartagena Bolívar. \_\_\_\_\_ de 2013

---

Firma del Representante Legal Firma menor de edad Participante

---

Firma de investigador principal

# ANEXO 3 INSTRUMENTOS

## Instrumento de Riesgo Familiar Total [ Pilar Amaya ]

I. Identificación de la familia			
Fecha de aplicación: <input type="text"/>	Tipo de valoración: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> C	Nombre de la familia: _____	No. de miembros: <input type="text"/>
Código familiar: _____	Tipo de familia: _____	Permanencia en el sector: <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> años	
Presencia de gestantes: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Nombre: _____	Teléfono familiar: _____	
Dirección: _____		Municipio o ciudad: _____ Vereda, localidad o barrio: _____ País, departamento: _____	
Nombre del entrevistado: _____	Rol dentro de la familia: _____		Centro de atención: _____
Entrevistador: _____			

### II. Composición familiar y riesgos individuales

N°	Nombre y apellido	Género Sexo	Rol Estat.	Educación sexual	Servicio salud	Percepción de riesgo	Menores de 12 años				Accidentes	Salud oral	Agudeza visual o aud.	Otras enfermedades u hospitalización	Muerte
							Nutrición	Vacunas	Maltrato	Virales					
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															

RFI: 5-33 / Instrumento de Riesgo Familiar Total / Pilar Amaya / ISBN 958-701-383-2

### III. Antecedentes de paciente familiar

Alcoholismo	Diabetes	Hipertensión arterial
Anemia	Down	Infarto agudo de miocardio
Artritis	Enfermedad mental	Lepra
Asma	Enfermedad renal	Maltrato
Cáncer	Epilepsia	Retardo mental
Desnutrición	Hemofilia	Tuberculosis
		Ninguno

### IV. Instituciones de apoyo familiar

Guardería	Centros de Salud	Casa vecinal	Grupos Recreativos
Escuela	Trabajo	Grupos Religiosos	Ninguna

### 3. Vivienda y Vecindario

17 Falta de uso de saneamiento ambiental.	1	0
18 Condiciones insalubres del vecindario.		
19 Higiene y organización deficiente del hogar.		
20 Ausencia de servicios públicos (A.A.E.B).		
21 Problemas de ventilación, iluminación o almacenamiento de alimentos.		
Total Factor		

### 4. Situación Socioeconómica

22 Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud.	1	0
23 Pobreza: ingreso menor que NBS.		
24 Falta de recreación en la familia		
25 Vagancia o sobrecarga de trabajo o algún miembro de la familia.		
26 Problemas de salud no resueltos ni controlados.		
27 Inaccesibilidad a servicios de salud.		
Total Factor		

### V. Factores de riesgo

1. Condiciones Psicoafectivas		1	0
1 Desarmonía conyugal (infidelidad o riñas permanentes de pareja).			
2 Desarmonía entre padres e hijos o entre hijos.			
3 Violencia, abuso familiar, maltrato (físico, psicológico, social).			
4 Ansiedad permanente por problemas familiares.			
5 Privación afectiva, desprotección.			
6 Roles no gratificantes o roles sustitutos de padres, hijos o ancianos			
7 Divorcio o separación conyugal.			
8 Fuga de menores, padre o madre.			
9 Enfermedad mental o intentos de suicidio.			
10 Ingesta de alcohol o psicoactivos (tabaco, gasolina y otros).			
Total Factor			

### 2. Prácticas y Servicios de Salud

2. Prácticas y Servicios de Salud		1	0
11 Subutilización de servicios de salud disponibles.			
12 Ausencia de información sobre servicios de salud.			
13 Manejo inapropiado de cuidado perinatal y salud de la mujer.			
14 Manejo inapropiado de CMG / nutrición.			
15 No detección de riesgos familiares.			
16 Manejo inapropiado de salud dental.			
Total Factor			

