Salud Sexual y Reproductiva e impacto de la dinámica y funcionalidad familiar en el embarazo adolescente joven de las estudiantes de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia Jornada Diurna

Estudiantes:

Manuel Orlando Cárdenas Saavedra 447350
Daniela Patricia Mora Álvarez 444413
Ingrid Milena Rodríguez Gamarra 449379
Yuliana Melisa Torres Galván 448934

Universidad Cooperativa De Colombia
Proyecto de investigación para el cuidado
Facultad de Enfermería
Enfermería VII nivel
Bucaramanga
2018
Salud Sexual y Reproductiva e impacto de la dinámica y funcionalidad familiar en el embarazo adolescente joven de las estudiantes de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia Jornada Diurna

**Estudiantes:**

Manuel Orlando Cárdenas Saavedra 447350

Daniela Patricia Mora Álvarez 444413

Ingrid Milena Rodríguez Gamarra 449379

Yuliana Melisa Torres Galván 448934

**Docente:**

Magda Liliana Villamizar Osorio

Universidad Cooperativa De Colombia

Proyecto de investigación para el cuidado

Facultad de Enfermería

Enfermería VII nivel

Bucaramanga

2018
## Tabla de Contenido

Introducción .............................................................................................................................................................................. 1

1. Planteamiento del problema .................................................................................................................................................. 3

2. Justificación ............................................................................................................................................................................. 7

3. Objetivos ................................................................................................................................................................................. 9

4. Marco Referencial ................................................................................................................................................................. 10

   4.1 Marco Conceptual .......................................................................................................................................................... 10

      4.1.1 Adolescencia ......................................................................................................................................................... 10

   5.1.2 Salud sexual y reproductiva .......................................................................................................................................... 11

   5.1.3 Embarazo adolescente .................................................................................................................................................. 12

   5.1.4 Familia ......................................................................................................................................................................... 13

   4.2 Marco Teórico .................................................................................................................................................................... 15

      5.2.1 Salud sexual y reproductiva en la comunidad (Comunicación sobre problemas entre adolescentes y padres). .................................................. 15

      5.2.2 Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes (comportamientos sexuales) ........................................... 15

      5.2.3 Funcionalidad familiar y embarazo (factores relacionados con mujeres embarazadas) .................................. 16

      5.2.4 Acciones educativas sobre aspectos de sexualidad (necesidades de aprendizaje) ........................................... 16

   5.3 Marco disciplinar ............................................................................................................................................................... 17

      5.3.1 Prevención del embarazo adolescente (conocimientos sobre la prevención del embarazo adolescente) ...................... 17

      5.3.2 Significados en SSR e importancia de la educación sexual en la familia .................................................. 17

      5.3.3 Salud familiar en gestantes (grado de salud familiar) ........................................................................................... 18

5. Diseño Metodológico ............................................................................................................................................................ 20

   5.1 Tipo de estudio: ............................................................................................................................................................... 20

   5.2 Población y muestra .......................................................................................................................................................... 20

   5.3 Criterios de inclusión y exclusión .................................................................................................................................... 21

   5.4 Recolección de la información ......................................................................................................................................... 21

   5.5 Análisis de la información .................................................................................................................................................. 23

   5.6 Operacionalización de variables ...................................................................................................................................... 23

6.1 Consideraciones éticas ............................................................................................................................................................ 25
7. Resultados .................................................................................................................. 28
8. Discusión ................................................................................................................... 39
9. Conclusiones ............................................................................................................. 43
10. Recomendaciones .................................................................................................... 45
11. Limitaciones del Estudio ........................................................................................ 47

Referencias Bibliográficas ............................................................................................. 48
Anexos ............................................................................................................................. 59
Introducción

La adolescencia joven es la etapa comprendida entre los 21 a 24 años OMS (2014) y es un suceso marcado por múltiples cambios no sólo fisiológicas, sino también sociales, de personalidad y comportamiento para los adolescentes. Es en este periodo donde surgen también una serie de interrogantes sobre cambios corporales, caracteres sexuales y el cómo abordar su salud sexual y reproductiva pues aquí crece la curiosidad con respecto a estos temas.

Acuña & Rivera (2001) exponen que salud sexual y reproductiva es un “estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos”, es decir la capacidad de poder disfrutar de forma libre la vida sexual, y que todo esto sea decidido sin discriminación, coerción o violencia.

Debido a la gran cantidad de información, creencias, culturas, formas de crianza y mitos que existen actualmente en la sociedad, los adolescentes vivencian y experimentan situaciones de forma precoz e inmadura, que resultan nuevas para ellos y que les generan cambios totales en su vida como el embarazo adolescente, que actualmente según la UNICEF es un problema en Salud Pública, pues cada año dan a luz 15 millones de adolescentes.
Este suceso, sin duda trae consecuencias no sólo para la joven gestante; sino también para su familia, evidenciado por alteraciones en la funcionalidad familiar (Falcón, 1997), pues según Molino (2012), en la familia se generan fuertes sentimientos de pertenencia y compromiso personal.
1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (2014), define “la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la temprana 12 a 14 años, tardía entre los 15 a 19 años y joven entre 21 a 24 años”. “En estas etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo esta condición no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo”.

Durante ese período van produciéndose aceleradamente en el ser humano cambios físicos y psíquicos muy marcados, como la aparición de caracteres sexuales, vello púbico, crecimiento de las mamas en la mujer y los cambios en los órganos genitales en ambos. Además, la adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo, con adquisición de nuevas funciones en las esferas biológica, psicológica y social (Álvarez, 2013 & Blázquez, 2012).

Según Issier (2001) “el embarazo adolescente es el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica o siguiente a la menarquía o cuando la joven aún es dependiente de su núcleo familiar”. A nivel mundial, este suceso se presenta a edades cada vez más tempranas y genera en las adolescentes consecuencias no sólo para su salud física, sino también mental y social. Según Manrique R., et al (2008), las adolescentes, son una población con alta
vulnerabilidad de presentar riesgos durante la gestación y el parto. En cuanto al aspecto psicosocial, muchas jóvenes atraviesan por sentimientos como temor por tener la responsabilidad de cuidar otra vida, dolor frente a procedimientos invasivos como el parto y la cesárea, sus aspiraciones se limitan al cuidado de sus hijos, la relación con sus amigos se ve disminuida y en cuanto a la dinámica familiar, esta genera conflictos, pues muchos padres no conocen la situación de sus hijas y el aspecto comunicación se torna difícil. (Falcón, 1997).

Este suceso se ve influido por la familia, la cual se define según Molino (2012) como “la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se supone duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia dicho grupo, en el cual existen un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia”.

A nivel internacional, según UNICEF (2002), cada año dan a luz 15 millones de adolescentes, entre 15 y 19 años de edad en todo el mundo. El 95% ocurren en países en desarrollo. La OMS (2002) en las estadísticas sanitarias mundiales del 2014 indican que la tasa de natalidad entre adolescentes de 15 a 19 años es de 49 x 1000 mujeres, y la tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 señoras, siendo la más alta la de África Subsahariana. El Consorcio de Universidades Global Virtual University posiciona el primer país en todo el mundo a Nigeria con más de 233 embarazos por cada 1000 mujeres adolescentes. Las cifras de embarazo adolescente en Colombia son alarmantes, pues según el ICBF, desde el año 2008 hasta el 2013 han nacido cada año, en promedio, 159.656 niñas y niños de madres entre 10 y 19 años. Según El Observatorio del Bienestar de la Niñez del ICBF también advirtió que “de este total, alrededor del 4% eran madres entre 10 y 14 años de edad”
y la tasa Nacional de embarazos equivale al 19.5%, es decir que una “de cada cinco adolescentes entre los 15 y los 19 años es madre o está embarazada”. Según El Espectador (2014) los departamentos donde se presenta más incidencia de esta problemática son el Cesar, Casanare, Guaviare, Huila y Magdalena. Además en Santander, se han registrado 1.447 nacimientos de madres menores de edad, lo que sitúa a la región por encima del promedio Nacional con un 19.35 de incidencia (Espectador, 2014).

Estos sucesos ocurren por una serie de causas dentro de las cuales se encuentran las relaciones familiares y la comunicación con sus padres (Cruz, 2002 & Enaho, 2000). Otro aspecto importante, son las consecuencias y la forma en la que se ve afectada las relación padre-madre-adolescente, algunas de ellas son decisiones difíciles como mantener el embarazo, interrumpirlo o darlo en adopción, pérdida de la confianza al no saber que su hija no es sexualmente activa, cambios financieros, modificaciones en cuanto a reglas y estrés debido al alto riesgo del embarazo y los compromisos que esto genera en la madre. (Fox, 2017).

