

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EMBARAZO, EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN A CONTROLES PRENATALES EN CENTROS DE ASSBASALUD ESE, MANIZALES (COLOMBIA), 2012

CARLOS MARIO ARIAS TRUJILLO*, ISABEL CRISTINA CARMONA SERNA*, JOSÉ JAIME CASTAÑO CASTRILLÓN**, M.Sc., ANDRÉS FELIPE CASTRO TORRES*, AUDREY NATHALIE FERREIRA GONZÁLEZ*, AMALIA ISABEL GONZÁLEZ ARISTIZÁBAL*, JULIÁN DAVID MEJÍA BEDOYA*

Recibido para publicación: 10-08-2013 - Versión corregida: 20-10-2013 - Aprobado para publicación: 14-11-2013

Resumen

Objetivo: Analizar la funcionalidad familiar y factores relacionados en un grupo de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en los centros de atención de ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia). **Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal con una población de 190 adolescentes embarazadas entre los 12 y 21 años, el instrumento utilizado fue una encuesta escrita, anónima, que interrogaba sobre variables sociodemográficas, relación con sus padres, niveles de comunicación con los padres, situaciones conflictivas en la familia y funcionalidad familiar medida por el APGAR familiar. **Resultados:** 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 ($p=0,000$). **Conclusiones:** La población de adolescentes gestantes estudiada tiene características similares a las poblaciones de otras ciudades de Colombia, y otros países. Se demuestra que, como prácticamente

Referencia Vancouver:

Arias-Trujillo CM, Carmona-Serna IC, Castaño-Castrillón JJ, Castro-Torres AF, Ferreira-González, González-Aristizábal AI, et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de Assbasalud ESE, Manizales (Colombia), 2012. Arch Med (Manizales) 2013; 13(2):142-59.

Referencia Redalyc:

Carlos Mario Arias Trujillo, Isabel Cristina Carmona Serna, José Jaime Castaño Castrillón, Andrés Felipe Castro Torres, Audrey Nathalie Ferreira González, Amalia Isabel González Aristizábal, Julián David Mejía Bedoya. Archivos de Medicina (Manizales). Volumen 13 N° 2. Julio-Diciembre 2013. ISSN versión impresa 1657-320X. ISSN versión en línea 2339-3874. Universidad de Manizales. Manizales (Colombia).

* Estudiante internado, Programa de Medicina, Universidad de Manizales.

** Profesor Titular, Director Centro de Investigaciones, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Manizales, Carrera 9° 19-03, Tel. 8879688, Manizales, Caldas, Colombia. Correo: jcast@umanizales.edu.co.

en todos los ámbitos del ser humano, en este también la familia es decisiva y determinante en la presencia de embarazo precoz en estas adolescentes

Palabras claves: relaciones familiares, embarazo en adolescencia, educación sexual, sexualidad.

Family functionality and pregnancy, in adolescents attending to prenatal controls in ASSBASALUD ESE centers Manizales (Colombia) 2012

Summary

Objective: To examine family functioning and related factors in a group of pregnant adolescents attending prenatal-control care in ASSBASALUD ESE centers (Manizales, Colombia). **Materials and Methods:** Cross-sectional study with a population of 190 pregnant adolescents between 12 and 21 years, the instrument used was a written survey, anonymously, which questioned about sociodemographic variables, relationship with parents, type of education, conflict situations in the family and family functioning. **Results:** Average age 18 years, 72.1% of the population had family dysfunction from mild to severe, 46.9% had none or a moderate relationship with the father and 25.3% with the mother, 38, 9% had a history of family violence, depression 25.8%, 23.2% for alcohol, 36.3% thought they would not get pregnant, 26.8% wanted children. A good family functioning was significantly related with no presence of family violence ($p=0,000$), with no pregnancies < 17 years ($p=0,020$), no use of contraceptive methods ($p = 0.000$), a high number of pregnancies ($p=0,025$), no induced abortions ($p=0,007$), discussions about pregnancies and sexuality with parents ($p=0,000$). **Conclusions:** The studied population of pregnant teenagers has characteristics similar to the populations of other cities of Colombia, and other countries. It is demonstrated that, as practically in all areas of the human being, in this the family is also crucial and decisive in the presence of early pregnancy in these adolescents.

Keywords: Family relationships, teenage pregnancy, sex education, sexuality.

Introducción

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 de los adolescentes¹.

En esta lógica se trata de estudiar la dinámica y funcionalidad familiar, con la idea

de encontrar allí argumentos que permitan entender de una mejor manera el embarazo adolescente, 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^{1,2}. Al respecto Alarcón y Coello³ plantean que las adolescentes que tienen relaciones adecuadas con los padres, no reciben apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantienen relaciones estables de pareja y no conversan con los padres aspectos

de sexualidad y reproducción presentan 5,65 veces más riesgo de quedar en embarazo.

Por otra parte Rangel y Valerio⁴ en el 2004 afirmaron que 27% de las adolescentes en estado de embarazo presentaron una disfuncionalidad familiar moderada y un 6% severa.

Leyva-Sorribe⁵ *et al*, realizaron un estudio, en 77 adolescentes embarazadas comparadas con un grupo control de 231 adolescentes no embarazadas, encontraron que gran parte de las adolescentes embarazadas habían recibido una educación “inadecuada” por parte de los padres (según afirman literalmente los autores del artículo) no utilizaban métodos anticonceptivos aunque los conocían, poca comunicación con los progenitores, falta de apoyo de su pareja, etc.

Así con inmadurez anatómica, fisiológica, psicológica y sin las mínimas medidas de protección las adolescentes afrontan un embarazo inesperado que les altera notablemente su proyecto de vida⁶. Como se menciona en el estudio realizado en los Estados Unidos por Thompson y Bender⁷ en 2008, en el cual el 32,8% de las adolescentes embarazadas presentaron deserción académica.

Pereira⁸ *et al* efectuaron un estudio de casos y controles con un grupo de adolescentes embarazadas (n=57) y otro grupo sin historia de embarazo (n=81). Los resultados obtenidos sugieren que diversas variables pertenecientes a diversos contextos familiares y escolares y relación entre pares diferencian los dos grupos. Bajos niveles de sobreprotección por parte de la madre, y soporte emocional por parte del padre, presencia de embarazo adolescente en la madre, bajo nivel de proximidad emocional con pares, y alta número de fracasos escolares se asocian al embarazo adolescente.

Valdivia y Molina⁹, en su estudio publicado en el año 2010 comparan tres grupos: uno de madres adolescentes, otro de adolescentes no madres, y un grupo de madres adultas. Encontraron que las adolescentes no-madres presentan un

mayor apoyo social percibido, mayor coeficiente intelectual, menor nivel de sintomatología depresiva, que las adolescentes madres. Concluyen que sus resultados invitan a reflexionar acerca del rol del desarrollo cognitivo, en particular el coeficiente intelectual y la fábula personal, y su papel en el embarazo adolescente.

Como respuesta a este panorama, en Colombia el 92% de las direcciones territoriales de salud ha implementado un servicio de salud dirigido a adolescentes y jóvenes, con un enfoque amigable. Se trata de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes y prevención del embarazo adolescente mediante un enfoque integral. Bajo este modelo se han capacitado 2000 profesionales en salud, se formuló el plan nacional intersectorial de prevención del embarazo adolescente, con la participación de la organización panamericana de la salud (OPS) y UNICEF, y otros organismos gubernamentales nacionales. Las estadísticas colombianas muestran que entre 1995 y 2010, la fecundidad adolescente se redujo de 89 a 84 por 1000, aunque en 2005, llegó a 90 por 1000. La proporción de adolescentes embarazadas era de 17,4% en 1995, 20% en 2000 y 19% en 2010⁹.

