



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

“REPERCUSIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, CONSULTORIOS DE MEDICINA
FAMILIAR, CENTRO DE SALUD PASCUALES,

JUNIO DEL 2015 A JUNIO DEL 2016”

AUTOR:

DRA. ANA MARIA VITERI JARAMILLO

DIRECTOR:

DR. JOSÉ FERNANDO PLACERES HERNÁNDEZ

GUAYAQUIL – ECUADOR

2017

I



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dra. Ana Maria Viteri Jaramillo*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, a los 03 días del mes de enero año 2017

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dr. José Fernando Placeres Hernández

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, ANA MARIA VITERI JARAMILLO

DECLARO QUE:

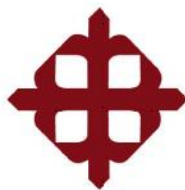
El Trabajo de investigación ***“REPERCUSIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR, CENTRO DE SALUD PASCUALES, JUNIO DEL 2015 A JUNIO DEL 2016”*** previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 3 días del mes de enero año 2017

EL AUTOR:

Dra. Ana Maria Viteri Jaramillo



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

YO, ANA MARIA VITERI JARAMILLO

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: ***“REPERCUSIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR, CENTRO DE SALUD PASCUALES, JUNIO DEL 2015 A JUNIO DEL 2016”***, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 3 días del mes de enero año 2017

EL AUTOR:

Dra. Ana Maria Viteri Jaramillo

1 Agradecimiento

Agradezco a Dios el haberme bendecido enormemente, permitiéndome culminar con éxito esta meta.

A mi esposo y mejor amigo Filipino, quien junto a nuestros hijos Isabella y Manuel me alentaron durante largas noches de estudio, trabajo y esfuerzo.

A mis padres por todo su apoyo a lo largo de mi vida y carrera.

A mis tutoras y profesores, de manera especial al Dr. José Fernando Placeres pues sin su guía y dedicación como maestro, hubiese resultado imposible cristalizar este importante trabajo.

2 Dedicatoria

El presente trabajo lo dedico con profundo amor a mis pacientes, a mi familia y de manera especial a mis hijos, quienes son el motor que me impulsa a esforzarme y luchar cada día de mi vida para mejorar como profesional y ser humano.

3 Resumen

Antecedentes: El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes. En la actualidad la familia se enfrenta a difíciles retos y experimenta cambios que repercuten en su funcionamiento. Esta situación representa un problema de salud pública, en los hogares donde conviven adolescentes embarazadas.

Materiales y Métodos: Investigación descriptiva, observacional, transversal. La población de estudio, fue la totalidad de las familias que entre sus integrantes vivía al menos una adolescente embarazada, de los consultorios de medicina familiar, del Centro de Salud Pascuales, de la ciudad de Guayaquil, en el período de junio de 2015 a junio de 2016.

Resultados: Predominaron las adolescentes embarazadas, con edades entre 17 y 19 años, mestizas, amas de casa, con estudios secundarios y pareja estable. La mayoría de las familias clasificaron como nucleares, pequeñas y bigeneracionales; presentaban, predominantemente, crisis por los sucesos que acontecen en la adolescencia y por cambios económicos importantes. La mayoría de las viviendas, presentaban malas condiciones estructurales. Sobresalieron las familias moderadamente funcionales y dentro de sus categorías, se pudo comprobar que existía en los hogares, baja armonía y afectividad, entre sus miembros. El embarazo en las adolescentes, repercutió de forma elevada, en la mayoría de las familias, siendo el área socioeconómica la de mayor repercusión.

Conclusiones: En los hogares donde conviven adolescentes embarazadas, éste evento repercute negativamente sobre el funcionamiento familiar.

Palabras Clave: repercusión familiar, funcionamiento familiar, familia, embarazo, adolescentes.

4 Abstract

TITLE: Impact of teen pregnancy in family functioning, family practice, Pascuales Health Center, 2015 – 2016

Background: The teenage pregnancy is one of the most important medical concerns arising from the sexual behavior of young people. Today the family is facing difficult challenges and undergoes changes that affect their operation. This situation represents a public health problem in homes where pregnant teens live.

Materials and Methods: descriptive, observational, cross-sectional study. The study population was all the families among its members lived at least one pregnant, of family medicine clinics, Pascuales Health Center, city of Guayaquil, in the period 2015-2016 teenager.

Results: Predominated pregnant teenagers, aged 17 and 19, crossbred, housewives, with secondary education and stable partner. Most families classified as nuclear, small and bigeneracionales; They presented predominantly dropout crisis and major economic changes. Most homes were in poor structural conditions. They excelled moderately functional families and within their categories, it was found that existed in homes, low harmony and affection among its members. The teen pregnancy, high reverberated way, in most families, being the socioeconomic area of greatest impact.

Conclusions: In homes where pregnant teens live, this event has a negative impact on family functioning.

Keywords: impact family, family functioning, family, pregnancy, teen

5 ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO	II
DEDICATORIA	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VI
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE ANEXOS	VIII
8 INTRODUCCIÓN.....	9
9 EL PROBLEMA.....	14
9.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	14
9.2 FORMULACIÓN	14
10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	15
10.1 GENERAL.....	15
10.2 ESPECÍFICOS	15
11 MARCO TEÓRICO	16
11.1 LA ADOLESCENCIA, DEFINICION, CARACTERISITCAS	16
11.2 SITUACION DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL ECUADOR..	24
12 MÉTODOS.....	38
12.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	38
12.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	38
12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	38
12.2.2 Procedimiento de recolección de la información.....	38
12.2.3 Técnicas de recolección de información.....	39
12.2.4 Técnicas de análisis estadístico.....	40
12.3 VARIABLES.....	41
12.3.1 Operacionalización de variables.....	41
13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	43
14 DISCUSIÓN.....	51
15 CONCLUSIONES	59
16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	61

6 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.....	42
TABLA 2	42
TABLA 3	43
TABLA 4	43
TABLA 5	44
TABLA 6	44
TABLA 7	45
TABLA 8	45
TABLA 9	46
TABLA 10	47
TABLA 11	47
TABLA 12.....	48
TABLA 13.....	48
TABLA 14.....	49

7 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO.....	.72
ANEXO 2: FICHA FAMILIAR .	.74
ANEXO 3: PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)75
ANEXO 4: INSTRUMENTO DE REPERCUSIÓN FAMILIAR (IRFA)77
ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO80

8 INTRODUCCIÓN

La Organización de Naciones Unidas (ONU) define la adolescencia, como el periodo entre los 10 y 19 años de edad. Ésta es una etapa de vulnerabilidad, porque además de los numerosos cambios que conducen a una madurez física, emocional y cognitiva, los adolescentes afrontan peligros como violencia, explotación, diferentes formas de abuso y embarazos no deseados. (1) Tanto la ONU como la Organización Mundial de la Salud, (OMS) consideran que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo y de estos, aproximadamente el 83% corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70% de las adolescentes que tienen un hijo, afirman no haberlo deseado. Las adolescentes son, además, las primeras víctimas de las enfermedades sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año, al tiempo que, en los países en desarrollo, entre 1 y 2/3 de las jóvenes reciben menos de 7 años de educación escolar. (2)

La percepción social del embarazo adolescente varía de una sociedad a otra e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo. En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. En países considerados en vías de desarrollo o subdesarrollados y en particular en ciertas culturas, el embarazo adolescente se produce generalmente dentro del matrimonio y no implica un estigma social. (2) Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo, es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con las tasas de las ciudades. (2)

Según la organización Save the Children, cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, de ellos más del 90% (11,7 millones) viven en los países denominados en desarrollo, correspondiendo a los países desarrollados el restante 10% (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad en las mujeres, con edades entre los 15 y 19 años. La mayor tasa de embarazos en adolescentes en el mundo está en el África. En Níger, por ejemplo, el 87% de las mujeres adolescentes se casan tempranamente y el 53% puede haber parido antes de los 18 años. (3)

En las adolescentes, más del 80% de los embarazos no son deseados y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos, o lo hacen de manera incorrecta. (4) Ellas, se enfrentan a un período de grandes transformaciones de carácter intelectual, físico y emocional, a complejas dificultades concernientes a su evolución como ser humano, que incluye aspectos de su sexualidad; aprenden el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, y asimilan los conocimientos requeridos para impedir que se produzca un embarazo no

deseado. (5,6)

Como resulta evidente, la problemática del embarazo precoz en adolescentes y sus consecuencias, entre las cuales el aborto tiene un sitio especial, se ha tornado más compleja en los últimos años; las razones están dadas, tanto en el orden biológico, como el psicológico y el social. En lo biológico se encuentra la tendencia en ambos sexos a la aparición del desarrollo puberal a edades cada vez más tempranas, se acompaña en el área psicosocial por un inicio precoz de las relaciones sexuales, todo esto enmarcado en una sociedad permisiva que por lo general acepta y en ocasiones favorece, este tipo de comportamiento. Como consecuencia de esto, se incrementa el período en el cual las y los adolescentes son biológicamente fértiles, pero no poseen el desarrollo psicológico ni social adecuado para enfrentar estas responsabilidades; es más amplio el período de vulnerabilidad para la ocurrencia de embarazos no deseados ni previstos. Por otro lado, el embarazo en la adolescencia ocurre mayoritariamente en jóvenes solteras, en tanto en aquellas con pareja estable se describe una alta incidencia de separaciones durante el transcurso de la gestación, por lo que el abandono del progenitor y la ilegitimidad desprotegida son factores que influyen de forma decisiva en que muchas de las adolescentes opten por la interrupción voluntaria de la gestación; proceder que si bien al realizarse en condiciones seguras ha reducido la mortalidad asociado a este, continúa cobrando cada año un alto precio en salud sexual y reproductiva, pues secuelas como los embarazos ectópicos, los procesos inflamatorios pélvicos y la infertilidad se han convertido en un lastre que pueden afectar seriamente el futuro reproductivo de adolescentes y jóvenes. (7)

Según las estadísticas de la OMS, (8) se ratifica que la región con mayor tasa de natalidad en el mundo es África, con un promedio de 117 adolescentes embarazadas por cada 1 000. Estados Unidos presenta una tasa de 41 y por grupos étnicos, la raza afroamericana tiene una tasa de 59; mientras que la hispana es de 70.1 por cada 1 000.

