

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Escuela Profesional de Trabajo Social



**“INFLUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL
CONOCIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS EN LAS ADOLESCENTES
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA – 2019”**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Huanca Medina, Elena Clara

Portugal Huanca, Maribel Marleny

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Trabajo Social

Asesor:

Dr. Colque Valladares, Víctor
Alejandro

Arequipa – Perú

2022

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
TRABAJO SOCIAL
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 13 de Diciembre del 2021

Dictamen: 005293-C-EPTS-2021

Visto el borrador del expediente 005293, presentado por:

2010147142 - HUANCA MEDINA ELENA CLARA

2010147192 - PORTUGAL HUANCA MARIBEL MARLENY

Titulado:

**INFLUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL CONOCIMIENTO DE
ANTICONCEPTIVOS EN LAS ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA,
2019**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**0154 - COLQUE VALLADARES VICTOR ALEJANDRO
DICTAMINADOR**



**2927 - ORTEGA PAREDES GIANNY CAROL
DICTAMINADOR**



**3252 - MEDINA GORDILLO SARA YANINA
DICTAMINADOR**





Dedicatoria

A Dios, porque nos dio sabiduría y fortaleza, para lograr nuestras metas profesionales.

A nuestros padres, porque nos dieron la vida, por su constante apoyo de infinitas maneras, en el logro de nuestras metas, aunque ya no estén con nosotros, gracias, por todo, queridos padres.

A nuestros hijos, gracias por entender nuestros proyectos, los amamos y los amaremos, aun cuando ya no estemos presentes.

A nuestros familiares, por el apoyo incondicional, por compartir nuestras tristezas y alegrías en este recorrer por la vida.

Agradecimiento

Al Hospital III Regional, Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, nuestro segundo hogar, por su apoyo en la realización de la presente investigación, por permitirnos crecer profesionalmente.

Agradecemos profundamente, a la actual Directora de la Escuela Profesional de Trabajo Social, Maestra Sara Yanina Medina Gordillo, persona de gran sabiduría, con mucho amor y dedicación a la profesión, por haber estado a nuestro lado inclusive en los momentos más difíciles de nuestras vidas, por ayudarnos a llegar al punto en el que nos encontramos.

Al Doctor Víctor Alejandro Colque Valladares, que, como investigador destacado en la Universidad Católica de Santa María, tuvimos el honor de recibirsus valiosas enseñanzas, permitiéndonos culminar con éxito el desarrollo del presente trabajo.

Agradecemos, a todos los docentes de la Escuela profesional de Trabajo Social, por compartir con nosotras, sus valiosos conocimientos durante nuestra formación profesional.

Resumen

La investigación tuvo como objetivo general: Determinar la influencia de la funcionalidad familiar en el conocimiento de los anticonceptivos que tienen las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2019. Es una investigación de campo, transversal, de nivel relacional y diseño no experimental; se aplicó la técnica de la encuesta a 90 adolescentes gestantes que se atienden en el hospital.

Los principales resultados fueron que: En los hogares de las adolescentes gestantes existe un bajo funcionamiento familiar (58%); ya que provienen de hogares donde es eventual o poco frecuente el apoyo mutuo, existe baja autonomía e independencia en los miembros, las reglas son impuestas autoritariamente, con escasa participación familiar y la comunicación intrafamiliar es eventual o poco frecuente. El conocimiento de los métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo presenta un nivel medio en el 51% y bajo en el 43%; si bien la gran mayoría ha recibido alguna información, no existe un conocimiento pleno, así, los más conocidos son el condón y la píldora; en tanto que los menos conocidos los métodos naturales; la mayoría de las familias no cumplen su rol de proveer de esta información.

Se concluye que: Existe una influencia significativa de la funcionalidad familiar en el conocimiento de los anticonceptivos en las adolescentes gestantes atendidas en el hospital, ya que el valor p fue de $0.048 < 0.05$; y en el cruce de variables la mayor concentración se produce en la intersección de funcionamiento familiar bajo y deficiente el conocimiento anticonceptivo.

Palabras Claves: Cohesión, funcionamiento familiar, conocimiento anticonceptivo, adolescentes gestantes y hospital.

Abstract

The research entitled: “Influence of family functionality in the knowledge of contraceptives in pregnant adolescents treated at the III Regional Hospital Honoria Delgado Espinoza. Arequipa, 2019”; had as general objective: To determine the influence of family functionality in the knowledge of contraceptives in pregnant adolescents treated at the Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2019. It is a field research, cross-sectional, relational level and non-design. experimental; Observation and survey techniques were applied to 90 pregnant adolescents who are cared for in the hospital.

The main results showed that: In the homes of pregnant adolescents there is low family functioning (58%); since they come from homes where mutual support is occasional or infrequent, there is low autonomy and independence in the members, the rules are imposed authoritatively, with little family participation and intra-family communication is occasional or infrequent. Knowledge of contraceptive methods to prevent pregnancy presents a medium level in 51% and low in 43%; Although the vast majority have received some information, there is no full knowledge, thus, the best known are the condom and the pill; while the lesser known natural methods; most families do not fulfill their role to provide this information.

It is concluded that: There is a significant influence of family functionality on knowledge of contraceptives in pregnant adolescents treated in the hospital, since the p value was $0.048 < 0.05$; and in the crossing of variables the highest concentration occurs at the intersection of low family functioning and poor contraceptive knowledge.

Key Words: Cohesion, family functioning, knowledge of contraception, pregnant adolescents and hospital.

Introducción

La familia, es sin duda alguna, el pilar fundamental del ser humano y de la sociedad; pues en esta se establece las bases del desarrollo socio emocional de todo ser humano, en el caso de las adolescentes gestantes, la familia encierra una problemática amplia que incide de alguna manera en la condición del embarazo prematuro; de allí la importancia de estudiar su influencia en el conocimiento anticonceptivo de las adolescentes que se atienden en el Hospital General Honorio Delgado.

El trabajo titulado “Influencia de funcionalidad familiar en el conocimiento de anticonceptivos en las adolescentes gestantes atendidas en el hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa, 2019, está estructurado en tres capítulos:

El primer capítulo presenta el planteamiento teórico de la investigación y contiene fundamentalmente el tema o problema de investigación, el análisis de las variables , interrogantes básicas y la justificación; también comprende los objetivos de la investigación; así como el desarrollo del marco teórico, que abarca los fundamentos teóricos y definiciones conceptuales relacionados a familia, funcionalidad familiar, adolescentes gestantes, conocimiento anticonceptivo y el Trabajo Social en Salud; también presenta los antecedentes investigativos y finaliza con la formulación de la hipótesis.

El segundo capítulo denominado: “Planteamiento Operacional” contiene las técnicas e instrumentos de la investigación, el campo de verificación y las estrategias de recolección de datos.

El tercer capítulo titulado: Presentación y discusión de resultados comprende el proceso de recolección de datos, el análisis y presentación de resultados; así como la comprobación de la hipótesis y el diagnóstico social; finalizando con las propuestas de Trabajo Social para la solución de la problemática investigada.

Finalmente se presentan las conclusiones como producto de la investigación desarrollada y como respuesta a los objetivos planteados. Así también se plantean

sugerencias que ofrecen algunos alcances orientados a mejorar la comunicación familiar y el conocimiento anticonceptivo en las adolescentes gestantes y parejas; para finalizar con la presentación de las referencias y anexos respectivos.



INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I DISEÑO DE LA INVESTIGACION	1
1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1.1. Problema de investigación	1
1.1.1. Enunciado del Problema	1
1.1.2. Descripción del Problema	1
1.1.3. Campo y Área	3
1.1.4. Operacionalización de Variables	3
1.1.5. Interrogantes Básicas	4
1.1.6. Justificación	4
1.2. Objetivos de la investigación	5
1.2.1. Objetivo General	5
1.2.2. Objetivos Específicos	5
1.3. Marco Teórico	5
1.3.1. La Familia	5
1.3.2. Adolescencia	12
1.3.3. Adolescentes Gestantes	13
1.3.4. Conocimiento Anticonceptivo en Adolescentes	14
1.3.5. Trabajo Social en el Sector Salud	16
1.4. Antecedentes Investigativos	19
1.4.1. A nivel Internacional	19
1.4.2. A Nivel Nacional	21
1.4.3. A nivel local	22
1.5. Hipótesis	23
2. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	23
2.1. Diseño metodológico	23
2.2. Nivel de investigación.	23
2.3. Técnicas e Instrumentos	24
2.3.1. Técnica	24
2.3.2. Instrumentos	24
2.4. Campo de Verificación: Ámbito geográfico	24
2.5. Unidades de estudio	24
2.6. Temporalidad	25
2.7. Estrategia de Recolección de Datos	25

CAPÍTULO II	26
PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	26
1. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	26
1.1. Análisis y Presentación de Resultados	26
2. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS	63
3. DIAGNÓSTICO SOCIAL	66
Ubicación Geográfica	66
3.1. Reseña histórica	67
3.2. Misión y visión	68
3.3. Objetivos Institucionales	68
3.4. Oficina de Trabajo Social	69
4. IDENTIFICACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA	71
4.1. Selección y análisis del problema de investigación	72
4.1.1. Categorización de problemas	72
5. PRONÓSTICO	73
6. PROBLEMA OBJETO DE INTERVENCIÓN	73
CAPÍTULO III	74
PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL PARA LA SOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA INVESTIGADA	74
PROYECTO N° 1: MEJORANDO LA COMUNICACIÓN INTRA-FAMILIAR	75
PROYECTO N° 2: CONOCIENDO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	79
CONCLUSIONES	83
SUGERENCIAS	84
REFERENCIAS	85
ANEXOS	106



CAPÍTULO I

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento Teórico

1.1. Problema de investigación

1.1.1. Enunciado del Problema

Influencia de la funcionalidad familiar en el conocimiento de anticonceptivos en las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2019.

1.1.2. Descripción del Problema

Sigüenza (2015) afirma que el funcionamiento familiar varía de un hogar a otro, esto en función que son múltiples los factores tanto externos como internos que influyen en su dinámica y desenvolvimiento, pues es en el seno familiar donde los hijos a través de la socialización aprenden a relacionarse, a comunicar sus sentimientos y emociones, reciben atención y protección por parte de sus padres para el adecuado desarrollo integral de los hijos. (p.29)

Para Minuchin (1982) las funciones de la familia se relacionan a objetivos como brindar protección psicosocial (este objetivo es interno a la familia) y el velar por la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura (objetivo externo de la familia); lo cual en cierta medida determina el funcionamiento familiar.

En esta lógica se trata de conocer la funcionalidad familiar, con la idea de encontrar allí argumentos que permitan entender mejor el conocimiento de anticonceptivos que tienen las adolescentes gestantes, puesto que se trata de una situación de grandes dimensiones que como problema de salud pública afecta no solo a la adolescente, sino también a su familia y a la sociedad en general.

La adolescencia es una etapa del desarrollo de gran importancia; no obstante, es también un período donde los adolescentes, en general, y las adolescentes en particular se expone a una serie de amenazas para su salud, entre ellas las relacionadas a la conducta sexual. Además, la familia, al ser el núcleo primario del ser humano donde incorpora las principales pautas de comportamiento, adquiere un rol fundamental en esta etapa de vida.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2019) señala que la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), determina que, en el año 2017, el 14,3 % de las adolescentes entre 15 a 19 años eran madres o estaban embarazadas (Sánchez, 2019); según datos del Censo 2017 revela que la población censada del país alcanzó 29 millones 381 mil 884 habitantes, el 50,8% son mujeres (14 millones 931 mil 127), de ellas, el 8,1% (1 millón 204 mil 959) tienen entre 15 y 19 años. (p. 83)

El embarazo de adolescentes trae consigo una serie de consecuencias como, por ejemplo: familias disfuncionales, ya que los adolescentes no están preparados para afrontar las responsabilidades de un hogar, por lo que la violencia doméstica se inicia con los conflictos familiares, la pobreza, la delincuencia, etc. Según el Ministerio de Salud, en el caso de las adolescentes (12 a 17 años) en el 2018 se incrementó a 79,801 usuarias nuevas respecto al 2017, que tuvo 74,609 adolescentes atendidas. (Andina, 2019)

1.1.3. Campo y Área

- a) **Campo:** Ciencias Sociales.
 b) **Área :** Trabajo Social.
 c) **Línea :** Modelo de Intervención Social - Funcionalidad Familiar.

1.1.4. Operacionalizacion de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES
Variable Independiente Funcionalidad familiar	Apoyo mutuo	Tiempo, Espacios y Dinero Cohesión
	Autonomía e independencia	Respeto opiniones Respeto elección de amistades
	Reglas	Participación en la elaboración de reglas Ejercicio de autoridad
	Adaptabilidad a los cambios de ambiente	Cambios de normas Modificación de responsabilidades Cambian formas de hacer las tareas
	Comunicación familiar	Intercambio de opiniones Participación toma de decisiones Concertación de sanciones
Variable Dependiente Conocimiento anticonceptivo	Fuente de información.	Personales (amigos, vecinos, familia) Instituciones (Educativa, de salud) Documentales (Bibliografía, webgrafía)
	Tipos de métodos que conoce	Orales (pastillas) De barrera (Condón) Inyectables Dispositivos intrauterinos (T de cobre, anillo vaginal) Naturales (coito interrumpido, método del ritmo)
	Uso de algún método	Afirmativo Negativo

1.1.5. Interrogantes Básicas

1.1.5.1. Interrogante General

¿Cómo influye la funcionalidad familiar en el conocimiento de anticonceptivos que tienen las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2019?

1.1.5.2. Interrogantes Específicas

¿Cómo es la funcionalidad familiar de las adolescentes gestantes que se atienden en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa?

¿Cuál es el conocimiento de los anticonceptivos que poseen las adolescentes gestantes que se atienden en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa?

1.1.6. Justificación

Tiene relevancia social, en la medida que permite el conocimiento y análisis de las variables de estudio, respecto a la funcionalidad familiar y su influencia en el conocimiento de anticonceptivos que presentan las adolescentes gestantes; “esta es una problemática social que afecta a 14,3% de adolescentes” (Sánchez, 2019); por tanto, los resultados serán de utilidad para plantear alternativas estratégicas que permitan prevenir la situación. Así, los resultados de esta investigación pretenden orientar y contribuir con el área de Servicio Social y Obstetricia del Hospital a través de la propuesta de actividades y acciones educativas en salud sexual y reproductiva, aportando a la prevención y educación preventiva de embarazo en adolescentes.

El estudio tiene relevancia contemporánea, por ser un tema de actualidad en nuestro medio, ya que tanto la funcionalidad familiar como el embarazo en adolescentes está en incremento y presenta características cada vez más complejas.

Tiene relevancia científica, en la medida que el análisis sistemático del tema, permite identificar y comprender la problemática y con ello la realización de conclusiones y

sugerencias; así como el planteamiento de alternativas de solución.

La relevancia metodológica se sustenta en que el estudio permite no solo el conocimiento teórico y práctico, sino que fundamentalmente, la posibilidad de tener claridad sobre el procedimiento científico de la investigación, lo cual facilita poner en práctica los conocimientos obtenidos durante la formación académica.

La motivación en la realización de la presente investigación responde a la experiencia de trabajo y contacto directo con las madres adolescentes gestantes durante muchos años.

Finalmente, es viable, ya que se cuenta con la posibilidad de acceso a información, a la recolección de datos y se cuenta con los recursos que demanda la investigación.

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivo General

Determinar la influencia de la funcionalidad familiar en el conocimiento de los anticonceptivos que tienen las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2019.

1.2.2. Objetivos Específicos

Analizar la funcionalidad familiar de las adolescentes gestantes que se atienden en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

Evaluar el conocimiento de los anticonceptivos que poseen las adolescentes gestantes que se atienden en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

1.3. Marco Teórico

1.3.1. La Familia

La familia en general es considerada como la célula básica de la sociedad, siempre ha existido en la historia de la humanidad y en todas las sociedades; es considerada el primer núcleo social en el cual todo ser humano participa. Desde el punto de vista de la sociología,

Estrada (2014) la define como: “el conjunto de personas que se encuentran unidos por lazos parentales. Estos lazos pueden ser: vínculos por afinidad, el matrimonio y de consanguinidad como la filiación entre padres e hijos”.

En el año 2012, Montalvo, et. al. (2013) indica que la familia ha sido definida por la Organización de las Naciones Unidas como un elemento natural y fundamental de la sociedad y del estado. Este grupo se ha encargado de satisfacer las necesidades de las personas mientras se construye una identidad por la transmisión y actualización de la cultura y los patrones de socialización. (p.41)

De esta manera la familia cumple fundamentalmente las funciones de protección de sus miembros, favoreciendo el desarrollo integral de estos; transmitiendo, a su vez patrones sociales de generación en generación. Por otro lado, Suárez (2013) define a la familia como: “un lugar de pertenencia tanto real como simbólica que tiene una familia para toda su vida desde el nacimiento. En este ambiente, crece, forma su identidad, toma responsabilidades, compromisos y desarrolla ciertos recursos personales para actuar en un futuro”.

De acuerdo con las definiciones anteriores y realizando un análisis se podría decir que la familia es una unidad básica en la sociedad, en la cual todas las personas desde que nacen van formando su personalidad, aprenden formas de socialización y de relacionamiento social que van a influenciar hasta su vida adulta; también va a influir en la formación de valores y pautas de conducta que son orientadas por los padres, los cuales van conformando un modelo de vida.

1.3.1.1. Funciones de la Familia

Para comprender la clasificación sobre las funciones de la familia, dentro de la cual se encuentra el Modelo Circunflejo de Olson, según Sigüenza (2015) “este modelo alcanza diversos perfiles para conocer el funcionamiento familiar, el mismo que está caracterizado por la cohesión, adaptabilidad y comunicación” (p.12); considerando estas características sobre el funcionamiento familiar, se presentan las siguientes funciones de acuerdo con este modelo:

Apoyo mutuo: Esta función se sustenta en las relaciones emocionales que existen entre los miembros de la familia, también se considera el apoyo físico, financiero y social; todo ello dentro de la interacción e interdependencia de roles ante las diversas actividades que realizan

y que va generando vínculos afectivos y sentimiento de pertenencia.

Autonomía e independencia: En el sistema familiar lo que facilita el crecimiento personal de cada miembro es lo que permite su desarrollo. Cada persona en la familia tiene roles definidos lo que les facilita ir formando su identidad, así su personalidad se extiende más allá de las fronteras de la familia. En tal sentido, los miembros de una familia realizan acciones conjuntas o también de manera separada respetando la autonomía y/o independencia.

Reglas: En una familia siempre existen reglas y normas que establecen límites, que direccionan la unidad familiar, estas reglas o normas pueden encontrarse de manera explícita o implícita.

Adaptabilidad a los cambios de ambiente: Conforme la sociedad es dinámica, la familia puede adaptarse a estos cambios en función a cómo transcurre el tiempo, conforme se van dando cambios y va reestructurándose, para seguir funcionando.

La familia se comunica entre sí: La comunicación es considerada, un elemento esencial dentro de las relaciones familiares. De esta manera se entiende que una buena comunicación es vital para que exista comprensión y se estrechen los vínculos socio emocionales. Quiere decir que, si la comunicación falla la funcionalidad también.

1.3.1.2. Funcionalidad Familiar

Para entender el funcionamiento familiar, debemos también conocer acerca de la dinámica familiar; para Delgadillo et al. (2012) “en esta dinámica existen aspectos como la convivencia y su funcionalidad. Cuando en una familia se cumplen y desarrollan las funciones existe armonía y, por tanto, se puede afirmar que la familia es funcional”.

Estos autores, señalan que en todo sistema familiar puede existir necesidades y esa través del funcionamiento familiar adecuado y saludable que se da la satisfacción de estas necesidades, dando cumplimiento a los objetivos y funciones que tanto histórica y socialmente se les ha asignado a las familias.

Asimismo, Gómez, et. al. (2013) refieren que “el funcionamiento familiar es el conjunto

de procesos en la crianza o interacción de un grupo de personas, que forman una familia, que se orientan al crecimiento físico y emocional de los miembros”.

Para Castellón & Ledesma (2012) el funcionamiento familiar también está relacionado al conjunto de relaciones interpersonales que se construyen y se generan en cada familia, otorgándole esta característica una identidad propia. Siempre se ha conocido o se le ha otorgado a la familia, como la unidad mínima de la sociedad, pero a la vez se le es considerada como sistema social y reconociendo su complejidad como organismo vivo, es en donde el individuo adquiere sus primeras experiencias, valores y concepción del mundo. (p. 89)

Familia Funcional:

El funcionamiento familiar propicia un adecuado o inadecuado ambiente familiar, esto va a influir de manera decisiva en la personalidad de sus integrantes; esto determina la escala de valores, los afectos, las actitudes y los modos de ser de sus miembros. Así dentro del funcionamiento familiar se considera dos funciones fundamentales, la función educativa y afectiva; las que son de suma importancia; esto en la medida que los padres, sea como fueren, tiene una gran influencia en el futuro comportamiento de sus hijos. El ambiente familiar no es producto de la suerte o el azar; sino más bien se construye con la contribución que hace cada integrante de la familia, especialmente los padres; teniendo la capacidad de modificarlo. Este tipo de ambiente presenta un conjunto de elementos que favorecen el desarrollo armonioso de la convivencia en el hogar; entre estos se pueden mencionar:

Respeto:

El respeto es uno de los principales valores en el ser humano, constituye la base de la convivencia humana a cualquier nivel: familia, trabajo, política, instituciones; sin este valores imposible la armonía social; ya que el respeto por los derechos de las demás personas y por la dignidad del otro; permite que los seres humanos trasciendan en la sociedad. De esta manera el respeto es un valor que se vive en cada instante y a cada momento de nuestra vida y se inicia con el respeto que tenemos por nosotros mismos.