Según Lin et al. (1979, 1981) el apoyo social son provisiones instrumentales o expresivas aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos, cuyo objetivo es proteger de la incertidumbre, fortalecer las relaciones sociales, formar unión, crear nuevos vínculos y apoyar con algunas responsabilidades. En el embarazo adolescente este apoyo se torna fundamental, ya que es una etapa de muchos cambios para la joven y el hecho de tener un circulo de personas que la alienten, motiven y le den soporte impacta de forma positiva en
su salud física, mental y social. Por otro lado, Shumaker & Brownell (1984) describen que el apoyo puede darse en situaciones de salud, donde se atraviesa por mucho estrés, y la función principal va encaminada al fomento de la autoestima, el mantenimiento de la salud en general, modificación en las estrategias de afrontamiento y el cumplimiento de las necesidades vitales.

Por consiguiente, surge la pregunta de investigación la cual corresponde a ¿Cuál es la red de apoyo familiar y el nivel de funcionalidad familiar de un embarazo adolescente en etapa joven de las estudiantes del programa de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Bucaramanga-Santander?
2. Justificación

Es importante desarrollar esta investigación, ya que el embarazo es considerado una problemática en Salud Pública debido a su alto índice de prevalencia a nivel mundial. Uno de los factores de riesgo de ésta problemática es el nivel de desarrollo de los países, siendo los subdesarrollados los más vulnerables, ya que estudios revelan que en América Latina el 15% y 25% de los recién nacidos corresponden a madres menores de 20 años. (Lázaro, 2006).

Según la literatura, se evidencian una serie de consecuencias no solo para la gestante, sino también para sus relaciones sociales y núcleo familiar. Algunos de los problemas son alteraciones emocionales en la adolescente debido al impacto de la noticia y la responsabilidad que trae consigo convertirse en madre. En cuanto al aspecto psicosocial se demuestra bajo rendimiento académico, impedimento de sus estudios universitarios, discriminación y aislamiento social. (Molina; Ferrada & Pérez, 2004).

“El embarazo en la adolescencia tiende a ser evaluado por las implicaciones para el desarrollo de la madre y de las demás personas involucradas en la situación, principalmente la familia” (Gontijo & Medeiros, 2004). El papel de la familia es considerado fundamental en la forma como es vivido el proceso de embarazo en la adolescencia, ya que se considera un factor protector y el principal para la madre y bebé. (Benson 2004; Scaramella, Conger, Simons & Whitbeck 1998).
Según Dallas (2004) el apoyo familiar es definido en dos ejes: el emocional, el cual hace referencia al soporte recibido, expresado en disponibilidad afectiva, escucha activa, comunicación asertiva y empatía a la hora abordar la temática. Y el instrumental se caracteriza por la colaboración económica y en cuanto a labores domésticas.

Finalmente, encontramos alteraciones a nivel familiar, como modificaciones en su estructura, dinámica, y funcionamiento, siendo el embarazo una crisis paranormativa donde la madurez psicológica y económica de la adolescente y su hogar se encuentran alteradas. (Ibarra, 2006). La falta de apoyo en esta etapa se considera una gran causa de sufrimiento para la gestante, ya que esto impacta en el estado de ánimo, las relaciones sociales, la salud y el aspecto académico; lo que genera complicaciones para la madre y su hijo. Es por ello, que es el rol de enfermería resulta fundamental a la hora de consolidar estas redes de apoyo. Dentro de esta labor se destaca la educación proporcionada por parte del profesional a la familia y la joven acerca del embarazo, las intervenciones para el afrontamiento de la situación, el fortalecimiento de la comunicación, la mejora de las relaciones familiares, expresión de sentimientos y opiniones frente a la situación presentada y por consiguiente la funcionalidad familiar.
3. Objetivos

Determinar los factores que influyen en la disfunción familiar en el embarazo adolescente de las estudiantes de la Universidad Cooperativa de Colombia Jornada Diurna en el año 2018.

- Identificar la función familiar de las adolescentes jóvenes en la Ucc jornada diurna.
- Describir la relación entre familia y adolescente en el embarazo.
- Conocer el grado de disfuncionalidad existente en las familias con una adolescente joven embarazada.
4. Marco Referencial

4.1 Marco Conceptual

4.1.1 Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (2014), define “la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años, la adolescencia tardía 15 a 19 años y joven entre 21 a 24 años”. En cada una de las etapas se presentan cambios en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo. Es una etapa de la vida en la que hombres y mujeres experimentan cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. La adolescencia se inicia con la pubertad y concluye cuando estos cambios alcanzan mayor estabilidad alrededor de los 19 años. La pubertad marca el inicio de la adolescencia que generalmente ocurre entre los diez y los 13 años de edad. (Profamilia, 2014).

En esta etapa es donde se generan muchos interrogantes por parte de los adolescentes sobre temas que abordan el cambio de su cuerpo y de ciertos caracteres sexuales. Además, surgen preguntas frente a cómo abordar su salud sexual y reproductiva, pues es en esta etapa donde la curiosidad con respecto a su vida sexual aparece.
5.1.2 Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva, es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Se requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Según la OMS (1975), la salud sexual es “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. Esta encierra no sólo la parte sexual, sino también las relaciones personales, la afectividad y el desarrollo personal. Además de abarcar el aspecto de la procreación en pareja.

El Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano, considera la sexualidad como una dimensión prioritaria en el curso de la vida de las personas. Y en este se aborda la práctica de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de cada persona.

Según Acuña & Rivera (2001) la salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un “estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos” (DSR). Según esto, se considera un buen estado de salud sexual y reproductiva a la capacidad de poder disfrutar de la sexualidad de forma plena, decidir si se desea procrear o no, el número de hijos que se quieren tener y que todas las decisiones en cuanto a este tema sean tomadas sin discriminación, coerción y violencia.
5.1.3 Embarazo adolescente

Debido a todos los cambios que se presentan en esta etapa de la vida, los jóvenes atraviesan una serie de situaciones y momentos que marcan su vida, y de cierta forma los ayudan a crecer, educarse y madurar. Uno de estos acontecimientos es el embarazo adolescente, que según Issier (2001) es considerado como “el embarazo adolescente es el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica o siguiente a la menarquia o cuando la joven aún es dependiente de su núcleo familiar”.

Este suceso debido a sus altos índices de prevalencia, es considerado como un problema en Salud Pública, ya que según UNICEF cada año dan a luz 15 millones de adolescentes entre 15 y 19 años de edad y el 95% de estos ocurren en países en desarrollo. El Consorcio de Universidades Global Virtual University posiciona el primer país en todo el mundo a Nigeria con más de 233 embarazos por cada 1000 mujeres adolescentes. En el territorio Colombiano según un reporte del ICBF (2008) cada año nacen 159.656 niños y niñas de madres adolescentes.

Según El Espectador (2014), en el departamento de Santander es donde se presentan mayores incidencias de este problema, ya que se han registrado 1447 nacimientos de madres menores de edad. Uno de los factores de riesgo de ésta problemática es el nivel de desarrollo de los países, siendo los subdesarrollados los más vulnerables, ya que estudios revelan que en América Latina el 15% y 25% de los recién nacidos corresponden a madres menores de 20 años (Lázaro, 2006).
Esta problemática implica consecuencias no sólo para las futuras madres como toma de decisiones en saber si seguir con el embarazo o interrumpirlo. En cuanto al aspecto psicosocial se demuestra bajo rendimiento académico, impedimento de sus estudios universitarios, discriminación y aislamiento social (Molina; Ferrada; Pérez, 2004).

“El embarazo en la adolescencia tiende a ser evaluado por las implicaciones para el desarrollo de la madre y de las demás personas involucradas en la situación, principalmente la familia” (Gontijo & Medeiros, 2004). Viéndose afectada la interacción madre-padre-hija, pues según Molino (2012) en la familia se generan fuertes sentimientos de pertenencia con dicho grupo y compromiso personal entre ellos.