Debido a las anteriores consideraciones se plantea la presente investigación que pretende analizar la funcionalidad familiar. En relación a otras características familiares, en un grupo de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en los centros de atención de ASSBASALUD ESE, se pretende abordar temas como: educación sexual, implicaciones de la estructura familiar (violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas y acompañamiento familiar)^{11,12}.

Materiales y métodos

El presente es un estudio de corte transversal, la población que intervino estuvo compuesta por 190 adolescentes entre los 12 y 21 años que asistían a controles prenatales en los centros de atención de ASSBASALUD

ESE Manizales (Empresa pública de primer nivel de atención, prestadora de servicios de salud que actúa en bajo y mediano grado de complejidad), correspondientes a las Palmas, Asunción, Piloto, Bosque, Fátima y la Enea.

Teniendo en cuenta que el promedio anual de adolescentes embarazadas, que asisten a control prenatal en ASSBASALUD ESE, es de 600, un valor esperado para disfuncionalidad familiar (leve, moderada y severa) de 50%, un error de estimación del 5%, y un nivel de confianza del 95%, se calculó un número de muestra de 190 adolescentes embarazados. Esta muestra se obtuvo mediante un muestreo probabilístico.

Como variable central en esta investigación se evaluó la funcionalidad familiar mediante el APGAR¹³ familiar, el cual es un cuestionario, propuesto por el Doctor Gabriel Smilkstein, médico familiar estadounidense, para evaluar la funcionalidad familiar, a través de la percepción que el individuo tenga sobre la Adaptabilidad, Participación, Ganancia (Grow, en inglés), Afecto y Recursos, al interior de su familia. Las respuestas son de tipo Likert y permite clasificar la funcionalidad familiar en: funcional, disfunción leve, disfunción moderada y disfunción severa. Fue validado en Colombia por Forero-Ariza¹⁴ *et al* en una población de básica secundaria, presentando un α de Cronbach de 0,793, adicionalmente los autores determinaron que las 5 preguntas constituyen un único factor.

El instrumento empleado fue una encuesta escrita compuestas por las siguientes variables correspondientes a información personal: estrato social, estado civil, nivel socioeconómico, escolaridad, trabajo, procedencia, composición familiar de la vivienda en que reside, estado civil de la madre, estado civil del padre, edad de la adolescente, edad actual del padre, edad actual de la madre, situaciones familiares conflictivas (violencia intrafamiliar, historia de violación propia o de algún familiar, consumo propio o de algún familiar de sustancia alucinógenas, bebidas alcohólicas o tabaco, embarazo en

menores de edad de algún familiar, privación de la libertad de algún familiar, de presión, intento de suicidio propio o de algún familiar, suicidio de algún familiar, otros aspectos familiares: conversa con los padres sobre sexualidad, ha recibido información sobre sexualidad, primera información recibida sobre educación sexual, con quien experimentó su primera relación sexual, relación estable, número de compañeros sexuales, uso de planificación, método de planificación, deseo de gestación, gestación planeada del primer embarazo, número de embarazos, número de hijos, abortos, edad de inicio de las relaciones sexuales de la adolescente, edad de primera gestación de la madre, edad de la persona con quien tuvo la primera relación sexual, edad del primer embarazo, edad en la cual tuvo su primer hijo.

La prueba piloto se efectuó con 9 gestantes adolescentes, y fue realizada el 9 de Agosto del 2012, a raíz de esta prueba se plantearon ciertos cambios al instrumento. La recolección final de datos se efectuó entre el 11 de octubre del 2012 hasta el 9 de noviembre del mismo año.

En relación con los procedimientos estadísticos, las variables medidas en escala nominal se describieron mediante tablas de frecuencia, las variables medidas en escala numérica mediante promedios y desviaciones estándar. Referente a la estadística inferencial la relación entre variables medidas en escala nominal se probó mediante el procedimiento estadístico de χ^2 , para variables medidas en escala nominal, y escala numérica mediante análisis de varianza. Todos los procedimientos de estadística inferencial fueron efectuados con un nivel de significancia $\alpha=0,05$. La base de datos se realizó empleando el programa Excel 2010 (Microsoft Corporation), y fue analizada mediante el programa estadístico IBM SPSS 21 (IBM Corp.) y el Epi Info (TM) 3.5.4 (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)).

En la realización del proyecto fueron respetadas todas las normas éticas de ley vigentes

en Colombia. La encuesta fue anónima, y no se recolectó ninguna información que permita identificar a las participantes. Previamente el proyecto fue enviado a ASSBASALUD ESE para aprobación y comentarios.

Resultados

Participaron en el estudio 190 adolescentes gestantes, el promedio de edad de la población fue de 18,23 años (Figura 1). La caracterización demográfica de esta población se encuentra en la Tabla 1; allí se observa que el estrato social predominante fue el 2 en un 56,3% (Ic95%:48,9%-63,5%), la mayor proporción de estado civil soltera 63,7% (Ic65%:56,4%-70,5%), escolaridad secundaria 78,54% (Ic95%:71,9%-84%), trabajan el 34,7% (Ic95%:28%-42%), en un 71,1% (Ic95%:64%-77,4%) procedentes de Manizales, el 45,3% (Ic95%:38%-52,6%) viven con sus progenitores.

Tabla 1. Aspectos socioeconómicos de las adolescentes participantes en el estudio sobre Funcionalidad familiar de adolescentes gestantes atendidas en el Programa de Control Prenatal de ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia), 2012.

Variables	Nivel	N	%
Estrato Social	1	58	30,5
	2	107	56,3
	3	25	13,2
Estado civil	Soltera	121	63,7
	Unión libre	53	27,9
	Casado	12	6,3
	Separado	4	2,1
Escolaridad	Primaria	18	9,5
	Secundaria	149	78,4
	Técnico	17	8,9
	Universitario	6	3,2
Trabaja actualmente	Si	66	34,7
	No	124	65,3
Procedencia	Manizales	135	71,1
	Medellín	5	2,6
	Neira	4	2,1
	Otros	46	24,2
Vive con progenitores	Si	86	45,3
	No	104	54,7

Estado civil del padre	Soltero	20	10,6
	Casado	85	45,2
	Unión libre	55	29,3
	Separado	28	14,9
	Faltantes	2	
Estado civil de la madre	Soltero	21	11,1
	Casado	82	43,4
	Unión libre	60	31,7
	Separado	26	13,8
	Faltantes	1	
Edad (años)	Promedio	18,23	
	LC95% LI	17,93	
	LC95% LS	18,53	
	Des. Est.	2,1	
	Mínimo	14	
	Máximo	21	
Edad actual del padre (años)	Promedio	47	
	LC95% LI	45,95	
	LC95% LS	48,05	
	Des. Est.	6,93	
	Mínimo	34	
	Máximo	65	
Edad actual de la madre (años)	Promedio	43,07	
	Lc95% LI	42,02	
	LC95% LS	44,12	
	Des. Est.	7,27	
	Mínimo	30	
	Máximo	82	

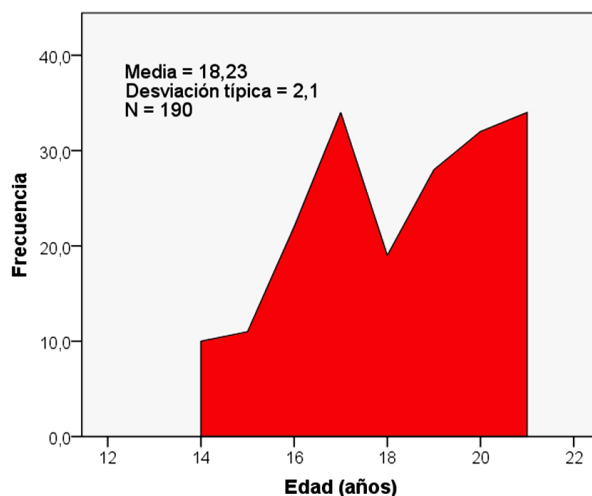


Figura 1. Histograma de edad de adolescentes gestantes controladas en ASSBASALUD ESE, y participantes en el estudio, 2012