Honestidad y sinceridad:

La honestidad y la sinceridad son valores que los seres humanos vamos adquiriendo durante los primeros años de formación en el seno del hogar; su práctica permite tener de una

u otra manera límites cuando nos relacionamos con los demás.

Al respecto Soto (2013) señala que cuando las personas tenemos un comportamiento sincero, estamos con predisposición a decir siempre la verdad, lo cual da a la persona seguridad en todo momento; generalmente se tiene la preconcepción que, decir la verdad nos puede ocasionar situaciones vergonzosas o de burla; sin embargo, ser sincero y honesto construye relaciones positivas que permiten un buen funcionamiento familiar.

El ser sincero y honesto además de tener una implicancia positiva en las relaciones humanas nos convierte en personas dignas de confianza por la veracidad no solo de nuestras palabras sino fundamentalmente de nuestra conducta.

Compasión:

Algunos autores como Taylor (1999), como se citó en Martínez (2018) indican que la compasión es sinónimo de simpatía, por la otra persona o personas, es considerado también como el sentimiento que nos permite conmovernos por los demás cuando están pasando por situaciones de dificultad o dolorosas”.

Entonces la compasión es la emoción que nos hace “más humanos” que solo puede experimentarse a partir de la relación con el otro; de allí que en las relaciones compasivas se relacionan con la capacidad humana de sentir; es decir, de identificarse con el otro, de ponerse psicológicamente en el lugar del otro.

Comprensión y sabiduría: La comprensión es aceptar a los demás como personas, con sus limitaciones, necesidades individuales, características especiales y debilidades. La comprensión y la buena voluntad son la clave de las buenas relaciones humanas.

La confianza: Es definida como: “Un elemento vital en todas las relaciones interpersonales incluyendo las organizaciones. La confianza es la base del éxito en cualquier relación, por su doble raíz: experiencia y repetición, lo que le da su esencia” (Artola, 2013, p. 24); así, las personas obtienen confianza a través de experiencias interpersonales que se repiten en varias ocasiones y, a través de esta acción, se fortalecen con el paso del tiempo.

Trato amable: El trato amable es una virtud en las personas, propia de las buenas relaciones interpersonales dentro de la convivencia humana; a través de la amabilidad se muestra interés por el bienestar de los demás; algunas de sus características son: sonreír, ofrecer un trato cálido, ser atento, saludar, dar gracias y despedirse, etc. hacen que las relaciones se estrechen, generando climas sociales positivos.

Buen manejo de conflictos:

Se refiere a su canalización, para lo cual se recomienda: Reconocer que el problema existe, admitir a uno mismo y a los otros lo que es realmente la situación, reconocer cuál es tu responsabilidad en la situación, compartir tus necesidades y comprender la de los demás, no culpar, buscar alternativas y ejecutar las alternativas seleccionadas.

Familia Disfuncional

Esta es definida por Suarez (2013) como aquella que está en constante conflicto y los miembros de esta, tienen conductas negativas y de abuso para acomodarse a una situación de conveniencia para cada uno. En este tipo de familia se desarrolla un ambiente conflictivo constantemente, no hay la valoración mutua de cada miembro, por lo cual es una realidad de confrontación y hostilidad. (p.32)

Entonces en estas familias predomina la presencia de conflictos, sus miembros presentan conductas negativas que generan permanente confrontación y hostilidad. En esta familia no se delegan responsabilidades ni acciones y todas las actividades que realizan cada uno afecta directamente a los demás miembros de la familia influyendo hasta en la personalidad desequilibrada de los miembros, pues comparten el mismo techo y la misma realidad emocional.

Este tipo de ambiente presenta un conjunto de elementos que desfavorecen el desarrollo armonioso de la convivencia en el hogar; entre estos se pueden mencionar:

Autoritarismo: Es el ambiente en el cual los padres tienden a reprimir muy severa y estrictamente la conducta de los hijos, pretenden que éstos se comporten según lo establecido y que cumplan estrictamente las normas establecidas; así los hijos son educados para obedecer completamente a los adultos y darles siempre la razón. En un ambiente autoritario el niño no

tiene muchas posibilidades de explorar ni de ponerse a prueba, debe obedecer órdenes y seguirlas sin evaluarlas ni criticarlas. Para Hernández (2015): Cuando la represión es severa, el niño cumple con las normas no porque haya participado en su construcción o las comprenda sino por miedo al castigo, no desarrolla autonomía para apropiarse de ellas; también puede ocurrir que se desarrolle como una persona hostil y agresiva, ya que las formas de relacionarse que aprenden y practican los niños son la fuerza y la imposición, estas serán sus formas naturales de socialización. (p.17)

Ambiente familiar donde no hay normas definidas: Es un ambiente familiar donde predomina la laxitud en las normas; es lo opuesto al autoritarismo, en estos hogares se deja que los hijos y padres no estén sujetos a normas y sean completamente libres, para hacer lo que a cada uno le parezca; es decir que no existen límites establecidos y generalmente se crea confusión entre los miembros del hogar a la hora de distinguir entre lo correcto y lo incorrecto. En este tipo de ambiente, los niños cuando comenten una falta o algún error, no reciben ningún castigo por parte de sus padres; es decir, no se les brinda retroinformación que le de valor moral a su acción; siendo él mismo quien pone la norma a su acomodo y sin seguridad. Así también, al no tener límites, no sabrá resolver conflictos; pues no cuenta con las herramientas necesarias; además no maneja relaciones de reciprocidad pues generalmente querrá que las cosas y situaciones lo beneficien.

Ambiente familiar agresivo: Considerado como: Aquel en donde se presentan actos de agresión entre padres, padres e hijos y con terceros; así, “el desarrollo de la agresividad se favorece si el ambiente es violento, ya que los niños realizan acciones violentas y construyen razonamientos que las justifican. (Serindipi, 2012, p. 1)

En este contexto el ambiente familiar es negativo por cuanto persisten los conflictos, no se logra una comunicación directa, abierta y fluida, predominan la desconfianza, la incomprensión y las muestras de afecto son escasas o ausentes. Romero (2012) al respecto señala que: Algunas veces las malas relaciones en el hogar determinan en los hijos una historia de hostilidad que los impulsa a hacer exactamente lo contrario de lo que los padres esperan de ellos y realizan comportamientos de autoagresión y autodestrucción para así hacer sentir a su familia culpables por el fracaso de sus propias acciones. (p. 31)

Así, en el peor de los casos, puede incluso llegar a ser nocivo involuntariamente y sin darse cuenta; pues no cumple con su funcionamiento adecuado, lo que desfavorece y pone en riesgo la socialización de sus miembros, debido a la ausencia de lazos estables solidarios con los otros. Otro efecto negativo es que esta desarmonía en el clima familiar vulnera el nexo e interés común de la familia, predominando el individualismo y el egoísmo; de esa manera la relación y dinámica familiar se vuelve tóxica y patológica, apareciendo el resentimiento, los agravios constantes, los conflictos, etc. como producto del cariño no satisfecho o de las atenciones no correspondidas.

1.3.2. Adolescencia

1.3.2.1. Definición

La palabra adolescencia proviene del verbo en latín “adoleceré”, que significa crecer o crecer hacia la madurez. En general, es definida como “el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, que se caracteriza por la sucesión de importantes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en el ser humano” Conapo (2011, p. 10).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud la define como: “El período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica” (Risuelo y Motta, 2010, p. 27). Esta misma organización basada en el criterio cronológico, considera que es “una etapa que comprende las edades entre los 10 y los 19 años, es decir, la segunda década de la vida” (Sáez, 2013, p.14).

Entonces todas las definiciones coinciden en poner énfasis a una etapa cronológica propia del ser humano en la que fundamentalmente se caracteriza por los cambios corporales, sexuales y psicológicos que ocurren en los individuos, los cuales se suceden necesariamente dentro de un entorno social.

1.3.2.2. Características de la Adolescencia

Entre sus características más importantes de la adolescencia Risuelo y Motta (2010) señalan:

- a. Ambos sexos experimentan una irrupción del crecimiento: agudo aumento en la estatura, peso y desarrollo muscular y del esqueleto.
- b. Las características sexuales primarias: los órganos reproductivos masculino y femenino; estas aumentan de tamaño y maduran en la pubescencia.
- c. Las características sexuales secundarias: incluyen los pechos en las mujeres, el ensanchamiento de hombros en los varones, la piel, el crecimiento del vello en el cuerpo tanto hombre como mujer, etc.
- d. La menarquía en las mujeres ocurre en una edad promedio de 12 años, los hombres experimentan la presencia del semen en su orina y emisiones nocturnas. (p. 57)

1.3.3. Adolescentes Gestantes

Ibáñez, M. (2012) al respecto señala que desde muy pequeños recibimos mensajes sobre la sexualidad y el uso que debemos darle ella. Estos mensajes influyen e incluso determinan nuestras ideas sobre la sexualidad y el sexo en nuestra vida adulta, de hecho, el 90% de los problemas sexuales vienen derivados de una falta de educación sexual. (p. 5)

Se evidencia que a pesar de ser los padres los primeros y principales educadores en la sociedad, son estos mismos, los que a causa de las dificultades y por la propia falta de preparación, han renunciado en muchos casos a su tarea en este campo o han querido delegarla a la escuela. Así, en las decisiones de los adolescentes respecto a la práctica sexual influye necesariamente la educación que van recibiendo paulatinamente de la familia y otros agentes como: los medios de comunicación social, la escuela, la iglesia y los servicios de salud; cada uno de ellos actúa de diversos modos, con influencia de distinto grado y con diferentes niveles de profundidad en la formación de los valores ético-morales y la personalidad.

El Estado como tal, ante el incremento de los embarazos precoces o madres

adolescentes ha intentado responder a esta problemática a través del sistema educativo, basado fundamentalmente en la difusión de métodos de planificación familiar e incluso se “distribuyeron condones”, como parte de dicha política educativa; al margen del respaldo, las deficiencias, las críticas y cuestionamientos que pudieran hacerse, los resultados por sí solos muestran que no se lograron los objetivos previstos.

1.3.4. Conocimiento Anticonceptivo en Adolescentes

El conocimiento anticonceptivo es definido por Monterrosa (2009) como la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento, que pertenece al pensamiento y percepción de los métodos anticonceptivos”, de lo cual se infiere entonces que el conocimiento es la adquisición de conceptos, conjunto de ideas que son asimilados por la persona; siendo importante considerar que es adquirido a través de una educación formal e informal; es decir todos tenemos algún conocimiento. (p. 84)

El conocimiento anticonceptivo puede ser vago o inexacto pero que se vuelve racional o verificable a través de la experiencia, por medio formal o informal mediante el ejercicio intelectual. Así, el conocimiento es la suma de hechos o principios que se adquiere a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto.

Los padres son los principales responsables de la educación sexual; sin embargo, son muchos los padres que no se atreven a afrontar la educación de sus hijos en esta materia, por lo que se consideran lo suficientemente preparados para ello, delegando esta tarea a los profesores, médicos, sacerdotes, y a sus pares.

El ausentismo de los padres en la educación sexual sea por ignorancia, comodidad o falta de competencia ha determinado que por muchos años y hasta la actualidad sean otros quienes asumen esta responsabilidad. Entonces existen dos fuentes de conocimientos:

La informal mediante las actividades ordinarias de la vida es por ese sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud enfermedad y suele complementarse con medios de información.

La formal viene a ser aquella que se imparte en las escuelas e instituciones formadores desde donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular (Monterrosa, 2009).

Para Gabaldón (2012) el uso de métodos contraceptivos altamente eficaces ha ofrecido a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad, permitiendo un mejor desarrollo personal y una vida sexual más plena. Sin embargo, no todas las mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento ni de acceso a ellos. (p.80)

Los sentimientos y las emociones que acompañan la pubertad y la sexualidad del adolescente son diversos y marcados por mitos o consecuencias que evocan desde su etapa detalles que le expliquen su sentir; de allí que muchas de sus interrogantes queden en el aire, generando angustias que, de no ser bien orientadas, pueden dificultar el desarrollo de una sexualidad sana.

Conocer no significa necesariamente que la adolescente tenga un buen nivel de información sobre el método, puede ser que al menos conozca solo su nombre o tenga una idea de cómo se emplea. Así, según Dardo (2014): De diez adolescentes, los diez adolescentes conocen los métodos anticonceptivos, pero no todo acerca de ellos; pues no hay ningún distraído que no esté enterado de que existe el preservativo, de día que los usen o no, los usen bien o no, es otro tema. (p. 61)

Sin embargo, es importante señalar que “rara vez los adolescentes sexualmente activos están bien informados de las opciones anticonceptivas o de los riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual, que como también sabemos son prevenibles por medios anticonceptivos como el preservativo” (García, 2011, p. 4).

Entonces, los adolescentes que practican una actividad sexual premarital se enfrentan, por un lado, a que el sexo ocurre en una edad en la cual el desarrollo no ha terminado y en la que se establece un comportamiento sexual que puede influir en el futuro; por otro, el sexo tiende a ser ocasional y de oportunidad; además, los propios jóvenes manifiestan que, a pesar de existir información disponible en muchos lugares, el principal obstáculo se encuentra en la falta de normalidad para hablar sobre temas de sexualidad; en concreto, en sociedades como la nuestra

donde la sexualidad es un tema tabú, lo cual provoca que los jóvenes tengan vergüenza para preguntar o acercarse a otras personas para resolver sus problemas.

Un importante número de adolescentes en todo el mundo son sexualmente activos fuera del matrimonio; Perea (2011) afirma que, en algunos países desarrollados, las tasas son altas: el 68 % de los adolescentes en los EUA (sigla en español de los Estados Unidos de América) y el 72% en Francia han tenido relaciones prematrimoniales. En América Latina y el Caribe, 90% o más de las adolescentes conocen al menos un método anticonceptivo, excepto Bolivia (74%), Guatemala (68%) y Paraguay (89%). Sin embargo, los porcentajes de uso son bajos (18%). En Estados Unidos, solo el 66 % de las adolescentes sexualmente activas utilizan algún método anticonceptivo. (p.63)

1.3.5. Trabajo Social en el Sector Salud

El Trabajo social en el sector salud tiene un campo amplio para el ejercicio de sus funciones; así, en Perú el máximo órgano de autoridad sanitaria es el Ministerio de Salud, en el cual existen niveles de atención como el nivel I (corresponde a centros y puestos de salud), el nivel II (abarca el hospital I y Hospital II) y finalmente el nivel III (que agrupa los institutos especializados y hospital III).

El campo ocupacional para los y las trabajadoras sociales en cada nivel de atención es amplio. Sin embargo, en general existe poca o limitada información sobre el rol o funciones de la trabajadora social en este sector.

Función Asistencial, referida a las acciones sociales que se implementan con la finalidad de que las personas puedan acceder a los servicios de salud mediante estudios socioeconómicos en vinculación directa con las necesidades básicas y prioritarias para una gestión adecuada de beneficios para la atención en salud.

Función de Investigación Social, mediante esta función se pretende realizar aportes al conocimiento de las realidades y contextos que afectan a las personas, grupos y comunidades; así como mediante las acciones investigativas sobre las políticas que se implementan en un sector en específico, se puede alcanzar propuestas de mejoras en busca de la calidad de vida,

bienestar y salud en general.

Función de Planificación social, requiere de habilidades para el diseño, ejecución y evaluación de proyectos sociales, que se sustentan a partir de las normas que rigen cada uno de los sectores donde se labora, en especial en este campo preventivo promocional de la salud.

Función de Promoción Social, entendida como el proceso integral que posibilita a las personas alcanzar desarrollo individual y social, identificando y potenciando las oportunidades de mejora que genera transformaciones sociales.

Función de Educación Social, conlleva procesos de aprendizaje y adquisición de información y/o conocimientos que facilitan los cambios y las transformaciones fundamentalmente en el ámbito del cuidado de la salud para alcanzar bienestar integral.

A nivel del Hospital Honorio Delgado las funciones que cumplen las trabajadoras sociales de acuerdo con el Manual de Organización y Funciones del Departamento de Servicio Social son:

Unidad Funcional de Trabajo Social en Emergencia. Es la unidad funcional encargada de ejecutar, evaluar y dirigir las acciones de la especialidad en Servicio Social, concerniente a la atención de la casuística social de los pacientes del Servicio de Emergencia, viabilizando la problemática social brindando soluciones oportunas e inmediatas.

Unidad Funcional de Trabajo Social en Hospitalización. Es la unidad funcional encargada del estudio, investigación diagnóstica y tratamiento de los factores sociales que interfieren en la recuperación del paciente hospitalizado dando alternativas de solución de la especialidad para la rehabilitación del paciente.

Unidad Funcional de Trabajo Social de Consultorios Externos y Promoción Social. Es la unidad funcional encargada de realizar el estudio sistemático de los factores socioeconómicos que condicionan la recuperación del paciente Planificando, ejecutando y evaluando Proyectos y Programas de Educación Social Sanitaria, Terapia recreativa y ocupacional; asimismo, se integra en equipos multidisciplinarios y en la conducción de grupos

organizados de la comunidad en nuestra Institución con enfermedades degenerativas que van en aumento como son : Artritis, Diabetes, TBC, Glaucoma, etc.

Tiene relación de coordinación con los responsables de las Unidades Funcionales de Trabajo Social de Hospitalización y Unidad Funcional Trabajo Social de Consultorio Externo y Promoción Social y así como con los jefes de los diferentes Servicios Asistenciales y Administrativos para la atención eficiente de los pacientes.

Establece relaciones externas con Ministerio Público, Interior, Justicia, con el Ministerio de la Mujer y Desarrollo social y Ministerio de Justicia, Con Hospitales del Ministerio de Salud y ESSALUD para coordinar actividades de atención de salud del paciente.

A. Función Básica

Planificar, ejecutar y evaluar las acciones de servicio social, concernientes a la atención de los pacientes que son atendidos en los servicios de hospitalización, emergencia y en consulta externa, viabilizando la problemática social brindando soluciones inmediatas.

B. Funciones Específicas

Brindar atención de Servicio Social especializada y oportuna a los pacientes de Emergencia.

Ejecutar el estudio socioeconómico para la aplicación de la Ficha de Evaluación Socio Económico (FESE) para su categorización social y brindar el apoyo asistencial requerido por el paciente ya sea para la atención común o por convenio.

Atención y Resoluciones a las Interconsultas médicas en beneficio del paciente de Emergencia.

Promover, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención orientados a un servicio eficiente, eficaz y con calidad.

Analizar los casos de emergencia, mediante entrevista a los familiares o visita domiciliaria del paciente, si se otorgara el beneficio del Seguro Integral de Salud (SIS) con diagnóstico de emergencia.

Educar y orientar al paciente para que hagan buen uso de los servicios que brinda el Hospital.

Dar cumplimiento a las normas y procedimientos asistenciales y administrativos vigentes que se relacionen con el paciente.

Velar por la integridad y buen funcionamiento de los equipos, materiales, insumos y enseres del Servicio, responsabilizándose por su deterioro o uso indebido.

Desarrollar labor docente y promover estudio e investigación en el marco de los Convenios Interinstitucionales.

Participar en la formulación, elaboración y/o actualización de los Manuales de Procedimiento y Guías de Atención.

Conocer y socializar el Plan Hospitalario de Evacuación y Comportamiento en caso de Desastres.

1.4. Antecedentes Investigativos

1.4.1. A nivel Internacional

Arias, et al. (2012) en Colombia realizó un estudio de corte transversal con una población de 190 adolescentes embarazadas entre los 12 y 21 años, el instrumento utilizado fue una encuesta escrita.

Los resultados fueron: El promedio de edad de 18 años, el 72,1% de la población presentó disfuncionalidad familiar de leve a severa, Entre ninguna y regular relación con el padre 46,9% y 25,3% con la madre, 38,9% presentaban antecedentes de violencia familiar, 25,8% depresión, 23,2% de consumo de alcohol, 36,3% pensaban que no iban a quedar embarazadas.