La Organización de Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF) reporta en el Estado Mundial de la Infancia 2011, una tasa (número de nacimientos por cada 1,000 niñas de 15 a 19 años) de 51, con un notable contraste entre los países desarrollados donde se reporta una tasa de 23 y los subdesarrollados, con una de 123. En América Latina y el Caribe se tiene una tasa de 55. (9,10)

La gestación representa un problema para las adolescentes, dado que pudiera desencadenar limitaciones educativas, rechazo en el entorno familiar, mayor posibilidad de abortos inducidos, entre otras dificultades. (11) La literatura presenta decenas de factores que predisponen al embarazo, desde una perspectiva multicausal. Dentro de ellos, los que están ligados fuertemente al estado de desocupación de los adolescentes y a un ambiente familiar inapropiado, con ignorancia en la reproducción y planificación familiar, lo cual trae consigo embarazos a edades muy tempranas que generalmente no son deseados.(6) En el ámbito individual se mencionan: inicio temprano de vida sexual, generalmente antes de los 16 años y sin utilización de anticonceptivos en la primera relación sexual, (6, 12) evento que puede guardar relación con la más temprana maduración sexual, así como

adicciones y toxicomanías. (13) Otros factores son: haber sido víctima de abuso sexual, (12) estar en unión libre y el deseo expreso de embarazarse. (11)

En cuanto a la educación, se ha identificado una baja escolaridad, aversión a la escuela y su abandono; además se señala una menor educación sexual en las adolescentes que se han embarazado. Otro de los factores de riesgo es la repetición de patrones: madres y hermanas que se embarazaron durante la adolescencia; adolescentes que tienen un solo padre, (12) o que experimentan la ausencia de ambos; disfuncionalidad en las familias, hacinamiento, la baja escolaridad de ambos padres, adicciones y toxicomanías en algún miembro de la familia. (14) Desde el punto de vista social, los casos de embarazo en adolescentes predominan en el nivel socioeconómico bajo. (15) DePanfilis, citado por Ramírez-Aranda, (14) define las fortalezas que parecen mediar o servir como un "amortiguador" contra los factores de riesgo, y los denominó factores de protección contra el embarazo. Estudios realizados, exponen como resultado, que las menores de 20 años embarazadas tienen hijos bajo peso en un porcentaje apreciable. (16)

La atención obstétrica a la embarazada adolescente más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia. Por lo general acarrea serios problemas de índole biológico, psicológico y social en la adolescente embarazada. De tal modo los cuidados prenatales están determinados por factores como: el estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo haciendo énfasis en el estado nutricional, mayor riesgo de anemia, toxemia, diabetes parto distócico, hemorragias, recién nacido bajo peso y enfermedades genéticas sin dejar de mencionar las alteraciones psicosociales y crisis familiares no transitorias por desorganización. (2,17)

La familia en la sociedad actual, ha sufrido cambios importantes, en lo que se refiere a sistemas familiares diversos, relacionados a modos de producción distintos. Se ha producido un proceso de especialización de la familia cuya función tiende a reducir la crianza y la socialización de los hijos menores; esto se refleja en que las funciones que debe cumplir como, por ejemplo, la educación de los mismos o el cuidado de los padres mayores, que en gran parte le corresponden a la familia, han sido asumidas hoy en día, por instituciones públicas y/o privadas. Sin embargo, tal como lo señala Cifuentes Reyes, (18) "...en América Latina las recurrentes crisis económicas han propiciado que muchas familias desempeñen una gama muy amplia de funciones, lo que se refleja en una extensión laboral del trabajo doméstico". (18, 19)

La familia es el grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad y constituye el más primario del ser humano; en ella el hombre inscribe sus primeros sentimientos, sus primeras vivencias e incorpora las principales pautas de comportamiento y le da un sentido a su vida. Sin embargo, a pesar de las grandes transformaciones del mundo contemporáneo, la familia sigue siendo el hábitat natural del hombre, ya que cumple funciones que son insustituibles por otros grupos e instituciones. Juega un papel fundamental en el proceso salud enfermedad, lo que se hace muy evidente cuando en el seno de la misma existen adolescentes, los cuales requieren una atención integral muy específica y ajustada a esta etapa de la vida. (20)

La salud familiar, que incluye su funcionamiento, es un tema muy abordado en los últimos tiempos. Hablar de funcionamiento requiere una integración de todos aquellos factores que pueden estar influyendo en este. Al evaluar la salud y el funcionamiento familiar hay que tener en cuenta varios criterios: el cumplimiento de las funciones básicas, la dinámica de las relaciones internas y la capacidad de afrontamiento a las crisis. Las funciones de la familia están sujetas a variaciones relacionadas con los cambios de estructura y con la etapa que atraviesa, sin embargo, a pesar de la diversidad familiar continúan resaltando las funciones básicas: la biosocial, económica, la educativa cultural y la afectiva, que siempre se manifiesta a través del cumplimiento de las anteriores. El convivir en familia requiere la puesta en práctica de un conjunto de estrategias que pueden favorecer la dinámica de las relaciones internas, las cuales, a la vez, permiten evaluar el funcionamiento familiar. Para evaluar esta dinámica se debe tener en cuenta indicadores como: cohesión, armonía, comunicación, roles, adaptabilidad, permeabilidad y afectividad. (21, 22-24)

Los problemas del funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición como en la descompensación de enfermedades crónicas, en las mayorías de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud, incluyendo el embarazo en las adolescentes. (20) En la medida en que la familia sea capaz de actuar de forma unida, cohesionada, sin llegar a ser fusionada, sin perder la autonomía de cada miembro, cambiar las estrategias cuando sea necesario, o sea, de afrontar adecuadamente sus problemas o crisis sin que se afecte su comunicación, tiene mayores posibilidades, de gozar de salud familiar y por tanto de un buen funcionamiento familiar. (20, 23)

Al mostrarse las condiciones del estado de salud de las familias en los hogares con presencia de adolescentes embarazadas, los resultados reflejan la importancia de abarcar las cuatro dimensiones: atención médica, psicológica, funcional y social, así como las características, crisis y el funcionamiento de sus familias.

Los resultados de la investigación componen aportes, al constituir los primeros sobre el tema, en los consultorios de medicina familiar, del centro de salud de Pascuales; contribuirán a obtener elementos igualmente novedosos en el estudio y explicación de la fecundidad adolescente en la comunidad atendida por los postgradistas, en la cual se ha demostrado de forma subjetiva, un incremento de sus niveles. A su vez, ayudan a indagar en el espacio de la familia de las adolescentes, identificando particularidades que puedan estar determinando el embarazo en esta etapa de la vida, lo que permitirá contar con nuevos conocimientos para el trabajo de prevención del embarazo precoz, en el nivel primario de atención.

Los datos obtenidos han de constituir los elementos a considerar para el trabajo diario, el análisis sistemático de la situación de salud de la comunidad y pueden ser considerados, una fuente de información para ser utilizada en el futuro, así como para el diseño y realización de nuevas investigaciones. Constituye un marco de referencia para proponer programas de promoción de salud y de prevención de enfermedades, asociadas a este problema, que

propicien mayor calidad de vida y salud para los y las adolescentes y sus familias, con un enfoque intercultural, interdisciplinario e intersectorial y con el apoyo de los líderes de la comunidad.

Como resultado económico, aporta, el tema para trabajar en la prevención del embarazo precoz y contribuir a la disminución de recursos que se invierten tanto, si se continúa el embarazo, como si se interrumpe el mismo. Trabajar en la prevención a partir de los resultados obtenidos, traerá consigo un aporte social, vinculado a la salud de las adolescentes, a la continuidad de sus proyectos de vida, a la disminución de la deserción escolar en esta etapa y al bienestar de la familia.

Los resultados de la investigación han de proporcionar a los decisores del territorio, la provincia y la nación, información para trazar estrategias y tomar providencias que contribuyan a disminuir las desarticulaciones presentes, relacionadas con la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Pueden los resultados, contribuir además a la propuesta de actualización de los programas de adolescencia y educación sexual en el país. Se contará con información sobre la familia, que permita un trabajo más contextualizado desde las realidades territoriales, de manera que la labor de educación y prevención con las mismas, sea más directa y efectiva, lo que contribuirá al mejoramiento de su bienestar y a su funcionamiento adecuado.

El informe final de la investigación se estructuró en capítulos que incluyen: resumen, índice, introducción, planteamiento del problema, objetivo general y específicos, marco teórico, metodología, presentación de los resultados, análisis y discusión de los resultados, conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas. El objetivo general de la investigación consistió en caracterizar la salud de las familias en las que existen adolescentes embarazadas, pertenecientes a los consultorios médicos del 27 al 30 del centro de salud Pascuales, de la ciudad de Guayaquil, durante los años 2015 y 2016.

9 EL PROBLEMA

9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos; lo cual ha incrementado los embarazos en las adolescentes en las últimas décadas. (6) En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca, República del Ecuador para determinar el funcionamiento familiar, se obtuvo que el 52.3% de las familias presentan una adaptabilidad alta, lo que significa, según sus autores, una tipología familiar caótica y una cohesión media del 40.5%, al ser consideradas como familias unidas. (25)

En Guayaquil, provincia Guayas, según datos del año 2010, 15.802 féminas entre 12 y 19 años de edad, tenían al menos un hijo nacido vivo, lo que, representaba una tasa de 94,02, por cada 1000. (26) Igualmente, la comunidad de Pascuales, en la ciudad de Guayaquil, a pesar de que su población se ha visto favorecida con las acciones sociales desarrolladas por la revolución ciudadana, no está exenta de esta situación y existe un número de familias, que conviven con al menos una adolescente embarazada, desconociéndose la repercusión del embarazo en las adolescentes, sobre el funcionamiento familiar, en dicha comunidad; al no existir investigaciones científicas previas, que aborden el tema; por lo que la autora se planteó la siguiente interrogante:

9.2 Formulación

¿Qué repercusión tiene en el funcionamiento familiar, la presencia de adolescentes embarazadas, en los hogares pertenecientes a los consultorios de medicina familiar, del centro de salud Pascuales, de la provincia Guayas, en el periodo de junio de 2015 a junio de 2016?

10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

10.1 General

Caracterizar las familias en las que conviven adolescentes embarazadas, pertenecientes a los consultorios de medicina familiar, del Centro de Salud Pascuales, de la ciudad de Guayaquil, entre los meses de junio de 2015 hasta junio de 2016.

10.2 Específicos

- 1.-Caracterizar según variables socio-demográficas, a las adolescentes embarazadas de los consultorios de medicina familiar, del Centro de Salud Pascuales.
- 2.-Clasificar las familias, según su composición, crisis que presentan, condiciones materiales de vida, funcionamiento familiar y sus categorías, en los hogares con presencia de adolescentes embarazadas.
- 3.-Identificar la repercusión familiar del embarazo en la adolescencia como evento vital.

11 MARCO TEÓRICO

11.1 La adolescencia. Definición. Características.

La adolescencia es un fenómeno cultural y social, por lo tanto, sus límites no se asocian fácilmente a características físicas. La palabra deriva del significado latino del verbo *adolescere*, («crecer») que se identifica con cambios importantes en las esferas biológicas, psicológicas y sociales del ser humano. (27)

La OMS también la define como la: «Etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir, entre los 10 y los 19 años, existiendo una diferencia en su etapa temprana (10-14 años) y la tardía. (15-19 años) Además, refiere que es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica. (1, 28-30)

Esta etapa es considerada como un periodo, libre de problemas de salud, pero su adelantada maduración sexual, los lleva a la búsqueda de relaciones sexuales tempranas como inicio de su vida sexual activa, que, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, los expone a disímiles problemas que en lo general están dados por una inadecuada educación sexual. La consolidación de una firme identidad positiva resulta de gran importancia en la formación del adolescente, el cual debe tener un sentido coherente de quién es, cuál es su sistema de valores y qué metas tiene en la vida. Entre los desafíos que deben enfrentar está el relacionado con la práctica de su sexualidad y el riesgo que esto conlleva para su salud reproductiva, por el posible advenimiento de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. (30, 31)

La adolescencia es un periodo de transición difícil comprendido entre la finalización del periodo de la infancia y el inicio de la edad adulta en este paso de un época de la vida a otra existe la complejidad e importancia de los procesos del desarrollo tanto biológicos, cognitivos y socioemocionales, que están presentes aproximadamente entre los 11 o 12 años a los 19 o inicio de los 20 años, las edades pueden variar dependiendo de factores como la cultura, la familia, entre otros, es por eso que se menciona que la adolescencia es una construcción social. (32)

Erikson, citado por Hermoza Guerrero, (32) considera que se caracteriza por:

-Un aumento tempestuoso de la energía, y por una elevación de la sensibilidad a las influencias patógenas.

-El/la adolescente posee un vigoroso sentido de justicia, porque aún no lo ciegan los intereses personales ni los convencionalismos sociales.

- En la adolescencia el individuo está dotado de una poderosa creatividad que, en la mayoría de los casos, tiende a desaparecer cuando ingresa a la

edad adulta.