### 5. Manejo de Menores

5. Manejo de Menores		1	0	NA
28 Más de cuatro menores de 12 años.				
29 No escolaridad de menores de 12 años.				
30 Manejo inapropiado de EDA, IRA, CD.				
31 Falta de seguridad en actividades de menores.				
32 Presencia de riesgos en niños de 1 a 11 años.				
33 Dificultad en orientación y disciplina de escolares y adolescentes.				
Total Factor				

RFI: 5-33 / Instrumento de Riesgo Familiar Total / Pilar Amaya / ISBN 958-701-383-2

Instrumento de Salud Familiar: Familias en General  
[ Pilar Amaya ]

I. Identificación de la familia

Fecha de aplicación:  Tipo de valoración:  S  CE  C Nombre de la familia:  No. de miembros:

Código familiar:  Tipo de familia:  Permanencia en el sector:  meses  años

Presencia de gestantes:  NO  SÍ Nombre:  Dirección:  Teléfono familiar:

Municipio o ciudad:  Vereda, localidad o barrio:  País, departamento:

Nombre del entrevistado:  Rol dentro de la familia:

Entrevistador:  Centro de atención:

II. Instrucciones

«A continuación voy a leer varias frases sobre lo que las familias hacen habitualmente. Usted debe responder cómo es su familia y qué tanto le gusta que sea así. No hay respuestas correctas, para responder sólo piense cómo es su familia»

Organización Sistémica: Píense qué tanto su familia es como dice la frase. Elija una de las alternativas NUNCA, RARA VEZ, ALGUNAS VECES, SIEMPRE.

Satisfacción: Ahora piense qué tanto le gusta que su familia sea como es. Elija una de las opciones NO ME GUSTA, ME GUSTA POCO, ME GUSTA, ME GUSTA MUCHO.

III. Ítems

		Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	Siempre (4)	No me gusta (1)	Me gusta poco (2)	Me gusta (3)	Me gusta mucho (4)
1	Cada uno sabe que puede contar con su familia en cualquier momento.								
2	El cariño entre las personas de su familia los hace sentir unidos.								
3	En su casa, cada uno cumple con lo que le toca hacer.								
4	En su familia hay tareas propias para cada uno.								

		Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	Siempre (4)	No me gusta (1)	Me gusta poco (2)	Me gusta (3)	Me gusta mucho (4)
5	En su familia permanecen unidos en las buenas y en las malas.								
6	En su familia se castiga el incumplimiento de oficios y deberes.								
7	En su familia se le reconocen los logros de cada uno.								
8	Entre Uds. se dicen las cualidades de cada uno.								
9	Entre Uds. se colaboran para cuidarse los unos a los otros.								
10	Las cosas importantes para su familia son también importantes para cada uno.								
11	Las personas de su familia notan cuando alguno de Uds. tienen problemas o preocupaciones.								
12	Su familia confía en las amistades que cada uno escoge.								
13	Su familia confía en lo que cada uno hace por fuera de la casa.								
14	Su familia está pendiente para que los estén lo mejor posible.								
15	Su familia ha logrado cambiar con los cambios de la época.								
16	Uds. enseñan a las personas de su familia a defenderse por sí mismos.								
17	Uds. asisten juntos a espectáculos públicos (cine, circo, parque, bailes, etc.).								
18	Uds. cambian lo que hay que hacer en casa, según lo que sea necesario del trabajo y del estudio.								
19	Uds. celebran en familia fechas especiales (misas, cumpleaños, aniversarios, bautizos).								
20	Uds. permiten que las personas de la familia vayan a actividades sociales (fiestas, reuniones) fuera de la casa.								
21	Uds. pueden confiar sus secretos a alguien de la familia.								