Los aspectos familiares analizados se encuentran en la Tabla 2. Allí se observa que las familias de las adolescentes presentaron buena funcionalidad familiar en un 27,9% (Ic95%:21,6%-34,8%), seguida de disfunción moderada en un 26,8% (Ic95%: 20,7%-33,7%). El cuestionario APGAR familiar presentó una α de Cronbach de 0,907. Presentaron una relación con el padre buena en un 34,7% (Ic95%:28%-42%), relación con la madre buena en un 43,2% (Ic95%:36%-50,5%), tipo de educación recibida del padre adecuada (según lo califica la misma adolescente) en un 29,5% (Ic95%:23,1%-36,5%), tipo de educación recibida por la madre tolerante en un 46,3% (Ic95%:39,1%-53,7%).

Referente a los aspectos sociales familiares se encontró que hay violencia familiar en un 38,9% (Ic95%:32%-46,3%) y esta proviene del padre en un 28,4% (Ic95%:22,1%-35,4%), historia de intentos de suicidio en la familia en un 13,2% (Ic95%:8,7%-18,8%), siendo la adolescente misma la que intentó suicidarse en mayor proporción 6,6%, historia de violación en el 6,8% (Ic95%:3,7%-11,4%) siendo la víctima en mayor proporción un familiar diferente a los padres y hermanos 2,1% (Ic95%:0,6%-5,3%). Existe privación de libertad en un 6,3% (Ic95%:3,3%-10,8%), siendo el privado de la libertad el padre en un 2,6% (Ic95%:0,9%-6%).

Historia de tabaquismo o consumo de alcohol en la familia en un 76,8% (Ic95%:70,2%-82,6%), siendo el padre el familiar fumador o bebedor de alcohol en mayor proporción 45,8% (Ic95%:38,6%-53,2%), historia de consumo de drogas en un 20%, siendo hermano el mayor consumidor en 7,4 (Ic95%:4,1%-12,1%), no se indagó por tipo de droga.

Historia de depresión en la familia en un 25,8% (Ic95%:19,7%-32,6%), siendo la misma embarazada en un 14,7% (Ic95%:10%-20,6%) la más deprimida.

A la pregunta de si en su familia había historia de embarazo en menores de 17 años el

63,2% (Ic95%:55,9%-70%) respondieron que sí. De estas el 43,7%, (Ic95%:36,5%-51,1%) respondieron que ella era la adolescente menor de 17 años embarazada, y 28,9% (Ic95%:22,6%-36%) respondieron que era la madre.

También se incluyen las frecuencias de las diferentes preguntas, se observa que de cinco esferas evaluadas la que obtuvo mayor puntaje fue Afecto, encontrando que en 47,5%, las gestantes se sienten queridas por su familia siempre.

Tabla 2. Aspectos familiares de las adolescentes participantes en el estudio sobre funcionalidad familiar de gestantes atendidas en el programa de Control Prenatal de ASSBASALUD ESE, 2012.

Variables	Nivel	N	%
Funcionalidad familiar Medida mediante el APGAR familiar	buena función familiar	53	27,9
	disfunción familiar moderada	51	26,8
	disfunción familiar leve	44	23,2
	disfunción familiar severa	42	22,1
Figura paterna	Progenitor	124	65,3
	Ninguno	33	17,4
	Padrastro	16	8,4
	Otro	11	5,8
	Abuelo	6	3,2
Figura materna	Progenitora	169	88,9
	Abuela	6	3,2
	No existe	6	3,2
	Otra	6	3,2
	Madrastra	3	1,6
Relación con el padre	Buena	66	34,7
	Regular	41	21,6
	Excelente	35	18,4
	Mala	25	13,2
	Ninguna	22	11,6
	Ningún tipo de relación	1	0,5
Relación con la madre	Buena	82	43,2
	Excelente	60	31,6
	Regular	35	18,4
	Mala	10	5,3
	Ninguna	2	1,1
	Ningún tipo de relación	1	0,5

Tabla 2. Aspectos familiares de las adolescentes participantes en el estudio sobre funcionalidad familiar de gestantes atendidas en el programa de Control Prenatal de ASSBASALUD ESE, 2012.

Variables	Nivel	N	%
Tipo de educación recibida del padre	Adecuada	56	29,5
	Tolerante	51	26,8
	Ninguna	43	22,6
	Rígida	40	21,1
Tipo de educación recibida de la madre	Tolerante	88	46,3
	Adecuada	70	36,8
	Rígida	27	14,2
	Ninguna	5	2,6
Situaciones presentadas en el hogar			
Violencia	no	116	61,1
	si	74	38,9
Por parte de quién	padre	38	20
	madre	9	4,7
	padre y madre	7	3,7
	padraastro	6	3,2
	padre y hermano	3	1,6
	otros	11	5,7
	faltantes	116	
Perpetradores individuales de violencia en la familia	padre	54	28,4
	madre	22	11,6
Suicidios o intento de suicidio	no	165	86,8
	si	25	13,2
Por parte de quién	yo	11	5,8
	hermano (a)	4	2,1
	tercer grado de consanguinidad	3	1,6
	Madre	2	1,1
	Padre	2	1,1
	otros	3	1,5
	Faltantes	165	
Cuento individual de familiares con suicidio o intento de suicidio	yo	13	6,8
	hermano (a)	6	3,1
Historia de Violación	no	117	93,2
	si	13	6,8
Por parte de quién	tercer grado de consanguinidad	4	2,1
	madre	2	1,1
	padraastro	2	1,1
	yo	2	1,1
	hermano (a)	1	0,5
	otros	2	1
	Faltantes	177	

Violadores individuales	madre	3	1,6
	padraastro	3	1,6
Privación de la libertad	no	178	93,7
	si	12	6,3
Por parte de quién	padre	5	2,6
	madre	3	1,6
	hermano (a)	2	1,1
	yo	1	0,5
	Faltantes	179	
Fumar o beber licor	si	146	76,8
	no	44	23,2
Por parte de quién	Padre	33	17,4
	Yo	18	9,5
	padre y madre	12	6,3
	hermano (a)	9	4,7
	padre, hermano y familiar en tercer grado de consanguinidad	7	3,7
	otros	67	35,2
	Faltantes	44	
Consumidores individuales de licor o tabaco	padre	87	45,8
	yo	47	24,8
Consumo de sustancias alucinógenas	no	152	80
	ai	38	20
Por parte de quién	tercer grado de consanguinidad	13	6,8
	hermano (a)	12	6,3
	yo	5	2,6
	hermano (a) y yo	2	1,1
	padraastro	2	1,1
	otros	4	2,1
	Faltantes	152	
Consumidor individual de sustancias alucinógenas	hermano (a)	14	7,4
	yo	8	4,2
Depresión	no	141	74,2
	si	49	25,8
Por parte de quién	yo	18	9,5
	madre	13	6,8
	hermano (a)	5	2,6
	hermano (a) y yo	5	2,6
	madre, hermano (a) y yo	4	2,1
	otros	4	2,2
	Faltantes	140	
Depresión individual	yo	28	14,7
	madre	20	9,9

Tabla 2. Aspectos familiares de las adolescentes participantes en el estudio sobre funcionalidad familiar de gestantes atendidas en el programa de Control Prenatal de ASSBASALUD ESE, 2012.