5.1.4 Familia

Por otro lado, la familia se define como “un sistema de miembros que residen juntos y se relacionan afectivamente con el objetivo de apoyarse unos a otros; sus integrantes pueden ser consanguíneos o no, aunque están unidos emocionalmente a través de características comunes y/o talentos complementarios, lo cual les permite cumplir roles que contribuyen al funcionamiento de la familia como unidad total en constante intercambio con su ambiente” (Friedman, 1991). El apoyo familiar juega un papel muy importante, pues se considera el principal soporte de la gestante, tanto emocional como económica. (Benson; Dallas, 2004; Scaramella, Conger, Simons & Whitbeck 1998).
1.1.5 Funcionalidad Familiar

Este proceso de acompañamiento se relaciona con la funcionalidad familiar, siendo esta todos los procesos saludables que permiten a cada miembro de la familia obtener congruencia personal y controlar la ansiedad, a través de los propósitos de estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad mediante las estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individuación y así lograr la unidad en la familia, con la cual enfrenta las etapas del ciclo vital, las crisis y el logro de sus metas de tal forma que permita la satisfacción de sus miembros y garantizar la permanencia del grupo familiar. (Friedman, 2001).
4.2 Marco Teórico

5.2.1 Salud sexual y reproductiva en la comunidad (Comunicación sobre problemas entre adolescentes y padres).

La salud sexual y reproductiva en la adolescencia sigue siendo un tabú dentro de los jóvenes y que genera problemas de comunicación a nivel familiar. Esta es una etapa de múltiples cambios físicos, psicológicos y hormonales. (OMS 2014). Según Sevilla & Orcasita (2014) en un estudio realizado, existe dificultad de los padres para abordar este tipo de temas, pues consideran complicado el trasmitir sus experiencias y valores por temor a malas interpretaciones y a que se comentan actos erróneos. En cuanto a la perspectiva materna frente a la sexualidad en adolescentes esta expresa que la comunicación es “escueta y evasiva”, ya que no hay suficiente confianza por parte de los hijos respecto a estos temas. La posición paterna refiere la importancia de que se adquieran estos conocimientos, siempre y cuando sea con la compañía de sus madres. (Luengo, Millán, & Zepeda 2014).

5.2.2 Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes (comportamientos sexuales)

Las adolescentes tienen dificultad para tomar decisiones en torno al comportamiento sexual y reproductivo, y se sienten incapaces de rechazar o negociar una propuesta sexual. (Fontanilla, Bello & Palacios, 2011). Además de esto, muchas estudiantes refieren tomar estos comportamientos debido a la implicación mínima de sus padres en la formación de temas sexuales, pues expresan que siempre se tratan con silencio y evasión. (González & Lopez, 2015).
5.2.3 Funcionalidad familiar y embarazo (factores relacionados con mujeres embarazadas)

En cuanto a las dificultades que se presentan a nivel familiar a causa de esto, encontramos que la funcionalidad familiar se ve afectada, ya que según Arias, C et al. (2013) en un estudio realizado, el 72.1 % de las adolescentes gestantes presentan disfuncionalidad familiar leve y severa por ser madres solteras y justifican su embarazo en la violencia intrafamiliar, sensación de abandono por los padres y sobreprotección. (Thompson et al., 2008).

5.2.4 Acciones educativas sobre aspectos de sexualidad (necesidades de aprendizaje)

Finalmente, en el campo universitario, el problema ya no es la deficiencia de conocimiento, sino la falta de sentido de pertenencia, responsabilidad y conductas impulsivas. (Morales, Solanelles, Mora & Miranda, 2013). Los estudiantes expresan que en la universidad no existen espacios de socialización y no figuran ejes educativos en este ámbito. (Saeteros, Pérez & Sanabria, 2013).
5.3 Marco disciplinar

5.3.1 Prevención del embarazo adolescente (conocimientos sobre la prevención del embarazo adolescente)

La adolescencia es una etapa de múltiples cambios físicos, psicológicos y hormonales. Sin embargo, en este periodo, también existen muchos vacíos de conocimiento con respecto a estos temas. En un estudio que se realizó, según Quiroz (2015) el 87.5% de los adolescentes desconocen temas relacionados con la sexualidad, principalmente sobre cambios anatomofisiológicos y métodos anticonceptivos; generando esto comportamientos desfavorables en cuanto a salud sexual y reproductiva. Además el 96% de los jóvenes no tienen conocimientos sobre los métodos hormonales y de barrera, debido a que sus conductas sexuales son influenciadas y explicadas por sus amigos, ya que estos temas poco se tocan con la familia. Otros estudios expresan que la mayor información la reciben en la escuela, por parte de los médicos, TV, revistas e internet; dejando por ultimo a la familia. (Pacheco, C, et al. 2007).

5.3.2 Significados en SSR e importancia de la educación sexual en la familia

Según Montalvo, A. (2014) en un estudio realizado, se expresa la importancia que tiene la labor de los padres en cuanto a la formación sexual de sus hijos. La educación sexual es toda la enseñanza que brinda la familia, la sociedad y los grupos de pertenencia sobre el sexo y comportamientos relacionados. (Toledo, 2001).
Es clave destacar, que algunas adolescentes reciben ideas por parte de las madres y hermanas, pero no les explican cómo deben cuidarse y que estrategias llevar a cabo. (Pacheco, C, et al. 2007).

Por otro lado, en el ámbito universitario estos comportamientos ocurren por la influencia social, de los amigos, la pareja y el dejarse llevar por el momento. (González, Montero, Martínez, Mena, Marioli, 2010).

5.3.3 Salud familiar en gestantes (grado de salud familiar)

Según Castillo & González (2015) en un estudio que se realizó, dentro de los factores determinantes del embarazo en etapa joven se destacan problemas intrafamiliares, disfuncionalidad, abandono del hogar y discusiones en la familia debido al inicio precoz de las relaciones sexuales, siendo esto un indicador de que este grupo influye considerablemente en las prácticas sexuales. Además algunas adolescentes refieren las consecuencias de tener un hijo en este rango de edad, no sólo para ellas y sus planes (amigos, fiestas y tiempo libre), sino también para la dinámica familiar, el apoyo y las buenas relaciones padres e hijas. En otros estudios, las adolescentes refieren que después de su embarazo sus familias presentaron muchos conflictos y cambios en la dinámica familiar. (Veloza, 2012).

Finalmente, según Smith (2001) todas las familias adoptan el nacimiento de formas diferentes. Unas apoyan a las madres adolescentes y proporcionan cuidados al bebé; mientras que otras sólo expresan su rechazo a la gestante. También suelen desprenderse de su núcleo familiar, creando el propio. (Salazar, Rodríguez, Daza, 2007).
5. Diseño Metodológico
5.1 Tipo de estudio:

- Cuantitativo transversal y descriptivo

Cuantitativo porque analiza la realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos, para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado, en éste caso la joven gestante y las alteraciones en la funcionalidad de su familia, a través de un proceso secuencial y deductivo. (Sampieri, 2006).

Es transversal porque estudia las variables simultáneamente en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo. (Canales, 2002).

Descriptivo porque específica propiedades y características en la familia de la joven gestante, buscando recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables o características del fenómeno. (Sampieri, 2006).

5.2 Población y muestra

- Población

Adolescentes jóvenes en etapa de gestación de la carrera de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia-Sede Bucaramanga Jornada Diurna.

- Muestra

10 Estudiantes en etapa de gestación de la carrera de Enfermería de Universidad Cooperativa de Colombia-Sede Bucaramanga Jornada Diurna.
5.3 Criterios de inclusión y exclusión

- **Criterios de inclusión:**
  - Estudiantes de la UCC jornada diurna de Enfermería.
  - Mujeres entre 18 y 24 años.
  - Embarazadas universitarias.
  - Embarazadas con edad de gestación entre 0 hasta 36 semanas.

- **Criterios de exclusión:**
  - Gestantes menores de edad.
  - Gestantes en situación de discapacidad física y cognitiva.
  - Gestantes que cumplan los requisitos, no deseen participar en el estudio y no hayan firmado el consentimiento informado.

5.4 Recolección de la información

La información se recolectará buscando el número de gestantes participantes a través de encuestas a las estudiantes de enfermería. Posterior a esto, se indagará acerca de la edad y tipo de familia de las participantes y se aplicará La Escala de Evaluación de la Efectividad de la Funcionalidad Familiar (ASF-E) Marie Luise Friedemann, la cual tiene por objetivo evaluar la funcionalidad familiar fundamentada teóricamente desde cuatro dimensiones: Cambio del Sistema, Mantenimiento del Sistema, Coherencia e Individuación y cuatro metas: Estabilidad, Crecimiento, Espiritualidad y Control.