- Se manifiesta una distorsión normal del tiempo, como si predominara el proceso primario y el tiempo no existiera. Existe el presente, el aquí y el instante perdiendo importancia el pasado. Si se alcanza a percibir el futuro, este está lleno de angustia e incertidumbre. Las urgencias y necesidades del adolescente son inmediatas, no soportan la demora.

- Un proceso de identidad también en movimiento, partiendo de una posición bisexual, hasta adquirir una plena identidad heterosexual, que culminara con una posible identidad.

- El choque de los anteriores procesos frente a factores sociales se refleja en un conflicto de autoridad. Los adolescentes son rebeldes y sumisos les parece que las normas imperantes se oponen a sus intereses y valores; sin embargo, necesitan del apoyo y de la independencia necesarios para su evolución. Protestan y se rebelan contra las normas sociales impuestas por los adultos, también demandan límites realistas por parte de ellos; los cuales no le son proporcionados a causa de la propia falta de identificación de los adultos y por la revancha emocional que sienten al revisar su pasada adolescencia perdida y vuelta a desear.

- No existen emociones específicas de la adolescencia, pero sí nuevas, sobre todo en determinados aspectos de las relaciones sexuales. Es indudable que existe una hipersensibilidad que procede del organismo o del entorno y por ello las emociones durante la adolescencia en general se tornan más vivas, más absorbentes, más difíciles de dominar y dirigir.

Fases de la adolescencia

La adolescencia se divide en fases o etapas. Pearson, citado igualmente por Hermosa Guerrero, (32, 33) dividió a la adolescencia en tres fases:

- Fase prepuberal o adolescencia inicial o temprana, de 10 a 13 años.

- Fase puberal o adolescencia propiamente o media, de 14 a 16 años.

- Fase pos-puberal o adolescencia final, de 17 a 19 años.

Adolescencia inicial o temprana. (10-13 años).

Los cambios biológicos que se presentan en el inicio de este periodo de transición son vividos por el niño como una irrupción de elementos nuevos, irracionales y extraños, en un mundo que hasta el momento era ordenado y previsible. La niña fluctúa en su estado emocional en relación a los cambios hormonales que se acentúan con las primeras menstruaciones. El cambio en su aspecto externo también preocupa a la adolescente los factores pueden ser porque los varones la miran mucho más que antes, de que su padre no le demuestra ya el cariño físico como antes y experimenta sentimientos encontrados al contemplarse en el espejo. En el caso del varón, se centra en el aumento de su musculatura y por lo tanto, de su capacidad potencial de

agresión física. Aparece también la capacidad de eyacular, y con ello las poluciones nocturnas y conductas masturbatorias. El control de la tendencia a la masturbación compulsiva representa un desarrollo de la capacidad psicológica de autocontrol.

En esta fase, se avanza desde el pensamiento lógico concreto del inicio de la edad escolar, al pensamiento operatorio formal, este pensamiento se orienta hacia lo posible y procede contrastando sistemáticamente las alternativas de solución de un problema, pero muchas veces no las aplica o no las menciona por miedo a equivocarse. También se caracteriza por el pensamiento hipotético-deductivo que se desarrolla en el/la adolescente hace que él o ella se libere de la realidad concreta inmediata y se adentra en el terreno de lo abstracto y de las operaciones simbólicas lo que va a permitir la construcción de sistemas y teorías y además de una actitud crítica frente a la realidad.

El despertar emocional e intelectual del adolescente lo llevan también, típicamente, a fascinarse con ideales e ideologías, las que a veces adoptan de un modo fanático dependiendo del nivel intelectual y emocional alcanzado, en esta característica tiene gran importancia la educación familiar que ha recibido en el transcurso de su infancia ya que relaciona la realidad que escucha de sus padres o familiares y la que él percibe.

El adolescente presenta una actitud de transitoriedad y de no compromiso con sistemas ideológicos o de pensamiento de los adultos ya que inicia a construir su propia ideología, presenta desapego con la sociedad y existe una mejor relación con los iguales ya que piensa que ahí es donde lo comprenden por los cambios que está pasando. Se presentan enamoramientos fugaces en donde el adolescente busca características iguales a él o idealiza a su pareja temporal.

Al interior de la familia existe un distanciamiento con el progenitor de mismo sexo, esto va a suceder ya que el adolescente inicia la búsqueda de su identidad es por eso que también existe una reorientación hacia los grupos de amigos, lo cual muchas veces es mal tolerado por los progenitores existiendo un grado de tensión al interior de la familia. (32, 33)

Adolescencia propiamente o media. (14-16 años)

El adolescente de esta edad necesita poseer objetos a los que pueda admirar y amar, además es preciso que estén fuera del ámbito familiar. Tener amigos es un asunto de suma importancia. Debe aprender a expresar sus afectos y emociones de manera menos infantil y más adulta, haciendo uso de su tolerancia a la frustración por el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento a los grupos de amigos. La familia, que ha sido el centro de la existencia emocional del joven, ve un desplazamiento del apego hacia ellos y una re-orientación hacia amigos y amigas. El dejar de aceptar fácilmente el control familiar es un paso difícil, pero necesario para conocer sin temor el mundo de los demás y para aprender a relacionarse con los iguales en especial con los del sexo opuesto.

Su comportamiento oscila entre la rebelión y el conformismo. Para alejarse

de sus padres los jóvenes se visten, hablan y opinan muy diferente a ellos, y pasan a ser más leales a su grupo de iguales.

El uso excesivo de drogas u otras actividades antisociales surgen dentro de este contexto de búsqueda de actividades que diferencian al joven de las generaciones que le preceden.

El adolescente necesita demostrarse a sí mismo que es capaz de trazar su camino por la vida y que no precisa de los juicios y directivas de sus padres, es por eso que plantea activamente juicios, opiniones y valores propios, los errores y las contradicciones de los padres son magnificados para facilitar el proceso de desapego; todo lo cual significa autonomía.

Las relaciones sexuales son comparativamente poco frecuentes, dada la prohibición cultural que pesa sobre los encuentros pre-matrimoniales, no más de un cuarto o un tercio de los jóvenes ha tenido relaciones sexuales en este periodo. Lentamente surge, la capacidad de enamorarse, integrando componentes espirituales, sentimentales y eróticos en una persona. Presenta fantasía activa, el sublimar de impulsos prohibidos en otros socialmente aceptables e intelectualiza y racionaliza cierto ascetismo.

La familia, principalmente los padres, deben confiar en que el vínculo creado en la niñez con sus hijos es sólido y que en este periodo será capaz de comportarse bien por su cuenta, y no por estar permanentemente supervisado. (32, 33)

Adolescencia final. (17-19 años)

Se concreta la consolidación de la identidad del joven que consiste en la sensación de continuidad de sí mismo a lo largo del tiempo. Dicha identidad hace a la persona diferente tanto de su familia como de sus coterráneos. Confiere la continuidad a las conductas individuales en diferentes circunstancias y diferencia al joven de su familia, grupo social, colegas profesionales y laborales.

La búsqueda social de vocación definitiva se hace más rigurosa y urgente y muchas veces es estimulada por familiares o amigos. La elección vocacional se hace con un costo interno y externo: existe una resolución incompleta de los problemas que se le presentan como el cambio de una carrera a otra.

Solicita a las personas cercanas que se comporten con un claro desempeño de su rol personal, social y sexual. Las diferencias individuales con sus iguales son notorias a simple vista ya que la tolerancia al conflicto, la ansiedad, matizan la fuerza y la cualidad individual.

Desde lo externo queda finalmente integrado el uso del tiempo como satisfacción productiva para su personalidad. El uso de pasatiempos y actividades también se estabiliza.

La familia lo percibe como un ser individual que construye sus metas y el sistema familiar le apoya en este crecimiento personal. (32, 33)

Embarazo en la adolescencia. Concepto. Causas. Riesgos.

Según la OMS, cada año los embarazos no planificados causan al menos 40 millones de abortos, por su parte la Organización Panamericana de la Salud, ha reportado que, en la actualidad, más de la mitad de los habitantes del mundo son menores de 25 años, aproximadamente un tercio tienen entre 10 y 24 años, y de ellos, un 80 % viven en países en desarrollo. Estos valores considerables de la población joven, deben continuar incrementándose y especialmente la caracterizada como población adolescente de 10 a 19 años estará en el 2020 sobre los 1 200 millones de habitantes. De hecho, la población adolescente en América Latina llegará a ser superior a los 180 millones de habitantes. (31)

El embarazo es el estado más comprometido y crítico que se presenta en la mujer, se encuentra comprendido entre la fecundación del óvulo hasta el momento del parto, este proceso de gestación se desarrolla dentro del aparato genital femenino y dura aproximadamente nueve meses, en donde va a existir conductas, sentimientos y fantasía de la madre hacia el producto en gestación, si este proceso se desarrolla en una mujer adolescente o mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica que es variable según distintos países del mundo se va a denominar embarazo adolescente o embarazo precoz. (32)

El embarazo en la adolescencia, también se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. (29)

Causas del embarazo en la adolescencia

Las causas del embarazo en la adolescencia se dividen en tres grupos principales:

-Causas individuales: están directamente relacionadas con el individuo: la edad, menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan a regulación de la fecundidad, poca habilidad de planificación familiar, entre otras.

- Causas familiares: relacionadas con sus progenitores y familiares cercanos: disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas, baja escolaridad de los padres.

- Causas sociales: falta de equidad de género, mitos y tabúes sobre la sexualidad, vivir en un área rural, predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes, marginación social, bajo nivel socio económico, hacinamiento, trabajo no calificado, ingreso precoz a la fuerza de trabajo. (32, 33)

Riesgos del embarazo en la adolescencia

Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse, a priori, a una

mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social. (2)

Si la adolescente elige ser madre, enfrentará los riesgos de salud relacionados con su corta edad por la baja madurez biológica y psicológica. Entre las complicaciones que se pueden presentar se encuentran la muerte, (materna o infantil) la anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo, infección urinaria, crecimiento intrauterino retardado, así como aumento del riesgo de aborto y de complicaciones del aborto, parto pretérmino, complicaciones en el parto (hemorragia, desgarros cervicales) parto instrumentado, recién nacido de bajo peso. El embarazo en las adolescentes puede provocar actitudes de rechazo o de ocultarlo, por temor a las reacciones del grupo familiar y de su medio social, comportamiento que generalmente conduce a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente. Dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo, lo que se conoce como el “Síndrome del fracaso”. (14-16, 32, 34)

El hijo de madre adolescente tiene, en general, mayores riesgos que el de madre de más de 20 años. Este riesgo se expresa en mayor frecuencia de bajo peso de nacimiento y de morbilidad en el período perinatal (incluyendo malformaciones congénitas) y posteriormente; mayor probabilidad de desnutrición y retardo en el desarrollo psicomotor y afectivo, tasas más altas de mortalidad en la infancia, y mayor riesgo de negligencia y maltrato. (14-16, 32, 34)

En el padre adolescente se ha descrito aumento del estrés y mayor frecuencia de trastornos emocionales. En ocasiones, estos problemas se desencadenan por una reacción negativa del medio que lo rodea o por la exclusión de la vida del hijo a que la madre adolescente y su familia pudieran someterlo. Se observa mayor frecuencia de deserción escolar que a futuro condiciona trabajos e ingresos de menor nivel que sus pares. También presentan mayor probabilidad de separación y divorcio. (14-16, 32, 34)

Contexto del embarazo adolescente en el mundo

El embarazo adolescente es una de las mayores preocupaciones de la sociedad global. Sus consecuencias son devastadoras para la situación de las personas en este grupo de edad y, al contrarrestarse y erradicarse, tendrían sin duda un impacto determinante en el mejoramiento de la calidad de vida a nivel mundial no solo de las niñas, sino de las sociedades en donde ellas viven. La tasa global de fecundidad en América Latina, que indica el número de hijos promedio que tendría una mujer en edad fértil de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad del período en estudio, es inferior al promedio mundial. En cambio, la tasa específica de fecundidad de las adolescentes (15 a 19 años), que indica el cociente entre el número de nacimientos y el número total de mujeres de ese grupo de edad y es mucho más alta que el promedio mundial. (35, 36) La tasa de embarazo adolescente en Latinoamérica y el Caribe si bien ha disminuido mínimamente, comparada con años anteriores, sigue siendo una tasa alta.