Al tener relaciones sexuales, 26,8% deseaban tener hijos. La buena funcionalidad familiar tuvo relación significativa con la no presencia de violencia intrafamiliar ($p=0,000$), la no presencia de embarazo en < de 17 años ($p=0,020$), no empleo de métodos anticonceptivos ($p=0,000$), alto número de embarazos ($p=0,025$), no presencia de abortos inducidos ($p=0,007$), hablar sobre temas de embarazo y sexualidad con los padres ($p=0,000$). (Arias, et al., 2012)

Concluyo en que: La población de adolescentes gestantes estudiada tiene características similares a las poblaciones de otras ciudades de Colombia, y otros países. Se demuestra que, recibieron su primera información sobre sexualidad de su familia ($p=0,000$), y conversan cotidianamente de estos temas con su familia ($p=0,000$) y hablan sobre sexualidad y embarazo con sus padres ($p=0,000$) tienen una mayor percepción sobre buena funcionalidad familiar que aquellas que nunca o casi nunca abordan estos temas con sus padres. (Arias, et al., 2012, p. 3)

Núñez, et al. (2012) en México, realizó una investigación sobre embarazo no deseado en adolescentes y la utilización de métodos anticonceptivos posparto en adolescentes de 13 y 19 años. Los resultados arrojaron que un 17% de todos los nacimientos fueron de madres adolescentes; de éstas, 22,73% declararon que su embarazo no fue deseado. Se encontró una asociación positiva entre no tener derecho de acceso a los servicios de salud de las instituciones de seguridad social y embarazo no deseado (RM ajustada=3.03, IC 95% 1.31, 7). Asimismo, las adolescentes de comunidades urbanas manifestaron no deseo del embarazo con mayor frecuencia que las mujeres de comunidades rurales (RM ajustada=2.16, IC 95% 1.08, 4.33). Un 91,3% de las madres adolescentes enunció la píldora anticonceptiva entre los métodos que conocía. Un 84,72% conocía el DIU y 63,68% el condón. Sin embargo, sólo 35% de éstas la utilizan. (Núñez, et al., 2012, p. 89)

Se concluye que los programas de planificación familiar tienen un potencial de cobertura aún no alcanzado entre el grupo de adolescentes, especialmente entre las que viven en áreas suburbanas y entre las no derechohabientes de la seguridad social. (Núñez, et al., 2012, p. 119)

Santín, et al. (2014) en España, en su investigación mostro que los resultados de la escala de “Conocimiento General” ponen de manifiesto que existe un mayor conocimiento de

métodos más habituales como son el preservativo o el DIU. No obstante, no alcanzan el mismo grado de conocimiento respecto a otros, como puede ser el diafragma, que sólo parece conocer adecuadamente una cuarta parte de la muestra. A pesar de reconocer el preservativo como método más fiable para prevenir no sólo el embarazo sino las enfermedades de transmisión sexual, un significativo porcentaje lo desconoce; en tanto que el 41.8% los considera válidos para la prevención de la transmisión de enfermedades sexuales. (Santín, et al., 2014, p. 95)

Existe una actitud poco positiva y generalizada hacia los métodos anticonceptivos; aproximadamente la mitad considera que si las relaciones sexuales son programadas o planificadas pierden su valor al no ser espontáneas; de hecho, el no uso se debe a que no habían considerado la posibilidad de tener relaciones sexuales. Otro sector mantiene una actitud negativa por cuanto consideran que pueden fallar mucho (probablemente no sólo por desconocimiento del método en sí mismo sino también por desconocer su correcta utilización) así como que impiden que se disfrute plenamente de la relación; a esto se añade que el 62,6% reconocen sentir vergüenza cuando van a comprarlos.

Evidentemente, una actitud negativa hacia los métodos, claramente relacionada con una falta de información real y objetiva, llevará al uso inconsistente de los métodos de anticoncepción. (Santín, et al., 2014, p. 104)

1.4.2. A Nivel Nacional

Zarate, I. (2003), en lima su investigación tuvo como resultados revelan que existen diferencias significativas entre los adolescentes iniciados y no iniciados sexualmente en cuanto a las dimensiones del sistema familiar. Esta asociación se dio en algunos aspectos puntuales como: Cohesión familiar en el sexo femenino y adaptabilidad familiar en el sexo masculino; el vínculo familiar es pobre en los adolescentes iniciados sexualmente y estrecho en los no iniciados; la autoridad familiar es alta en los iniciados sexualmente y baja en los no iniciados; en el nivel de adaptabilidades rígido en los iniciados sexualmente y caótico en los no iniciados sexualmente.

Los adolescentes como miembros de sus familias, en esencia responden a una relación flexible de cambio, que respetando la autonomía de cada miembro ejercen un liderazgo y poder

responsable, basado en el amor y la necesidad de orientación, soporte y guía para sus miembros lo cual proporciona estabilidad y posibilidades de desarrollo. Cobrando mayor importancia para las mujeres la cohesión familiar y para los varones la adaptabilidad familiar, en el inicio sexual del adolescente, el estilo de interacción lo aprende del entorno inmediato como también la autonomía, el estilo de comunicación y las decisiones que tome con respecto a su sexualidad.

1.4.3. A nivel local

Mamani y Pastor (2016) La comunicación familiar y la incidencia en el conocimiento y el comportamiento sexual de los estudiantes adolescentes del 3ro, 4to y 5to de secundaria Nuestra Señora de la Candelaria, Camaná, Concluye en que las características familiares y comunicación familiar sobre sexualidad influyen significativamente sobre los conocimientos y comportamientos sexuales de las estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Nuestra Señora de la Candelaria del Distrito Samuel Pastor, Camaná en el 2016. Los niveles de fortalezas de la comunicación sobre sexualidad se reflejan en similares niveles de fortalezas en conocimientos y comportamientos sexuales; mientras que los niveles de debilidades en comunicación familiar tienen su correlato en debilidades de conocimiento y comportamiento sexual. Y, la mayoría de adolescentes se dice ser activa y creativa, con una minoría de obedientes. Los padres tienen mayormente secundaria completa e incompleta con un mínimo porcentaje de Educación Superior, el estado civil predominante es casados y convivientes, de hogares estables. El estilo en que educan a los hijos sus padres es democrático compartido en porcentajes con el estilo autoritario.

Pinto y Nina (2011). Influencia de la educación sexual en el embarazo no deseado de las mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Alto Jesús, Paucarpata, Arequipa. La investigación se desarrolló en una población de 56 mujeres embarazadas que se atienden en el Puesto de Salud Alto Jesús en los últimos 6 meses; aplicándose las técnicas de observación, visitas domiciliarias y encuesta. Obteniendo como conclusiones:

La escasa información sobre la educación sexual influye de manera inadecuada en la planificación familiar de las mujeres embarazadas que se atienden en el puesto de salud Alto Jesús, teniendo como resultado el embarazo no deseado. La concepción que tienen sobre el sexo, es casi totalmente imprecisa describiendo que 60.7% de encuestadas concibe al sexo

como relaciones sexuales, el 26.8% manifiesta que el sexo es hombre y mujer, el 3.6% indicó que el sexo se refiere a masculino y femenino, y el 8.9% precisó que el sexo se refiere a la sexualidad que cada persona tiene.

Considerando que el sexo es “constituyente” de la persona, si es varón y mujer desde la misma raíz, no solo reflejado en los órganos genitales, sino también en la psicología y en el alma. La mujer entiende sobre sexualidad, lo siguiente: el 50% precisa que sexualidad es sexo, el 14.3% lo relacionan con pasión, el 12.5% definen sexualidad como reproducción humana, el 5.4% precisa que sexualidad es intimidad, 7.1% está relacionado con género y el 10.7% indica no tener claramente el término sexualidad. Advirtiendo que la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, abarca las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual, existe bastante confusión al momento de precisar lo que significa sexualidad por la mujer encuestada.

1.5. Hipótesis

Dado que, en comportamiento social está relacionado con las particularidades del entorno familiar.

Es probable que la funcionalidad familiar influya significativamente en el conocimiento de anticonceptivos de las adolescentes gestantes que se atienden en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

2. Planteamiento Operacional

2.1. Diseño metodológico

La investigación es de nivel relacional porque se pretende establecer o determinar el grado de relación o asociación (no causal) existente entre dos variables. No pretende la manipulación de ninguna variable de estudio, de allí que tenga un diseño no experimental (Arias, 2012).

2.2. Nivel de investigación.

Es una investigación de campo, transversal, de nivel relacional y diseño no experimental.

2.3. Técnicas e Instrumentos

2.3.1. Técnica

En la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta.

2.3.2. Instrumentos

Para la primera variable, Funcionamiento Familiar, se aplicó el instrumento de OLSON denominado Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar.

Para segunda variable Conocimiento de anticonceptivos es un cuestionario elaborado por las graduandas, el cual contiene 12 preguntas con alternativas de opción múltiple. Las cuales se valorizaron las respuestas correctas 2 puntos e incorrecta 1 punto y sin información 0 puntos. La calificación total hace un puntaje mínimo de 0 puntos a 24 puntos; cuya calificación por niveles será:

Alto = 17 a 24 puntos

Moderado = 9 a 16 puntos

Bajo = de 0 a 8

2.4. Campo de Verificación: Ámbito geográfico

La investigación se realizó en el Hospital III Regional Honorio Delgado, ubicado en la Av. Daniel Alcides Carreón Nro. 505, del distrito, provincia y departamento de Arequipa. Específicamente consultorio de Obstetricia y Ginecología y en la sala de hospitalización.

2.5. Unidades de estudio

Las unidades de estudio están constituidas por 90 adolescentes gestantes que se atienden en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza. Para la Organización Mundial

de la Salud (2021), la adolescencia es la etapa del ser humano que va desde los 10 hasta los 19 años. Por tal razón no se utilizará ninguna muestra.

Adolescentes Gestantes	N°
Consultorio externo	30
Hospitalizadas	60
Total	90

2.6. Temporalidad

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo entre los meses de julio a septiembre del 2019.

2.7. Estrategia de Recolección de Datos

- a) Para la recolección de datos primeramente se solicitó la autorización respectiva.
- b) Se verificó la existencia de los recursos a emplearse en el desarrollo de la investigación.
- c) Cuando se realizó la recolección de datos propiamente dicha inicialmente se dieron las instrucciones respectivas, motivando a las gestantes para que respondan con veracidad.
- d) La duración de la aplicación de la encuesta fue aproximadamente de 15 minutos.



CAPÍTULO II

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. Proceso de Recolección de los Datos

Para la recolección de datos se ha procedido a aplicar el instrumento a las madres adolescentes gestantes del área de hospitalización como en consultorio externo.

1.1. Análisis y Presentación de Resultados

La información que se obtuvo en el proceso de recolección de datos ha permitido elaborar tablas estadísticas para su posterior análisis utilizando la estadística descriptiva, presentando a continuación los resultados sistematizados.

Características generales

Tabla 1

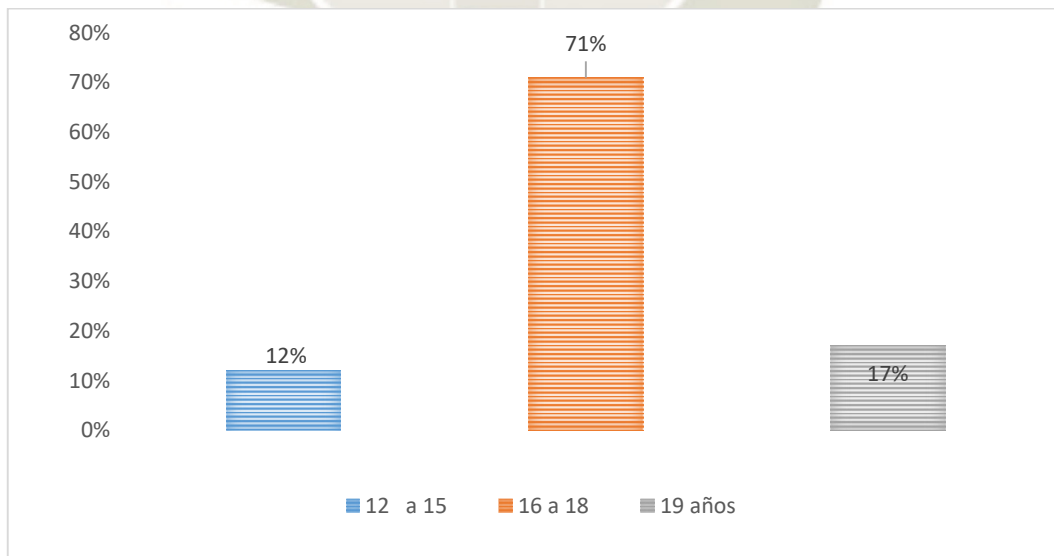
Edad de las adolescentes gestantes

	F	%
12 a 15	11	12%
16 a 18	64	71%
19 años	15	17%
Total	90	100

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Figura 1

Edad de las adolescentes gestantes



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Interpretación

La edad de las adolescentes gestantes, la mayoría tiene de 16 a 18 años lo que equivale al 71%, el 17% tiene 19 años y el 12% entre de 12 a 15 años.

En el desarrollo de las mujeres, la edad es un factor clave para tomar decisiones acerca de la vida sexual, muchas veces en las familias aún persiste la sexualidad como un tematábú, entonces las adolescentes adquieren conocimiento e información a través de sus pares o en la escuela.

Al respecto D'añari (2019) señala que “la actividad sexual cada vez se da a más temprana edad, posiblemente en un ambiente desfavorable y carente de información sobre cómo prevenir y una vez dado el embarazo”.

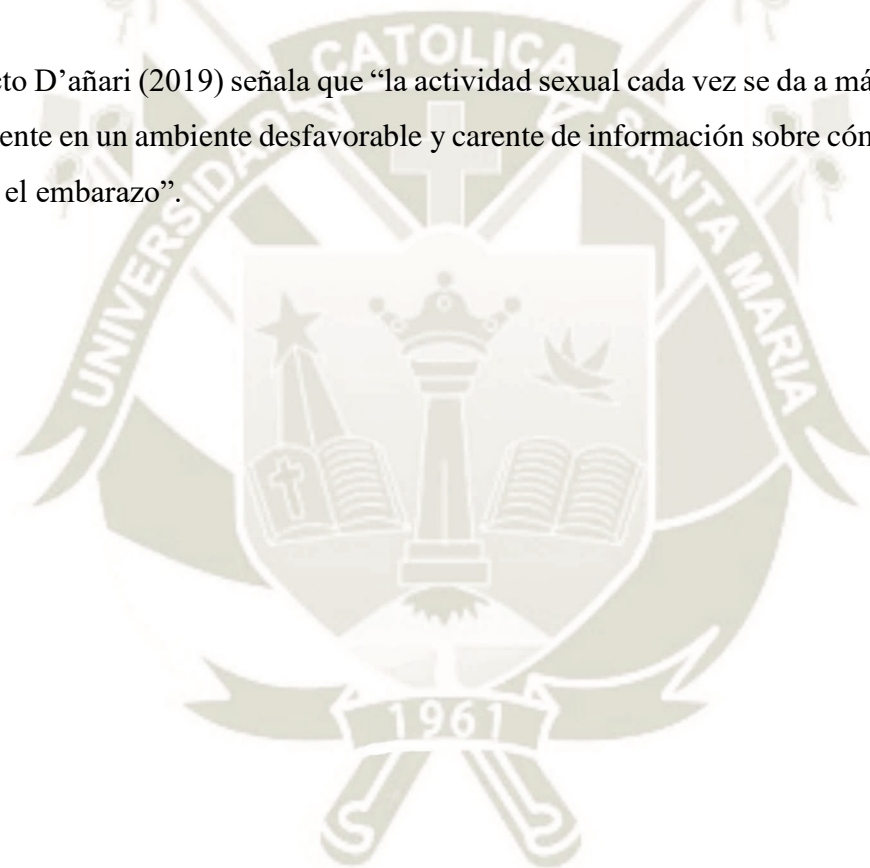


Tabla 2

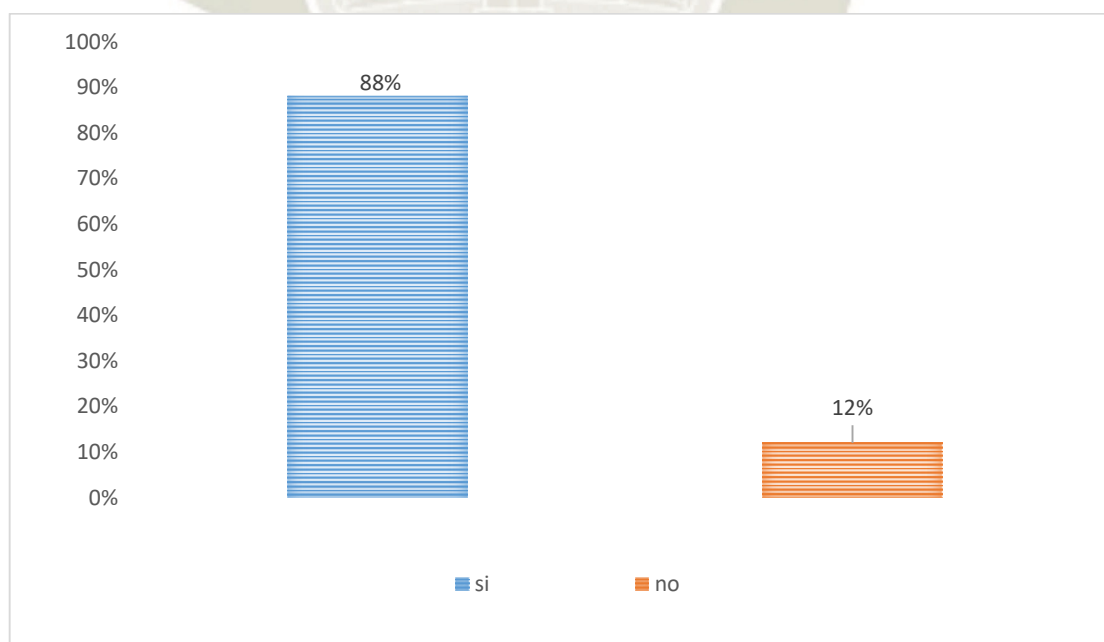
Adolescentes gestantes con pareja

	F	%
Si	79	88%
No	11	12%
Total	90	100

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa – 2019

Figura 2

Adolescentes gestantes con pareja



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Interpretación

El 88% de adolescentes gestantes tienen pareja y 12% son madres solteras. El embarazo en la adolescencia es un problema social con impacto en la vida y desarrollo biopsicosocial de la adolescente.

Le rol que a partir de su embarazo les toca ejercer, como muestran los resultados puede ser en compañía de una pareja o como madres solteras; en ambos casos puede darse en el marco de una dinámica familiar funcional o disfuncional.

“Por la etapa del desarrollo humano en la que se encuentran, la maternidad corresponde a la edad adulta, al ocurrir está a una pareja adolescente, impone asumir responsabilidades para lo cual no están emocional ni socialmente preparados” (Carricondo & Bleisen, 2014).

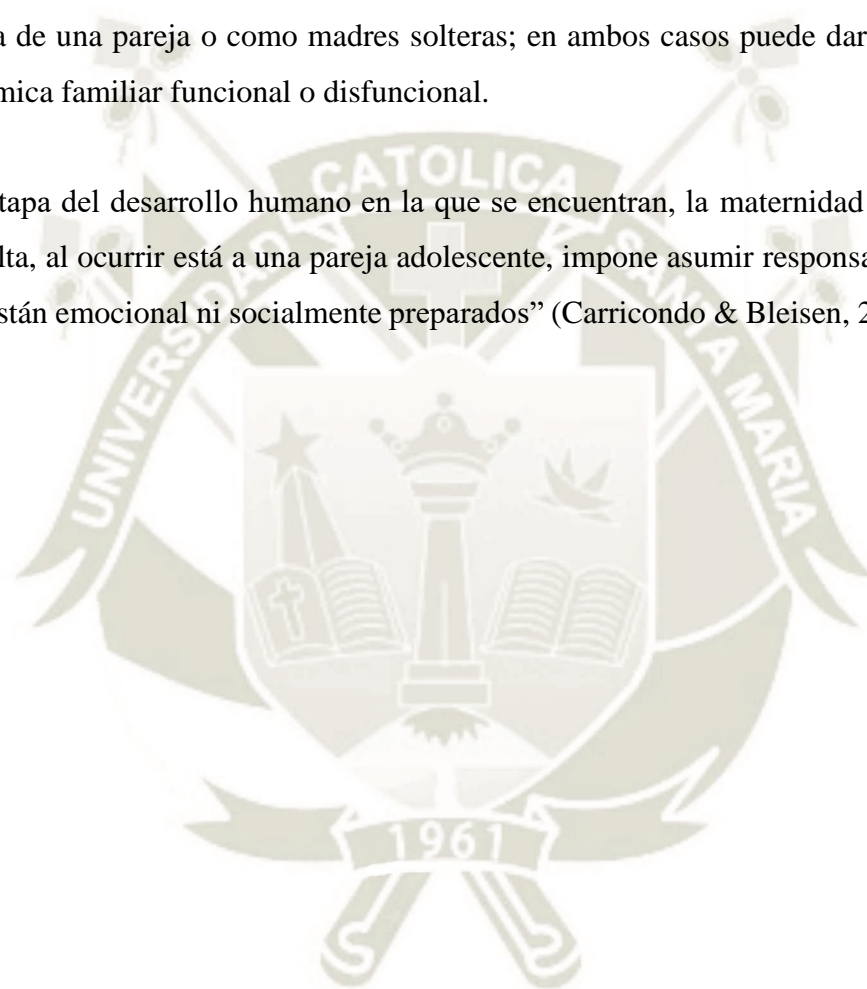


Tabla 3

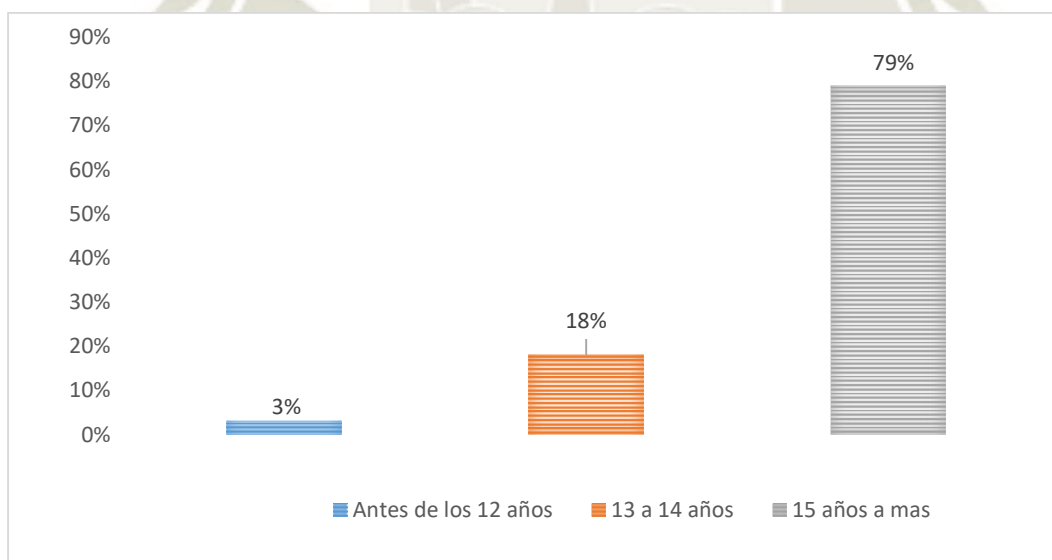
Edad de la primera relación

	F	%
Antes de los 12 años	3	3%
13 a 14 años	16	18%
15 años a 18 años	71	79%
Total	90	100

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Figura 3

Edad de la primera relación



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Interpretación

Las adolescentes que viven su manifestación sexual desde temprana edad va de 15 años a más con el 79%, el 18% de 13 a 14 años y el 3% antes de 12 años.