El instrumento tiene una duración de 20 minutos y cuenta con 20 ítems donde cada uno tiene 3 fases, las cuales expresan las características del funcionamiento familiar. Estos ítems
poseen unos indicadores (1=Bajo ne, 2= Intermedio ne 3=Alto ne). Los ítems se organizan en las dimensiones del sistema familiar (coherencia, individuación, cambio de sistema y mantenimiento del sistema) y cada una de las dimensiones se interrelaciona con 2 metas del sistema familiar (estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad).

El puntaje el final se obtiene sumando el número de ítems y se clasifica de (20 a 60 puntos) 48-60 ALTO, 34-47 INTERMEDIO, 20-30 BAJO. También se aplicará una Escala Sociodemográfica para identificar datos como: edad y tipo de familia.

Los pasos para llevar a cabo el instrumento son:

a. Para el diligenciamiento del instrumento se realizará la búsqueda de un lugar propicio con el fin de obtener información más pura y evitar distractores.

b. Se les explicará previamente a las participantes los objetivos del proyecto, y previo a esto se debió firmar y diligenciar el formato de consentimiento informado para iniciar describiendo la edad, tipo de familia y posteriormente diligenciando el instrumento Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar.

c. Se procede a exponer detalladamente el instrumento y sus respectivos ítems, omitiendo la puntación dada a cada uno de estos con el fin de evitar sesgos. (La duración del diligenciamiento del instrumento será de 20 minutos).

d. Durante la aplicación de la escala se podrán responder dudas e inquietudes que surjan.

e. Posterior a esto, se les agradecerá por la colaboración y el tiempo brindado al participar en esta.
f. Finalmente, se recopilarán todas las encuestas diligenciadas y se procederá a la tabulación y el análisis de la información.

5.5 Análisis de la información

Posterior a la aplicación de la escala y el instrumento la información recolectada se pasará a una base de datos en Excel y se analizará a través del programa SPSS.STATA, donde se graficarán los resultados y se expondrán las discusiones del estudio.

5.6 Operacionalización de variables

<table>
<thead>
<tr>
<th>6.</th>
<th>Variable</th>
<th>Definición</th>
<th>Naturaleza</th>
<th>Nivel de medición</th>
<th>Unidad de medida</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Metas</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Control</td>
<td>Tiene el propósito de reducir la ansiedad evocada por un sentido de vulnerabilidad e impotencia.</td>
<td>Cuantitativa</td>
<td>Escala de Likert</td>
<td>1= Bajo 2= Medio 3= Alto</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Espiritualidad</td>
<td>Es el esfuerzo por lograr la identidad familiar, la unión y el compromiso que llevan a un sentido de unidad. Considera que a través de la espiritualidad los seres humanos se ajustan a sus patrones y ritmos. (Friedemann)</td>
<td>Cuantitativa</td>
<td>Escala de Likert</td>
<td>1= Bajo 2= Medio 3= Alto</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Estabilidad</td>
<td>Se refiere a la tendencia del sistema familiar por mantener sus rasgos: básicos, de tal manera que la tradición y los patrones de conducta arraigados en los valores y las creencias culturales, se trasmitan de generación en generación.</td>
<td>Cuantitativa</td>
<td>Escala de Likert</td>
<td>1= Bajo 2= Medio 3= Alto</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Crecimiento</td>
<td>Tiende a reorganizar los valores primarios y prioridades con el fin de adaptarse a las demandas de los miembros de la familia y del entorno físico social. Considera Friedman que el crecimiento es necesario, cuando no existe incongruencia en la estabilidad de una persona con el ambiente.</td>
<td>Cuantitativa</td>
<td>Escala de Likert</td>
<td>1= Bajo 2= Medio 3= Alto</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Coherencia</td>
<td>Considera Friedman que la coherencia implica la</td>
<td>Cuantitativa</td>
<td>Escala de Likert</td>
<td>1= Bajo 2= Medio</td>
</tr>
</tbody>
</table>
combinación de los subsistemas en un todo unificado y todos los comportamientos necesarios para mantener la unidad, por lo tanto los valores, creencias, actitudes y percepciones.

| Individuación | Envuelve todas aquellas actividades físicas e intelectuales que amplían el horizonte de los individuos integrantes del sistema familiar, les enseñan acerca de sí mismos y de otros. | Cuantitativa | Escala de Likert | 1= Bajo  
2= Medio  
3= Alto |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|----------------|
| Cambio en el sistema | Estos ajustes no siempre son fáciles, aunque esta situación es preferible a la de rechazo, puesto que la familia de origen es el refugio más significativo para la madre soltera. | Cuantitativa | Escala de Likert | 1= Bajo  
2= Medio  
3= Alto |
| Mantenimiento del sistema | Comprende todas aquellas acciones que le permiten al sistema familiar protegerlo de los cambios amenazantes. | Cuantitativa | Escala de Likert | 1= Bajo  
2= Medio  
3= Alto |

### Variables sociodemográficas

<table>
<thead>
<tr>
<th>Edad</th>
<th>Número de años cumplidos desde el nacimiento hasta el día de la encuesta</th>
<th>Cuantitativa</th>
<th>Razón</th>
<th>Años cumplidos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sexo</td>
<td>Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.</td>
<td>Cualitativa</td>
<td>Nominal-dicotómica</td>
<td>Femenino-Masculino</td>
</tr>
<tr>
<td>Edad gestacional</td>
<td>Es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.</td>
<td>Cuantitativa</td>
<td>Razón</td>
<td>Semanas de gestación cumplidas</td>
</tr>
<tr>
<td>Ocupación</td>
<td>Labor o empleo que desempeña una persona.</td>
<td>Cualitativa</td>
<td>Nominal-politómica</td>
<td>Tipo de ocupación</td>
</tr>
<tr>
<td>Tipo de familia</td>
<td>Características de la familia, teniendo en cuenta criterios de acuerdo a la composición familiar.</td>
<td>Cualitativa</td>
<td>Nominal-politómica</td>
<td>Tipo de familia</td>
</tr>
</tbody>
</table>
6.1 Consideraciones éticas

- **Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993**

  Toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

  Se aplicará el Consentimiento Informado por escrito a los sujetos de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución. (Todas las estudiantes de enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Bucaramanga participantes de dicha investigación se les proporcionará el consentimiento informado).

  En las investigaciones llevadas a cabo en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo o sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. (Así mismos también se protegerá la información sobre la familia de las participantes).

- **Ley 911 2004**

  Toda investigación debe llevarse a cabo a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería (estudiantes a cargo del proyecto) y el ser humano o sujeto de estudio.

  El profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, familia o grupos comunitarios, ya que con este se podrá manifestar su aceptación o su oposición a ellas. Además se respetará la privacidad de las estudiantes participes de dicha investigación por medio de encuestas anónimas. 
La autonomía se preservará permitiendo la libre elección de participar en el estudio, se brindará información sobre el objetivo de este, la información requerida, los posibles beneficios y riesgos y el derecho a renunciar en el momento que lo desee.

Se aplicará el principio de beneficencia con el objeto de que se fomente el mejoramiento de la efectividad de la funcionalidad familiar.

- **Principios de Belmont**

Basados en los principios de Belmont, tomamos el principio de respeto el cual posee dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas. Una persona autónoma es un individuo que tiene la capacidad de deliberar sobre sus fines personales y de obrar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar este principio es dar valor a las opiniones y decisiones de las pacientes y no poner obstáculos en sus acciones. Sin embargo, la autodeterminación madura a lo largo de la vida del individuo, y algunos de estos pierden este poder completamente o en parte, a causa de enfermedad, disminución mental, o de circunstancias que restringen severamente su libertad. En este caso, se necesita protección extensiva o la ayuda de un tutor para realizar algunas actividades.

El principio de beneficencia es el que expone que a todas las personas deben tratarse de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar. Este expone dos reglas fundamentales, no causar ningún daño, y maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños.
Finalmente el principio de justicia se define como equidad en la distribución", "lo que es merecido" o afirmar que los iguales deben ser tratados con igualdad. Se presenta una injusticia cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo, sin ningún motivo razonable, o cuando se impone indebidamente una carga.