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el año 2006, (36) reportó una tasa de embarazos de 79 por 1 000, en el grupo de 12 a 19 años y que, en el estado de Nuevo León, el porcentaje de eventos obstétricos en adolescentes ha ido en aumento, de 25% en el 2006, a 32% para el 2011. En el 2013 se consideró que ese país tiene la tasa de natalidad más alta (64,2 cada 1.000 nacimientos) en madres de entre 15 y 19 años de edad y toma como referencia a Suiza, que tiene la más baja, según ese estudio, con 4,3” (37)

La elevada incidencia de embarazos en adolescentes en Latinoamérica, supone un freno para el desarrollo de la región. Cuba, aunque con una situación menos desfavorable no escapa a esta realidad, ya que se encuentra en una fase avanzada de su transición demográfica con bajos niveles de mortalidad y fecundidad. El descenso de la fecundidad ha sido sostenido. En el 2010 la tasa global de fecundidad se estimó en 1,6 hijos por mujer, los niveles bajos de fecundidad continúan oscilando por debajo del reemplazo, se situó en el año 2011 en 0,86 hijas por mujer. Se estima que el 17% de la población tiene menos de 15 años, proporción que se prevé disminuirá hasta el 12% en los próximos 20 años. De manera que, no son solo los nacimientos, sino los embarazos en general los que están aumentando en las adolescentes. (7)

Organizaciones internacionales como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) consideran que entre 25 y 108 de cada 1000 jóvenes de 15 a 19 años, son madres en los países de América Latina y el Caribe, datos que ponen de relieve la alarmante situación de la maternidad adolescente. La mayor proporción de embarazos adolescentes de la región se registra en varios países de Centroamérica como Nicaragua, Honduras y Guatemala, así como en Venezuela, República Dominicana y Ecuador, debido al distinto nivel de desarrollo económico, nivel educativo e incidencia de la pobreza, lo que revela la complejidad del fenómeno. (38)

El embarazo adolescente también pone de relieve la violencia sexual contra las mujeres. Nicaragua encabeza la lista, ya que el 27% de las nicaragüenses que tienen entre 15 y 19 años son madres. De la población de mujeres embarazadas en Honduras, el 30% son menores de 18 años, según registros de la Secretaría de Salud. Según un reciente estudio de la Fiscalía de la Niñez hondureña, el 50% de los embarazos en menores tienen su origen en violaciones. En muchos casos, los violadores de las menores de edad son sus familiares. En El Salvador la mayoría de embarazos en adolescentes también están relacionados con la violencia sexual. En 2010, del total de mujeres salvadoreñas víctimas de violencia sexual, un 84% fueron niñas y adolescentes menores de 20 años y un 16%, menores de 10 años, según datos de la ONU. En El Salvador también se ha observado una relación entre el suicidio y el embarazo adolescente, ya que entre todas las mujeres que mueren entre 10 y 19 años de edad la principal causa de muerte, según los datos del Ministerio de Salud, es el suicidio. Igual situación se vive en Guatemala; según la Encuesta Nacional Materno Infantil 2008-2009, existían en el país 114 madres de 10 a 20 años, por cada mil habitantes. En Costa Rica el embarazo precoz sigue siendo un problema, mientras que en Panamá la cantidad de menores embarazadas ha disminuido en los últimos años. Venezuela está a la cabeza de embarazos juveniles en Suramérica, (de

los 591 303 partos de 2010, 130 888 fueron de menores de 19 años y 7778 de madres menores de 15 años) por lo que el gobierno venezolano desarrolla campañas publicitarias y talleres de educación sexual en las escuelas. En República Dominicana, donde el 20% de los embarazos que se registran corresponden a menores de edad, el gobierno también ha puesto en marcha el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia, cuya ejecución está prevista hasta 2016. (38)

En Colombia, donde cada día 19 niñas menores de 15 años alumbran un niño y 90 de cada mil adolescentes resultan embarazadas cada año, lo que más preocupa también es la alta mortalidad de mujeres gestantes pese a que el 97% de los partos son atendidos en hospitales. El 15,6% de los nacidos vivos en Argentina son hijos de madres adolescentes, pero la cifra aumenta en las provincias más pobres del país, como la norteña Chaco, donde asciende al 25,7%, según datos oficiales. En el otro extremo se encuentra la ciudad de Buenos Aires, donde el 6,8% de los niños son de madres menores de 20 años. En Uruguay, el porcentaje de embarazos adolescentes es similar al del resto de Sudamérica. Entre 2000-2005 fue de 64 cada 1000 mujeres. Las mujeres paraguayas comienzan su etapa reproductiva a edad temprana: el 10,2% de las adolescentes entre 15 y 19 años y el 45,5% de las jóvenes de 20 a 24 años han tenido al menos un embarazo. Paraguay registra una tasa alta de fecundidad adolescente, con 63 nacimientos por cada 1000 mujeres, según datos de 2008. En Bolivia también preocupa el aumento de embarazos en adolescentes de entre 12 a 18 años, que subió de 18% en 2008 a 25% en 2011, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Mientras en Perú, un 13,5% de adolescentes entre 15 y 19 años están embarazadas o ya son madres (unas 4279), según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) de 2011; una cifra que se ha mantenido casi sin variación durante los últimos 10 años. (38)

11.2 Situación del embarazo en adolescentes en el Ecuador

La problemática del embarazo adolescente en Ecuador, está atravesada por concepciones sociales y culturales sobre lo que implica la maternidad y la paternidad. En general, en la región latinoamericana “la maternidad y la paternidad representan un valor social y cultural muy fuerte, que puede estar por encima de las edades socialmente permitidas para serlo” (38-40) En el Ecuador, 2 de cada 10 partos son de adolescentes; 4 de cada 10 mujeres tienen su primer hijo en la adolescencia, siendo el país con mayor índice de embarazos adolescentes en la región andina. (41,42)

El gobierno ecuatoriano se ha planteado como meta desde el año 2013, reducir en un 25% los embarazos entre adolescentes para lo que ha invertido, 29 millones de dólares en el año 2012 y 28 millones en el 2013, en una campaña que tiene como eslogan: “Habla Serio. Sexualidad sin misterios”. (38)

Aproximaciones a las definiciones de familia

Etimológicamente el término familia proviene del latín *fames*, (que significa hambre, haciendo alusión al grupo de personas que se alimentaban juntas en una misma casa y a quienes su jefe o gens estaba obligado a alimentarlos) derivado de *famulus*, en referencia al grupo de siervos y esclavos, procedente de osco (personas de uno de los antiguos pueblos de Italia central) que eran patrimonio de ese jefe o gens. Familia era el organismo social, cuyo jefe tenía bajo su poder a la mujer, los hijos y esclavos, con la patria potestad, con el derecho de vida y muerte sobre todos y la transmisión por testamento. (24, 43)

Desde una visión religiosa la familia se encuentra constituida por la trinidad (Padre, Hijo y Espíritu Santo), comprendiendo que una sola de ellas no podría dar a entender la imagen de Dios. De la misma forma la familia terrenal establecida por una fuerza divina, se constituye en el momento que “el hombre dejará a su padre y a su madre, y se unirá a su mujer y serán una sola carne”. (Génesis 2:24) (entendida ésta como el estado de variación del funcionamiento familiar) (43) Desde el punto de vista filosófico la familia es una categoría histórica, su vida y forma concreta de organización está condicionada por el régimen económico social imperante y por el carácter de las relaciones sociales en su conjunto. (44)

Muchos son los conceptos de familia, uno de los más valorados es, que se considera el grupo de dos o más personas integrantes de un mismo núcleo particular, emparentado hasta el cuarto grado de consanguinidad y seguido de afinidad. Igualmente, el concepto de hogar o núcleo censal, hace referencia a la persona o grupo de personas con o sin vínculo de parentesco, que tienen un presupuesto común, cocinan para el conjunto y conviven de forma habitual, ocupando una vivienda o parte de ella. (24) Para Benítez (45) el elemento básico que define el hogar es la coresidencia de individuos y la organización cotidiana como unidad de convivencia. La familia la define como el parentesco y la red de relaciones mucho más extensas y sutiles que las limitadas a un hogar, considera importante la descripción de algunos elementos tales como número, crecimiento, tamaño, características demográficas del jefe del hogar, la relación de parentesco que tienen con este y los tipos de hogares existentes; argumenta que una parte considerable de los conocimientos sobre. La categoría familia es activa, nunca permanece estática, por lo que ha sobrevivido a todas las transformaciones socioeconómicas que han ocurrido a lo largo de la historia, desde la comunidad primitiva hasta la sociedad actual, estableciéndose formas de relación consanguínea, punalúa, sindiásmica, poligámica, hasta la monogámica. La familia en todos los casos se ha desarrollado en el ámbito de las influencias sociales de cada uno de los regímenes económico-sociales, las condiciones históricas sociales concretas y sus sistemas de principios y valores. Ha sido el grupo de intermediación con otros grupos de la sociedad y existe consenso en que constituye su célula básica. (24, 46-49)

La familia es el grupo natural del ser humano. Es único y particular. Es un conglomerado social con existencia prácticamente universal que abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad y es en ella donde se cumplen

las principales funciones de socialización, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional. (24, 46,48)

La familia como institución social

Otra definición de familia que se ha tornado algo clásica es la que cita Valbuena Vanegas, (50) precisando que la familia es “la célula o núcleo básico de la sociedad, como la institución social primaria, como un subsistema social o como una relación social”. Es tal, la complejidad de establecer un concepto de familia que, en el Diccionario de la Real Academia Española, (51) se tiende a no complicarse demasiado, considerando a la familia como un grupo de personas relacionadas entre sí y que viven juntas. Una definición muy concreta pero que todavía deja algunas ambigüedades, pues no explica un componente afectivo-relacional como es el tema de la cohesión afectiva. Sin embargo, la concepción de familia en el siglo XXI ya no es la misma que la de antaño, así por ejemplo citas de Robles y Di Leso (52) conciben a la familia desde el derecho como: “conjunto de personas entre las cuales existen vínculos jurídicos, interdependientes y recíprocos, emergentes de la unión intersexual, la procreación y el parentesco”, definición que se torna algo caduca en la actualidad, puesto que, no considera a la familia como una entidad capaz de aceptar o adoptar a otros individuos, así como la familia conformada por la unión de sujetos de un mismo sexo. (53) Igualmente en su artículo titulado “Familia reconstruida. El significado de “familia” en la familia reconstituida”, se incluyen esos aspectos determinando que familia es: “un sistema social compuesto por un grupo de personas relacionadas entre sí, ya sea por lazos consanguíneos, legales, afectivos y morales, de forma significativa”.