La actividad sexual temprana en la adolescencia, constituye un problema de salud pública, debido a las consecuencias y el impacto en el proyecto de vida, siendo la principal consecuencia el embarazo adolescente, que ocasiona otros problemas familiares, económicos y sociales, es importante que las políticas públicas sean efectivas para la prevención. (Mendoza, Claros & Peñaranda, 2016)

En tal sentido es trascendental la educación sexual a través de estrategias eficaces para la prevención del inicio temprano de relaciones sexuales como una prioridad en todos los ámbitos donde la adolescente se desenvuelve, sea en la familia, colegios e instituciones de salud, etc. La edad no es razón suficiente para descartar ningún método anticonceptivo, pero los aspectos socio conductuales de los adolescentes deben ser considerados, siendo muy importante valorar su aceptabilidad y motivación, para asegurar un adecuado cumplimiento. (MINSa, 2017a)

Resultados de funcionalidad familiar

Apoyo mutuo

Tabla 4

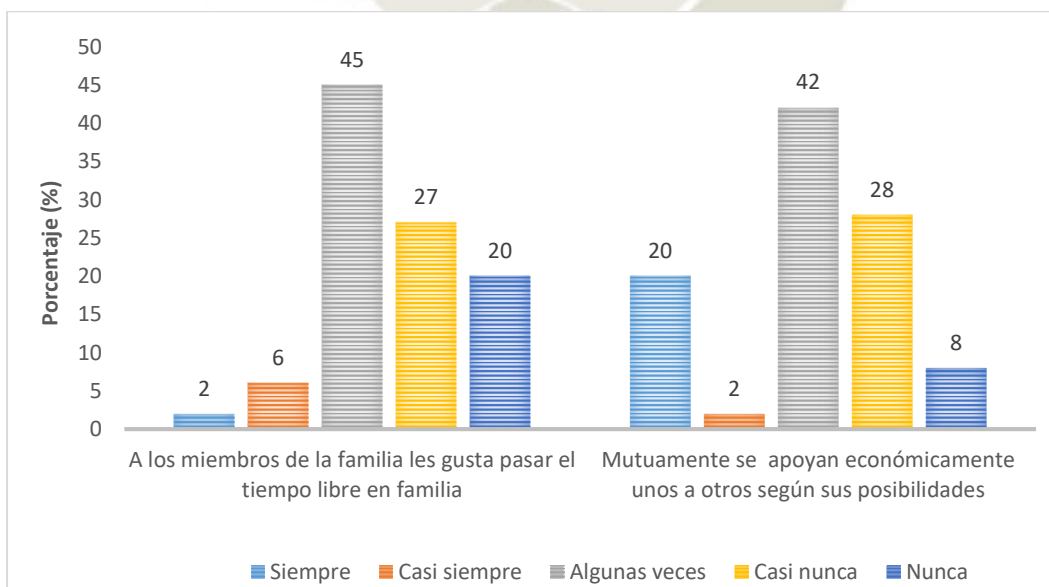
Tiempo y apoyo económico en la familia

Alternativas	A los miembros de la familia les gusta pasar el tiempo libre en familia		Mutuamente se apoyan económicamente unos a otros según sus posibilidades	
	F	%	F	%
Siempre	2	2	18	20
Casi siempre	5	6	2	2
Algunas veces	41	45	38	42
Casi nunca	24	27	25	28
Nunca	18	20	7	8
TOTAL	90	100	90	100

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Figura 4

Tiempo y apoyo económico en la familia



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Interpretación

Al indagar a las madres gestantes sobre si a los miembros de la familia les gusta pasar el tiempo libre en familia, la mayoría o el 47% opinó que casi nunca o nunca a él y a los demás miembros de la familia les agrada estar en su tiempo libre con su familia; lo que es indicativo de que no les resulta agradable y satisfactoria para ellos las actividades en familia; en tanto que al 45%, significativo porcentaje, solo algunas veces a él y a los demás miembros de la familia les agrada estar en su tiempo libre con su familia.

Respecto al apoyo económico entre los miembros de la familia, según el 42% solo algunas veces se muestran este apoyo; es decir que eventualmente en estas familias existe una ayuda y apoyo mutuo entre los miembros de la familia; en tanto que un significativo 28% de las adolescentes gestantes casi nunca y el 8% nunca existe este apoyo económico entre los miembros de la familia; o sea es poco o nada frecuente la ayuda mutua.

En líneas generales se precisa que según la gran mayoría de las adolescentes gestantes con poca o ninguna frecuencia les gusta pasar tiempo libre con su familia, en desmedro de la interacción social entre los miembros de la familia; no permitiendo se estrechen más los lazos familiares; esto en desmedro de la cohesión familiar. Así también, en la mayoría de casos es eventual el apoyo económico que se brindan entre los miembros de la familia.

Tabla 5

Cohesión entre los miembros de la familia

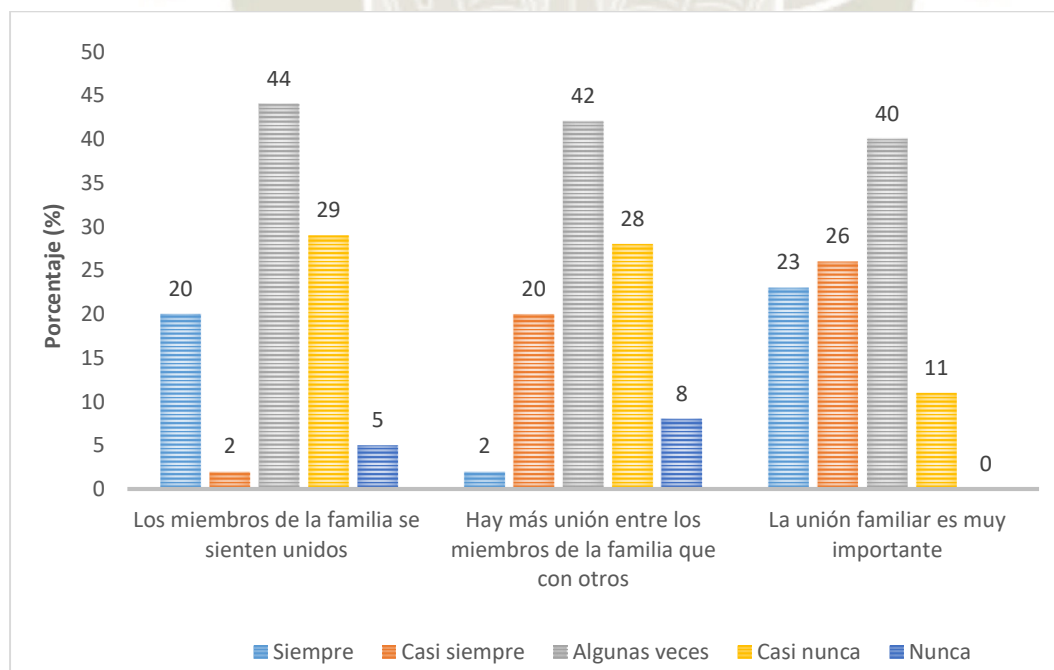
Alternativas	Los miembros de la familia se sienten unidos		Hay más unión entre los miembros de la familia que con otros		La unión familiar es muy importante	
	F	%	F	%	F	%
Siempre	18	20	2	2	21	23
Casi siempre	2	2	18	20	23	26
Algunas veces	40	44	38	42	36	40
Casi nunca	26	29	25	28	10	11
Nunca	4	5	7	8	0	0
TOTAL	90	100	90	100	90	100

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado

Espinoza. Arequipa - 2019

Figura 5

Cohesión entre los miembros de la familia



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado

Espinoza. Arequipa – 2019

Interpretación

Se aprecia que para el 44% de las adolescentes gestantes manifestaron que algunas veces los miembros de la familia se sienten unidos unos a otros, esto por cuanto no se encuentran totalmente fortalecidos los vínculos familiares entre sus miembros; mientras que para algomás de la tercera parte (34%) casi nunca o nunca se sienten unidos unos con otros. De estos datos se infiere que en esta familia no hay una plena unión.

En cuanto a si se sienten más unidos entre los miembros de la familia que con otras personas fuera del entorno familiar, el 42% manifestó que sucede esto solo algunas veces; seguido del 36% que casi nunca o nunca la unión familiar es más fuerte que con otras personas; demostrando que se han desarrollado lazos más íntimos con amigos u otras personas del entorno que con los miembros de su propia familia, esto por cuanto no encuentra el apoyo, la solidaridad y afecto en el entorno familiar. Opuestamente a ello, para el 22% de las adolescentes gestantes perciben que siempre o casi siempre la unión familiar es más fuerte que la unión que tienen con otras personas.

Respecto a la importancia la unión familiar, el 49% siempre o casi siempre confieren una importancia significativa a dicha unión; esto al margen de las relaciones intrafamiliares que mantengan; en tanto que para el 40% solo algunas veces es importante la unión familiar; sin embargo, pese a la importancia que le confieren no siempre logran una relación y convivencia armoniosa en sus hogares.

En general se precisa que en la mayoría de hogares no existe una total cohesión entre los miembros de la familia, ya que solo eventualmente, nunca o casi nunca los miembros de la familia se sienten unidos; así también es importante el porcentaje que señalaron que los miembros de la familia se sienten más unidos con otras personas que con los miembros de su familia. Esto pese a que un sector importante o casi la mitad 49% confieren gran importancia a la unión familiar.

Autonomía e independencia

Tabla 6

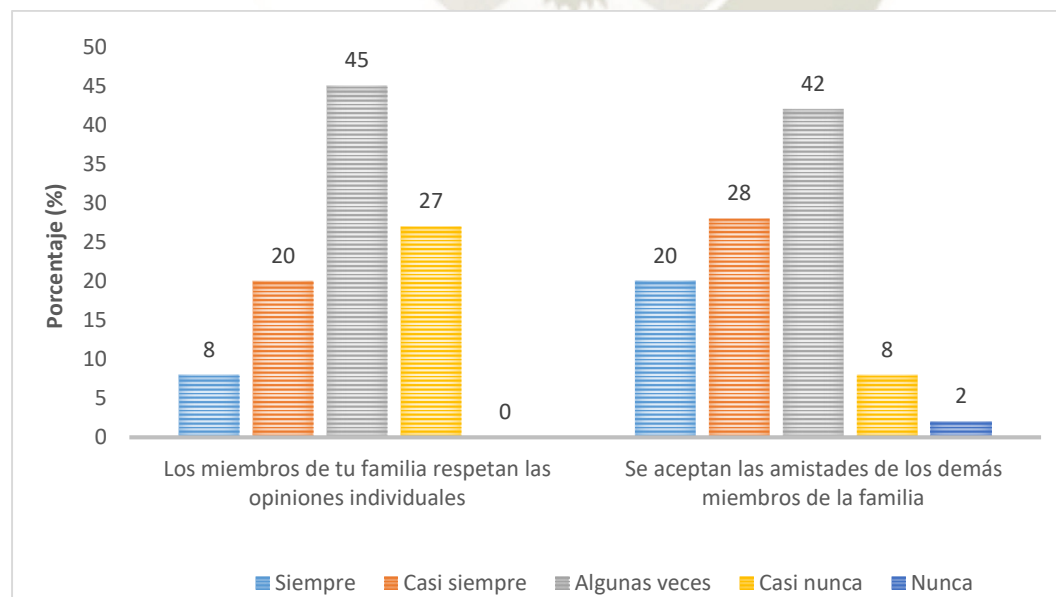
Respeto opiniones y a elección de amistades

Alternativas	Los miembros de tu familia respetan las opiniones individuales		Se aceptan las amistades de los demás miembros de la familia	
	F	%	F	%
Siempre	7	8	18	20
Casi siempre	18	20	25	28
Algunas veces	41	45	38	42
Casi nunca	24	27	7	8
Nunca	0	0	2	2
TOTAL	90	100	90	100

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Figura 6

Respeto opiniones y a elección de amistades



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Interpretación

En la tabla se aprecia que según el 45% de las adolescentes gestantes solo algunas veces respetan las opiniones individuales de los miembros de la familia; en tanto que para el 28% siempre o casi siempre existe respeto por las opiniones personales; no obstante, y opuestamente a ello en un porcentaje similar de 27% que casi nunca existe respeto por las opiniones de los miembros de la familia motivo por el cual se generan conflictos importantes, ya que es el principal valor de la convivencia.

Por otro lado, en cuanto a si aceptan a las amistades que tienen los demás miembros de la familia; para el 48% siempre o casi siempre existe este respeto; no obstante, para más de la mitad de las adolescentes gestantes o el 52% eventualmente, casi nunca o nunca los miembros de la familia acepta y respeta las amistades elegidas por estos.

Se precisa que no existe un pleno respeto por las opiniones de los demás lo que puede ser motivo de conflicto entre los miembros de la familia y de igual manera con eventual frecuencia, poca o ninguna frecuencia se respeta la elección de las amistades; lo que de igual manera puede ser motivo de conflicto y refleja una baja autonomía e independencia en los miembros de la familia.

Reglas

Tabla 7

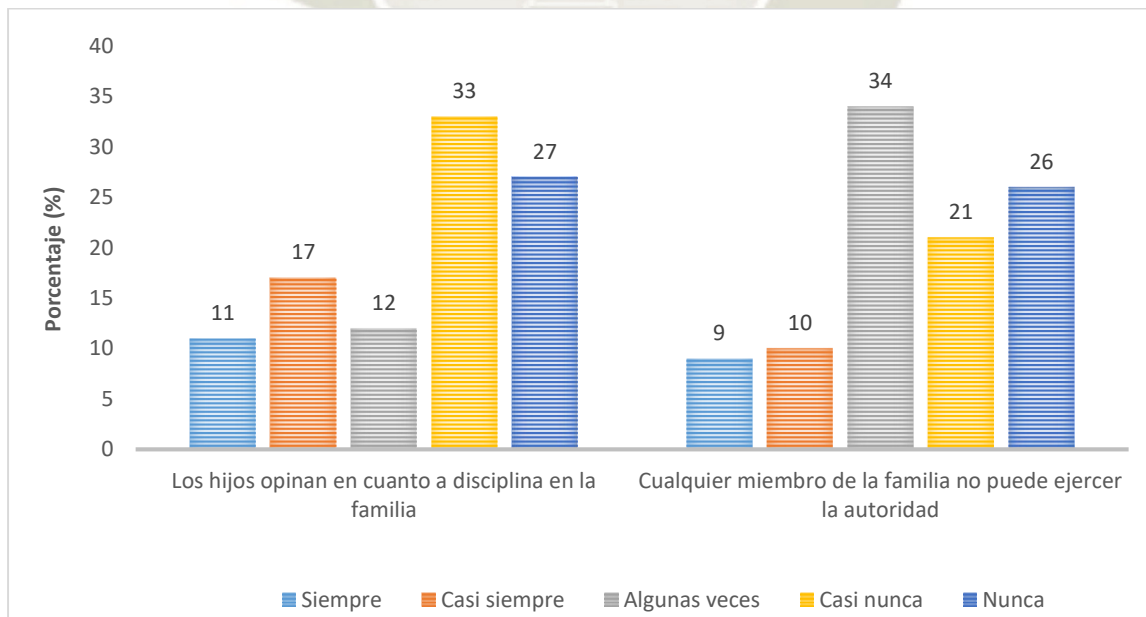
Disciplina en el hogar

Alternativas	Los hijos opinan en cuanto a disciplina en la familia		Cualquier miembro de la familia no puede ejercer la autoridad	
	F	%	F	%
Siempre	10	11	8	9
Casi siempre	15	17	9	10
Algunas veces	11	12	31	34
Casi nunca	30	33	19	21
Nunca	24	27	23	26
TOTAL	90	100	90	100

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Figura 7

Disciplina en el hogar



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Interpretación

Se aprecia sobre si los hijos opinan en cuanto a la disciplina que se les impone en el hogar se observa que la tercera parte aproximadamente o el 33% señalo que casi nunca opinan; sumado el 27% que nunca los hijos opinan sobre la disciplina que se les impone se tiene un significativo 60% de hogares en los que la autoridad que se ejerce tiene una tendencia autoritaria, ya que en la mayoría de hogares las normas de disciplina son impuestas por los padres de familia sin la participación de los hijos, ya que no se conversa al respecto; demostrando que son los padres quienes en forma autoritaria imponen la disciplina en el hogar.

Respecto al ejercicio de autoridad según el 34% algunas veces cualquier miembro de la familia no puede ejercer autoridad, no existiendo en estos casos una jerarquía en la que se respete la autoridad, por ejemplo, de los padres, hermanos mayores, etc. Por otro lado, casi la mitad o el 47% casi nunca o nunca cualquier miembro de la familia no puede ejercer autoridad; ya que en estos hogares son los padres los que ejercen la máxima autoridad.

En líneas generales, se precisa que la disciplina y las sanciones o castigos que se imponen en los hogares de las adolescentes gestantes se realizan de manera autoritaria ya que son los padres únicamente los que toman las decisiones al respecto sin tener en cuenta la opinión de los hijos; así estos no toman consciencia de la situación lo que desfavorece su cumplimiento y genera un mayor conflicto entre padres e hijos.

Adaptabilidad a los cambios de ambiente

Tabla 8

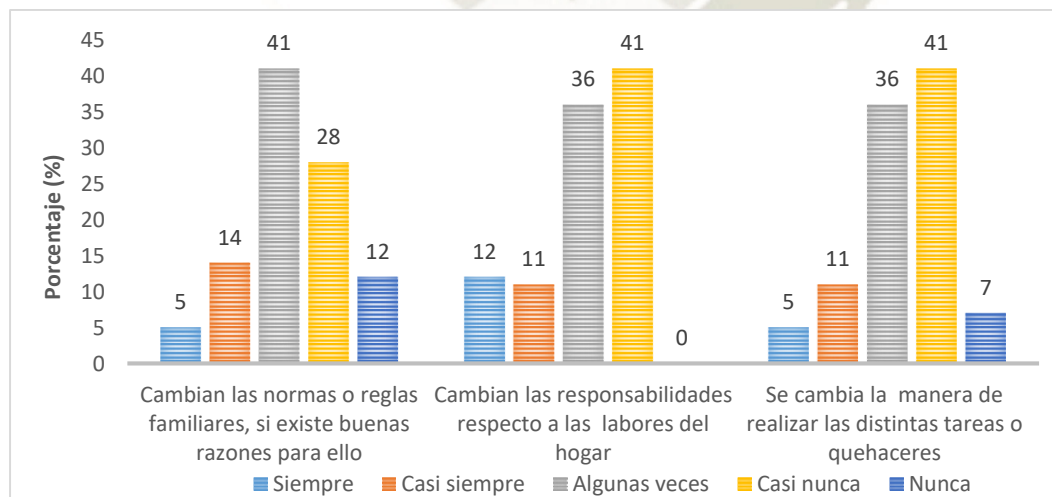
Reglas de relación en la familia

Alternativas	Cambian las normas o reglas familiares, si existe buenas razones para ello		Cambian las responsabilidades respecto a las labores del hogar		Se cambia la manera de realizar las distintas tareas o quehaceres	
	F	%	F	%	F	%
Siempre	5	5	11	12	5	5
Casi siempre	13	14	10	11	10	11
Algunas veces	37	41	32	36	32	36
Casi nunca	25	28	37	41	37	41
Nunca	11	12	0	0	6	7
TOTAL	90	100	90	100	90	100

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Figura 8

Reglas de relación en la familia



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa – 2019

Interpretación

Se observa que según el 41% algunas veces las reglas cambian si existen buenas razones para ello; en tanto que para 40% casi nunca o nunca sucede esto; pese a que existan las razones suficientes; demostrando su baja capacidad de adaptación.