- **Resolución 8430 de 1993**

Según la anterior resolución, nuestro estudio es una investigación sin riesgo, ya que no se realiza ninguna intervención intencionada de variable biológica, fisiológica y psicológica o social del individuo que participará en el estudio, pues sólo llevaremos a cabo una entrevista y una encuesta, las cuales no representarán ningún riesgo para la integridad de los sujetos de estudio.

La socialización de los resultados sólo será expuesta al comité de investigación de la universidad y docentes encargados.
7. Resultados

A continuación, se describen los resultados de la prueba piloto en el que participaron 10 adolescentes gestantes universitarias de la carrera de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia- Sede Bucaramanga. Inicialmente se aplicó una ficha de datos sociodemográficos para conocer variables como edad y tipo de familia. Posteriormente se llevó a cabo el diligenciamiento del instrumento donde se exponen los resultados por cada dimensión, meta y finalmente el nivel de funcionalidad familiar en las gestantes.

1. Edad de las adolescentes Gestantes universitarias.

![Gráfica n°1](image)

Gráfica n°1  Fuente: Datos de la prueba piloto 2018

El instrumento Escala de Valoración de la Funcionalidad Familiar fue aplicado a 10 adolescentes entre 19 y 22 años. En la aplicación del instrumento la edad menor y mayor fueron de 19-22 años respectivamente. El rango 1 corresponde a las edades entre 19-20 años con un 40% y el 2 a las edades entre 21-22 años con un 60% del total de participantes.
2. **Tipo de familia de las adolescentes gestantes Universitarias**

Los tipos de familia son Nuclear, Extensa, Monoparental, Ensamblada y Otro. Del total de los encuestados, la familia nuclear obtuvo un 50%, extensa con un 40%, monoparental 10% y ensamblada y otro con un 0%.
A continuación se describen las dimensiones del sistema familiar las cuales son coherencia, mantenimiento del sistema, individuación y cambio del sistema las cuales comprende el instrumento Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar.

3. **Total dimensión Coherencia © de las adolescentes gestantes Universitarias**

<table>
<thead>
<tr>
<th>NIVELES COHERENCIA</th>
<th>FRECUENCIA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Bajo (5-8 puntos)</td>
<td>40%</td>
</tr>
<tr>
<td>2 Intermedio (9-12 puntos)</td>
<td>20%</td>
</tr>
<tr>
<td>3 Alto (17-15 puntos)</td>
<td>40%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Gráfica n°3 Fuente: Datos de la prueba piloto 2018

En el instrumento Escala de Valoración de la Funcionalidad Familiar, se evalúa la dimensión de coherencia ©, que corresponde a la unión de los integrantes en un todo unificado y a todas las conductas necesarias para mantener la unión familiar. Esta dimensión se puntúa en bajo (5-8 puntos) con un 40% del total de encuestados, intermedio (9-12 puntos) con un 20% y alto (17-15 puntos) con un 40%.
4. Dimensión Mantenimiento del Sistema (MS) de las adolescentes gestantes Universitarias

En el instrumento Escala de Valoración de la Funcionalidad Familiar, se evalúa la dimensión de Mantenimiento del Sistema (MS), las cuales son todas las acciones que le permiten al sistema familiar protegerlo de los cambios amenazantes. Esta dimensión se puntúa en bajo (7-11 puntos) con un 10% del total de encuestados, intermedio (12-16 puntos) con un 50% y alto (17-21 puntos) con un 40%.

Gráfica n°4 Fuente: Datos de la prueba piloto 2018
5. Dimensión Individuación (I) de las adolescentes gestantes Universitarias

En el instrumento Escala de Valoración de la Funcionalidad Familiar, se evalúa la dimensión de Individuación (I), la cual envuelve todas las actividades físicas e intelectuales que amplían el horizonte y les enseñas de sí mismos y de otros de los individuos integrantes del sistema familiar. Esta dimensión se puntúa en bajo (3-5 puntos) con un 30% del total de encuestados, intermedio (6-7 puntos) con un 30% y alto (8-9 puntos) con un 40%.
6. Dimensión Cambio del Sistema (CS) de las adolescentes gestantes Universitarias

En el instrumento Escala de Valoración de la Funcionalidad Familiar, se evalúa la dimensión de Cambio del Sistema (CS), la cual está constituida por las acciones consientes de las personas, que llevan a la toma de decisiones para aceptar, integrar o no, o modificar valores actitudes y conductas. Esta dimensión se puntúa en bajo (5-8 puntos) con un 0% del total de encuestados, intermedio (9-12 puntos) con un 60% y alto (13-15 puntos) con un 40%.
A continuación se describen las dimensiones del sistema familiar las cuales son estabilidad, control, crecimiento y espiritualidad, las cuales comprende el instrumento Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar.

7. Meta Estabilidad (MS+C) de las adolescentes gestantes Universitarias

En el instrumento Escala de Valoración de la Funcionalidad Familiar, se evalúan metas del sistema familiar como Estabilidad (MS+C), la cual es la tendencia del sistema familiar por mantener sus rasgos, conductas y tradiciones y trasmitirlos de generación en generación. Esta meta se puntúa en bajo (12-20 puntos) con un 30% del total de encuestados, intermedio (21-28 puntos) con un 30% y alto (29-36 puntos) con un 40%.
8. **Meta Control (MS+CS) de las adolescentes gestantes Universitarias**

En el instrumento Escala de Valoración de la Funcionalidad Familiar, se evalúan metas del sistema familiar como Control (MS+CS), el cual se encarga de regular las fuerzas externas e internas del sistema familiar con el fin de reducir la vulnerabilidad y protegerlo de las amenazas. Esta meta se puntúa en bajo (12-20 puntos) con un 80% del total de encuestados, intermedio (21-28 puntos) con un 20% y alto (29-36 puntos) con un 0%.

Gráfica n°8  Fuente: Datos de la prueba piloto 2018
9. Meta Crecimiento (I+CS) de las adolescentes gestantes Universitarias

En el instrumento Escala de Valoración de la Funcionalidad Familiar, se evalúan metas del sistema familiar como Crecimiento (I+CS), la cual se encarga de organizar los valores primarios y prioridades con el fin de adaptarse a las demandas de los miembros de la familia y del entorno físico social. Esta meta se puntúa en bajo (8-13 puntos) con un 0% del total de encuestados, intermedio (14-19 puntos) con un 40% y alto (20-24 puntos) con un 50%.

Gráfica n°9 Fuente: Datos de la prueba piloto 2018
10. Meta Espiritualidad (C+I) de las adolescentes gestantes Universitarias

En el instrumento Escala de Valoración de la Funcionalidad Familiar, se evalúan metas del sistema familiar como Espiritualidad (C+I), la cual representa el esfuerzo por lograr la identidad familiar, la unión y el compromiso que llevan a un sentido de unidad. Esta meta se puntúa en bajo (8-13 puntos) con un 20% del total de encuestados, intermedio (14-19 puntos) con un 50% y alto (20-24 puntos) con un 30%.
11. Total sumatoria de Ítems de las adolescentes gestantes Universitarias

En el instrumento Escala de Valoración de la Funcionalidad Familiar, se deben sumar el total de ítems para evaluar el nivel de funcionalidad familiar. El 40% de los encuestados poseen intermedio nivel de funcionalidad familiar y el 60% alto nivel de funcionalidad familiar.

Gráfica n°11 Fuente: Datos de la prueba piloto 2018
8. Discusión

A continuación, se expone el análisis de los resultados de 10 gestantes universitarias de la Universidad Cooperativa de Colombia en el periodo de 2018-2. Los datos se organizaron de la siguiente manera: datos sociodemográficos como edad de las participantes y tipo de familia. En cuanto al instrumento Escala de la Efectividad de la Funcionalidad Familiar se evaluaron 4 dimensiones como coherencia, mantenimiento del sistema, individuación y cambio del sistema. Y 4 metas como estabilidad, control, crecimiento y espiritualidad. Finalmente, se obtuvo el resultado total.