Variables	Nivel	N	%
Embarazo en menores de edad	si	120	63,2
	no	70	36,8
Por parte de quién	yo	39	20,5
	madre y yo	23	12,1
	madre	16	8,4
	hermano (a) y yo	8	4,2
	tercer grado de consanguinidad	8	4,2
	otros	26	13,8
	Faltantes	69	
Embarazo individual en menores de 17 años	yo	84	44,1
	madre	55	28,9
Preguntas APGAR			
Pregunta 1	Siempre	61	32,1
	Casi siempre	53	27,9
	Algunas veces	44	23,2
	Casi nunca	21	11,1
	Nunca	11	5,8
Pregunta 2	Algunas veces	57	30
	Siempre	52	27,4
	Casi siempre	41	21,6
	Casi nunca	22	11,6
	Nunca	18	9,5
Pregunta 3	Algunas veces	56	29,5
	Siempre	49	25,8
	Casi siempre	43	22,6
	Nunca	24	12,6
	Casi nunca	18	9,5
Pregunta 4	Casi siempre	67	35,3
	Algunas veces	51	26,8
	Siempre	44	23,2
	Casi nunca	16	8,4
	Nunca	12	6,3
Pregunta 5	Siempre	90	47,4
	Casi siempre	51	26,8
	Algunas veces	38	20
	Casi nunca	9	4,7
	Nunca	2	1,1

La Tabla 3 muestra los aspectos psicosociales. Se ve que las adolescentes conversan con sus padres sobre sexualidad algunas veces en un 31,1% (Ic95%:24,6%-38,2%), ha recibido información sexual algunas veces en un 36,8% (Ic95%:30%-44,1%), la primera información sobre educación sexual recibida fue en el colegio en un 41,6% (Ic95%:34,7%-49,2%) y de los padres en un 23,3% (Ic95%:17,5%-30%).

Edad inicio de relaciones sexuales 15,06 años, experimentada con novio en un 77,9% (Ic95%:71,3%-83,6%), edad de la persona con quien tuvo su primera relación sexual 19,99 años en promedio, número de compañeros sexuales hasta al momento uno en un 31,1% (Ic95%:24,6%-38,2%), tienen relación estable en un 54,7% (Ic95%:47,4%-62%), método de planificación más frecuente condón 30,5% (Ic95%:24,1%-37,6%) y no emplea métodos anticonceptivos ni ella ni su pareja en un 22,6% (Ic95%:16,9%-29,2%), la razón más frecuente para el no uso fue porque no se siente cómoda en un 36,2% (Ic95%:24%-49,9%), la razón aducida para el primer embarazo fue que no pensaba que iba a quedar embarazada en un 36,3% (Ic95%:29,5%-43,6%), quería tener un hijo fue la razón de quedar embarazada en un 26,8% (Ic95%:20,7%-33,7%). La edad de la primera gestación en las adolescentes fue en promedio 17,29 años, la edad de la primera gestación de la madre fue en promedio de 19,5 años en promedio han tenido solo un embarazo en el 69,8% (Ic95%:62,8%-76,3%) y dos en el 20,6% (Ic95%:15,1%-27,1%), en un 79% (Ic95%:72,3%-84,7%) tienen 1 hijo y 2 en 17,1% (Ic95%:11,9%-23,4%), en promedio tuvieron su primer hijo a los 17,58 años, han tenido abortos inducidos en un 7,4% (Ic95%:4,1%-12,1%) y espontáneos en un 5,3% (Ic95%:2,6%-9,5%).

Tabla 3. Aspectos psicosociales y sexuales de gestantes adolescentes participantes en el estudio atendidas en el programa de control prenatal de ASSBASALUD ESE.

Variables	Nivel	N	%
Conversa con sus padres sobre sexualidad	Algunas veces	59	31,1
	Nunca	45	23,7
	Casi siempre	38	20
	Casi nunca	30	15,8
	Siempre	18	9,5
Ha recibido información sobre sexualidad	Algunas veces	70	36,8
	Casi siempre	65	34,2
	Siempre	37	19,5
	Casi nunca	11	5,8
	Nunca	7	3,7
Primera información sobre educación sexual	Colegio	79	41,6
	Padres	44	23,2
	Amigos	43	22,6
	Personal de salud	13	6,8
	Familiares	6	3,2
	Otros	4	2,1
Edad de la primera relación sexual	Promedio	15,1	
	LC95% LI	14,8	
	LC95% LS	15,3	
	Des. Est.	1,65	
	Mínimo	10	
	Máximo	19	
Primera relación sexual experimentada con	Novio	148	77,9
	Amigo	33	17,4
	Persona que recién conocía	5	2,6
	Familiar	2	1,1
	Desconocido	1	0,5
	Otro	1	0,5
Edad de la persona con la cual tuvo la primera relación (años)	Promedio	19,99	
	LC95% LI	19,27	
	LC95% LS	20,70	
	Des. Est.	4,99	
	Mínimo	14	
	Máximo	53	
Relación estable	Si	104	54,7
	No	68	35,8
	No tengo pareja	18	9,5
Número de compañeros sexuales	Uno	59	31,1
	Dos	52	27,4
	Tres	37	19,5
	Cuatro	16	8,4
	Cinco	11	5,8
	Otros	15	7,9

Método de planificación	Condón	58	30,5
	No emplea	43	22,6
	Pastillas anticonceptivas	39	20,5
	Inyección	35	18,4
	Retiro antes de eyaculación	10	5,3
	Otros	5	2,7
Razón por la cual no planifica	No se siente cómoda	21	11,1
	Otro	19	10
	Temor a ser descubierto por los padres	10	5,3
	No sabe que método usar	5	2,6
	Pareja no está de acuerdo	3	1,6
	Faltantes	132	69,5
Razón del primer embarazo	Pensaba que no iba quedar embarazada	69	36,3
	Deseaba tener un hijo	51	26,8
	No pensaba tener relaciones en ese momento	36	18,9
	Falló el método	24	12,6
	No conocía los métodos anticonceptivos	5	2,6
	Otro	5	2,6
Edad primer embarazo (años)	Promedio	17,29	
	LC95% LI	16,97	
	LC95% LI	17,61	
	Des. Est.	2,21	
	Mínimo	13	
	Máximo	21	
Edad primera gestación de la madre (años)	Promedio	19,50	
	LC95% LI	18,96	
	LC95% LS	20,05	
	Des. Est.	3,79	
	Mínimo	12	
	Máximo	34	
Número de embarazos	Uno	132	69,8
	Dos	39	20,5
	Tres	13	6,9
	Cuatro	2	1,1
	Cinco	2	1,1
	Siete	1	0,5
Número de hijos	Faltantes	1	
	Uno	143	79
	Dos	31	17,1
	Tres	7	3,9
	Faltantes	9	

Tabla 3. Aspectos psicosociales y sexuales de gestantes adolescentes participantes en el estudio atendidas en el programa de control prenatal de ASSBASALUD ESE.

Variables	Nivel	N	%
Edad a la que tuvo el primer hijo	Promedio	17,58	
	LC95% LI	17,27	
	LC95% LS	17,90	
	Des. Est.	2,19	
	Mínimo	13	
	Máximo	21	
Abortos	No	166	87,4
	Inducido	14	7,4
	Espontáneo	10	5,3

Relaciones entre variables

Empleando la prueba de χ^2 se probó la relación entre la funcionalidad familiar y el resto de variables medidas en escala nominal consideradas en el estudio, las variables que presentaron dependencia significativa se encuentran relacionadas en la Tabla 4.