Aproximándonos a una definición que pudiera contemplar la mayor cantidad de aspectos de los diversos contextos y etapas familiares, la OMS que indica; “la familia es la institución social fundamental que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica...es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud”. (54) La psicóloga cubana Arés Muzio, la define como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. (55) Esta autora considera que, familia es un concepto de límites difusos y establece tres ejes de análisis que son importantes a la hora de definirla: consanguinidad, convivencia y afectividad. (56) La doctora Louro Bernal, ratifica que es la célula fundamental de la sociedad, importantísima forma de organización de la vida cotidiana personal, fundada en la unión matrimonial y en los lazos de parentesco; en las relaciones multilaterales entre el esposo y la esposa, los padres y sus hijos, los hermanos y las hermanas, y otros parientes que viven juntos y administran en común la economía doméstica. (21)

Sea cual sea el tipo de familia que se considere, toda modalidad o tipo de familia comparte ciertas características básicas, que están relacionadas con lo que la familia hace, es decir, con las funciones que desempeña. Lo peculiar de

la familia está relacionado con la reproducción en su interior: la función reproductora está acompañada en la especie humana del surgimiento de algún tipo de afecto, que se constituye a partir de la satisfacción de los requerimientos físicos y emocionales necesarios en el recién nacido para la construcción de apego con la madre u otra figura sustituta. Esta relación primaria es la que posibilita la parentalidad a lo largo de la crianza, la transmisión y recreación de la cultura y una función de intermediación entre la persona y la sociedad. (57)

Badinter (58) expone que, la mayoría de los padres no saben por qué tienen hijos o hijas. De hecho, la decisión surge en mayor medida de lo afectivo y de lo normativo, que de la toma de conciencia racional de las ventajas y los inconvenientes. La familia presiona para que la pareja tenga hijos o hijas y las que deciden no tenerlos son vistas como anómalas. Tanto la sociedad como el Estado ejercen una presión como defensores de la natalidad y se estigmatiza a la mujer que decide no ser madre. Desde esta perspectiva, la familia mantiene y proyecta la vida humana y se constituye en una especie de intérprete de requerimientos y aportes de las personas hacia la sociedad; sirve a sus miembros y a los de la sociedad dentro de la cual participa, en la medida que todos éstos sirven a aquella. El aprender a servir solidariamente, con racionalidad y eficacia, son factores claves de aprendizaje de la vida que comienzan en familia. (59)

Si se quiere conocer acerca de un país o una sociedad, se debe conocer cómo vive y actúa la familia; si se quiere prever el futuro de una sociedad, se puede saber bastante de ella observando las familias; y si se quiere reflexionar sobre la identidad personal, por qué se es de una forma y no de otra, por qué se actúa de esta manera, o por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de estas respuestas están en la historia familiar de cada uno. (47)

La familia en la etapa adolescente

El sistema relacional de una familia en la etapa adolescente se enfrenta a intensos cambios de uno a más de sus miembros y por lo tanto necesariamente también cambia su propio funcionamiento. En este sentido, es una etapa en la cual la homeostasis se reajusta en un nuevo nivel de funcionamiento, más apropiado para el desarrollo de sus miembros. Hay interacciones que muestran que la retroalimentación positiva predomina sobre la negativa, es decir, se producen cambios que a su vez activan nuevos cambios. Por estas razones, la etapa con hijos adolescentes suele ser considerada por diversos autores como una de las más difíciles dentro del ciclo vital de la familia. Es el período más "centrífugo" dentro del ciclo familiar. Es decir, es una etapa donde los distintos miembros de la familia cambian su orientación hacia relaciones extrafamiliares y las fronteras pueden volverse menos permeables que en etapas anteriores. Esta característica se nota con claridad en los típicos conflictos padres-hijos referidos a la defensa de la privacidad y de la autodeterminación por parte de los adolescentes, en contraposición al intento de los padres por mantener las pautas de relación de la niñez. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que el hijo adolescente también está viviendo tendencias "homeostáticas", en el sentido que mantienen conductas que reflejan sus necesidades infantiles de

protección y control por parte de sus padres. Estas características del sistema de relaciones se pueden acompañar de mayores incertidumbres para las personas y de más conflictos entre los distintos miembros de la familia. (60)

En esta etapa las tareas parentales son difíciles. Los padres deben aceptar el crecimiento y desarrollo de su hijo y darle progresivamente las condiciones para que se desarrolle y pueda llegar a decidir personalmente su futuro laboral, sexual y familiar. Las opciones que el adolescente toma en algunos momentos pueden coincidir o no con las expectativas de los padres, lo que produce conflictos que para muchas familias son difíciles de manejar y aceptar. A veces los padres se cierran y asumen una actitud controladora que retarda la independencia del joven. Idealmente deben reaccionar apoyando a sus hijos, manteniendo una comunicación abierta y dando las posibilidades emocionales y materiales para que el joven comience una vida independiente exitosa. También es posible que tengan una postura desinteresada o impotente, manifestada en una excesiva permisividad, y que también tiene consecuencias negativas para el desarrollo adolescente. (60)

Por otra parte, es una etapa en la que cada generación está viviendo reevaluaciones importantes:

-Los abuelos se preparan para el retiro.

-Los padres pueden estar en la crisis de la "edad media", en la cual se reevalúan las ambiciones y se cuestionan los logros alcanzados. Es un momento dentro de la vida donde se siente la brevedad del tiempo y hay una especie de duelo por las metas que podrían haber sido y no fueron.

-Dentro de esta reevaluación la relación de pareja puede vivir una redefinición que está impulsada por los cambios en la autonomía de los hijos y la emergencia de anhelos que habían sido postergados. Es un momento de frecuentes crisis matrimoniales.

-Los hijos buscan consolidar su propia identidad e insertarse socialmente.

Toda la familia se desplaza de manera natural hacia un sistema más individualizado y diferenciado lo que trae consigo alta inestabilidad de las reglas familiares, aumenta la ansiedad y los conflictos. Suelen ocurrir grandes cambios en el estilo de vida: retiro laboral, divorcio, nuevas nupcias, cambios de empleo, etc. (60)

Es una etapa que implica en cierta medida procesos de separación y de duelo para toda la familia. En el adolescente es un duelo el ir abandonando la seguridad de la dependencia infantil, así como el quiebre de la imagen parental idealizada. Para los padres es también un duelo el aceptar que el hijo vaya separándose, compartiendo menos tiempo con la familia, teniendo su propia identidad que a veces no concuerda con el ideal de los padres. En este sentido, siempre hay un duelo del ideal del yo de los padres proyectado en el hijo. El proceso emocional principal de esta etapa es la flexibilidad creciente de las fronteras familiares para permitir la independencia de los hijos adolescentes. Pero esto es en sí un proceso difícil donde influyen aspectos

transgeneracionales:

-Es frecuente que familias que en fases anteriores han sido funcionales pero que les es difícil aceptar los cambios y la apertura del sistema familiar, vivan una crisis en esta etapa. En general la rigidez del sistema familiar es un factor que puede alterar este proceso.

-Los padres que han tenido dificultades para lograr acuerdos frente a la crianza de los hijos, cuando el adolescente tiende a desafiar las normas, les es aún más crítico este problema, aumentando los conflictos conyugales.

-Los padres, y en especial las madres, cuando han puesto en la función parental toda su autoestima, se pueden ver bastante afectadas por la descalificación de sus hijos adolescentes y atemorizadas ante su independencia.

-Los hijos parentalizados, que han recibido delegaciones familiares, también se ven interferidos en la posibilidad de alcanzar una identidad propia.

-Es en este contexto donde el adolescente negocia permanentemente con los padres la posibilidad de romper los lazos de dependencia infantil y llegar a ser persona. Para poder permitir a los hijos crecer es importante que los padres aprendan a negociar convenios acerca los tiempos, espacios, deberes, propios y colectivos, deseos, costumbres, vestimenta, lenguaje, etc.

-La familia debe ofrecer al adolescente oportunidades reales de encontrar nuevos roles que le permitan ejercitarse en el papel de adulto que tiene que asumir, alcanzando así una autonomía suficiente para su funcionamiento adulto. (60)

También hay influencias de la familia en la sexualidad adolescente:

-Entre los hermanos se suele producir un efecto de diferenciación (por ejemplo, el hermano "macho" versus el hermano "afeminado", o la hermana que privilegia roles maternos versus aquella que se interesa en los roles intelectuales)

-Los padres ejercen influencia indirecta sobre la expresión sexual del adolescente. Estudios demuestran que estos, rara vez conversan con sus padres sobre estos temas, reciben más información de sus pares y hermanos.

--Las mujeres reciben más influencia cuando no son sexualmente activas.

-Cuando un adolescente empieza a experimentar su propia sexualidad se cierra una puerta en el intercambio entre él y su familia. No sólo por la sexualidad, sino también en el recato por los cambios físicos, las fantasías a nivel cognitivo y la realización de experimentos y exploraciones fuera de la familia. El cierre de esta puerta repercute en toda la familia. (60)

Las posibles respuestas de la familia hacia estas manifestaciones son:

-Se postula que la sexualidad emergente del adolescente estimula a sus

progenitores lo que explicaría en parte el aumento en las relaciones extramaritales con parejas más jóvenes.

-Los padres excesivamente recatados pueden fomentar encubiertamente actuación del hijo como proyección de sus deseos reprimidos

-La madre contribuiría al distanciamiento con su propia hija al aproximarse a la menopausia y responder a la maduración de la hija experimentando esto como un estímulo de su propia sexualidad y la consiguiente rivalidad con su hija

-Se puede diferenciar un subsistema fraternal, separando a los hermanos sexualmente maduros de los menores. (60)

Todos estos ajustes dependen en cierto grado de adaptabilidad de la organización familiar. En las familias cuyo sistema de relaciones es vulnerable la emergencia de la sexualidad del adolescente puede activar o desencadenar problemas de gravedad y consecuencias diversas, tales como abuso sexual, incesto o embarazo en la adolescente. (60)

Salud familiar

Se denomina salud familiar al resultado de la interrelación dinámica del funcionamiento de la familia, sus condiciones materiales de vida y la salud de sus integrantes. El concepto de salud familiar se refiere a la salud del grupo familiar como célula funcional en la sociedad donde se desarrolle. No significa ausencia de enfermedad ni de problemas de salud, tampoco se refiere a la salud de cada uno de los integrantes de la familia, ni es una categoría sumativa. Es una condición dinámica, influida por las condiciones materiales de vida, por los cambios de la familia en su proceso de desarrollo y por los problemas de salud enfermedad de sus integrantes. (22)

Al hacerse referencia a la evaluación de la salud familiar, se está hablando de un proceso continuo y dinámico, caracterizado por diferentes momentos y niveles de profundización; incluye obtención de información, análisis de la misma e identificación de problemas y potencialidades de las familias con vistas a poder realizar acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y recuperación de la salud en cada una de ellas y que se desarrollen a través de los procesos de dispensarización y análisis de la situación de salud. (22)

Estructura. Funciones. Funcionamiento familiar

La función familiar se refiere a la manera por la cual la familia es vista por sus miembros en el cumplimiento de ese compromiso y permite identificar las percepciones individuales de los valores de la familia como recurso psicosocial o como soporte social. (21, 24, 56, 61)

Según el artículo: “La familia: una visión interdisciplinaria”, este grupo social, representa una institución de carácter universal, que en las diversas relaciones espacio - tiempo siempre ha estado presente y lo considera desde una perspectiva interdisciplinaria. Ofrece criterios de la autora en torno al significado, los tipos y las funciones de la familia; haciendo hincapié en el matrimonio como base de la misma, clave para la perpetuidad de la especie humana y célula de la organización y evolución social. (62)

Como se ha dicho, (17) a inicios del siglo XXI, presente siglo, la familia se diversifica más estructuralmente; sin embargo, ella tiene funciones bien específicas que le permiten alcanzar los objetivos que le corresponden como institución social. Las más importantes son las siguientes:

- Satisfacer las necesidades afectivas de sus integrantes.
- Compartir colectivamente los deberes y derechos inherentes a ella.
- Cumplir con el mantenimiento económico y material de sus miembros.
- Reproducir sus miembros para la conservación de la especie.
- Educar a sus hijos en los valores de la sociedad; el amor a la propia familia, al estudio, al centro educacional, a la patria y sus símbolos, y al trabajo; en las normas de convivencia; administración y cuidado de los bienes; la moral y el respeto.