Los datos de las 10 gestantes universitarias arrojaron que la edad que más prevalece es de 21-22 años con un 60% del total de la población; y en cuanto al tipo de familia, la familia nuclear predomina con un 50%. El instrumento Escala de la Efectividad de la Funcionalidad Familiar, consta de 4 dimensiones. La dimensión coherencia corresponde a la unión de los integrantes en un todo unificado y a todas las conductas necesarias para mantener la unión familiar. En el estudio se observa que en esta dimensión en ocasiones las familias mantienen la unión; pero de igual forma también fallan en implementar estrategias que ayuden a mantener dicha alianza familiar, lo cual difiere con el estudio de Cortes (2014) en el cual esta dimensión se ve bastante afectada; pues las familias tenían dificultades en el entendimiento y establecimiento de relaciones armónicas que son tan necesarios para la situación de la adolescente gestante.
La dimensión mantenimiento del sistema son todas las acciones que le permiten al sistema familiar protegerlo de los cambios amenazantes. Según el estudio de Criado & Mesa (2009), se determinó que las familias en ocasiones poseen dificultades a la hora de tomar decisiones y establecer roles, al igual que el presente estudio.

Individuación, corresponde todas las actividades físicas e intelectuales que amplían el horizonte y les enseñan de sí mismos y de otros de los individuos integrantes del sistema familiar. En el estudio actual se puede identificar que la mayoría de gestantes no sólo enseñan y comparten sus conocimientos; sino que también procura aprender de los demás miembros de la familia, lo cual difiere con el estudio de García & Martínez (2009); en el cual existen problemas en ambas partes en cuanto a la enseñanza y aprendizaje del sistema familiar.

La dimensión cambio del sistema, está constituida por las acciones consientes de las personas, que llevan a la toma de decisiones para aceptar, integrar o no, o modificar valores actitudes y conductas. El estudio de Criado & Mesa (2009) expone que en ocasiones existen dificultades al incorporar nuevos conocimientos al sistema familiar, al igual que el presente estudio. Además se destaca la inexistencia en ambas investigaciones de conductas que impidan totalmente modificar valores y aspectos conductuales del sistema familiar.

El instrumento también consta de 4 metas como estabilidad, la cual une (MS+C), y corresponde a la tendencia del sistema familiar por mantener sus rasgos, conductas y tradiciones y trasmitirlos de generación en generación, tal y como se expresa en el presente estudio donde las familias luchan constantemente por mantener su cultura y lo más representativo de su familia. Lo anterior, se relaciona con lo que expresan Criado & Mesa.
(2009), Angulo (2014), en sus investigaciones en las cuales las familias tienen esquemas sólidos y se sienten seguros y representados con sus familiares.

Control (MS+CS), es la meta encargada de regular las fuerzas externas e internas del sistema familiar con el fin de reducir la vulnerabilidad y protegerlo de las amenazas, la cual para la presente investigación se encuentra afectada; ya que las gestantes y sus familias no se esmeran en fortalecer y proteger el sistema familiar; con el fin de hacerlo fuerte ante peligros externos; contrario a lo que expone Criado M & Mesa Y (2009) donde se manifiesta que las familias tienen un buen manejo de las amenazas que se presentan en su sistema familiar.

Las dimensiones de individuación y cambio del sistema, se unen para para conformar la meta crecimiento (I+CS), la cual se encarga de organizar los valores primarios y prioridades con el fin de adaptarse a las demandas de los miembros de la familia y del entorno físico social. En el de Criado & Mesa (2009) las familias presentan dificultades para aceptar la nueva información e incorporarla al sistema; lo cual se asemeja con estudio actual, ya que en ocasiones las familias poseen dificultades en la comunicación pues sus actitudes sobrepasan las necesidades del sistema familiar.

La meta espiritualidad (C+I), representa el esfuerzo por lograr la identidad familiar, la unión y el compromiso que llevan a un sentido de unidad. El estudio de Criado & Mesa (2009), arrojó que las familias tienen dificultades con los valores de amor, compromiso y afecto, al igual que la presente investigación en la cual las gestantes y sus familias deben mejorar los lazos emocionales con los demás miembros del sistema familiar e intentar crecer y desarrollarse fuera de esta.
Finalmente, en el total de la sumatoria de los ítems, se pudo identificar que existe una alteración en la funcionalidad familiar de las gestantes y sus familias, que puede lograr corregirse a tiempo y que se hizo más marcada en el momento inicial del embarazo y al compartir la noticia con sus familiares.
9. Conclusiones

- En la aplicación del Instrumento Escala de Evaluación de la Funcionalidad
  Familiar la edad que más prevalece dentro del estudio es de 21-22 años con un 60% del total
  de la población; y en cuanto al tipo de familia, la familia nuclear predomina con un 50%.

- Se logró determinar la funcionalidad familiar en estudiantes adolescentes embarazadas de la carrera de enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia jornada diurna en el año 2018, pero durante la captación de la población se presentaron inconvenientes con respecto a la búsqueda de las gestantes y la disponibilidad de tiempo por parte de las estudiantes para diligenciar el instrumento.

- Las dimensiones más afectadas fueron coherencia e individuación, lo que significa que existen fallas en cuanto a la unión de los integrantes de la familia y las estrategias para
colar esto, además de las actividades físicas e intelectuales en las cuales aprenden de sí
mismos y de otros de los individuos integrantes del sistema familiar. Y las metas
correspondieron a estabilidad y control, en las cuales se manifiestan errores en el
mantenimiento de las tradiciones familiares y la transmisión de generación en generación; y así
mismo la regulación de las fuerzas que le permiten a la familia protegerse contra amenazas.
Se observó que existe disfuncionalidad familiar durante situaciones que atravesaron en el embarazo adolescente, especialmente en el momento compartir la noticia con sus familiares, ya que el 40% de gestantes poseen intermedia funcionalidad familiar.
10. Recomendaciones

Evaluar la funcionalidad familiar en las gestantes y sus familias, posterior al nacimiento de sus hijos, con el fin de identificar si mejoró tras el parto y la adaptación de la familia ante un nuevo integrante.

Analizar el nivel de funcionalidad familiar introduciendo variables que pueden influir en el sistema familiar como estrato socioeconómico, ocupación o profesión de los padres y tipo de comunicación y relación padres e hijas antes del embarazo.

Identificar las percepciones y significados por parte de los padres y sus hijas acerca del embarazo adolescente joven y la influencia de este suceso en la dinámica y funcionalidad familiar.

Describir cuál es el rol de personal de enfermería y qué acciones desde el ámbito de la Salud se pueden llevar a cabo en la prevención del embarazo adolescente y las estrategias educativas que permitan guiar no sólo a las jóvenes; sino también a sus familias a mejorar las relaciones dentro del sistema familiar.
Fomentar la creación de políticas públicas o programas destinados a responder a las necesidades en salud sexual y reproductiva de los jóvenes y a los problemas familiares que ocasiona el inicio temprano de la vida sexual y el embarazo adolescente joven.

Promover nuevos estudios investigativos encaminados a profundizar sobre la relación existente entre embarazo adolescente joven, la funcionalidad familiar, el estrato socioeconómico, el tipo de familia, la ocupación de los padres y las múltiples alteraciones en la dinámica familiar y el establecimiento de roles que trae consigo este suceso.
11. Limitaciones del Estudio

- Durante la realización del presente estudio se presentaron inconvenientes en la búsqueda de la población, debido a que actualmente existen pocas gestantes en el programa de Enfermería y hay ausencia de registros que susten el número de embarazos actualmente.

- En la aplicación del Instrumento Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar las gestantes disponían de poco tiempo para el diligenciamiento del mismo, lo que generó problemas en la recolección de los datos.
Referencias Bibliográficas


Practices with Alcohol or Drugs Effects in Adolescents at Medellin. Universitas Psychologica, 12(3), 887-898.


Montenegro, H. C. Caracterización de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes en una comunidad urbana del Municipio de Malambo (Atlántico).

2005; IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva.
Washington D.C.


Orozco, L. J. C. Efectividad de la Funcionalidad Familiar en Familias con Adolescentes Gestantes en el Municipio de Puerto Asís Departamento del Putumayo.