Por otro lado, para el 36% o algo más de la tercera parte eventualmente se cambian las responsabilidades respecto a las labores del hogar y para el 41% casi nunca se realiza el cambio de estas responsabilidades; de igual manera se muestra en estos casos una baja capacidad de adaptación a los cambios en la familia.

Y en cuanto al cambio en las formas de realizar las tareas del hogar, casi la mitad (49%) casi nunca o nunca se realizan estos cambios y para el 36% se realizan estos cambios solo a veces.

Comunicación familiar

Tabla 9

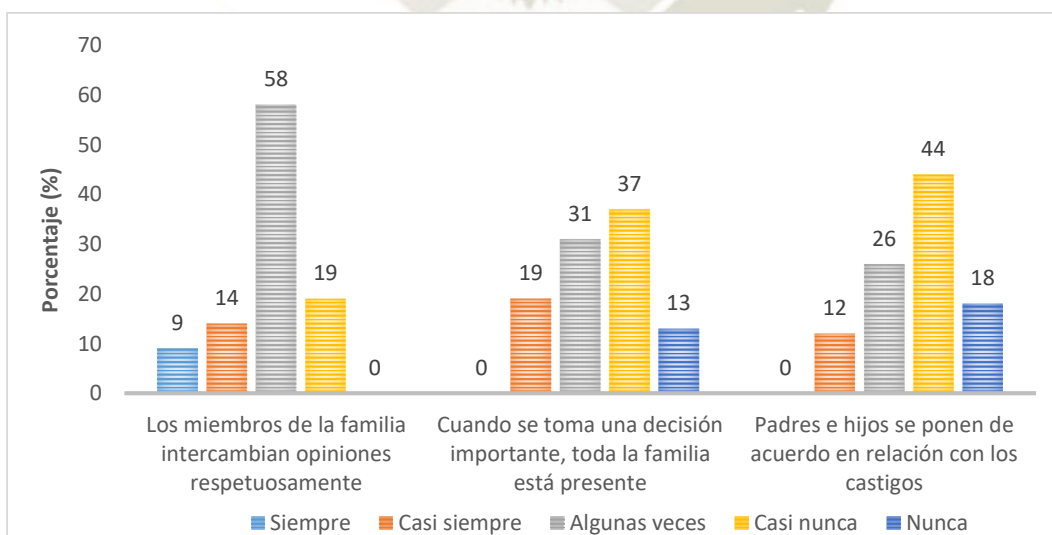
Comunicación intrafamiliar

Alternativas	Los miembros de la familia intercambian opiniones respetuosamente		Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente		Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	
	F	%	F	%	F	%
Siempre	8	9	0	0	0	0
Casi siempre	13	14	17	19	11	12
Algunas veces	52	58	28	31	23	26
Casi nunca	17	19	33	37	40	44
Nunca	0	0	12	13	16	18
TOTAL	90	100	90	100	90	100

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa – 2019

Figura 9

Comunicación intrafamiliar



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa – 2019

Interpretación

Los datos registrados demuestran que respecto a la comunicación intrafamiliar el 58% o más de la mitad de las adolescentes gestantes consideran que solo algunas veces los miembros de la familia intercambian opiniones respetuosamente; de lo que se desprende la presencia de conflictos y la escasa práctica del valor de respeto a los demás en estas familias.

Por otro lado, casi nunca o nunca se toman decisiones importantes en presencia de toda la familia, esto según la mitad de las adolescentes embarazadas; seguida del 31% que sucede solo en algunas ocasiones; de esta manera en la mayoría de casos las decisiones no son tomadas en forma democrática y en consenso; así no siempre se toman en cuenta la opinión de todos los miembros de la familia; mostrando la actitud autoritaria de los padres que son quienes toman estas decisiones.

Y respecto a si padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos es elevado el porcentaje (62%) de quienes señalan que nunca o casi nunca existe este tipo de comunicación. En líneas generales se demuestra que la comunicación intrafamiliar poco frecuente respecto al intercambio respetuoso de opiniones y participación en la toma de decisiones reflejan deficiencias en la funcionalidad familiar.

Resultados de conocimiento anticonceptivo

Tabla 10

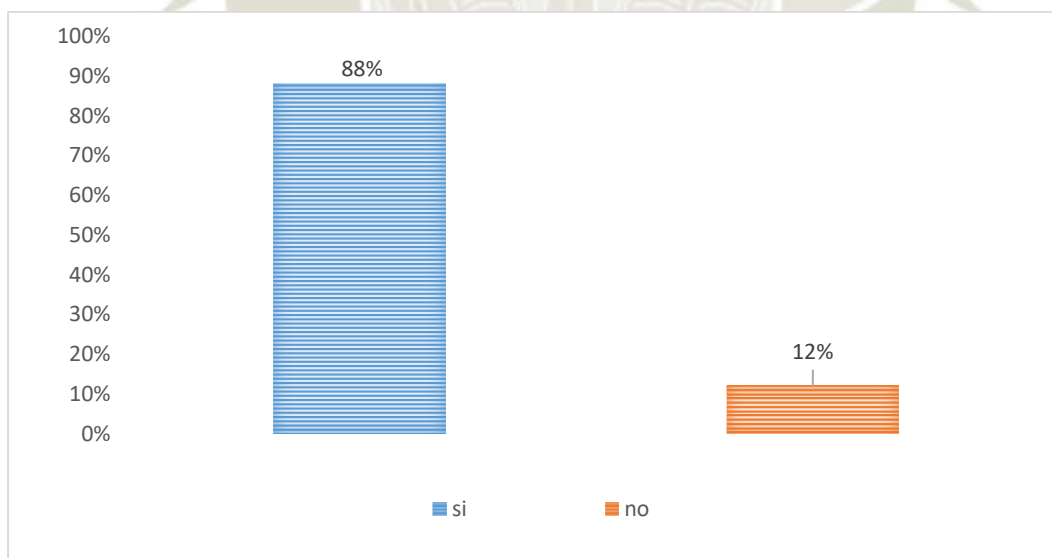
Ha recibido información de métodos anticonceptivos

	F	%
Si	79	88%
No	11	12%
Total	90	100

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Figura 10

Ha recibido información de métodos anticonceptivos



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Interpretación

En su mayoría las adolescentes han recibido información de los métodos anticonceptivos, que son el 88% y 12% no ha recibido sobre alguna información respectiva.

El porcentaje de adolescentes que refieren haber recibido información es alto, pero solo el 63 % indica haber utilizado algún método anticonceptivo.

Las adolescentes pueden tener acceso a la información sobre anticonceptivos, pero por su edad temprana en el inicio de las relaciones sexuales - que según este estudio todas siendo menores de edad, de las cuales, el 21 % fue antes de los 15 años y a la casi nula participación en programas para adolescentes, deficiente orientación en la familia, se genera una débil concientización de valores en el autocuidado desde la perspectiva familiar.

Esto implica poner énfasis la educación en sexualidad a temprana edad, así como en la prevención las consecuencias de la actividad sexual en el proyecto de vida de las personas principalmente en las adolescentes. (Díaz, 2016)

Tabla 11

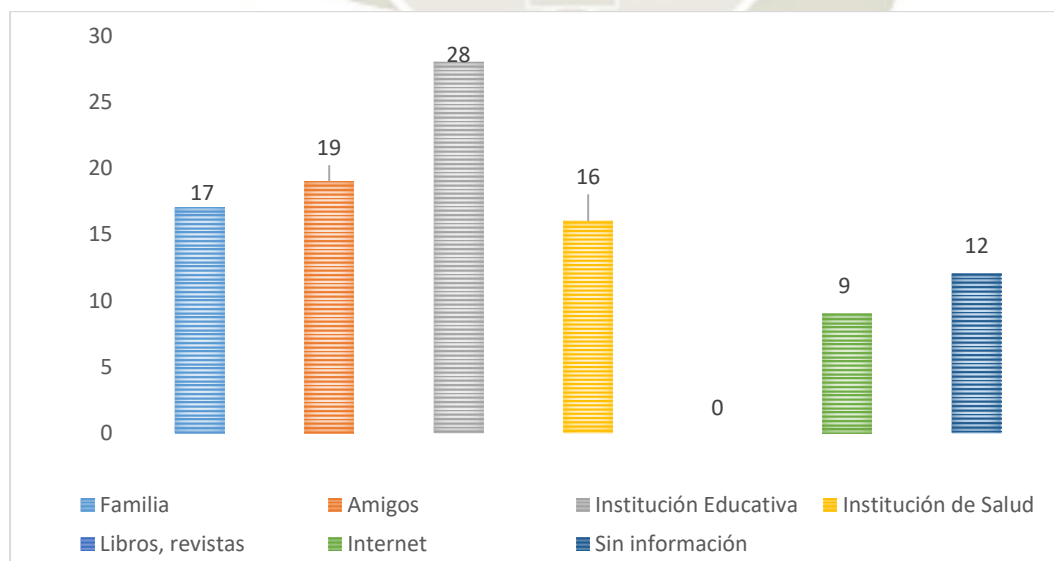
Quien brindó la información

	Frec.	%
Familia	15	17
Amigos	17	19
Institución Educativa	25	28
Institución de Salud	14	16
Libros, revistas	0	0
Internet	8	9
Sin información	11	12
Total	90	100

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Figura 11

Quien brindó la información



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Interpretación

Las fuentes de información sobre los métodos anticonceptivos de las adolescentes gestantes dispersa; así se aprecia que dentro de tabla el mayor porcentaje es la institución educativa en un 28%; sumado el 16% que la recibió en la institución de salud se tiene un significativo 44% o casi la mitad para quienes la fuente de investigación más importante son las instituciones; ; mientras que solo un reducido el 17% recibió dicha información desu familia, lo que es indicativo de los bajos niveles de confianza para dialogar sobre estostemas.

Por otro lado, un 19% de las adolescentes tuvieron como fuente de información sobre los métodos anticonceptivos; quienes generalmente son también adolescentes que muchas veces en lugar de orientar distorsionan la información.

Estos resultados permiten señalar que las adolescentes obtienen información de otras instituciones, siendo uno de los menores porcentajes que alude a la familia con 17%., lo cual está relacionado al rol de los padres frente a la educación sexual de las adolescentes evidenciando que algunas familias asumen una actitud de silencio probablemente debidoda la existencia de mitos y prejuicios.

Así mismo, ante estas cifras se presentan los embarazos no planificados a temprana edad yuna de las causas es la falta de información, a pesar que el 88 % recibió informaciónsobre métodos anticonceptivos, esta información requiere de poner énfasis en la educaciónen salud sexual y reproductiva. “Si bien en casos frecuentes se tiene información sobre anticonceptivos, su uso adecuado y sistemático necesitaría de una decisión de no embarazarse lo cual no es asociado por muchas adolescentes” (Luparello, 2014).

Tabla 12

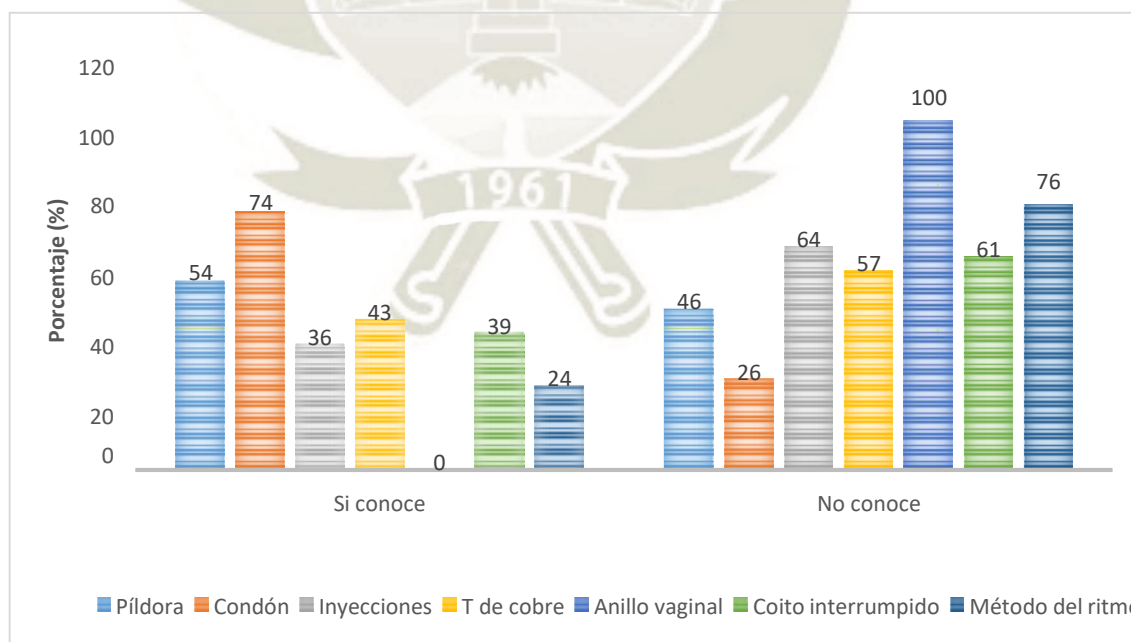
Métodos que conoce

	SI CONOCE		NO CONOCE	
	F	%	F	%
Píldora	49	54	41	46
Condón	67	74	23	26
Inyecciones	32	36	58	64
T de cobre	39	43	51	57
Anillo vaginal	0	0	90	100
Coito interrumpido	35	39	55	61
Método del ritmo	22	24	68	76

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa – 2019

Figura 12

Métodos que conoce



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa – 2019

Interpretación

Los métodos anticonceptivos que más se conocen son el condón y la píldora ya que el 74% y 54% de las adolescentes gestantes encuestada manifestó conocerlos, esto al margen de su uso; mientras que entre los dispositivos intrauterinos solo es conocida la T de cobre por el 43% ya que en ningún caso conocen el anillo vaginal. Y los métodos naturales como el coito interrumpido y el ritmo son los menos conocidos por las adolescentes.

Respecto al conocimiento, Monterrosa (2009), señala que es “la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento, por tanto, podemos inferir que las adolescentes han podido adquirir este conocimiento de la educación formal o informal”.

En tal sentido, “en términos de salud sexual y reproductiva los adolescentes son considerados una población de alta vulnerabilidad” (Soto et al, 2014); por tanto, existen riesgos a los que se exponen las adolescentes cuando inician tempranamente las relaciones sexuales y sobre todo si existen varios factores familiares están fuertemente asociados al uso continuo de anticonceptivos como “filiación, figura de crianza, calidad de la relación familiar, comunicación familiar en temas sexuales, escolaridad de los padres, control parental” (Gonzales et al. 2005).

Tabla 13

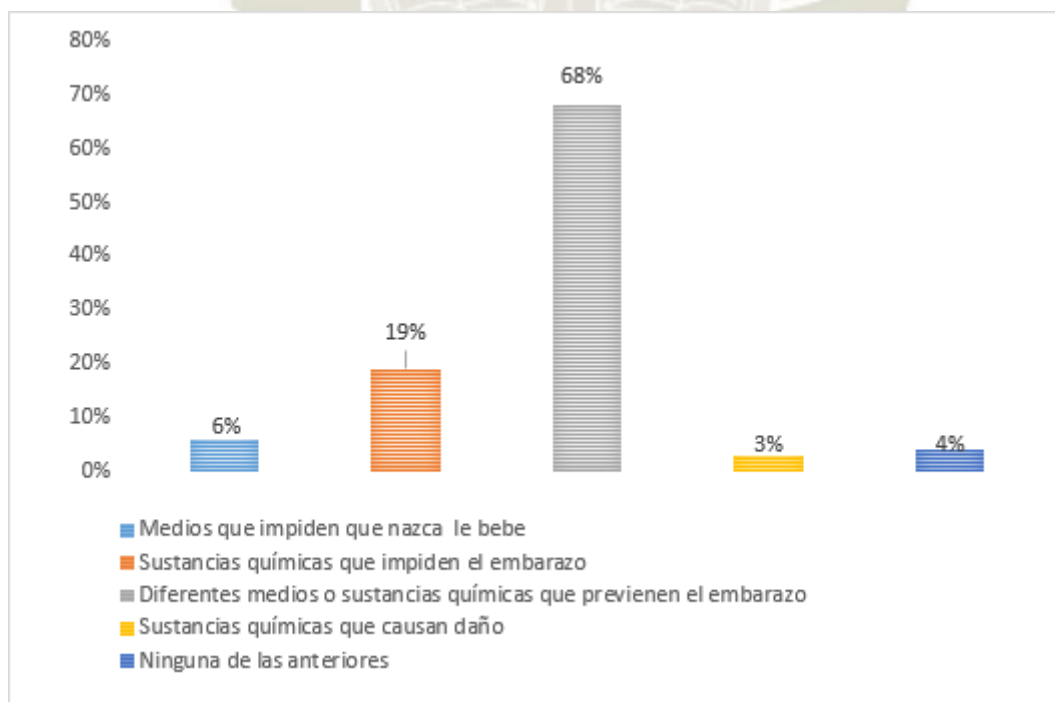
Como define los métodos anticonceptivos

	F	%
Medios que impiden que nazca le bebe	5	6%
Sustancias químicas que impiden el embarazo	17	19%
Diferentes medios o sustancias químicas que previenen el embarazo	61	68%
Sustancias químicas que causan daño	3	3%
Ninguna de las anteriores	4	4%
Total	90	100

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa – 2019

Figura 13

Como define los métodos anticonceptivos



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa – 2019

Interpretación

El 68 % de las adolescentes tiene una clara definición de los métodos anticonceptivos en el concepto de medios o sustancias químicas que previenen el embarazo, mientras que 3% tienen un concepto erróneo como sustancias químicas que causan daño y el 4% no tienen conocimiento al respecto.

Este aspecto permite conocer que los programas que se implementan a nivel del estado, tal como se presenta en la tabla 5 donde el 28 % de adolescentes reciben información de instituciones educativas y el 16% de instituciones de salud, se evidencia que las adolescentes en su mayoría reconocen que previenen el embarazo, “pero aún no tienen el conocimiento claro sobre que el uso adecuado y sistemático conlleva una decisión personal de no embarazarse” (Luparello, 2014).

Estos resultados también revelan que a pesar de tener claro el concepto de métodos anticonceptivos; de esta manera se corrobora lo que afirma Quintero et al. (2012) que “esta información es mal manejada para prevenir el embarazo evidenciándose una vez más que el rol familiar es deficiente como principal institución que debe brindar educación sexual a las adolescentes”.

Tabla 14

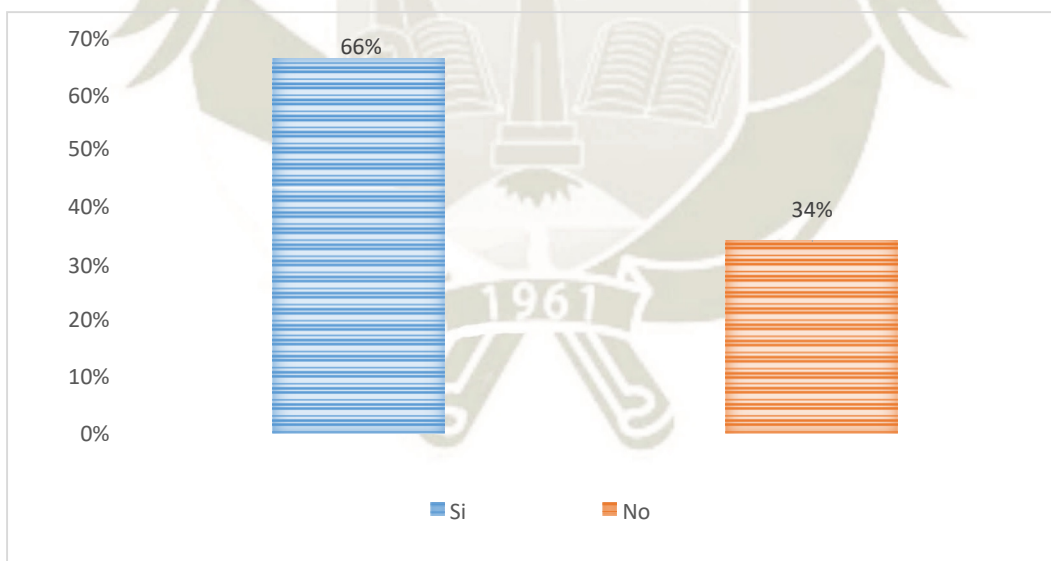
Los métodos anticonceptivos producen algún daño

	F	%
Si	59	66%
No	31	34%
Total	90	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa – 2019

Figura 14

Los métodos anticonceptivos producen algún daño



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa – 2019

Interpretación

El 66 % de las adolescentes consideran que los métodos anticonceptivos producen algún daño, mientras el 34 % refieren que no causan daño. Al respecto, existen estudios que: señalan como principales fundamentos para el abandono de anticoncepción la falta de conocimientos (15,3%); por razones morales (9,9%); y por temor a posibles daños especialmente vinculados con la fertilidad (3,5%) (González, Luengo, Sandoval, Molina & Caba, 1998).