Después de analizar todas estas funciones, se puede decir que la familia, como célula fundamental de la sociedad, tiene una función educativa en la formación de las nuevas generaciones; es el centro de la vida en común de hombres y mujeres, entre estos, sus hijos, padres y de todos con sus parientes.

Pérez Martín y Louro Bernal, (20,21) describen tres grandes grupos de funciones: biosocial, económica y educativo-cultural.

La función biosocial, está dada en que la familia cumple la función de reproducción, ya que en ella se gesta la necesidad de la descendencia y se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de sus integrantes. La conducta reproductora a escala familiar incide en los indicadores demográficos de la sociedad, tales como densidad poblacional, fecundidad y natalidad. (20,21)

La función económica, se ejerce por medio de la realización de actividades para garantizar la integridad de los miembros. Incluye la obtención y administración de los recursos, tanto monetarios como bienes de consumo, la satisfacción de necesidades básicas, tanto por la vía de abastecimiento como el mantenimiento. Comprende la realización de tareas domésticas que garantizan los servicios que se brindan en el hogar para la existencia, la conservación y el bienestar de la familia. El hogar y la familia son considerados como pequeñas empresas encargadas de la manutención, cuidado y desarrollo de sus integrantes. La familia contribuye al proceso

reproductivo económico de la sociedad y, a la vez, se producen los recursos para garantizar la inserción plena del hombre a la vida social y la reposición de la fuerza laboral. El hogar constituye el hábitat del hombre, el lugar donde satisface necesidades materiales y espirituales, y las bases para su participación en la vida social; significa el sitio donde se forma, se recupera y se desarrolla el individuo en su intercambio constante con la sociedad, en el decursar de todas las etapas de la vida. (20,21)

La función educativo-cultural, se incluye bajo esta denominación la influencia que ejerce la familia en sus miembros, en todo el proceso de aprendizaje individual y en el propio desarrollo familiar. Es la función que produce el proceso de transmisión de experiencia histórico-social en la vida cotidiana. Es, también, la transmisión de valores ético-morales que se derivan de los principios, normas y regulaciones que se observan y se aprenden en la familia en el mundo de relaciones intra y extrafamiliares. Incluye la contribución al proceso formativo del desarrollo de la personalidad individual y, en general, a la formación ideológica de las generaciones. (20,21)

La composición de la unidad familiar permite la clasificación de la familia, según su estructura, en función de los miembros que comparten el hogar. Según el número de miembros, se clasifica en:

- Familia grande: cuando conviven más de 6 miembros.
- Familia mediana: cuando la integran entre 4 y 6 miembros.
- Familia pequeña: cuando son de 1 a 3 miembros.

Este dato es útil para la obtención del índice de hacinamiento y el per cápita familiar. Para el análisis de la situación de salud, su valor dependerá de otras características estructurales, de la edad y la condición de salud que posean los miembros de la familia. (20,21)

Según la ontogénesis de la familia, ésta se clasifica en:

- Familia nuclear: cuando existe la presencia de hasta dos generaciones: padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos.
- Familia extensa o extendida: cuando existe la presencia de dos generaciones o más. Incluye hijos casados o en unión consensual con descendencia o sin ella.
- Familia mixta o ampliada: se considera, cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras; puede incluir otros parientes y amigos. (20,21)

Según el número de generaciones, se denomina familia multigeneracional a aquella en la cual conviven más de dos generaciones como por ejemplo la trigeneracional y cuatrigeneracional. Si solo conviven dos generaciones se denomina, bigeneracional. (20,21)

Crisis familiares.

Son la expresión de contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afrontan y que producen desorganización en el seno familiar. Se clasifican en dos grandes grupos

-Crisis transitorias o normativas. Incluye momentos como: matrimonio, embarazo, nacimiento del primer hijo, entrada del primer hijo a una institución infantil escolar, hijo adolescente, jubilación, envejecimiento y muerte del primer cónyuge.

-Crisis no transitorias o paranormativas. Se clasifican en: crisis por incremento, desmembramiento, desmoralización, cambios económicos importantes y problemas de salud. (20,21)

Funcionamiento Familiar.

La funcionabilidad de la familia se refiere a la característica relativamente estable de relacionarse el grupo de forma interna. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se estable en el interior de cada familia y que le dan identidad propia. El funcionamiento familiar, como dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia, se produce de forma sistémica y es relativamente estable. Condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes. La evaluación del funcionamiento familiar, según la dinámica de las relaciones internas de la familia puede medirse mediante la aplicación de la prueba FF-SIL. (20,21)

Las categorías a evaluar con la aplicación de FF-SIL son:

- Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones, y para la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

- Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.

- Comunicación: los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.

- Adaptabilidad: habilidad para cambiar estructura de poder, y relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.

- Afectividad: capacidad de los miembros de vivenciar, y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

- Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

- Permeabilidad: capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. (20,21)

Por su frecuencia y complejidad, la disfunción familiar constituye un verdadero reto para el Médico de Familia, tanto en la precisión diagnóstica, lo que constituye el objetivo único y primordial de su trabajo. (61)

En Cuba, el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia ha constituido un ejemplo a seguir en todas las latitudes y ha garantizado el cumplimiento de su encargo social, implementando un grupo de programas destinados a lograr un estado de salud en la población que se corresponda con la prioridad y voluntad política establecida en el país. (63,64) En el Ecuador, el programa de formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, está encaminado a lograr especialistas integrales con altos valores humanos y calidad científica, que permitan fortalecer la estrategia de la Atención Primaria de Salud, (considerando a la familia como el centro de la atención) y modificar el cuadro de salud existente con eficiencia, efectividad y satisfacción de la población. (65,66)

El (la) adolescente interactúa en forma permanente con su núcleo social primario: la familia y la comunidad que lo rodea. Por lo tanto, las acciones dirigidas a mantener o recuperar la salud integral del adolescente deben tener un enfoque participativo, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención primordial y primaria, para promover estilos de vida saludables. (31)

Bases legales.

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica. Para la OMS el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. (2)

La problemática del embarazo adolescente tiene muchos conflictos que tienen relación directa con la legislación que rodea los asuntos relacionados con salud la sexual y reproductiva. Las políticas públicas que cada país implementa para actuar sobre este aspecto inciden directamente en el comportamiento de la población. Se ha discutido durante años sobre la importancia de legalizar la interrupción del embarazo como parte de una cuestión de defensa de los derechos humanos, pues miles de mujeres mueren cada día recurriendo al aborto ilegal. Según el estudio de Julia Nogueira, (67) se ha comprobado que legalizar la interrupción del embarazo de forma voluntaria por parte de la mujer, sin ninguna restricción más que los meses de gestación y una educación sexual fortalecida en todos los ámbitos educativos, así como el acceso a información y métodos anticonceptivos, han permitido disminuir las muertes por aborto ilegal y las tasas de embarazos no deseados.

Las diferencias que existen entre los distintos países, son una muestra de lo importante y definitivas que son las políticas públicas y su implementación.

Estas deben estar contextualizadas de acuerdo con los cambios sociales y con las características actuales de la niñez y adolescencia. En la educación sexual se deben tomar en cuenta tanto a las niñas como a los niños y ambos grupos deben contar con el acceso necesario a información y protección, y sobre todo tener un marco legal que ampare la verdadera libertad, en cuanto a salud sexual y reproductiva. (38)

Derechos de las mujeres

La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, (ENIPLA) en el Ecuador, surgió de procesos de largo aliento de la sociedad civil ecuatoriana, que demandan el reconocimiento de derechos sostenidos en la diferencia, es decir, derechos específicos para sectores determinados de la población. Las mujeres en edad fértil conforman uno de esos sectores, con problemas, situaciones y contextos socioeconómicos, culturales e históricos diversos que las afectan y tienen consecuencias particulares estrechamente relacionadas con el ejercicio de su sexualidad. El reconocimiento de este conjunto de factores, específico de las mujeres sexualmente activas y en edad fértil, hace que, en 2012, un sector del gobierno nacional acogiera, absorbiera y reformulase estos procesos para inscribirlos dentro de su institucionalidad. La población ecuatoriana de mujeres en edad reproductiva no se encuentra en paridad de condiciones y menos de derechos respecto del resto de la población. Buscar la legitimación de la noción de igualdad dentro de las políticas públicas del Estado no hace sino recurrir al modelo socioeconómico tradicional, lo que obligadamente lleva a admitir la validez de tal modelo al usarlo como guía. Por un lado, las transformaciones históricas interrumpidas por la ansiedad del modelo de dominación patriarcal que busca mantenerse, se evidencian en la enorme disparidad de derechos de las mujeres en el año 2015. Por otro lado, esas mismas transformaciones históricas, han sido promovidas gracias a procesos de adquisición de conciencia de las mujeres respecto de sus derechos. En esa tensión de larga duración, en 2015, el balance es definitivamente negativo en el Ecuador. Este estudio intenta contextualizar y argumentar por qué en estos procesos históricos de larga duración la coyuntura y el paso de la ENIPLA al programa "Plan Familia Ecuador", (PNFF) se lee como un enorme retroceso de alto riesgo para la salud y la vida de las mujeres en Ecuador. (38)

Una definición de familia desde el ordenamiento jurídico, lo establece el nuevo Código Integral Penal del Ecuador del año 2014, en su párrafo primero: Delitos de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, artículo 155, en el que alude: "Se consideran miembros del núcleo familiar a la o al cónyuge, a la pareja en unión de hecho o unión libre, conviviente, ascendientes, descendientes, hermanas, hermanos, parientes hasta el segundo grado de afinidad y personas con las que se determine que el procesado o la procesada mantenga o haya mantenido vínculos familiares, íntimos, afectivos, conyugales, de convivencia, noviazgo o de cohabitación." (68)

En el artículo 67 de la constitución de la República del Ecuador, (69) se reconoce a la familia en sus diversos tipos. Y dice que: El Estado la protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que

favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Éstas se constituirán por vínculos jurídicos o de hecho y se basarán en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes. El matrimonio es la unión entre hombre y mujer, se fundará en el libre consentimiento de las personas contrayentes y en la igualdad de sus derechos, obligaciones y capacidad legal. El artículo 68, plantea que: La unión estable y monogámica entre dos personas libres de vínculo matrimonial que formen un hogar de hecho, por el lapso y bajo las condiciones y circunstancias que señale la ley, generará los mismos derechos y obligaciones que tienen las familias constituidas mediante matrimonio. La adopción corresponderá sólo a parejas de distinto sexo. Mientras que en el artículo 69, se dice que: Para proteger los derechos de las personas integrantes de la familia:

1. Se promoverá la maternidad y paternidad responsable; la madre y el padre estarán obligados al cuidado, crianza, educación, alimentación, desarrollo integral y protección de los derechos de sus hijas e hijos, en particular cuando se encuentren separados de ellos por cualquier motivo.
2. Se reconoce el patrimonio familiar inembargable en la cuantía y con las condiciones y limitaciones que establezca la ley. Se garantizará el derecho de testar y de heredar.
3. El Estado garantizará la igualdad de derechos en la toma de decisiones para la administración de la sociedad conyugal y de la sociedad de bienes.
4. El Estado protegerá a las madres, a los padres y a quienes sean jefas y jefes de familia, en el ejercicio de sus obligaciones, y prestará especial atención a las familias disgregadas por cualquier causa.
5. El Estado promoverá la corresponsabilidad materna y paterna y vigilará el cumplimiento de los deberes y derechos recíprocos entre madres, padres, hijas e hijos.
6. Las hijas e hijos tendrán los mismos derechos sin considerar antecedentes de filiación o adopción.
7. No se exigirá declaración sobre la calidad de la filiación en el momento de la inscripción del nacimiento, y ningún documento de identidad hará referencia a ella. (69)