Toledo C. Mujeres, el género nos une, las clases nos divide. Venezuela: Quimantú; (2001).
[citado 22 oct 2012]Disponible en: http://www.quimantu.cl/Libros/mujeres.html#


http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a08.pdf

### Anexos

#### Anexo 1

<table>
<thead>
<tr>
<th>Base de datos</th>
<th>Descriptor español</th>
<th>Definición</th>
<th>Descriptor en inglés</th>
<th>Descriptor en portugués</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DECS</td>
<td>Salud sexual</td>
<td>Un <strong>estado</strong> de bienestar <strong>físico</strong>, mental y social en relación con la <strong>sexualidad</strong>. Se requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la <strong>sexualidad</strong> y las <strong>relaciones sexuales</strong>, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de <strong>coerción</strong>, <strong>discriminación</strong> y <strong>violencia</strong>.</td>
<td>Sexual Health.</td>
<td><strong>Saúde Sexual.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Salud reproductiva</td>
<td>La condición física de los sistemas reproductivos humanos</td>
<td>Reproductive health</td>
<td>Saúde Reprodutiva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Adolescentes</td>
<td>Persona de 13 a 18 años de edad</td>
<td>Adolescent</td>
<td>adolescente</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Anexo 2

- Salud sexual y reproductiva
- Adolescencia
- Embarazo adolescente
- Familia
- Funcionalidad familiar

Marco Conceptual

- La fragilidad de la autoasomía en salud sexual y reproductiva
  (Percepciones y comportamientos relacionados y factores influyentes)
- Sexualidad en adolescencia (desarrollo general psicosocial)
  Conductas sexuales, beneficios, riesgos y recursos de los adolescentes
- Condiciones sexuales y reproductivas
- Uso de preservativos en jóvenes (relación entre masculinidad y uso del
  preservativo)
- Percepción y expectativa de atención en salud sexual.
- Salud sexual y reproductiva en la comunidad (Comunicación sobre
  problemas entre adolescentes y padres a intervenciones)
- Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes
  (Comportamientos sexuales).

Marco Teórico

Salud Sexual y Reproductiva
Determinar los factores e impacto de las redes de
apoyo y la funcionalidad familiar en el embarazo
adolescente joven de las estudiantes de la Universidad
Cooperativa de Colombia Jornada Diurna
en el año 2018

Marco Disciplinario

Determinar la función familiar de las
adolescentes jóvenes de la UCC
Jornada diurna

Describir la relación entre
familia y adolescente en el
embarazo

Conocer el grado de
discriminación existente en las
familias con una adolescente
joven embarazada

- Determinantes en SSR (conocimientos y actitudes en SSR)
- Comunicación padres y adolescentes sobre SSR (factores
  asociados a la comunicación padre-adolescente)
- Estrategias de promoción en SSR (estrategias educativas de SSR)
- Masculinidad en SSR (influencia del entorno social y masculinidad
  en SSR)
- Significados en SSR (significados sobre SSE, influyentes en las
  prácticas sexuales)
- SSR conocimientos sobre ETS y métodos de anticoncepción
- Características sociodemográficas sobre SSR (aspectos de
  vulnerabilidad influyentes en SSR)
- Prevención del emb. Adolesc. (conocimientos sobre la prevención
  de ésto)
- Salud familiar en gestantes (grado de salud maternal en gestantes)
Anexo 3

Consentimiento informado

Salud Sexual y Reproductiva e impacto de las redes de apoyo y la dinámica familiar en el embarazo adolescente joven de las estudiantes de las carreras de Enfermería y Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia Jornada Diurna

Consentimiento Informado del paciente

Introducción y propósito del estudio
La adolescencia joven es la etapa comprendida entre los 21 a 24 años OMS (2014) y es un suceso marcado por múltiples cambios no sólo fisiológicas, sino también sociales, de personalidad y comportamiento para los adolescentes y es en esta etapa donde crece la curiosidad con respecto a temas de sexualidad. Acuña; Rivera (2001) exponen que salud sexual y reproductiva es un “estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos”, es decir la capacidad de poder disfrutar de forma libre la vida sexual, y que todo esto sea decidido sin discriminación, coerción o violencia. Un suceso importante para esta población es el embarazo adolescente, que actualmente según la UNICEF es un problema en Salud Pública, pues cada año dan a luz 15 millones de adolescentes y es considerado un según Molino (2012) como una acontecimiento con grandes repercusiones para la gestante y su familia, ya que es en esta donde se generan fuertes sentimientos de pertenencia y compromiso personal. Falcón (1997).

El objetivo del estudio es determinar la efectividad de la funcionalidad familiar en estudiantes adolescentes jóvenes embarazadas de las carreras de Enfermería y Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia Jornada Diurna en el año 2018, identificando la funcionalidad familiar y relación familia-hijas.

1. Selección de participantes
Usted es invitado a participar en este estudio, el cual hace parte de la población de las carreras de psicología y enfermería de la Ucc jornada diurna, encontrándose en una edad gestacional de 0 a 36 semanas, las cuales son nuestra población de interés.

Procedimientos del estudio
El estudio iniciará con la aplicación de una escala, la cual se llevará a cabo en un tiempo de 20 minutos. Esta posee unas preguntas de tipo personal correspondientes a la relación familiar. También se aplicará una Escala Sociodemográfica para identificar datos como: género, escolaridad, ocupación, parentesco con la familia, tipo de familia, entre otros.

2. Participación voluntaria, derecho a negarse o a retirarse del estudio.
Su participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria. Usted puede negarse a participar o aun si ha aceptado participar puede retirarse de la investigación, negarse a dar información o no contestar...
algunas pregunta en el momento que lo considere necesario. Si usted decide no participar o se retira de la investigación, recibirá el mismo trato que hubiese recibido si nunca hubiese sido invitado a participar.

3. Riesgos y beneficios
El riesgo derivado de esta investigación según la Resolución 8430 de 1993 es sin riesgo, ya que no se realizará ninguna intervención donde se afecte su integridad física o psicológica. Los beneficios serán que usted aportará resultados importantes para el campo investigativo en lo que respecta a la influencia del embarazo adolescente joven en las relaciones familiares. Usted no recibirá pago alguno por participar en el estudio.

4. Confidencialidad
Se le asignará un código para que su nombre no aparezca en los formatos de recolección de la información; únicamente los investigadores tendrán acceso al archivo donde se relaciona su nombre y código; bajo ninguna circunstancia usted será identificado ante terceros. La información que usted nos suministre será confidencial, se usará solo para los fines del estudio.

5. Compartiendo los resultados
Los resultados del estudio sólo se socializarán al comité de ética e investigación de la universidad y a los docentes encargados y luego, se publicarán los resultados o conocimientos de la investigación para la comunidad científica y personas en general interesadas en consultar los mismos manteniendo protegida la identidad de los participantes.

6. Preguntas
Por favor realice cualquier pregunta o inquietud que tenga sobre la investigación ahora o si surgen más adelante puede contactar a la persona responsable de la investigación

Manuel Orlando Cárdenas Saavedra email: manuelcard97@gmail.com Celular: 3202005522
Ingrid Milena Rodríguez Gamarra email: i.milena@hotmail.com Celular. 3204573455
Daniela Patricia Mora Álvarez email: danypa_mora_1997@hotmail.com Celular: 3186933308
Yuliana Melisa Torres Galván email: yulianatorres-02@hotmail.com Celular: 3173556600

Declaración del participante

Yo ___________________________________________ Declaro haber leído la información proporcionada; tenido la oportunidad de realizar preguntas y estas han sido resueltas satisfactoriamente; entiendo mis derechos como participante en el estudio; acepto contestar a las preguntas de las entrevistas y he decidido participar voluntariamente.

Firma del Participante: ________________________________
No. Cédula: ______________________
Fecha: Día ___ Mes ___ Año ____.

Testigos

He sido testigo de la lectura exacta del presente documento de consentimiento informado al posible participante y este ha tenido la oportunidad de realizar preguntas. Confirme que esta persona voluntariamente acepta participar en la investigación.

Nombre del Testigo 1: __________________________________________
7. Declaración del investigador
Certifico que le he explicado sobre la investigación al participante, incluyendo la naturaleza, propósito, participación y permanencia voluntaria, riesgos, beneficios, confidencialidad, a quien contactar en caso de preguntas y he contestado las preguntas que me ha formulado. Le proporcionare una copia de este documento de consentimiento informado al participante.

Nombre del Investigador: 

Firma del Investigador: 

No. Cedula: 

Fecha: Día __ Mes __ Año ____.
Anexo 4

2.1.6. Escala de Evaluación de la Efectividad de la Funcionalidad Familiar (ASF-E) Marie Luise Friedemann

Este instrumento fue creado para aplicarlo a todas las familias, en poblaciones variadas, para evaluar la efectividad de la funcionalidad familiar. Por ejemplo ha sido utilizado para familias con niños pequeños, adolescentes, adultos, de diferente estructura familiar. Inicialmente el instrumento estaba conformado por 40 ítems a partir de una revisión de literatura, experiencias personales y discusiones con especialistas de salud familiar. (35). Posteriormente se le han realizado estudios, para analizar la validez, en el cual algunos ítems fueron aprobados y otros rechazados hasta que finalmente se obtuvo un instrumento con un total de 20 ítems. El instrumento presenta propiedades psicométricas que permiten utilizarlo y garantiza la validez interna del estudio. Como por ejemplo: El diligenciamiento del cuestionario debe hacerlo, en lo posible el participante con la compañía y la asesoría del responsable de la aplicación, y se desarrolla mediante un proceso similar a una entrevista estructurada: es decir el encargado de la aplicación, guiado por el formato, pide al participante que le brinde la información requerida por cada uno de los elementos que constituyen la prueba.