## ANEXO 4

### ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

Identificación de la Familia: \_\_\_\_\_

Ciclo vital Familiar: \_\_\_\_\_

Régimen de Afiliación: Contributivo\_\_\_\_\_ Subsidiado\_\_\_\_\_ Vinculado\_\_\_\_\_

Ocupación de la adolescente (elija una): Estudia y trabaja\_\_\_\_\_ Estudia \_\_\_\_\_ No estudia\_\_\_\_\_

Estado Civil de la Adolescente: Casada\_\_\_\_ Unión Libre\_\_\_\_ Separada\_\_\_\_\_

Edad Gestacional de la Adolescente: Primer trimestre\_\_\_\_\_ Segundo Trimestre\_\_\_\_ Tercer trimestre\_\_\_\_\_

Ocupación del jefe del hogar: Empleado \_\_\_\_\_ Trabajador Independiente \_\_\_\_\_ Desempleado \_\_\_\_\_

Estado Civil del Jefe del Hogar: Casado\_\_\_\_ Unión libre\_\_\_\_ Separado\_\_\_\_ Viudo\_\_\_\_

Nivel educativo de los padres: Primaria completa\_\_\_\_\_ Primaria Incompleta\_\_\_\_\_-  
Bachillerato incompleto\_\_\_\_\_ Bachillerato Completo\_\_\_\_\_ Técnico\_\_\_\_\_ Profesional\_\_\_\_\_

Estrato Socioeconómico: 1\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ 3\_\_\_\_ 4\_\_\_\_

Religión que profesan: Católica\_\_\_\_\_ Evangélica\_\_\_\_\_ Otra\_\_\_\_\_

## ANEXO 5

### Nombre Completo

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o direcciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como tristeza, rabia, amor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia y yo compartimos el tiempo, el espacio, el dinero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ANEXO 6**

**TABLAS 1**

**Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas de Cartagena y sus familias**

<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>N</b>	<b>PORCENTAJES</b>	<b>TOTAL</b>
<b>EDAD GESTACIONAL</b>	Primer trimestre	89	26.3%	338
	Segundo trimestre	133	39.3%	
	Tercer trimestre	116	34.3%	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Casada	21	6.2%	338
	Separada	45	13.3%	
	Unión libre	272	80.5%	
<b>OCUPACIÓN DE LA ADOLESCENTE</b>	Estudia	70	20.5%	338
	Estudia y trabaja	12	3.6%	
	No estudia	256	75.7%	
<b>OCUPACIÓN DEL JEFE DEL HOGAR</b>	Desempleado	9	2.7%	338
	Empleado	180	53.3%	
	Trabajador independiente	149	44.1%	
<b>ESTRATO SOCIOECONÓMICO</b>	Estrato I	293	86.7%	338
	Estrato II	40	11.8%	
	Estrato III Y IV	5	1.5%	
<b>NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES</b>	Primaria completa	42	12.4%	338
	Primaria incompleta	66	19.5%	
	Bachillerato completo	98	29.0%	
	Bachillerato incompleto	103	30.5%	
	Técnica	24	7.1%	
	Universitario	5	1.5%	
<b>RÉGIMEN DE AFILIACIÓN</b>	Contributivo	3	0.9%	338
	Subsidiado	334	98.8%	
	Vinculado	1	0.3%	
<b>RELIGIÓN</b>	Católica	219	64.8%	338
	Evangélica	44	13.0%	
	Otras	73	21.6%	
	Ninguna	2	0.6%	

**TABLA. ESTRUCTURA FAMILIAR 2**

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>N</b>	<b>PORCENTAJES</b>
Tipo de familia	Atípica	287	84,9%
	Típica	51	15,1%
Ciclo vital familiar	Familia con hijos adolescentes.	168	49,7%
	Familia en plataforma de lanzamiento.	170	50,3%

**TABLA. GRADO DE SALUD FAMILIAR 3**

<b>DIMENSION</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>N</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Funcionalidad familiar</b>	Familia altamente funcional.	164	48,5%
	Familia moderadamente disfuncional.	107	31,7%
	Familia severamente disfuncional	67	19,8%
<b>Organización sistémica</b>	Sistema familiar muy organizado	93	27,5%
	Sistema familiar organizado	127	37,6%
	Sistema familiar poco organizado	118	34,9%
<b>Satisfacción familiar</b>	Familia muy satisfecha	74	21,9%
	Familia satisfecha	157	46,4%
	Familia familiar poco satisfecha.	107	31,7%
<b>Salud familiar total</b>	Familia muy saludable	77	22,8%
	Familia saludable	149	44,1%
	Familia poco saludable	112	33,1%
<b>Riesgo familiar</b>	Familias amenazadas	107	31,7%