El Día Mundial de Prevención del Embarazo en Adolescentes, (42) se celebra cada 26 de septiembre, con lo que se pretende crear conciencia acerca de la prevención del embarazo no planificado, así como dar importancia a esta etapa clave en la vida y para el desarrollo de las personas. Por esto, en el marco de la Constitución y de acuerdos nacionales e internacionales realizados, el gobierno ecuatoriano, se ha comprometido a proteger los derechos de adolescentes y jóvenes a tener el control y decidir, libre y responsablemente, en asuntos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva; así como se trabaja para proveerles una educación integral para la sexualidad, los derechos humanos y la igualdad de género. En este sentido, reconociendo a niños, niñas, adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos

y actores del desarrollo, en el Consenso de Uruguay de agosto del 2013, el Ecuador a través del Ministerio de Salud Pública, (MSP) se comprometió a:

- Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos.
- Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual.
- Poner en práctica o fortalecer políticas y programas para evitar la deserción escolar de las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes.
- Dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia. (42)

12 MÉTODOS

12.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio observacional, en el cual no existió intervención del investigador y los datos reflejan la evolución natural de los diferentes eventos investigados, en correspondencia con los objetivos y alcance de la investigación; que tuvo carácter descriptivo, en correspondencia con el número de variables analíticas; se describen parámetros del tema objeto de estudio. La investigación se clasificó como de corte transversal, ya que en correspondencia con el número de ocasiones que se miden las variables, son medidas en una sola ocasión.

12.2 Diseño de la investigación

12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

Población de estudio

La población de estudio fue la totalidad de las familias que entre sus integrantes vivía al menos una adolescente embarazada, (46 en total) de las pertenecientes a los consultorios de medicina familiar, del Centro de Salud Pascuales, de la ciudad de Guayaquil, en el período de junio de 2015 a junio de 2016..

Criterios de inclusión:

-Adolescentes embarazadas que convivían con otros miembros de la familia en sus hogares o en los hogares de sus familiares y dieron su consentimiento de participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes embarazadas que estuvieran residiendo temporalmente en la comunidad.

- Adolescentes embarazadas que no dieran su consentimiento para participar en la investigación.

- Adolescentes embarazadas no aptas mentalmente para participar en el estudio.

12.2.2 Procedimiento de recolección de la información

Para dar respuesta al objetivo específico número uno y caracterizar a las adolescentes embarazadas, según variables sociodemográficas, se aplicó a las mismas, una encuesta estructurada, (Anexo I) elaborada por la autora de la investigación, la cual se realizó durante las visitas domiciliarias a sus hogares.

Para dar respuesta al objetivo específico número 2, que consistió en clasificar las familias, teniendo en cuenta su composición o estructura (según su ontogénesis, tamaño y número de generaciones) así como, las crisis transitorias y no transitorias que presentasen y condiciones materiales de vida; se utilizaron datos de las fichas familiares. El trabajo se realizó durante las propias visitas domiciliarias al realizar la actualización de las fichas familiares correspondientes, (Anexo II) utilizándose los criterios de clasificación de Louro Bernal I. y colaboradores. (21, 22) Para clasificar el funcionamiento familiar y sus categorías, en los hogares con presencia de adolescentes embarazadas, se aplicó el Test de Funcionamiento Familiar, (FF-SIL) (Anexo III) a las gestantes adolescentes, valorándose el funcionamiento familiar, según su propio criterio. (21, 22)

Para dar respuesta al objetivo específico número 3, que consistió en identificar

la repercusión familiar del embarazo en la adolescencia como evento vital, se aplicó el Instrumento de repercusión familiar. (IRFA) (Anexo IV) (34, 70)

Toda la información se obtuvo de forma confidencial y previa información y solicitud a las adolescentes embarazadas y a un adulto que las representase, de participar en el estudio, a través del consentimiento informado, firmado por los mismos. (Anexo V).

12.2.3 Técnicas de recolección de información

Las técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Edad	Cuestionario
Autoidentificación étnica	Cuestionario
Situación laboral	Cuestionario
Nivel escolar	Cuestionario
Relación de pareja	Cuestionario
Composición o estructura de la familia	Ficha familiar
Crisis familiares transitorias	Ficha familiar
Crisis familiares no transitorias	Ficha familiar
Condiciones materiales de vida	Ficha familiar
Funcionamiento familiar	Test de Funcionamiento Familiar. (FF-SIL)
Categorías del funcionamiento familiar	Test de Funcionamiento Familiar. (FF-SIL)
Repercusión familiar	Instrumento de repercusión familiar. (IRFA)

12.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Se realizó el análisis estadístico de la información obteniéndose el valor

porcentual de las variables, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas. Para el procesamiento de la información se creó una base de datos al efecto en Microsoft Excel, los cuales fueron exportados al programa Excel SPSS, versión 15.0

Aspectos éticos:

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG) y se cumplieron todos los aspectos de la Declaración de Helsinki.

12.3 Variables

12.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Valor final	Indicador	Tipo de variable
Edad	Años cumplidos. (edades simples)	Porcentaje	Cuantitativa Ordinal
Autoidentificación étnica	Blanca, Negra, Mestiza, mulata, afroecuatoriana, Indígena	Porcentaje	Cualitativa nominal politómica
Situación laboral	Activa Ama de casa	Tasa de prevalencia	Cualitativa nominal politomica
Nivel escolar	Analfabeto o sin estudios, estudios primarios, secundarios, universitarios	Porcentaje	Cualitativa ordinal
Relación de pareja	Estable, No estable	Porcentaje	Cualitativa nominal
Tipo de familia, según ontogénesis	Nuclear, extensa o extendida, ampliada o mixta	Porcentaje	Cualitativa nominal
Tipo de familia, según tamaño	Pequeña, mediana, grande	Porcentaje	Cualitativa Nominal
Tipo de familia, según número de generaciones	Unigeneracional, Bigeneracional, Multigeneracional	Porcentaje	Cualitativa nominal
Tipo de crisis transitorias	Adolescencia, Dificultad con el desempeño de rol de madre, Dificultad en la delimitación de roles y funciones entre padres y abuelos.	Porcentaje	Cualitativa Nominal
Tipo de crisis no transitorias	Desmembramiento, Incremento, Desmoralización, Cambio Económico Importante, Problemas de Salud	Porcentaje	Cualitativa Nominal
Condiciones materiales	Satisfacción de la	Porcentaje	Cualitativa

de vida	familia con los ingresos, Condiciones estructurales de la vivienda, Equipamiento doméstico básico, Hacinamiento		Nominal
Funcionamiento familiar	Funcional, Moderadamente Funcional, Disfuncional, Severamente Disfuncional	Porcentaje	Cualitativa Nominal
Categorías del funcionamiento familiar	Cohesión Armonía Comunicación Adaptabilidad Afectividad Rol Permeabilidad	Porcentaje	Cualitativa Nominal
Repercusión familiar	No repercusión Repercusión leve Repercusión moderada Repercusión elevada Repercusión severa	Porcentaje	Cualitativa Nominal

Se consideró pareja estable, cuando se mantenía una relación de convivencia en el hogar, existía preocupación por los problemas familiares y no existía otro vínculo amoroso, independientemente de la situación legal de la pareja.

Se consideró que existía satisfacción de la familia con los ingresos, cuando los integrantes que trabajaban al menos recibían salario mínimo y podían satisfacer sus necesidades básicas.

Se consideró que existían adecuadas condiciones estructurales de la vivienda, cuando las construcciones eran de materiales resistentes y permitían confort mínimo a sus integrantes.

Se consideró como suficiente y adecuado el equipamiento doméstico básico, cuando contaban con un mínimo de equipos que les permitiera desarrollar mejor las actividades cotidianas y estuvieran funcionando.

Se consideró que existía hacinamiento, cuando dormían más de dos personas, por dormitorio.

13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Al caracterizar las adolescentes embarazadas, según variables sociodemográficas, predominaron las que tenían 19 años; con el 36,95%, seguidas de las de 18 años. (23,91%) El 2,17 tenía, en cifras iguales, 13 y 14 años, respectivamente, (Tabla 1.) lo que hace suponer que la tendencia es que, a medida que aumenta la edad, se incrementa también el número de casos. Durante el período de estudio, no se diagnosticaron embarazos en menores de 13 años.

Tabla 1: Distribución de las adolescentes embarazadas, según edad. Consultorios de medicina familiar del Centro de Salud Pascuales. Junio de 2015 a junio de 2016.

Edades (en años)	No.	%
13	1	2,17
14	1	2,17
15	3	6,52
16	7	15,21
17	6	13,04
18	11	23,91
19	17	36,95
Total	46	100

Al responder el cuestionario, la mayoría de las adolescentes embarazadas, se auto identificaron desde el punto de vista étnico, como mestizas. (Tabla 2.) Esta es una preferencia, en sentido general, de la población que atiende la autora.

Tabla 2. Distribución de las adolescentes embarazadas, según autoidentificación étnica. Consultorios de medicina familiar del Centro de Salud Pascuales. Junio de 2015 a junio de 2016.

Autoidentificación étnica	No.	%
Blanca	4	8,70
Negra	2	4,30
Mestiza	40	87,00
Total	46	100

En la tabla 3, se describe la ocupación de las adolescentes embarazadas en el momento de realizar la investigación, predominando con un 52,20% las amas de casa, siendo el resto, estudiantes. Estos datos coinciden con las características de la población estudiada, la cual no es aun, económicamente

activa y está conformada totalmente por mujeres.

Tabla 3. Distribución de las adolescentes embarazadas, según ocupación. Consultorios de medicina familiar del Centro de Salud Pascuales. Junio de 2015 a junio de 2016.

Ocupación	No.	%
Estudiante	22	47,80
Ama de casa	24	52,20
Total	46	100

El 56,52% de las adolescentes embarazadas estudiadas, refirió haber realizado estudios secundarios, sin embargo, el 43,47% apenas había vencido los estudios primarios, cifra relativamente alta, considerando las oportunidades que existen para estudiar. (Tabla 4.)

Tabla 4. Distribución de las adolescentes embarazadas, según nivel escolar. Consultorios de medicina familiar del Centro de Salud Pascuales. Junio de 2015 a junio de 2016.

Nivel escolar	No.	%
Primario	20	43,47
Secundario	26	56,52
Total	46	100

En la tabla 5, al distribuirse las adolescentes embarazadas, según el tipo de relación que establecen con su pareja, se observa que el 30,40% de ellas no tienen pareja estable, lo que empeora su condición, al no poder contar con el necesario apoyo y atención del futuro padre.

Tabla 5. Distribución de las adolescentes embarazadas, según relación con la pareja. Consultorios de medicina familiar del

Centro de Salud Pascuales. Junio de 2015 a junio de 2016.

Relación de pareja	No.	%
Estable	32	69,60
No estable	14	30,40
Total	46	100

Según su ontogénesis, la familia nuclear fue la que predominó en los hogares de las adolescentes embarazadas en el 52.20% de los casos, (Tabla. 6) seguidas de las extensas y en menor cantidad de las ampliadas. (32,6 % y 15, 20%, respectivamente) Este predominio se puede explicar por la subdivisión que han sufrido las familias de origen, donde se les ha entregado una parte de la estructura que comparten a la nueva familia creada, donde se encuentra la adolescente embarazada.