Se obtuvo permiso de Marie Luise Friedemann, autora del instrumento “Escala de evaluación de la efectividad de la funcionalidad familiar” para su utilización en el estudio (Anexo C), a través de la Universidad Nacional gestionado por la Magister Miriam 20 Caracterización de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes en una comunidad urbana del Municipio de Malambo (Atlántico)
Medina, Coordinadora del grupo de Familia de ésta Universidad, validado en Español para Colombia.

**Validez de Constructo.** La autora María Luisa Friedemann tuvo en cuenta para obtener la validez de constructo la herramienta “Selección of best tems fo rfurhtertesting (itemreduction) (construct validity)” (35) se seleccionaron los mejores ítems para la realización y a partir de los resultados se establece el instrumento que permite identificar la efectividad de la funcionalidad familiar porque contiene preguntas enfocadas a medir las cuatro metas del sistema familiar: espiritualidad, crecimiento, estabilidad y control, las cuales se interrelacionan con unas dimensiones de procesos familiares: mantenimiento del sistema, cambio del sistema, coherencia e individuación, que abarcan comportamientos necesarios para alcanzar las metas familiares y a su vez la efectividad de la funcionalidad familiar. Es decir que el instrumento mide el constructo teórico que se pretende medir, hay adecuación o correlación, encajamiento de las definiciones de conceptos y variables operacionales que guían la medición para la recolección de la información.

**Validez Interna.** El instrumento ha sido validado por varios estudios según Friedemann; En 1998 se revisó el instrumento en un estudio con PaiviAstedt-Kurki and EijaPaavilainen, de la University of Tampere, en dos hospitales departamentales con 196 pacientes encontrándose los siguientes resultados: la Confiabilidad: Alfa Cronbach fue de: .85 en total de la escala, y de acuerdo a las subescalas: Estabilidad (Mantenimiento del sistema y coherencia): .83 (13 ítems), Crecimiento (Cambio del sistema e individuación) :.65(7 ítems); Control (Mantenimiento del sistema y cambio del sistema): .76 (11ítems) y Espiritualidad (Coherencia e individuación): .71 (9 ítems) (36). En México (Monterrey) (36), año 2000, en un estudio realizado con 1384 adolescentes de un colegio se encontró coeficiente
Cronbach’sAlpha satisfactorio, aunque no especificaron el total, las metas reportaron los siguientes datos.71 crecimiento, 0.64 espiritualidad, .73 estabilidad, y .77 en control familiar (36). En el 2001, otro estudio realizado en Miami, Florida, muestra de 382 personas entre 14 y 87 años, de la comunidad donde identificó una validez interna según Cronbach’sAlpha del instrumento de 0.81 (36). En el año 2008 en Colombia Galán (37) en su estudio con 103 familias de adolescentes, realizó la prueba de confiabilidad al estudio en el cual identificó un alfa cronbach de 0.794.

**Validex Externa.** La validez externa del estudio de investigación se garantiza con una muestra representativa y el muestreo probabilístico para garantizar igual probabilidad participación en el estudio de todas las familias que reúnan los criterios de inclusión. Además se seleccionó la red pública SEISABU que ofrece servicios de primer nivel de atención en salud, del municipio de Bucaramanga, de acuerdo a la cobertura de familias con adolescentes gestantes que atiende, teniendo en cuenta que tiene una red de unidades operativas de salud distribuidas en diferentes zonas del municipio, lo cual facilita generalizar los resultados al total de la población, que no fue seleccionada en la muestra.

**Validex Estadística de Conclusiones.** Los resultados y conclusiones del estudio fueron derivados de los análisis estadísticos, basados en datos reales obtenidos de las familias con adolescentes gestantes de la Comunidad seleccionada.

**Análisis de factores para la validación de los conceptos.** Según Friedemann (36) se hizo un análisis de factores usando la rotación ortogonal Varimax, para evaluar los conceptos de la funcionalidad familiar: El análisis produjo cuatro factores distintos con valores propios
sobre 1.00. El factor 1 fue de 4.63 se refería a la Homeostasis de los sistemas, con un valor propio de 6.01. Los demás factores eran similares en sus fortalezas, pero eran más débiles que el factor 1, con valores entre 1.01 y 1.41. El factor 2 expresaba la morfogénesis de los sistemas, o el involucramiento de la familia con la comunidad. El factor 3 se refería al proceso de individualización o morfogénesis a nivel personal, como se describió anteriormente; y el factor 4 se dirigía al Apoyo Externo. Así, los resultados del análisis de los factores permitieron validar las bases conceptuales del instrumento y apoyaron la validez de sus conceptos, posteriormente hicieron otro análisis con resultados muy similares, comprobando que prevalece la relación en la cual la morfogénesis es elevada cuando la individualización es enfatizada, sin embargo puede ocurrir que en algunas familias a pesar de su homogeneidad se dé la morfogénesis.

Validez facial. Realizada por investigadores de la Universidad Nacional de Colombia en el año 2006 en la costa atlántica en las ciudades de: Cartagena, Sincelejo, Montería a 25 familias (informante una persona adulta) y a 25 expertos de enfermería en el área de salud familiar (35). En los cuales se verificó la claridad, pertinencia y comprensión de los ítems del instrumento. “El grupo de investigación en familia envió “los resultados a la autora Dra. Friedemann, quien revisó y validó el procedimiento de validez facial” (36).

Descripción del Instrumento. Para el desarrollo del estudio se seleccionó el instrumento denominado Escala de evaluación de la efectividad de la funcionalidad familiar ASF-E reconstruido y propuesto por Friedemann, diseñado para medición; los datos obtenidos en él se analizaron con técnicas medibles, mensurables.
El instrumento consta de 20 ítems, cada uno consisten en tres frases que expresan tres características del funcionamiento familiar. A los participantes se les pide que elijan la frase que expresa la condición que se presenta más frecuentemente en su familia. Cada uno de los ítems tiene tres indicadores previamente ponderados por su autora, siendo el 1 nivel bajo de efectividad de la funcionalidad familiar, el 2 corresponde al nivel intermedio de efectividad de la funcionalidad familiar y el 3 nivel alto de efectividad de la funcionalidad familiar. Es importante aclarar que estos valores no son conocidos por los participantes para evitar sesgos. El tiempo que dura la aplicación del instrumento es de 15 a 20 minutos. Los ítems se organizan en subgrupos para medir las dimensiones del sistema familiar:

- Coherencia: 1, 5, 10, 15, 18
- Individuación: 3, 7, 12
- Cambio en el sistema: 4, 8, 13, 17, 20
- Mantenimiento del sistema: 2, 6, 9, 11, 14, 16, 19

Cada uno de las dimensiones se interrelacionan para alcanzar dos metas del sistema familiar y a su vez lograr la efectividad de la funcionalidad familiar. La teoría de Organización sistémica comprende cuatro grandes metas: Estabilidad, Espiritualidad, Crecimiento y Control Familiar estando interrelacionadas así: “coherencia e individuación se retroalimentan con la meta de Espiritualidad; Coherencia y Mantenimiento del Sistema se dirigen hacia la Estabilidad, Individuación y Cambio del Sistema tienden hacia el crecimiento y mantenimiento y cambio del sistema propenden al control del sistema (37). Es por ello que algunos ítems se repiten en el análisis de las metas

- Estabilidad: 1, 2, 5, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 18 Y 19
El instrumento tiene una ponderación de las dimensiones y metas de familia, clasificadas por rangos: mínimo y máximo y por niveles: alto, intermedio y bajo siguiendo el criterio de clasificación total de la escala, que expresan el nivel de efectividad de la funcionalidad familiar, de acuerdo a los nuevos criterios de interpretación de la escala. (Anexo B)

La continuación del instrumento se encuentra en:

http://www.bdigital.unal.edu.co/12811/1/59829.2014.pdf en la página 59-66