<b>total</b>	Familia con riesgo alto	101	29,9%
	Familia con riesgo bajo	130	38,5%

**TABLA. ANTECEDENTES FAMILIARES 4**

<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>
ALCOHOLISMO	31	9,2	307	90,8
DIABETES	104	30,8	25	7,4
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	151	44,7	20	5,9
INFARTOAGUDO DE MIOCARDIO	18	5,3	31	9,2
ANEMIA	24	7,1	35	10,4
ASMA	28	8,3	33	9,8
ENFERMEDAD RENAL	11	3,3	35	10,4
CANCER	26	7,7	34	10,1
DOWN	7	2,1	34	10,1
ARTRITIS	14	4,1	34	10,1
ENFERMEDAD MENTAL	6	1,8	34	10,1
MALTRATO	1	0,3	34	10,1
RETARDO MENTAL	3	0,9	34	10,1
EPILEPSIA	6	1,8	34	10,1
TUBERCULOSIS	2	0,6	34	10,1
DESNUTRICIÓN	4	1,2	34	10,1
HEMOFILIA	1	0,3	34	10,1

**TABLA. INSTITUCIONES DE APOYO 5**

<b>INSTITUCIONES DE APOYO</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>
Guarderia	127	37,6	211	62,4
Centrodosalud	290	85,8	48	14,2
Casavecinal	51	15,1	287	84,9
Grupos recreativos	41	12,1	297	87,9
Escuela	181	53,6	157	46,4
Trabajo	251	74,3	87	25,7
Grupos religiosos	111	32,8	227	67,2

**TABLA. CONDICIONES PSICOAFECTIVAS 6**

<b>CONDICIONES PSICOAFECTIVAS</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>
Desarmonía conyugal	105	31,1	233	68,9
Desarmonía entre padres e hijos o entre hijos	91	26,9	247	73,1
Violencia, abuso familiar, maltrato (fis, psic, social)	45	13,3	293	86,7
Ansiedad permanente por problemas familiares	96	28,4	242	71,6
Privacion afectiva, desproteccion	53	15,7	285	84,3
Roles no gratificantes o roles sustitutos	34	10,1	304	89,9
Divorcio o separacion conyugal	78	23,1	260	76,9
Fuga de menores, padre o madre.	25	7,4	313	92,6
Enfermedad mental o intentos de suicidio	19	5,6	319	94,4
Ingesta de alcohol o psicoactivos	58	17,2	280	82,8

**TABLA. PRÁCTICA Y SERVICIOS DE SALUD 7**

<b>PRACTICAS Y SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>
subutilización de servicios de salud disponibles	111	32,8	227	67,2
ausencia de información sobre servicios de salud	162	47,9	176	52,1
Manejo inapropiado de cuidado perinatal y salud de la mujer	157	46,4	181	53,6
Manejo inapropiado de CMG/nutricion	129	38,2	209	61,8
No deteccion de riesgos familiares	74	21,9	264	78,1
Manejo inapropiado de salud dental	68	20,1	270	79,9

**TABLA. VIVIENDA Y VECINDARIO 8**

<b>VIVIENDA Y VECINDARIO</b>	<b>si</b>	<b>%</b>	<b>no</b>	<b>%</b>
Falta de uso de saneamiento ambiental	139	41,1	199	58,9
Condiciones insalubres del vecindario	193	57,1	145	42,9
Higiene y organizacion deficiente del hogar	69	20,4	269	79,6
Ausencia de servicios publicos	56	16,6	282	83,4
Problemas de ventilacion, iluminacion o almacenamiento de alimentos	58	17,2	280	82,8