Otro factor por el cual algunas las adolescentes cuestionan la utilidad y tienen temor de daños, se da por el desconocimiento de uso o porque piensan que usarlos por mucho tiempo les hará daño, ocasionando alergias o enfermedades, inclusive correr el riesgo de quedar embarazada (Gómez. & Durán, L. (2017).

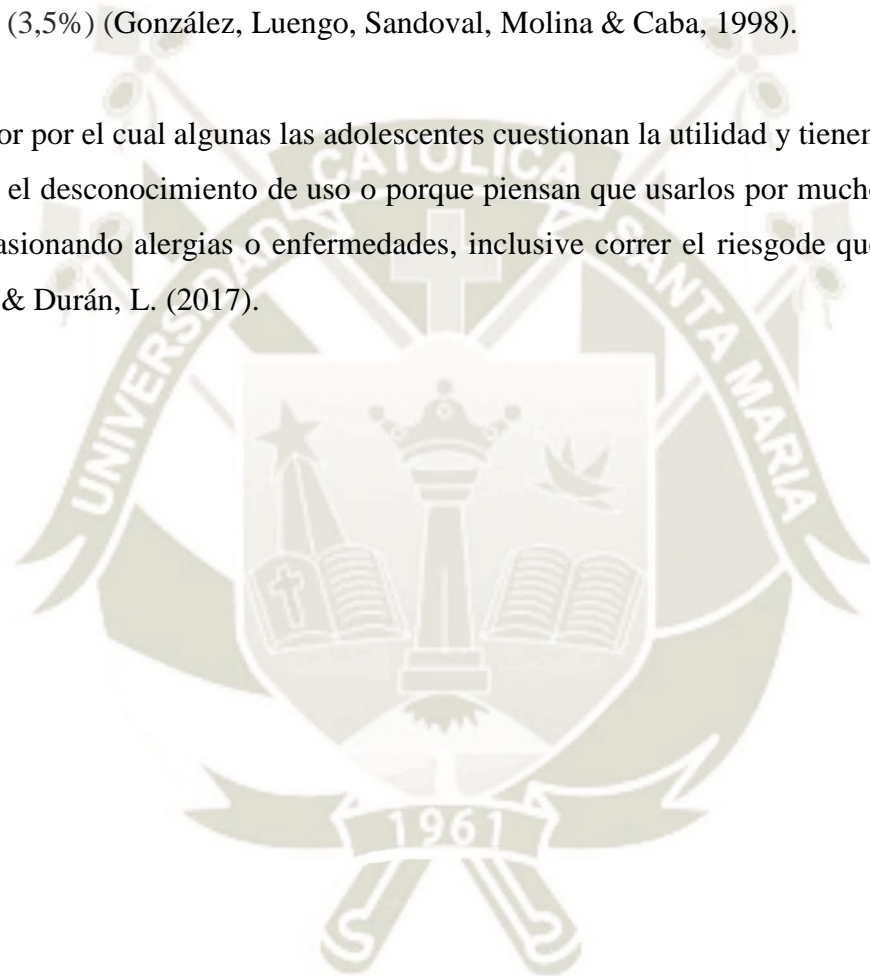


Tabla 15

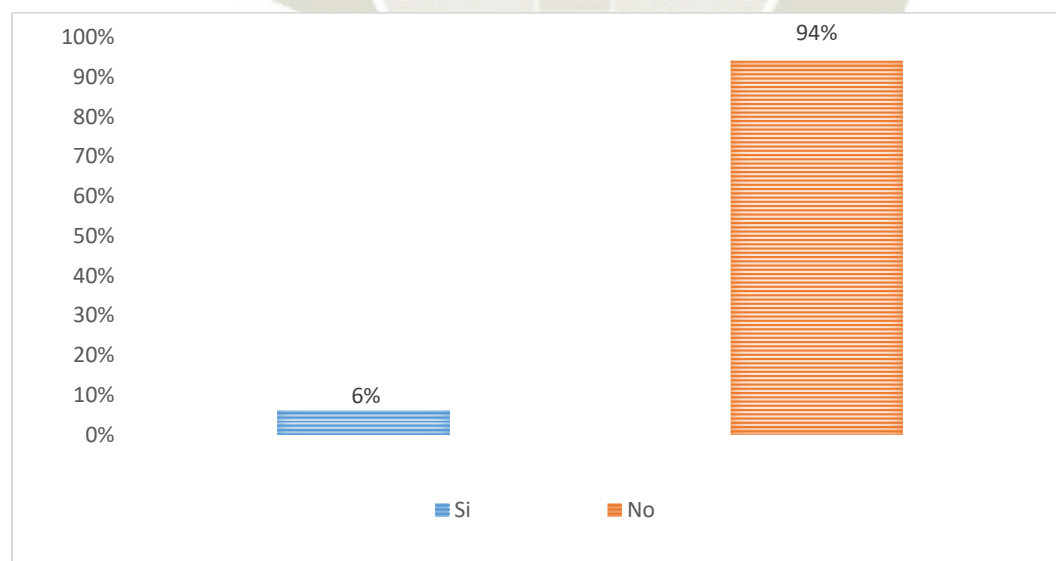
Conoce para que se usa la píldora del día siguiente

	F	%
Si	5	6%
No	85	94%
Total	90	100

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Figura 15

Conoce para que se usa la píldora del día siguiente



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa – 2019

Interpretación

La píldora del día siguiente es un método anticonceptivo de emergencia que puede ser utilizado hasta 72 horas después de una relación sexual sin protección (Mandujano, et al., 2018), al respecto el 94 % de las adolescentes manifiestan no conocer para qué sirve la píldora del día siguiente y el 6% si conoce su aplicación.

Existen estudios que determinan que la anticoncepción oral de emergencia (AOE) puede disminuir considerablemente la probabilidad de que exista un embarazo, en tal sentido, es importante que las adolescentes conozcan sobre este método al ser considerado como parte de sus derechos sexuales y reproductivos según las normas legales en el Perú que, incluyen la distribución y uso de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) en los servicios públicos de salud (PROMSEX, 2016).

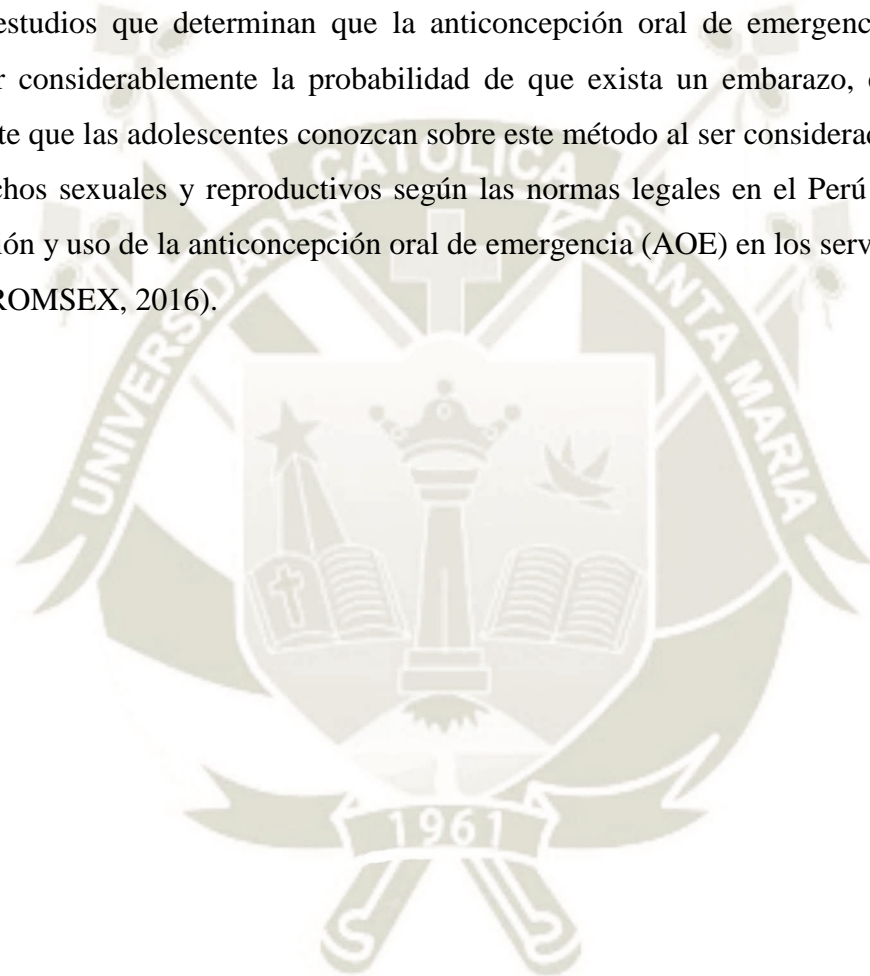


Tabla 16

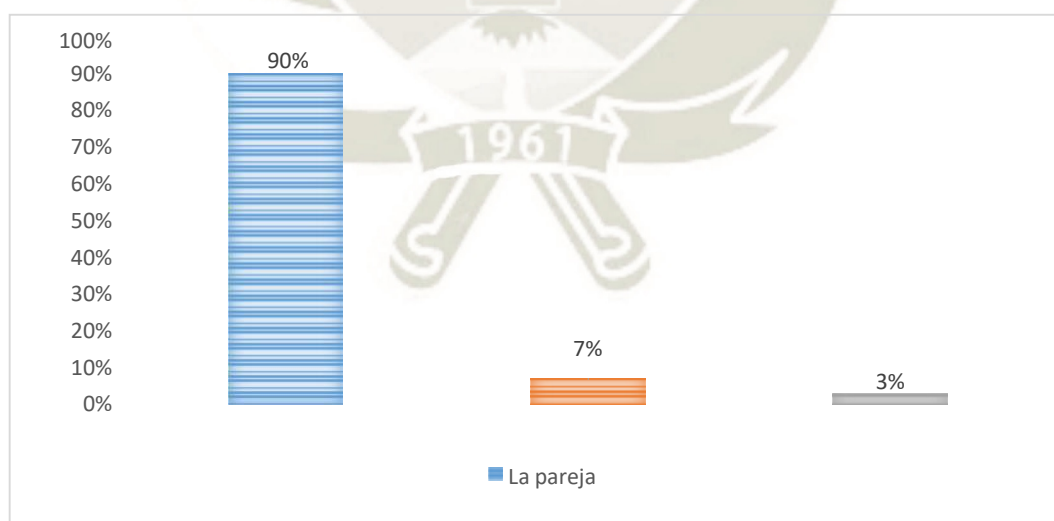
Los métodos anticonceptivos pueden ser usados

	F	%
La pareja	81	90%
Solo la mujer	6	7%
Ninguna de las anteriores	3	3%
Total	90	100

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Figura 16

Los métodos anticonceptivos pueden ser usados



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Interpretación

El 90 % de las adolescentes manifiestan que los métodos anticonceptivos deben ser usados por la pareja.

La información que proporciona este estudio, permite inferir que las adolescentes tienen claro que el uso de métodos anticonceptivos no es de exclusividad de la mujer.

El contexto en el que se las adolescentes comienzan sus primeras relaciones sexuales, según algunos estudios cerca de dos tercios de los adolescentes tienen su inicio sexual con una pareja estable (enamorado), y cerca de un tercio con una ocasional (INPPARES, 2009).

Por otro lado, se puede analizar que existen cuestiones sociales y conductuales como aspectos claves en la elección de métodos anticonceptivos sean o no adolescentes con o sin pareja, en tal sentido, la elección del método en pareja o no también puede estar influenciada por factores como relaciones sexuales esporádicas y la necesidad de ocultar la actividad sexual y el uso de anticonceptivos. Existen adolescentes sexualmente activos que no tienen pareja tienen necesidades muy diferentes de aquellos(as) que sí tienen pareja y desean posponer, espaciar o limitar el embarazo (OMS, 2018).

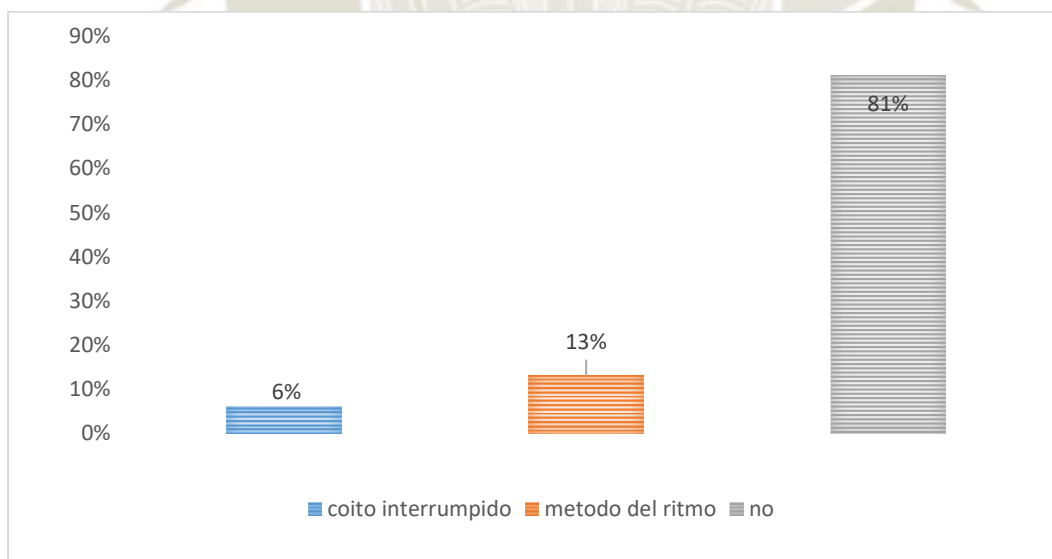
Tabla 17

Utilizado cual		F	%	<i>Alguna vez has utilizado algún método anticonceptivo</i>
Si	Coito interrumpido	5	6%	
	Método del ritmo	12	13%	
No		73	81%	
Total		90	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Figura 17

Alguna vez has utilizado algún método anticonceptivo



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Interpretación

Las adolescentes responden en un 19% que, si han utilizado un método anticonceptivo alguna vez, mientras que un relevante 81% señala que no han utilizado. El acceso a los métodos anticonceptivos entre adolescentes y su uso, está relacionado a la información que reciben de las instituciones educativas (28%) y de salud (27%) (ver tabla 5) prioritariamente.

Este factor está vinculado al inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia, según este estudio este inicio se da siendo menores de edad y a la información que reciben las adolescentes.

El inicio de relaciones sexuales a edades tempranas, la amplia necesidad de educación sexual y afectiva y cambios en la vivencia de la sexualidad, es importante para determinar los factores que inciden en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente (Sánchez & Leiva, 2016).

Tabla 18

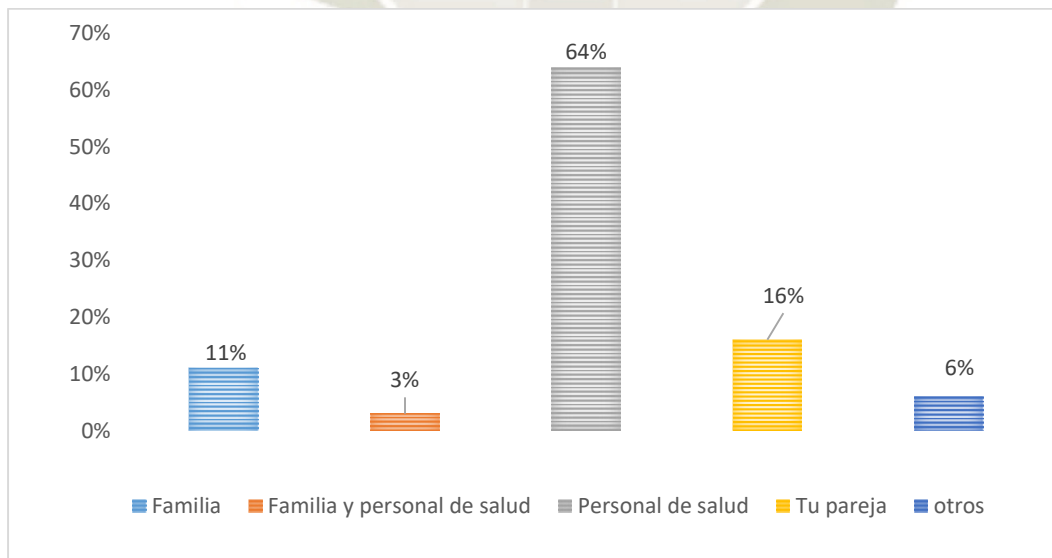
Quién proporcionó por primera vez algún método anticonceptivo

	F	%
Familia	10	11%
Familia y personal de salud	3	3%
Personal de salud	58	64%
Tu pareja	14	16%
Otros	5	6%
Total	90	100

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Figura 18

Quién proporcionó por primera vez algún método anticonceptivo



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Interpretación

El 64 % de las adolescentes manifiestan que el personal de salud les ha proporcionado por primera vez algún método anticonceptivo, el 16 % afirman fue su pareja, mientras el 11 % refiere que en su familia les proporcionaron el método anticonceptivo.

Ante los resultados expuestos por el presente estudio, se identifica la necesidad de desarrollar programas de educación sexual con estrategias educativas que proporcionen información objetiva y que desmitifique creencias, mediante el conocimiento detallado y práctico sobre sexualidad, embarazo y uso de anticonceptivos (Mantilla, 2016), así como estrategias que faciliten la comunicación asertiva con la pareja sexual para evitar embarazos no deseados y de preferencia ambos miembros de la pareja, escojan un adecuado método anticonceptivo debidamente informados.

Es importante relacionar estos resultados, con los que proporciona la tabla 5 donde el 27% de las adolescentes manifiestan que son las instituciones de salud, lo cual implica que estos establecimientos de salud desarrollen una estrategia educativa conducente a fomentar el pensamiento responsable, favorecer el autocontrol de la salud sexual y reproductiva en los adolescentes y a desarrollar comportamientos adecuados para poder relacionarse mejor con sus parejas (Rodríguez, et al., 2013).

2. Comprobación de la Hipótesis

Tabla 19

Diagrama rectangular del funcionamiento familiar y conocimiento anticonceptivo en las adolescentes gestantes

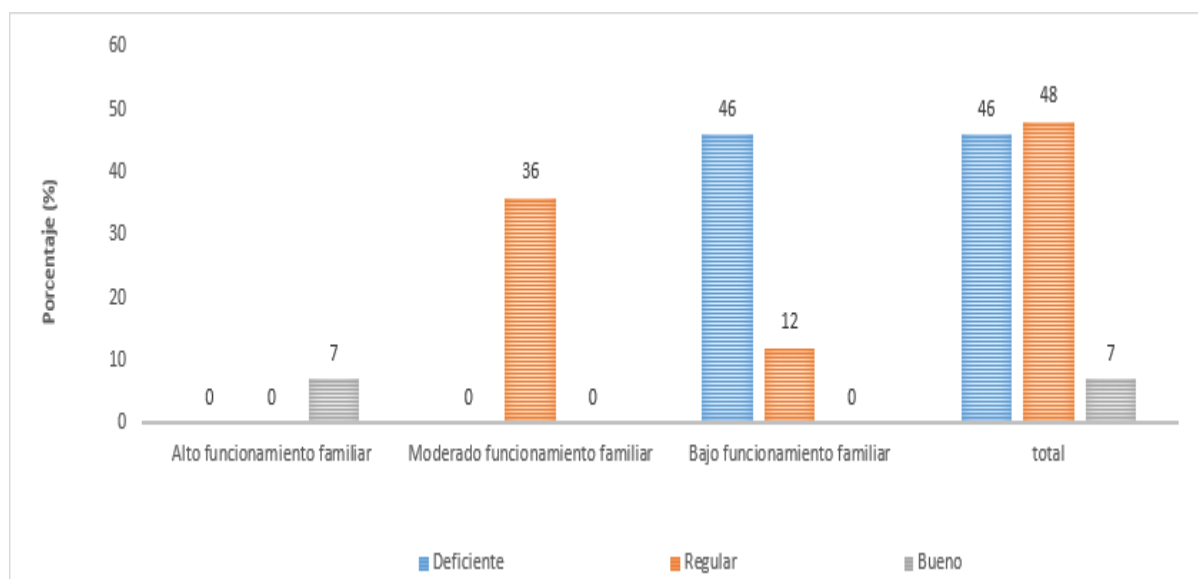
	Funcionamiento familiar						Total	
	Alto funcionamiento familiar		Moderado funcionamiento familiar		Bajo funcionamiento familiar			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Deficiente	0	0	0	0	39	43	39	43
Regular	0	0	32	36	13	15	45	51
Bueno	6	6	0	0	0	0	6	6
TOTAL	6	6	32	36	52	58	90	100

Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza.

$$X^2=37.5 \text{ g.l.}=2 \text{ p}=0.048 \text{ P}<0.05$$

Figura 19

Diagrama rectangular del funcionamiento familiar y conocimiento anticonceptivo en las adolescentes gestantes



Fuente: Cuestionario aplicado a adolescentes gestantes del III Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2019

Interpretación

En la Tabla según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2 = 37.5$) muestra que el funcionamiento familiar y el conocimiento anticonceptivo presenta relación estadística significativa ($p < 0.05$) entre estas dos variables.