Tabla 4. Relaciones significativas entre variables medidas en escala nominal, y funcionalidad familiar en población de adolescentes embarazadas atendidas en ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia), 2012

		Funcionalidad familiar								
Variable	Nivel	Buena		D. leve		D. Moderada		D. Severa		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Escolaridad	primaria	2	11,1	3	16,7	3	16,7	10	55,6	0,005
	secundaria	39	26,2	36	24,2	43	28,9	31	20,8	
	técnico	8	47,1	3	17,6	5	29,4	1	5,9	
	universitario	4	66,7	2	33,3	0	0,0	0	0,0	
Relación con el padre	excelente	22	62,9	11	31,4	1	2,9	1	2,9	0,000
	buena	17	25,8	21	31,8	25	37,9	3	4,5	
	regular	4	9,8	4	9,8	14	34,1	19	46,3	
	mala	2	8	1	4,0	7	28,0	15	60,0	
Relación con la madre	ninguna	8	34,8	7	30,4	4	17,4	4	17,4	0,000
	excelente	30	50	19	31,7	10	16,7	1	1,7	
	buena	19	23,2	24	29,3	28	34,1	11	13,4	
	regular	3	8,3	1	2,8	11	30,6	21	58,3	
	mala	1	10,0	0	0,0	1	10,0	8	80,0	
Educación recibida por el padre	ninguna	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0,001
	tolerante	15	29,4	17	33,3	9	17,6	10	19,6	
	adecuada	23	41,1	12	21,4	18	32,1	3	5,4	
	rígida	4	10,0	7	17,5	14	35,0	15	37,5	
Educación recibida por la madre	ninguna	11	25,6	8	18,6	10	23,3	14	32,6	0,002
	tolerante	20	22,7	26	29,5	18	20,5	24	27,3	
	adecuada	26	37,1	17	24,3	21	30,0	6	14,35	
	rígida	7	25,9	1	3,7	10	37,0	9	33,3	
Violencia intrafamiliar	ninguna	0	0,0	0	0,0	2	40,0	3	60,0	0,000
	si	11	14,9	6	8,1	26	35,1	31	41,9	
Embarazo en <17 años	no	42	36,2	38	32,8	25	21,6	11	9,5	0,020
	si	26	21,7	26	21,7	35	29,2	33	27,5	
Depresión	no	27	38,6	18	25,7	16	22,9	9	12,9	0,000
	si	4	8,2	7	14,3	15	30,6	23	46,9	
	no	49	34,8	37	26,2	36	25,5	19	13,5	

Tabla 4. Relaciones significativas entre variables medidas en escala nominal, y funcionalidad familiar en población de adolescentes embarazadas atendidas en ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia), 2012

		Funcionalidad familiar								
Variable	Nivel	Buena		D. leve		D. Moderada		D. Severa		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Alcohol y cigarrillo	si	33	45,5	34	22,7	42	20,5	37	11,4	0,017
	no	20	22,6	10	23,3	9	28,8	5	25,3	
Conversación familiar sobre sexualidad y embarazo	siempre	10	55,6	6	33,3	2	11,1	0	0,0	0,000
	casi siempre	15	39,5	17	44,7	6	15,8	0	0,0	
	algunas veces	18	30,5	16	27,1	21	35,6	4	6,8	
	casi nunca	4	13,3	2	6,7	12	40,0	12	40,0	
	nunca	6	13,3	3	6,7	10	22,2	26	57,8	
Información sobre sexualidad	siempre	17	45,9	9	24,3	8	21,6	3	8,1	0,001
	casi siempre	23	35,4	17	26,2	18	27,7	7	10,8	
	algunas veces	13	18,6	12	17,1	22	31,4	23	32,9	
	casi nunca	0	0,0	4	36,4	2	18,2	5	45,5	
	nunca	0	0,0	2	28,6	1	14,3	4	57,1	
Primera información sobre sexualidad	familia	2	33,3	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0,000
	colegio	25	31,6	18	22,8	20	25,3	16	20,3	
	personal de salud	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	
	amigos	2	4,7	4	9,3	16	37,2	21	48,8	
	otros	2	66,7	0	0,0	0	0,0	1	33,3	
Relación estable de pareja	si	38	36,5	28	26,9	25	24,0	13	12,5	0,005
	no	11	16,2	12	17,6	22	32,4	23	33,8	
	sin pareja	4	22,2	4	22,2	4	22,2	6	33,3	
Método de planificación familiar	condón	15	25,9	20	34,5	12	20,7	11	19,0	0,000
	inyección	8	22,9	9	25,7	9	25,7	9	25,7	
	pastillas	9	23,1	11	28,2	14	35,9	5	12,8	
	ritmo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	
	retiro antes	0	0,0	1	10,0	0	0,0	9	90,0	
	casero	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	
	no uso	21	48,8	3	7,0	15	34,9	4	9,3	
Uso método anticonceptivo	si	32	21,8	41	27,9	36	24,5	38	25,9	0,000
	no	21	48,8	3	7,0	15	34,9	4	9,3	
Razón para no uso de método anticonceptivo	desacuerdo	0	0,0	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0,008
	incomodidad	3	14,3	2	9,5	4	19,0	12	57,1	
	temor	3	30,0	1	10,0	3	30,0	3	30,0	
	no sabe	2	40,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	
	No método	0	0,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3	
	Otro daño	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	otro	12	80,0	0	0,0	3	20,0	0	0,0	
Razón del primer embarazo	deseo	19	37,3	19	37,3	7	13,7	6	11,8	0,030
	fallo método	6	25,0	5	20,8	8	33,3	5	20,8	
	desconoce método	0	0,0	0	0,0	2	40,0	3	60,0	
	pensamiento no embarazo	17	24,6	13	18,8	22	31,9	17	24,6	
	no relaciones	8	22,2	6	16,7	12	33,3	10	27,8	
	relación forzada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
	otro	3	75,5	1	25,5	0	0,0	0	0,0	

Tabla 4. Relaciones significativas entre variables medidas en escala nominal, y funcionalidad familiar en población de adolescentes embarazadas atendidas en ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia), 2012

		Funcionalidad familiar								
Variable	Nivel	Buena		D. leve		D. Moderada		D. Severa		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Número de embarazos	1	44	33,3	35	26,5	34	25,8	19	14,4	0,025
	2	6	15,4	5	12,8	14	35,9	14	35,9	
	3	1	7,7	3	23,1	3	23,1	6	46,2	
	4	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	
	5	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	
	7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
Número de hijos	1	43	30,1	38	26,6	38	26,6	24	16,8	0,006
	2	6	19,4	2	6,5	9	29,0	14	45,2	
	3	0	0,0	3	42,9	2	28,6	2	28,6	
Abortos	inducido	1	7,1	0	0,0	5	35,7	8	57,1	0,007
	espontaneo	2	20,0	4	40,0	1	10,0	3	30,0	
	no	50	30,1	40	24,1	45	27,1	31	18,7	

Destaca en la Tabla 4 como algunas variables que determinan el estado de embarazo de la adolescente están influenciadas por la funcionalidad familiar. Por ejemplo conversar sobre sexualidad y embarazo con los padres ($p=0.000$, Figura 3). Se observa en el estudio que entre las adolescentes que siempre conversan con sus padres sobre aspectos de la sexualidad, y posibilidad de embarazo existe un 55,6% de buena funcionalidad familiar, esta funcionalidad baja a 13,3% entre las que nunca o casi nunca sostienen estas conversaciones con sus padres.

Tener relación estable de pareja (y el consecuente apoyo en un embarazo) también contribuye a una buena funcionalidad familiar ($p=0,005$) como lo muestra la Figura 2, en esta se observa que las adolescentes que tienen relación estable de pareja en un 36,5% perciben buena funcionalidad familiar, que baja a 16,2% entre las que no.

El antecedente de abortos parece, también, tener un papel en la funcionalidad familiar ($p=0,007$), así en quienes reportaron no haber

tenido abortos se encontró una buena función familiar en el 30,1% de los casos, por otro lado entre quienes manifestaron antecedente de aborto inducido, sólo el 7,1% tuvieron buena funcionalidad familiar (Figura 4).

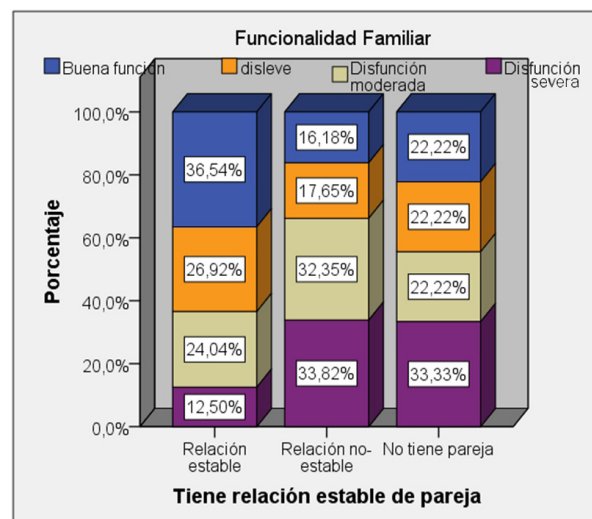


Figura 2. Relación entre funcionalidad familiar y llevar una relación estable de pareja en población de adolescentes embarazadas atendidas en ASSBASALUD ESE, 2012

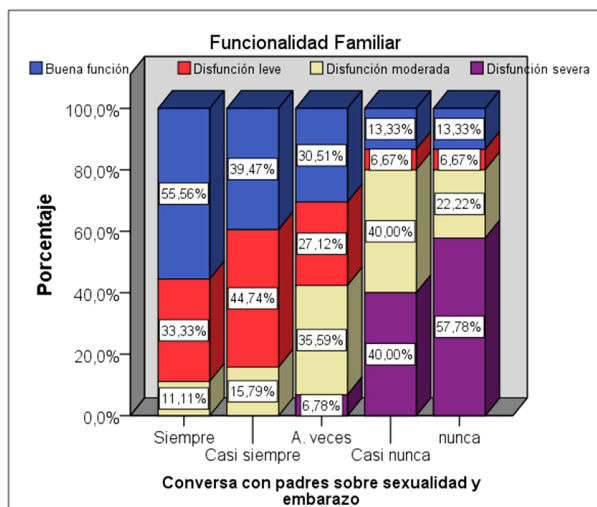


Figura 3. Relación entre funcionalidad familiar y conversar con los padres sobre temas de sexualidad en población de adolescentes embarazadas atendidas en ASSBASALUD ESE, 2012.

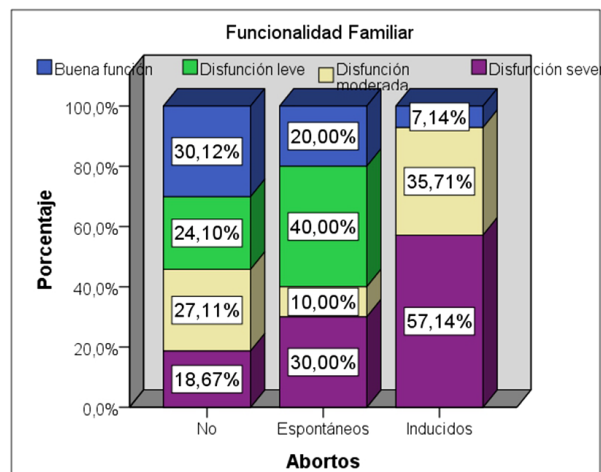


Figura 4. Relación entre funcionalidad familiar y abortos en población de adolescentes embarazadas atendidas en ASSBASALUD ESE, 2012.

Mediante el procedimiento estadístico de análisis de varianza, se probó la relación entre funcionalidad familiar, y las variables medidas en escala numérica, la Tabla 5 muestra las relaciones encontradas significativas.

La figura 5 ilustra la relación entre funcionalidad familiar y edad de inicio de relaciones sexuales.

Tabla 5. relaciones significativas entre variables medidas en escala numérica, y disfunción familiar en población de adolescentes embarazadas atendidas en ASSBASALUD ESE, 2012

		Funcionalidad familiar				P
Variable		Buena	Dis. Leve	Dis. Mod	Dis. Sev	
Edad Madre	Pro	44,1 a	43,1 b	42,9 b	39,8 b	0,018
	N	44	34	46	41	
Edad inicio rereaciones sexuales	Pro	15,4 a	15 ab	15,1 a	14,2 b	0,005
	N	44	34	46	41	
Edad primer embarazo	Pro	17,8 a	17,7 a	17 ab	16,2 b	0,002
	N	44	34	46	41	
Edad parto primer hijo	Pro	18,1 a	17,9 a	17,1 ab	16,6 b	0,008
	N	44	34	46	41	

Promedios con la misma letra no son significativamente diferentes.

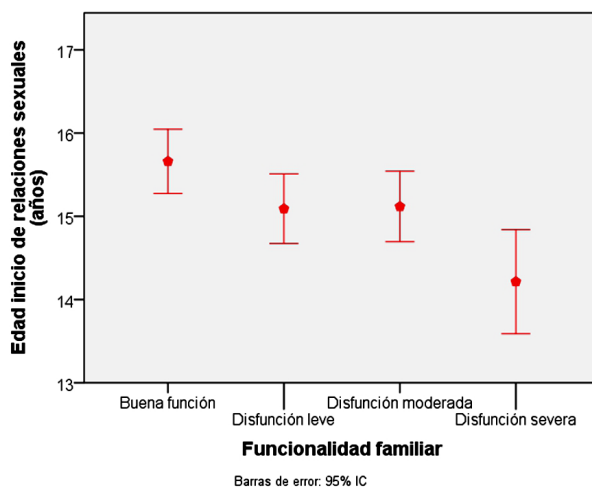


Figura 5. Relación entre funcionalidad familiar y edad de inicio de las relaciones sexuales en población de adolescentes embarazadas atendidas en ASSBASALUD ESE, 2012.

Discusión

En el presente estudio participaron 190 adolescentes embarazadas atendidas en ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia), se encontró que el 72,1% presentaron disfunción familiar entre leve y severa.

Sobre esta misma situación se encuentran diversos resultados, bien sea por que la población tenga características un tanto diferentes

o porque la forma de evaluar la funcionalidad familiar sea diferente, aun así los investigadores consideran importante su mención. Así Rangel¹⁵ *et al*, en una población de 364 embarazadas entre 12 y 19 años, escogidas al azar entre las que consultaron el servicio de consulta externa de la unidad de Medicina familiar, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de León, Guanajuato (México) entre los años 2001 y 2002. Empleando el APGAR familiar encontraron un 67% buena función familiar, 27% disfunción moderada, y 6% disfunción severa. Aunque la forma de calificar el APGAR, y de presentar los distractores fueron diferentes a los empleados en este estudio, los autores piensan que en general los resultados son comparables.

Por otro lado León-Martínez¹⁶ *et al* presenta resultados más de acuerdo con los obtenidos en la presente investigación. En esa se estudiaron adolescentes embarazadas pertenecientes al policlínico universitario "Ramón Pando Ferrer" del municipio Santa Clara (Cuba) entre el 2008 y el 2009, se empleó una muestra de 50 gestantes adolescentes, cuyas familias presentaron un 78% de disfuncionalidad familiar (leve, moderada, y severa), en este estudio emplean otros cuestionarios para medir funcionalidad familiar que confirman este resultado.