En forma específica se observa en el cruce de variables que el porcentaje mayoritario de las adolescentes gestantes encuestadas se concentra en la intersección donde el funcionamiento familiar es bajo y el deficiente conocimiento anticonceptivo con un 43%. Otro dato significativo es la concentración de datos en las adolescentes gestantes que proceden de hogares con un moderado funcionamiento familiar el 36% presentan un moderado funcionamiento familiar y regular conocimiento anticonceptivo; demostrándose de esta manera la influencia de estas dos variables, comprobándose la hipótesis planteada.

Se comprobó que la funcionalidad familiar influye en el conocimiento de método anticonceptivos como se detalla en la significación bilateral de 0.0484

En términos generales se aprecia que en la mayoría de hogares de las adolescentes gestantes existe un bajo funcionamiento familiar (58%) o sea provienen de hogares disfuncionales. Gómez, et al. (2013), refieren que “el funcionamiento familiar es el conjunto de procesos en la crianza o interacción de un grupo de personas, que forma una familia, que se orientan al crecimiento físico y emocional de los miembros”.

Desde tiempos remotos se ha concebido la unidad familiar como factor clave en el crecimiento y normal desarrollo de las personas, es a través de ella como el adolescente trata de reconocerse a sí mismo y apropiarse de su proyecto de vida; de manera tal que cualquier suceso que altere la dinámica familiar puede obstaculizar el sano desarrollo del adolescente (Carreón et al. 2004).

3. Diagnóstico Social

Ubicación Geográfica

Centro hospitalario público de nivel III, que ofrece servicios especializados en salud, administrado por el Gobierno Regional ubicado en la ciudad de Arequipa

Establecimiento	Hospital III Regional Honorio	
Delgado Clasificación	Hospital o Clínica de Atención	
Especializada Tipo	Con internamiento	
Categoría	III-1	
Dirección	Av. Alcides Carrión 505 Arequipa- Perú	
Distrito	Arequipa	
Provincia	Arequipa	
Region.	Arequipa	
Teléfono	(054)231818	
Citas	(054)234597	
Web	www.hrhdaqp.gob.pe	
Face book	www.facebook.com/hospitalhonoriodelgadoaqp	
DISA	Arequipa	
Red	No tiene asignado	
Microred	No pertenece a ningún Unidad	
Ejecutora	Hospital Regional Honorio Delgado	
Inauguración	18 de Julio de 1960	
HORARIO DE ATENCION:	Emergencias	24 horas
HORARIO DE CITAS	Lunes a viernes	8:00a.m. A 1:00p.m
	Sábados	8:00a.m. A 12.00 a.m.

3.1. Reseña histórica

En 1958 se estaba terminando de construir el Hospital destinado a la atención de enfermedades de tórax. Ese año, Arequipa sufrió un terremoto el 15 de enero, destruyendo gran parte de viviendas y edificios de la ciudad.

En enero de 1960, cuando ya terminado el Hospital de Tórax y listo para ser equipado, Arequipa sufre un segundo terremoto deteriorando seriamente el único Hospital del Ministerio de Salud de entonces, el Hospital Goyeneche de Arequipa. El cuerpo médico de Arequipa y la comunidad elevaron un memorial al entonces Presidente de la República Dr. Manuel Prado solicitando con urgencia la transformación del Hospital del Tórax en Hospital General, pedido que fue aprobado por el Gobierno a través de una Resolución Suprema-De inmediato se procedió a su equipamiento y reacondicionamiento de la planta física.

El 18 de Julio de 1960, un día histórico para Arequipa, el Ministro de Salud Doctor Rodrigo Franco Guerra, inaugura el Hospital General de Arequipa como un Hospital Docente-Asistencial. Los profesionales que ingresaron a laborar lo hicieron a través de un concurso Nacional abierto para los cargos Docentes Asistenciales.

El nombre de Honorio Delgado, fue en homenaje al ilustre Arequipeño Honorio Delgado, quien realizó sus estudios secundarios en el Colegio Independencia Americana, desarrollando posteriormente sus estudios superiores en la facultad de Ciencias de la Universidad Nacional de San Agustín, graduándose en el año 1923 y obteniendo el grado de Doctorado en Ciencias Naturales en la Universidad Mayor de San Marcos de Lima. Además, ocupó múltiples cargos en dicha universidad. En 1948 designado Ministro de Educación Pública, mientras que, en 1961, fue Rector de la Universidad Mayor de San Marcos. Asimismo, escribió muchas obras de gran trascendencia mundial, que son leídas en diferentes países, ya que fueron escritas en cuatro idiomas. Su primer Director, fue el Doctor Carlos López Oré, e inició sus actividades con 800 camas y en caso de emergencia 1,000 de Hospitalización, con 1000 trabajadores entre médicos, enfermeras, técnicos, auxiliares y otros profesionales de las ciencias de la salud y de administración; siendo la población de la Región, en ese entonces, de 250 mil habitantes aproximadamente.

En su infraestructura, el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza consta de 07 pisos y un Sub Sótano, distribuidos de la siguiente manera:

Sub sótano: en las que se encuentran las redes de agua el sistema eléctrico. Sótano: funciona la cocina, el comedor, Patología incinerador y Emergencia. 1er Piso: Departamento de Pediatría, y Especialidades.

2do Piso: Departamento de Medicina y Especialidades. 3er Piso: Gineceo Obstetricia y Especialidades.

4to Piso: Cirugías y Especialidades.

5to Piso: Unidad de Quemados, Neumología.

6to Piso: Residencias

Adicionalmente al momento de su inauguración funcionaron los servicios de Peluquera, Panadería, Velatorio, Heladería y Terrenos Agrícolas para el cultivo de productos que eran utilizados en la alimentación de los pacientes.

3.2. Misión y visión

Misión

Ser un hospital líder al servicio de la población de los departamentos del sur del país, brindando atención integral de salud de alta especialización, docencia e investigación; con tecnologías modernas y personal altamente especializado.

Visión

Prevenir y proteger de los riesgos y daños, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de la población en condiciones de equidad y plena accesibilidad.

3.3. Objetivos Institucionales

Objetivos generales

Mejorar la calidad de servicios de salud para la población

Fortalecer la Gestión Institucional

Promover la gestión de riesgo en un contexto de cambio para la Región Arequipa

Objetivos específicos

Mejorar la calidad de servicios de salud para la población.

Atención Integral para reducir la desnutrición Crónica de Niños y Niñas Menores de 4 años.

Atención Integral para mejorar la Salud Materno Neonatal

Atención Integral para reducir la TBC, VIH/SIDA, Hepatitis y la Sífilis intervenciones sanitarias para reducir las enfermedades metaxénicas y Zoonosis.

Atención Preventiva de riesgos y daños para la Salud producidos por enfermedades no transmisibles.

Atención Integral para la disminución de la Morbi - mortalidad por cáncer en la Población

Atención oportuna para Reducir la Mortalidad por Emergencias y Urgencias Médicas.

Atención Preventiva para la reducción y manejo de condiciones secundarias de Salud en personas con discapacidad.

Atención Integral para el Control y prevención en Salud Mental.

Atención Integral en los Servicios de Salud.

3.4. Oficina de Trabajo Social

3.4.1. Función General

Planificar, organizar, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar todas las actividades administrativas, asistenciales, docentes y de investigación de la Unidad Funcional de Servicio Social en Consulta Externa en concordancia con el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital.

Relaciones del cargo

3.4.2. Relaciones internas:

Depende directamente y reporta el cumplimiento de sus funciones al Jefe de

Departamento de Servicio Social del Hospital

Tiene mando directo sobre los siguientes cargos: Asistente Social I, Técnico en Asistencia Social I.

Coordina y ejecuta acciones con los jefes de unidades funcionales del departamento en lo referente a servicio social.

Coordina actividades y recibe información de las diferentes unidades orgánicas del Hospital para alcanzar los objetivos del Departamento.

3.4.3. Relaciones externas:

Coordina y recibe directivas e información de entidades públicas y privada.

Función Básica

Evaluar, diagnosticar y plantear alternativas de solución de los factores socioeconómicos que afectan la salud individual y colectiva en situación de emergencia.

3.4.4. Funciones Específicas

- a) Evaluar la situación socioeconómica de los usuarios de emergencia de acuerdo a los parámetros establecidos en la ficha socioeconómica.
- b) Realizar visitas domiciliarias para verificar la situación socioeconómica del usuario y del nivel de vida de acuerdo a las necesidades requeridas.
- c) Brindar orientación, educación y consejería social a los usuarios a través del trabajo social individualizado, grupo y comunidad, orientada a promover y prevenir la salud.
- d) Brindar atención con exoneraciones parcial o total de los gastos que genera la atención del usuario en los casos que amerita.
- e) Proponer, actualizar e implementar guías de atención, protocolos y procedimientos de atención en servicio social, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz.
- f) Realizar el seguimiento social a los casos diagnosticados.
- g) Mantener registros y reportes actualizados sobre casos de servicio social.
- h) Brindar asesoramiento en el campo de su especialidad.
- i) Participar en la elaboración del Plan de trabajo anual de la Unidad Funcional.
- j) Cumplir con la programación de actividades de acuerdo con el rol elaborado por la

Jefatura del Departamento.

- k) Informar al jefe del servicio de las ocurrencias más importantes de su área de trabajo.
- l) Atender los casos de alto riesgo social a menores en abandono, maltrato y caso social.
- m) Elaborar informes sociales de acuerdo a las necesidades de los usuarios.
- n) Realizar actividades de docencia e investigación participando en el entrenamiento del personal profesional y técnico de acuerdo a su nivel operativo.
- o) Participar en la formulación de documentos normativos de Servicio Social
- p) Presentar los reportes estadísticos de producción e indicadores de gestión mensualmente al Jefe de unidad funcional.

4. Identificación de la problemática

- a. Inicio prematuro de la actividad sexual.
- b. Baja interacción y cohesión social.
- c. El apoyo mutuo es eventual o poco frecuente.
- d. Comunicación intra familiar es eventual o poco frecuente.
- e. Eventualmente o casi nunca se intercambian opiniones respetuosamente.
- f. Autoritarismo y baja participación en la toma de decisiones familiares.
- g. Bajos niveles de autonomía e independencia en los miembros de la familia.
- h. Imposición de disciplina y sanciones o castigos de manera autoritaria.
- i. Baja capacidad de adaptación de la familia a los cambios en la vida familiar.
- j. Disfuncionalidad familiar en la mayoría de hogares.
- k. Embarazo no planificado a temprana edad.
- l. Bajo uso de métodos anticonceptivos en la práctica sexual.

m. Desconocimiento de todos los métodos anticonceptivos que existen.

4.1. Selección y análisis del problema de investigación

4.1.1. Categorización de problemas

Problema Esencial

Disfuncionalidad familiar y embarazo no planificado a temprana edad en las adolescentes gestantes.

Problemas Fundamentales

Baja interacción y cohesión social.

Comunicación intra familiar es eventual o poco frecuente.

Autoritarismo y baja participación en la toma de decisiones familiares.

Baja capacidad de adaptación de la familia a los cambios en la vida familiar.

El apoyo mutuo es eventual o poco frecuente.

Problemas Incidentales

Inicio prematuro de la actividad sexual.

Eventualmente o casi nunca se intercambian opiniones respetuosamente entre los miembros del hogar.

Bajos niveles de autonomía e independencia en los miembros de la familia.

Imposición de disciplina y sanciones o castigos de manera autoritaria.

Bajo uso de métodos anticonceptivos en la práctica sexual.

Desconocimiento de todos los métodos anticonceptivos que existen.

5. Pronóstico

De continuar esta situación de bajo funcionamiento familiar en los hogares de las adolescentes gestantes que influye directamente en los deficientes conocimientos del uso de métodos anticonceptivos se generarán mayores conflictos familiares que no favorecerán su control de natalidad. Situación que puede superarse con una acertada intervención profesional.

6. Problema Objeto de Intervención

Comunicación intra familiar eventual o poco frecuente y desconocimiento de todos los métodos anticonceptivos.





CAPÍTULO III

PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL PARA LA SOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA INVESTIGADA

La investigación realizada ha permitido obtener resultados que al ser analizados muestran una problemática en el entorno familiar de las adolescentes gestantes la cual puede agudizarse a partir del parto y que también pueden agudizarse más aun los problemas en las adolescentes ya que pueden seguir en una práctica sexual sin prevención y consecuentemente se produzca una nueva gestación.

Se ha tomado como problema objeto de intervención profesional: La comunicación intra familiar eventual o poco frecuente y desconocimiento de todos los métodos anticonceptivos.

Proyecto N° 1: Mejorando la comunicación intra-familiar

1. Fundamentación

En la investigación desarrollada se encontró como uno de los principales problemas la eventual o escasa comunicación entre los miembros del hogar de las adolescentes gestantes; además de que eventualmente o casi nunca se intercambian opiniones respetuosamente entre los miembros del hogar, lo que es motivo de conflictos entre los miembros del hogar. Esta situación genera otros problemas que han afectado la funcionalidad familiar y que requiere mejorarse por cuanto con el nacimiento de hijo de las adolescentes se agudizará la problemática de comunicación.

Desde el punto de vista profesional del Trabajo Social, como disciplina que busca el bienestar de la familia, eje fundamental de intervención, ya que la disfuncionalidad o el incumplimiento de las funciones en los miembros de la familia, la falta de comunicación entre sus miembros son el principal motivo de conflictos; es que se ha considerado la razón más importante de intervención profesional, diseñando acciones estratégicas orientadas a mejorar la comunicación familiar, esencialmente a través de talleres en la que participen los integrantes de la familia, haciendo procesos de reflexivos de carácter grupal. Y para la evaluación se considera como indicadores el índice de participación familiar en las actividades programadas; así como el cumplimiento de los objetivos y metas previstas.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Promover una mejor comunicación intrafamiliar en los hogares de las adolescentes gestantes.

2.2. Objetivos Específicos

- a) Reconocer de manera conjunta respecto a la problemática de comunicación intrafamiliar en los hogares de las adolescentes gestantes.

- b) Inducir a la reflexión sobre la comunicación intrafamiliar en los miembros de la familia de las adolescentes gestantes.
- c) Establecer estrategia de comunicación intrafamiliar a implementar en los miembros de la familia participantes, bajo su compromiso y responsabilidad.

3. Estrategia

Formar grupos de trabajo para realizar los talleres sobre la importancia de la comunicación intrafamiliar.

4. Meta

50 % de las adolescentes embarazadas del Servicio de Ginecología mejoran la comunicación intrafamiliar en sus hogares.

5. Programación de Acciones

5.1. Acciones de Coordinación

- Coordinar con las autoridades institucionales para la aprobación del desarrollo del proyecto.
- Coordinar con las familias de los adolescentes para que participe los miembros de la familia en las actividades programadas.

5.2. Acciones de Motivación

- Realizar entrevistas a las adolescentes a fin de motivar su participación en las actividades programadas.
- Elaborar y distribuir bifoliados con información.

5.3. Acciones de Organización

- Realizar talleres sobre la importancia de la comunicación intrafamiliar.
- Proyectar diapositivas para la exposición.
- Presentar un video.
- Discusión de grupos.
- Juego de roles.

5.4. Acciones de Evaluación

- Índice de participación
- Logro de los objetivos
- Logro de metas

6. Recursos

6.1. Humanos

Graduandos

Trabajadora Social

Psicólogo

Padres de familia

Adolescentes gestantes

6.2. Materiales

Hojas USB

Salón Sillas Files Movilidad

6.3. Tecnológicos

Proyector Impresora Computadora

6.4. Institucionales

Hospital General Honorio Delgado

7. Responsables

Graduandas

8. Cronograma

Se desarrollará en tres meses calendario.



Proyecto N° 2: Conociendo sobre métodos anticonceptivos

1. Fundamentación

La maternidad de las adolescentes gestantes son una manifestación real del desconocimiento de los métodos anticonceptivos y los prejuicios que existen respecto a su práctica; así también ha quedado demostrado en los resultados de la investigación realizada; siendo esta una de las causas más importantes del embarazo precoz en las adolescentes. Desde el punto de vista del Trabajo Social que interviene multidisciplinariamente en esta problemática, asumiendo la importancia ampliar el conocimiento limitado e insuficiente que presentan las adolescentes respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos, dado que están en riesgo de tener un nuevo embarazo y con ello conflictuar más aun su problemática personal y familiar.

Por las razones expuestas se ha elaborado el presente proyecto a fin de que las adolescentes tengan conocimientos de los métodos anticonceptivos a fin de que asuman de manera responsable y consciente la decisión embarazarse; así las acciones diseñadas están orientadas a la capacitación de los adolescentes, a través de exposiciones, proyecciones de diapositivas y procesos reflexivos fundamentalmente.

Y para la evaluación se considera como indicadores el índice de participación familiar en las actividades programadas; así como el cumplimiento de los objetivos y metas previstas.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Capacitar a las adolescentes gestantes respecto a los métodos anticonceptivos para que de manera consciente decidan respecto a sus embarazos.

2.2. Objetivos Específicos

Brindar información sobre los métodos anticonceptivos que existen, en cuanto a sus conceptos, ventajas y desventajas en la prevención de los embarazos no deseados.

Capacitar a las adolescentes y parejas respecto a la importancia de la práctica sexual, usando métodos de planificación familiar.

3. Estrategia

Formar grupos de trabajo para realizar los talleres sobre la importancia de la comunicación intrafamiliar.

4. Meta

El 100 % de adolescentes gestantes y sus parejas mejoran los conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

5. Programación de Acciones

5.1. Acciones de Coordinación

- Coordinar con las autoridades institucionales para la aprobación del desarrollo del proyecto.
- Coordinar con las familias de los adolescentes gestantes para que participen las adolescentes en las actividades programadas.
- Invitar a las parejas de las adolescentes gestantes.

5.2. Acciones de Motivación

- Realizar entrevistas a las adolescentes a fin de motivar su participación en las actividades programadas.

5.3. Acciones de Organización

- Realizar reuniones de capacitación sobre los métodos anticonceptivos.
- Proyectar diapositivas para la exposición.
- Procesos reflexivos a través de diálogos simultáneos.

5.4. Acciones de Evaluación

- Índice de participación.
- Logro de los objetivos.
- Logro de metas.

6. Recursos

6.1. Humanos

- Graduandos.
- Trabajadora Social.
- Obstetra.
- Adolescentes gestantes.

6.2. Materiales

- Hojas USB.
- Salón.
- Sillas.
- Files.
- Movilidad.

6.3. Tecnológicos

- Proyector.
- Computadora.

6.4. Institucionales

Hospital General Honorio Delgado.

7. Responsables

Graduando.

8. Cronograma

Se desarrollará en tres meses calendarios.



CONCLUSIONES

Primera.- Existe una influencia significativa de la funcionalidad familiar en el conocimiento de los anticonceptivos en las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza ya que en la prueba de Chi cuadrado arrojó un $p= 0.048 < 0.05$ y en el cruce de las variables la mayoría se concentra en la intersección donde el funcionamiento familiar es bajo y es deficiente el conocimiento anticonceptivo; seguido de la intersección moderado funcionamiento familiar y regular conocimiento anticonceptivo.

Segunda. - La funcionalidad familiar de las adolescentes gestantes presentan un bajo funcionamiento familiar en la mayoría de hogares (58%); o sea las adolescentes gestantes provienen de hogares disfuncionales; ya que es eventual o poco frecuente el apoyo mutuo, la autonomía e independencia, las reglas son impuestas autoritariamente, con escasa participación familiar y la comunicación intrafamiliar es eventual o poco frecuente; con baja capacidad familiar para adaptarse a cambios.

Tercera. - El conocimiento de los métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo es medio en el 51% y bajo en el 43%; si bien la gran mayoría ha recibido alguna información, no existe un conocimiento pleno, siendo los más conocidos el condón y la píldora; mientras que los menos conocidos los métodos naturales; así las principales fuentes de información son las instituciones educativas y de salud; en tanto que la mayoría de las familias no cumplen con este rol.

SUGERENCIAS

Primera. – Se sugiere que desde las políticas públicas se pueden establecer estrategias de abordaje para involucrar a la familia en la responsabilidad de transmitir no solo información sobre métodos anticonceptivos sino promover espacios denominados círculos de apoyo familiar para brindar una atención integral a los adolescentes desde las familias.

Segunda. - Se recomienda a las autoridades educativas a través de las profesionales de Trabajo Social se promueva y refuerce la comunicación familiar en las familias de los adolescentes. Es necesario que la familia asuma su rol de educar sexualmente a sus hijos a fin de lograr una mayor prevención del embarazo en los adolescentes. Se debe considerar la orientación permanente a través de la consulta de las adolescentes gestantes sobre los métodos anticonceptivos a fin de prevenir un pronto embarazo.

Tercera. - Los Colegios Profesionales de Obstetricia, Psicología y Trabajo Social como profesiones que abordan el desarrollo integral de la adolescente, deben impulsar acciones concertadas con los establecimientos de salud de todos los niveles con la finalidad de conseguir un mejor abordaje del conocimiento de anticonceptivos en adolescentes.