Urreta-Palacios¹⁷ elaboró una tesis en el 2008 en Lima (Perú), en la cual estudió el funcionamiento familiar en 78 adolescentes embarazadas usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho, desde diferentes puntos de vista. Encontró 48,7% de funcionamiento familiar disfuncional. Presentaron unos 52,6% solteras, 47,4% con antecedente de embarazo temprano en la madre, las cifras respectivas en la presente investigación fueron 63,7% solteras, y 28,9% antecedente familiar de embarazo adolescente en la madre.

Entre las razones aducidas por las adolescentes para haber quedado embarazada está "pensaba que no iba quedar embarazada" con

36,3%, deseaba tener un hijo 26,8%, el desconocimiento de los métodos anticonceptivos figura solo en un 2,6%. En un estudio realizado por Rangel-Díaz¹⁸ *et al*, en 405 adolescentes embarazadas residentes en el municipio de San Luis (Cuba), entre el año 2005 y 2010, el 44,6% de ellas adujeron el desconocimiento como motivo principal del embarazo, seguido de miedo a los padres 36,3 y confiaba en mi pareja 18,8%. En cierta forma se puede asimilar el desconocimiento del estudio de Rangel-Díaz, con el "pensaba que no iba a quedar embarazada" del presente estudio. Llama poderosamente la atención la segunda causa de embarazo adolescente aducida por la población del presente estudio, o sea "quería quedar embarazada".

En relación a factores familiares en la presente investigación se encontró que un 54,7 no vivían con los progenitores, en un 38,9% las jóvenes sufrían de violencia en el hogar, en el 29% de los casos por parte del padre, consumo de sustancias psicoactivas en un 20%, 46,5% de relación de regular a ninguna con el padre, y tipo de educación recibida por el padre adecuada en solo el 29,6%. Thompson¹⁹ *et al*, publicaron en el año 2008, un estudio de casos y controles, con jóvenes adolescentes embarazadas y no-embarazadas (N=951), provenientes de una base de datos norteamericana que tenía información de todo el país. Si bien no estudiaron la funcionalidad familiar como tal, si mencionan varios aspectos familiares que resultaron ser factores de riesgo para embarazo adolescente, entre ellos: estar fuera del hogar durante un largo período de tiempo (OR=1,39), estar fuera del colegio (OR=2,18), sensación de abandono por parte de la familia (OR=1,46), vivir con los dos padres se constituye en factor protector (OR=0,75), abuso emocional por parte de la madre (OR= 1,51). En el estudio de Thompson comentan que las adolescentes embarazadas tienen complejos perfiles compuestos por una multitud de características de riesgo, comportamientos altamente comprometedores, y pobre funcionalidad familiar.

También Acosta-Varela²⁰ *et al*, en una investigación publicada en el año 2012, realizaron un estudio de casos y controles con 96 adolescentes (48 embarazadas y 48 con vida sexual activa), encontrando asociación entre riesgo de embarazo y escolaridad (OR=2,66), estar casada o vivir en unión libre (OR=5), no empleo de métodos anticonceptivos por 6 meses (OR=2,78), entre otras. En la presente investigación el 34,2% estaban solteras o en unión libre, el 90,5% presentaban escolaridad secundaria o mayor, el 30,5% no empleaban métodos de planificación, por lo que al parecer estos resultados difieren de lo encontrado por Acosta-Varela.

Leyva-Sorribe⁵ *et al* realizaron también un estudio de casos y controles con 77 adolescentes embarazadas y 233 no embarazadas donde se determinó que la educación inadecuada, la falta de comunicación con sus padres, la falta de apoyo de su pareja, el comportamiento sexual promiscuo son factores de riesgo para el embarazo adolescente, como igualmente se encontró en el presente estudio.

En su tesis de Maestría Merino e Inestroza²¹, desarrollaron un estudio con enfoque cualitativo en 38 adolescentes embarazadas, atendidas en una unidad de Salud de El Salvador. Entre los factores que influyen en el embarazo adolescente están la desintegración familiar, machismo de la pareja, desear tener un hijo, desconocimiento de temas de sexualidad, y contracepción, inicio temprano de la actividad sexual, entre otras. En la presente investigación han quedado muy claros los problemas de disfunción familiar en este grupo de adolescentes embarazadas, al igual que desear quedar embarazada como la segunda causa en frecuencia, también el no empleo en una buena proporción de métodos anticonceptivos, solo el 9,5% nunca o casi nunca han recibido información sobre temas de sexualidad, la edad promedio de la primera relación sexual fue de 15,1 años, bastante baja.

También Alarcón-Argote²² *et al*, obtuvieron resultados análogos a los de la presente inves-

tigación. Ellos realizaron un estudio de casos y controles en el año 2007, con 100 adolescentes embarazadas y no, atendidas en el policlínico José Martí Pérez del municipio Santiago (Cuba). Al evaluar la educación recibida de los padres, en el grupo de adolescentes embarazadas se evaluó como inadecuada en un 60% (70,5% esta investigación), en el 36% (54,7% esta investigación) no convivían con sus padres, la relación con sus padres era inadecuada en un 52% (46,9% esta inv.), en el 68% (en la presente investigación 70,6% entre nunca y algunas veces) no conversan sobre sexualidad, el 68% (30,5 presente investigación) no utilizan anticonceptivos, el 72% (65,8 presente investigación) no tienen relación estable de pareja, 7% (41,6% más de dos compañeros sexuales en la presente investigación) del grupo de embarazadas presentan un comportamiento promiscuo en sus relaciones sexuales. Es de anotar que todas las proporciones enunciadas fueron bastante menores en el grupo control o de no-embarazadas.

Ortiz-Serrano²³ *et al* (2005) encontraron resultados parecidos al analizar 336 embarazadas adolescentes, con edad promedio de 17 años (18,23 años presente estudio) atendidas en el Hospital Local del Norte, entidad de 1° nivel de la ciudad de Bucaramanga (Colombia). En este grupo la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 15 años (15,1 años presente investigación), 65,6% (31,1% en el presente estudio) con un compañero sexual, 62,2% (27,9% este estudio) viven en unión libre. En el estudio de Ortiz-Serrano 59% afirmó haber deseado estar embarazada, y nuevamente aparece este hecho que parecería absurdo en adolescentes de esa edad. Otras variables resultaron igualmente comparables.

De todo lo enunciado anteriormente se puede concluir que el grupo de adolescentes embarazadas estudiadas se caracteriza por presentar una gran proporción de disfuncionalidad familiar, a su vez esta percepción de alta

disfuncionalidad familiar está relacionada con la escolaridad de la gestante ($p=0,005$), la cual percibe mayor disfuncionalidad entre menor sea su nivel educativo, nivel de relación con el padre ($p=0,000$) y la madre ($p=0,000$), entre mejor sea la relación con sus padres mejor funcionalidad familiar percibe la adolescente. También influye en la percepción de buena funcionalidad familiar que tenga la adolescente el tipo de educación recibida por el padre ($p=0,001$) y la madre ($p=0,002$), la adolescente que percibe la educación recibida por padre y madre como adecuada tiende a percibir una mejor funcionalidad familiar, esta decrece a medida que la educación de padre y madre se vuelve tolerante, rígida, o ninguna.

También se reportó una alta frecuencia de historia de violencia en esta población de 38,9%, la cual desde luego contribuye a la baja proporción de buena funcionalidad familiar encontrada ($p=0,000$). Esta violencia principalmente está originada por el padre, aunque en una apreciable proporción también por la madre. Los autores consideran que Colombia es un país fundamentalmente violento, como lo demuestra la largo sucesión de guerras declaradas y no-declaradas que ha vivido Colombia desde que se independizó, aún hoy Colombia está en guerra, y cuando algunos “actores armados” se desmovilizan, otros los reemplazan, así que los autores consideran que en cualquier fenómeno social que se estudie en Colombia siempre habrá una gran proporción de violencia, o sea en Colombia la violencia es endémica.