REFERENCIAS

- Arias, et.al. (2012). Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en Centros de Assbasalud ESE, Manizales, Colombia SC
- Arias, F. (2012). El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. Caracas: Editorial Episteme.
- Artola, A. (2013). La familia en la sociedad pluralista. Una mirada desde las relaciones humanas". Revista Valores, Cultura y Sociedad. N° 24. Buenos Aires, Argentina: Novedades Educativas.
- Carreón et al. (2004). Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Arch Med Fam., 6(3):70-73
- Carricondo, M. & Bleisen, R. (2014). Embarazo Adolescente: Aportes desde el Trabajo Social a una Problemática de Larga Trayectoria. Caso: Comunidad de Palmira. Año 2013. Tesis para optar Título Profesional. Argentina: Universidad Nacional de Cuyo
- Conapo, A. (2011). La situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico socio-demográfico. México: Trillas.
- D'añari. J. (2019). Factores Bio-socio-demograficos Asociados al Embarazo Precoz en Adolescentes Gestantes Atendidas en el HRHDE, Abril – Mayo 2019. Tesis Para Optar el Título Profesional. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín.
- Díaz, T. (2016). Educación Sexual en la Familia y su Influencia en el Embarazo de las Adolescentes del Centro de Salud Ampliación Paucarpata - Arequipa, 2015. Tesis para optar título de licenciada. Cusco: Universidad Nacional del Altiplano.
- Estrada, M. (2014). La calidad de la educación y orientación sexual. República Dominicana: Camagüey.

Gabaldón (2012): Comportamiento sexual, prácticas de riesgo y anticoncepción en jóvenes.

Revista Española de Salud Pública N° 12 Madrid Noviembre-diciembre.España:
Océano.

García, I. (2011) Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Revista
Cubana Pediatría N° 74. La Habana. S. Edit.

Gómez, et.al. (2013). Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados.

Revista Colombiana de Psiquiatría N° 42. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/3>

Gómez, S. & Durán, L. (2017). El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la
Ciudad de México. Salud Publica Mex, 59:236-247.

González, et al. (2005). Factores familiares asociados al uso de anticonceptivos en mujeres
adolescentes solteras sexualmente activas. Rev. SOGIA 12 (1): 9-16.

González, E., Luengo, X., Sandoval, J., Molina, T. & Caba, F. (1998). Estudio comparativo
de factores familiares y personales en adolescentes consultantes por embarazo y
anticoncepción Rev SOGIA, 5 (2), pp. 42-48

Hernández (2015) Familia y el aprendizaje de las habilidades sociales básicas. Revista
Práctica Docente. N° 7 (Julio/ Septiembre). Granada – España: S. Edit.

Ibáñez, M.(2012). Importancia de una buena Educación Sexual. Doctísimo. Madrid: Océano.

INEI. (2011). Primera Encuesta Nacional de la Juventud Peruana. Lima: Instituto Nacional
de Estadística e Informática.

INEI. (2017). Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Instituto Nacional
de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de salud Familiar. Recuperado
de: <https://www.inei.gob.pe/media/>

INEI. (2018). Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Instituto Nacionalde
Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de salud Familiar.

- INPPARES (2009). Informe: conocimiento y percepción del riesgo de los adolescentes acerca de las ITS, VIH-SIDA. Arequipa, Lambayeque y Lima . Lima
- Luparello, R. (2014). Embarazo adolescente no planificado y determinantes de la salud presentes en adolescentes embarazadas registrados en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de la comunidad de Hernando, durante el año 2010. Tesis de maestría. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba
- Mamani y Pastor. (2016). La comunicación familiar y la incidencia en el conocimiento y el comportamiento sexual de los estudiantes adolescentes del 3ro, 4to y 5 to de secundaria Nuestra Señora de la Candelaria, Camaná,
- Mandujano et al. (2018). Conocimiento y uso de la píldora de emergencia en jóvenes universitarias de Tabasco. Horizonte sanitario / vol. 17, no. 3, 227-234.
- Mantilla, C. (2016). Nivel de Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos en las Adolescentes entre 11 y 19 años del Consultorio de Gineco-Obstetricia del HNHU, Octubre - Noviembre 2015 (Tesis de pre grado). Universidad de Ricardo Palma, Lima Mendoza, L.,
- Claros, D. & Peñaranda, c. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev. Chil. Obstet. Ginecol.; 81(3): 243 – 253.
- MINSA (2017a). Norma técnica de salud de planificación familiar. Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Lima: Ministerio de Salud.
- Montalvo, et. al. (2013). Análisis del ciclo vital de la Estructura Familiar. Revista Alternativas en Psicología N° 28. México: Trillas.
- Monterrosa A. (2009). Anticonceptivos orales combinados y adolescencia. Bogotá: Whyeth Inc.

- Núñez, et.al (2012). Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto mujeres adolescentes entre 13 y 19 años de edad, de dos municipios semiurbanos del estado de Morelos, México
- Olga, A. y Hernández, D. (2012). Funcionamiento familiar de adolescentes con leucemia. *Psicología Iberoamericana*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/>
- OMS (17 de julio del 2020). Salud del adolescente. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- OMS (2018). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 3ra. edición.
- Perea, J. (2011). Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. *Revista Salud Pública de México* N° 45. México: Urquiza RM.
- Pinto y Nina (2011). Influencia de la educación sexual en el embarazo no deseado de las mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Alto Jesús, Paucarpata, Arequipa.
- PROMSEX (2016). Para decir #NiUnaMenos, todas mujeres deben acceder por igual a la Anticoncepción Oral de Emergencia. Lima. Recuperado de: <https://promsex.org/para-decir-niunamenos-todas-las-mujeres>
- Quintero et al. (2012). Estrategia de Intervención Educativa para Prevenir el Embarazo en la Adolescencia. *Rev. Ciencias Médicas* 16 (1): 132-145
- Raguz, M. (2014). Salud Sexual y Reproductiva Adolescente y Juvenil: Condicionantes Socio-demográficos e Implicancias para Políticas, Planes y Programas e Intervenciones. Lima. Edit. Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE).
- Risuelo A. y Motta, I. (2010). La adolescencia existe o existen adolescentes. La Adolescencia como constructo. Universidad Argentina John F. Kennedy. Edit. Departamento de Bio psicología.
- Rodríguez, A., Sanabria, G., Contreras, M. & Perdomo, B. (2013). Estrategia educativa sobre

promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 161-174.

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?>

Romero, P. (2012). *Relaciones familiares: cómo salir bien librado*. México: Paidós.

Saez, G. (2013). *Sexualidad en la Adolescencia*. 2da. Edición. Programa PROAME, OMS/OPS. Caracas, Venezuela.

Sánchez, C. & Leiva, R. (2016). Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, Volumen 14, número 1, pp. 1-23

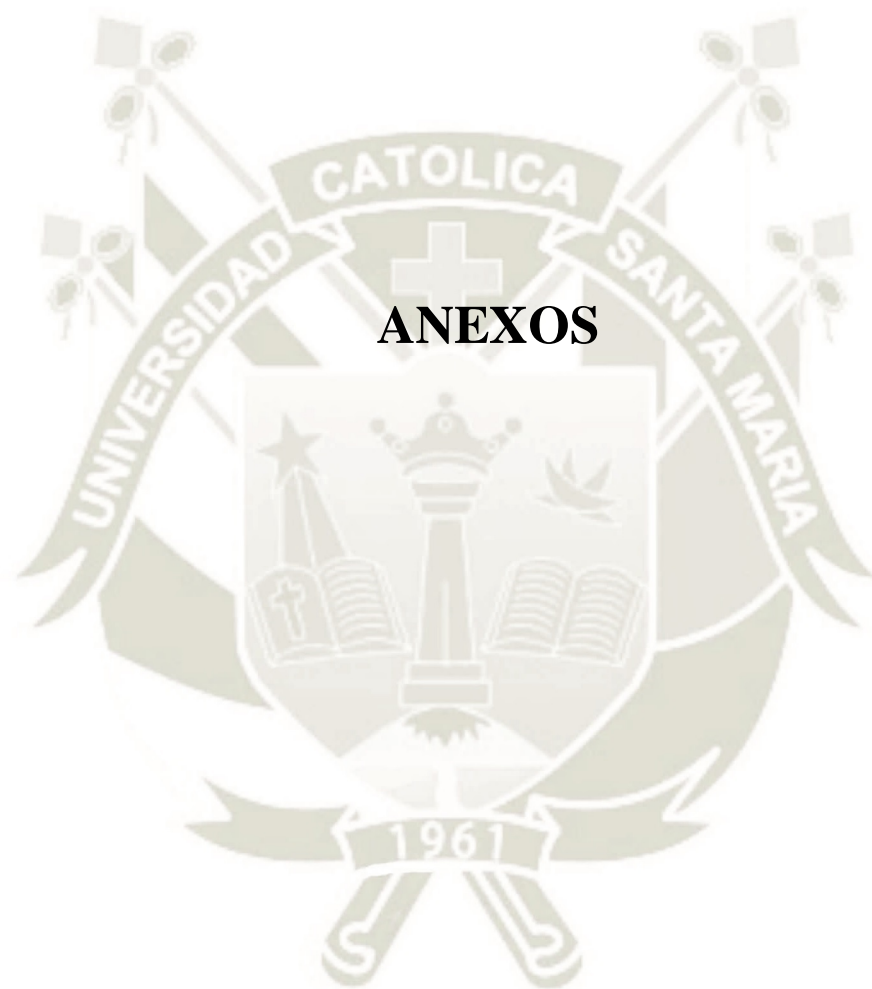
Santín, et.al. (2014) Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes Universidad de Murcia. España

Serindipi, L. (2012) *Habilidades de comunicación y ambientes familiares*. Barcelona edit. Gestión.

Soto, Robert. (2013). *El significado de la sinceridad en las relaciones humanas*. Madrid: Pirámide.

Soto, S., Osorio, M., Rodríguez, R & Pérez, M. (2014). Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. *Acta Pediátr Mex* 2014; 35:490-498

Suárez, O. (2013). *La familia en el contexto actual*. México, D.F.: Academia Mexicana.



ANEXO 1: INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACION CUESTIONARIO

DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

A continuación, se describe un conjunto de características de la familia, cada una de ellas vaseguida de cinco alternativas de respuestas que debes calificar. Responda marcando con un aspa (x) la alternativa elegida, teniendo en cuenta los siguientes criterios.

Nunca	Casi nunca	Algunasveces	Casisiempre	Siempree
1	2	3	4	5

DESCRIBA A SU FAMILIA	1	2	3	4	5
1. A los miembros de la familia les gusta pasar el tiempo libre enfamilia.					
2. Los hijos opinan en cuanto a disciplina en la familia.					
3. Los miembros de tu familia respetan las opiniones individuales					
4. Cualquier miembro de la familia no puede ejercer la autoridad.					
5. Los miembros de tu familia mutuamente se apoyaneconómicamente unos a otros según sus posibilidades					
6. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos,como consecuencias de los actos de los hijos.					
7. Los miembros de la familia se sienten muy unidos unos a otros.					
8. Se sienten más unidos entre familiares que con personas que noson de nuestra familia.					
9. La unión familiar es muy importante.					
10. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia estápresente.					
11. En tu familia las normas o reglas cambian, si existe buenasrazones para ello.					
12. En nuestra familia hacemos cambios en la manera de realizarlas distintas tareas o quehaceres					
13. Los miembros de la familia intercambianopiniones respetuosamente					
14. En tu familia cambian las responsabilidades respecto a laslabores del hogar					
15. Se aceptan las amistades de los demás miembros de la familia					

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICA ANTICONCEPTIVA

Estimada paciente le voy a presentar a continuación algunas preguntas que han sido elaborados con la finalidad de determinar los conocimientos de anticonceptivos; les agradezco respondan con la mayor sinceridad posible, ya que el trabajo tiene fines académicos y es de carácter anónimo.

Te agradecemos leer cada una de ellas cuidadosamente para luego proceder llenar los espacios en blanco o marcar con un aspa (x) la respuesta que usted considere es la correcta. Sus respuestas son anónimas, de absoluta confidencialidad.

DATOS GENERALES:

Edad.....__

Tiene pareja actualmente: Si () No ()

A qué edad tuvo su primera relación sexual:

a. Antes de los 12 años () b. 13 a 14 años () c. 15 años a mas ()

CONOCIMIENTO ANTICONCEPTIVO

Has recibido alguna vez información sobre los métodos anticonceptivos:

Si () b. No ()

¿En caso afirmativo por parte de quién?

Familia ()

Amigos ()

Institución educativa ()

Institución de salud ()

Libros, revistas, etc. ()

Internet ()

g. Otro:.....

Los métodos anticonceptivos son:

Medios que impiden que nazca el bebe ()

Sustancias químicas que impiden el embarazo ()

Diferentes medios o sustancias químicas que previenen el embarazo ()

d. Sustancias que causan daño a la mujer ().

Ninguna de las anteriores.

Respecto a los métodos anticonceptivos, marque con un aspa los métodos anticonceptivos que conoce:

() Píldora o pastillas anticonceptivas(orales) () Condón (De barrera)

() Inyecciones

() T de cobre (Dispositivos)

() Anillo vaginal (dispositivos)

() Coitos interrumpido (Natural)

() Método del ritmo (Natural)

¿Alguna vez has utilizado algún método anticonceptivo?

Si () b. No ()

¿Cuál? _____

Los métodos anticonceptivos pueden ser usados por:

Sólo el hombre

La pareja

Sólo la mujer

Ninguna de las anteriores

No sé

¿Los métodos anticonceptivos producen daño a la salud?

A. Siempre () b. A veces () c. Nunca ()

¿Que tipo de daño produce?

Daño a los ovarios ()

Malestar ()

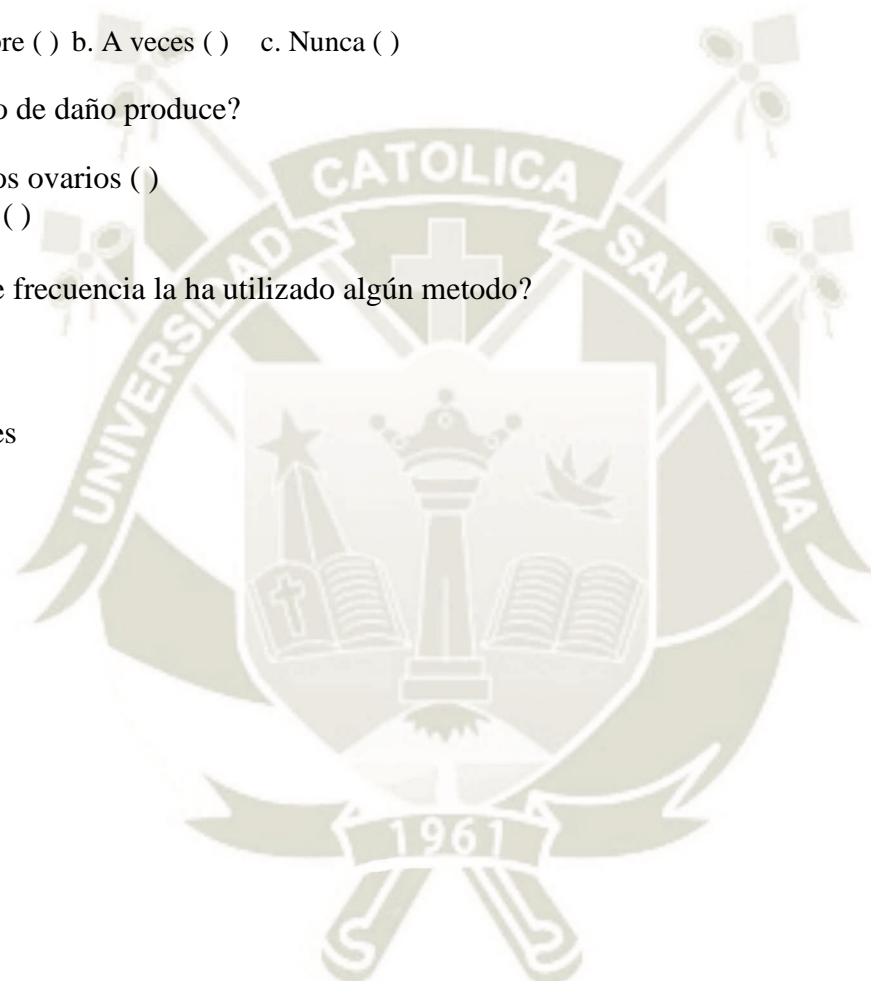
Ninguno

¿Con que frecuencia la ha utilizado algún metodo?

Una

Dos

Mas veces



ANEXO 2: Evidencia registros de pacientes del centro obstétrico

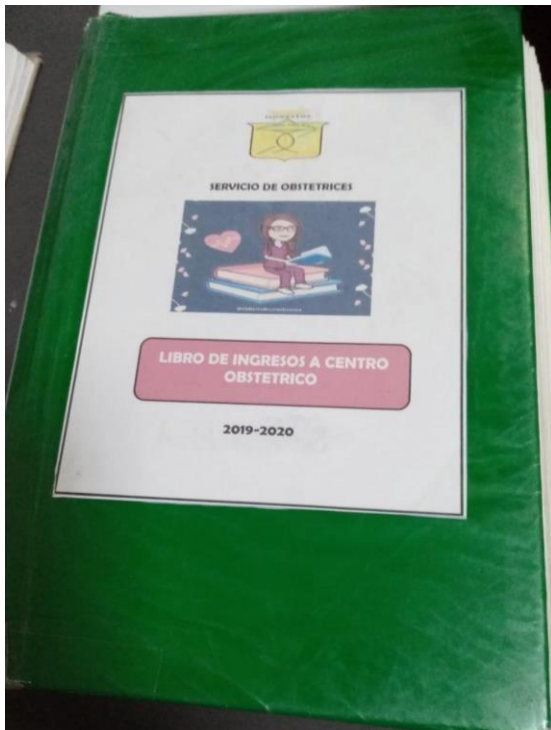
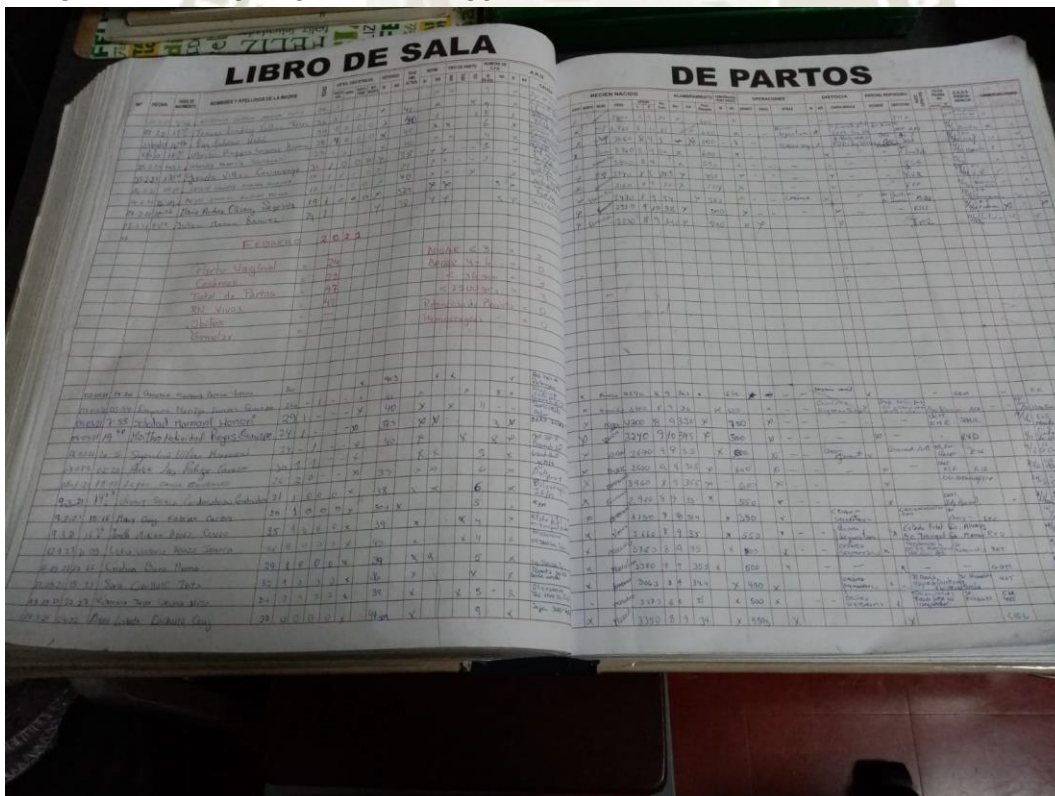


IMAGEN N° 1: LIBRO DE SALA DE PARTOS



The notebook displays two pages of a 'LIBRO DE SALA DE PARTOS' (Labor Room Book). The left page contains a table with columns for patient information, including name, age, and medical history. The right page contains a table with columns for obstetric data, including gestational week, type of delivery, and complications. The records are handwritten in black ink.

IMAGEN N°2: REGISTROS DE GESTANTES ATENDIDAS



IMAGEN N°3: LIBRO DE PARTOS