En cuanto a otros factores estudiados que se presentaron con mucha frecuencia en la población en la presente investigación está el hecho de que la madre de la adolescente en general también tuvo un embarazo adolescente, como lo demuestra el hecho de que las madres, según lo declarado por las mismas gestantes que intervinieron en el estudio tenían en promedio 19,5 años en su primera gestación, y también en que 28,9% de ellas se embarazaron antes

de los 17 años. Este hecho también tuvo una influencia significativa en la percepción de baja proporción de buena funcionalidad familiar ($p=0,020$).

Adicionalmente se encuentra como problema familiar, que desde luego está contribuyendo a la baja proporción percibida de buena funcionalidad familiar el alto consumo de alcohol que muestra la población ($P=0,017$), consumo que también es típico de Colombia, que además de ser un país de personas violentas, es un país de personas bebedoras de alcohol.²⁵

El otro factor que se encontró en alguna proporción fue la depresión 25,8% en algún miembro de la familia, hecho que también contribuye a la baja proporción de buena funcionalidad familiar percibida ($p=0,000$).

Los hechos mencionados en los párrafos anteriores causan en las adolescentes actividad sexual precoz, sin las debidas precauciones, tal vez debido a su misma ignorancia en temas de sexualidad, o tal vez porque como vía de escape a su situación desean tener hijos, causa promiscuidad entre las adolescentes. Se demostró igualmente que, con algunas variaciones, estos patrones, en general, se reproducen en otras poblaciones de adolescentes embarazadas del país y el mundo. Una vez más, y como sucede en prácticamente todos los aspectos de la vida de los seres humanos, se demuestra la importancia capital de la familia de origen en la aparición del fenómeno de embarazo adolescencial.

En este estudio se demostró que las adolescentes 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.

Aunque no pudo ser corroborado por otros estudios, en la presente investigación se

correlacionó la percepción de disfuncionalidad familiar con ciertas conductas de las adolescentes, encontrando significativa la relación entre disfunción familiar y la presencia de abortos inducidos ($p=0,007$), empleo de métodos anticonceptivos ($p=0.000$), alto número de embarazos ($p=0,025$), alto número de hijos, relaciones inestables de pareja ($p=0,005$).

También se encontraron otros factores familiares en menor proporción, como privación de la libertad, historia de violación, consumo de sustancias alucinógenas, que no correlacionaron con funcionalidad familiar.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra que la población participante fue de procedencia urbana y no rural, así como la ausencia de métodos para demostrar que la información dada por las adolescentes fuera totalmente cierta, también se incluye dentro de la dificultad para el estudio el hecho de que algunas adolescentes no asistían a los programas de control prenatal.

Conflictos de Interés: los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en relación al tema de la investigación.

Fuentes de financiación: Universidad de Manizales.

Literatura citada

- Carreón-Vásquez J, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C, Gil-Alfaro I, Soler-Huerta E, González-Solís R. **Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes.** *Arch Med Fam* 2004; 6(3):70-73.
- Goicolea I, Wulff M, Öhman A, San Sebastian M. **Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador's Amazon basin: a case-control study.** *Rev Panam Salud Publica* 2009; 26:221-8.
- Alarcón-Argota IR; Coello-Larrea J; Cabrera-García J; Monier-Despeine G. **Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia.** *Rev Cubana Enfermer* 2009; 25:1-14.
- Rangel J, Valerio L, Patiño J, García M, **Funcionalidad familiar.** *Rev Fac Med UNAM* 2004. 47(1):24-47.
- Leyva-Sorribe V, Berroa-Bonne A, Negret- Dutel D, García J. **Algunos aspectos relacionados con el embarazo a destiempo en adolescentes.** *Rev Cubana Enfermer* 2002; 18(2):107-111.
- Baeza W, Bernardita B. **Identificación de Factores de Riesgo y Factores Protectores del Embarazo en Adolescentes de la novena región.** *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72:76-81.
- Thompson S, bender K, Lewis C, Watkins R, **Run-away and pregnant: risk factors associated with pregnancy in a national sample of runaway/homeless female adolescents.** *J Adolesc Health* 2008; 43(2):125-132.
- Pereira A, Canavarro MC, Cardoso M, Mendonca D. **Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: a cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and no pregnant adolescents of low socioeconomic status.** *Adolescence* 2005; 40(159): 655-671.
- Valdivia M, Molina M. **Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años.** *Rev Psicología U de Chile* 2003; 12(2): 85-109.
- Gamboa-Montejano C, Valdés-Robledo S. **El embarazo en adolescentes. Marco teórico conceptual, políticas públicas, derecho comparado, directrices de la OMS, iniciativas presentadas y opiniones especializadas.** México DF: Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis Subdirección de Análisis de Política Interior; 2013.
- Winkler M, Perez Salas C, López L, **¿Embarazo deseado o no deseado?: representaciones sociales del embarazo adolescente, en Adolescentes hombres y mujeres habitantes de la comuna de Talagante, región metropolitana.** *Terapia Psicológica* 2005; 002:19-31.
- Chávez A. **Antecedentes psicosociales que influyen en la ocurrencia del embarazo en las adolescentes.** *Acta Universitaria* 2007; 17(3):48-56.
- Smilkstein G. **The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians.** *J Fam Pract* 1978; 6(6):1231-9.
- Forero-Ariza LM, Avendaño-Durán MC, Duarte-Cubillos ZJ, Campo-Arias A. **Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria.** *Rev Col Psiqui* 2006; 35:23-29.

15. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. **Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada.** *Rev Fac Med UNAM* 2004; 47(1):24-27.
16. León-Martínez CA, Espin-Coto ME, García-Cedeño Y. **Percepción familiar del embarazo en la adolescencia.** *Acta Médica del Centro* 2001; 5(1):0-0.
17. Urreta-Palacios ME. **Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho.** Lima: Tesis doctoral, Facultad de Medicina Humana, E. A. P. de Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
18. Rangel-Díaz D, Gonzales-Reyes E, Barrera-Hernández M, Pereda-Chávez H. **Embarazo en la adolescencia: su comportamiento en San Luis.** *Rev Ciencias Médicas* 2012; 4:74-83.
19. Thompson S, bender K, Lewis C, Watkins R. **Run-away and pregnant: risk factors associated with pregnancy in a national sample of runaway/homeless female adolescents.** *J Adolesc Health* 2008; 43(2):125-132.
20. Acosta-Varela M, Cárdenas-Ayala VM. **El embarazo en adolescentes, factores socioculturales.** *Rev Med Inst Mex Seguro Social* 2012; 4:371-374.
21. Merino EI, Rosales-Inestroza E. **Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de la unidad de salud Altavista, enero a junio de 2010.** San Salvador: Tesis de maestría, Universidad de El Salvador Facultad de Medicina, maestría en Salud Pública; 2011.
22. Alarcón-Argota R, Coello-Larrea J, Cabrera-García J, Monier-Despeine G. **Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia.** *Rev Cubana Enfermer* 2009, 25(1-2):0-0.
23. Ortiz-Serrano R, Amaya-Ortiz NI, Sepúlveda-Rojas C, Torres-Tarazona SJ, Camacho-López PA. **Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio trasversal.** *MedUNAB* 2005; 8(2):71-77.
24. Rubio M. **La violencia en Colombia Dimensionamiento y políticas de control.** Washington: Inter-American Development Bank; 1998.
25. Torres de Galvis Y. Alcohol: **Prevalencia de consumo y dependencia en Colombia.** *CES Medicina* 2000; 14(1):60-72.