Tabla 6. Distribución de las familias de las adolescentes embarazadas, según su ontogénesis. Consultorios de medicina familiar del Centro de Salud Pascuales. Junio de 2015 a junio de 2016.

Familias según ontogénesis	No.	%
Nuclear	24	52,20
Extensa	15	32,60
Ampliada	7	15,20
Total	46	100

Al distribuirse las familias de las adolescentes embarazadas, según el número de integrantes, predominaron las familias pequeñas con el 39.10%, (Tabla 7.) seguidas en casi igual proporción de las medianas y en menor cantidad de las grandes. (37,0% y 23,90% respectivamente)

Tabla 7. Distribución de las familias de las adolescentes embarazadas, según número de integrantes. Consultorios de medicina familiar del Centro de Salud Pascuales. Junio de 2015 a

junio de 2016.

Familias según Número de integrantes	No.	%
Pequeña	18	39,10
Mediana	17	37,00
Grande	11	23,90
Total	46	100

Al distribuirse las familias de las adolescentes embarazadas, según el número de generaciones, predominaron las familias bigeneracionales con el 60,90%, (Tabla 8.) seguidas de las multigeneracionales con un 34,80%. Dos de las familias estaban integradas por personas de una misma generación.

Tabla 8. Distribución de las familias de las adolescentes embarazadas, según número de generaciones. Consultorios de medicina familiar del Centro de Salud Pascuales. Junio de 2015 a junio de 2016.

Familias según Número de generaciones	No.	%
Unigeneracional	2	4,30
Bigeneracional	28	60,90
Multigeneracional	16	34,80
Total	46	100

Al distribuirse las crisis familiares presentes en los hogares de las adolescentes embarazadas, (Tabla 9.) la propia adolescencia y los sucesos que acontecen en ella, fue una de las crisis transitorias con mayor presencia, (54,30%) seguida de la dificultad en la delimitación de roles y funciones entre padres y abuelos. (34,80%) Entre las crisis no transitorias, predominaron los cambios económicos importantes (71,70%) seguidas de problemas de salud. (15,20%) En varias familias, existía más de una crisis.

Tabla 9. Distribución de las crisis presentes en las familias de las adolescentes embarazadas. Consultorios de medicina familiar del Centro de Salud Pascuales. Junio de 2015 a junio de 2016.

Crisis familiares		No.	%
Transitorias 38. (82,60%)	Adolescencia	25	54,30
	Dificultad con el desempeño de rol de madre	15	32,60
	Dificultad en la delimitación de roles y funciones entre padres y abuelos	16	34,80
No Transitorias 45. (97,80%)	Desmembramiento	2	4,30
	Incremento	3	6,52
	Desmoralización	5	10,90
	Cambio económico importante	33	71,70
	Problemas de salud	7	15,20

El 34,78% de los hogares de las familias de las adolescentes embarazadas, presentaban inadecuadas condiciones estructurales de vivienda y el 32,60% hacinamiento. En menor porcentaje existía insatisfacción con los ingresos económicos o era insuficiente, inadecuado o no contaban con equipamiento domestico básico.

Tabla 10. Condiciones materiales de las familias de las adolescentes embarazadas. Consultorios de medicina familiar del Centro de Salud Pascuales. Junio de 2015 a junio de 2016.

Condiciones materiales	No.	%
Satisfacción de la familia con los ingresos	8	17,39
Inadecuadas condiciones estructurales de la vivienda	16	34,78
Insuficiente, inadecuado o no cuentan con equipamiento doméstico básico	7	15,21
Hacinamiento	15	32,60

Al distribuirse las familias de las adolescentes embarazadas, según su funcionamiento familiar, (Tabla 11.) predominaron, con el 54,34%, las familias moderadamente funcionales, seguidas de las funcionales (23,91%) y las disfuncionales. (17,39%) Sólo 2 familias eran severamente disfuncionales.

Tabla 11. Distribución de las adolescentes embarazadas, según funcionamiento familiar. Consultorios de medicina familiar del Centro de Salud Pascuales. Junio de 2015 a junio de 2016.

Funcionamiento familiar	No.	%
Familias funcionales	11	23,91
Familias moderadamente funcionales	25	54,34
Familias disfuncionales	8	17,39
Familias severamente disfuncionales	2	4,34
Total	46	100

Al analizar las categorías del funcionamiento familiar en los hogares con presencia de adolescentes embarazadas, (Tabla 12.) se pudo comprobar que existía, baja armonía (39,13%) y afectividad (30,43%) entre sus miembros. La comunicación y la adaptabilidad, (39,13% cada una) fueron las categorías cualitativamente más altas. En sentido general todas las categorías expresan bajos resultados. Este producto, hace suponer que, en los hogares estudiados, no siempre se toma en cuenta a las adolescentes, o al menos, no siempre se hace adecuadamente y menos aún en su condición de embarazadas.

Tabla 12. Distribución de las adolescentes embarazadas, según categorías del funcionamiento familiar. Consultorios de medicina familiar del Centro de Salud Pascuales. Junio de 2015 a junio de 2016.

Categorías	Alta		Media		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cohesión	17	36,95	28	60,86	1	2,17
Armonía	2	4,34	26	56,52	18	39,13
Comunicación	18	39,13	25	54,34	3	6,52
Adaptabilidad	18	39,13	25	54,34	3	6,52
Afectividad	3	6,52	29	63,04	14	30,43
Rol	14	30,43	19	41,30	13	28,26
Permeabilidad	14	30,43	29	63,04	3	6,52

Como se evidencia en la tabla 13, en casi todas las familias hubo cierta repercusión ante el evento embarazo de las adolescentes; encontrándose el mayor por ciento entre las que hubo una repercusión elevada, (56,52%) seguidas de las que hubo una repercusión severa con un 26,08% y en menor medida, en las que hubo repercusión moderada, (8,69%) y leve. (6,52%) Solo

en una de las familias, aparentemente, no hubo repercusión de ese suceso. (2,16%)

Tabla 13. Distribución de las adolescentes embarazadas, según repercusión familiar del embarazo en adolescentes. Consultorios de medicina familiar del Centro de Salud Pascuales. Junio de 2015 a junio de 2016.

Repercusión familiar	No.	%
No repercusión	1	2,16
Repercusión leve	3	6,52
Repercusión moderada	4	8,69
Repercusión elevada	26	56,52
Repercusión severa	12	26,08
Total	46	100

Al distribuir la repercusión familiar del embarazo en las adolescentes, según las áreas evaluadas, (Tabla 14.) se puede apreciar que, en las áreas sociopsicológica, del funcionamiento familiar y socioeconómica, fue elevada la repercusión en ellas, al reflejarse el mayor porcentaje. (58,69%, 52,17% y 50%, respectivamente) En el área del estado de salud, en el 36,95% de las familias, la repercusión fue severa.

Tabla 14. Repercusión familiar del embarazo en adolescentes, según áreas evaluadas. Consultorios de medicina familiar del Centro de Salud Pascuales. Junio de 2015 a junio de 2016.

Repercusión familiar	Áreas evaluadas							
	Socioeconómicas		Sociopsicológicas		Funcionamiento familiar		Estado de salud	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No repercusión	1	2,16	1	2,16	3	6,52	7	15,21
Repercusión leve	5	10,86	1	2,16	1	2,16	5	10,86
Repercusión moderada	10	21,73	12	26,08	6	13,04	10	21,73
Repercusión elevada	23	50,0	27	58,69	24	52,17	7	15,21
Repercusión severa	7	15,21	5	10,86	12	26,08	17	36,95
Total	46	100	46	100	46	100	46	100

14 DISCUSIÓN

Al analizar la información del total de mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad en una encuesta nacional en México, el 20.5% tenía vida sexual activa y de ese porcentaje, el 52% habían estado embarazadas alguna vez en su vida, de las cuales 7.8% estaba cursando su primer embarazo al momento de la encuesta. (71)

Arias-Trujillo y colaboradores, que estudiaron la funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de Assbasalud ESE, en Manizales, Colombia, encontraron que las adolescentes embarazadas, tenían como promedio, 18 años de edad. (72)

Calderón Morales y colaboradores, (73) en un estudio similar, sobre disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud de Santiago de Cuba, encontraron un predominio del grupo de 15 a 18 años, (62,0%), seguido del de 19 años, con el 34,5%.

En el trabajo titulado, funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar, la mayor cifra de adolescentes embarazadas se reportó en el grupo de 15 a 18 años con un 96,2%. Solamente dos embarazadas tenían menos de 15 años. (34)

Al distribuirse las gestantes adolescentes captadas de marzo de 2011 a enero de 2015, según grupos de edad, en una investigación realizada en el municipio de Camagüey, Cuba, predominó el grupo de 15-19 años (adolescencia tardía) con un 96,0%. (74)

En el anuario de estadísticas vitales de nacimientos y defunciones del año 2013 en el Ecuador, al distribuirse los nacidos vivos, según grupos de edad de las madres, se reporta que el 19,48% del total de nacimientos ocurridos y registrados, provenían de madres entre 15 y 19 años de edad. (75)

En todos los casos los resultados anteriores, constituyen datos muy cercanos a los obtenidos por la autora.

Aunque en la bibliografía consultada por la autora, no son frecuentes los resultados relacionados con la etnia o la raza de las embarazadas adolescentes, se conoce que, en la República del Ecuador, el 5,2% de las madres afroecuatorianas son adolescentes, seguidas de las indígenas con 4,3%. (41)

En la investigación realizada en Calabazar, Cuba, hubo un predominio de adolescentes desocupadas, es decir que el 84,9% del total no estudiaban ni trabajaban, solo dos embarazadas ya habían terminado su técnico medio y se encontraban laborando. Este resultado puede deberse al hecho de que algunas adolescentes embarazadas se vieron en la necesidad de abandonar sus estudios por su maternidad, mientras que otras ya habían abandonado sus estudios antes del embarazo. (34)

Hernández Núñez y colaboradores, obtuvieron que el 41,7% de las gestantes adolescentes eran amas de casa, siendo mayoría, (6) resultado similar al obtenido por la autora.

Villalobos Hernández, en su artículo: Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México, realizada en el año 2015, también obtiene que, el mayor porcentaje de las embarazadas adolescentes se dedicaba al hogar, seguido de las que eran estudiantes, (71) lo que coincide en ambos casos, con los resultados de la autora. Ese propio autor, (71) encontró que el rezago educativo está presente en 74.9% de las adolescentes con antecedente de embarazo.

Pacheco Sánchez, (76) en otro estudio realizado en Colombia, confirmó que, en el contexto educativo, existe un dispositivo que excluye y promueve la deserción escolar por esta causa.

Guridi, (34) encontró que casi la mitad de las embarazadas estudiadas, solo habían alcanzado el nivel de secundaria básica. (47,2%) En todos, los artículos mencionados, en sentido general, existe coincidencia, con los resultados obtenidos por la autora.

Peláez Mendoza, (7) considera que el embarazo en la adolescencia ocurre mayoritariamente en jóvenes solteras, en tanto en aquellas con pareja estable, se describe una alta incidencia de separaciones durante el transcurso de la gestación.

Guridi, (34) encontró en su trabajo que, el 58,5% no presentaba una pareja sexual estable, solamente 22 pacientes (41,5%) del total, fueron las que reportaron tener una estabilidad de pareja sexual.

En un artículo publicado en la Revista Salud Pública de México, (71) el 83.1% de las adolescentes con antecedente de embarazo está o ha estado unida y de las adolescentes embarazadas por primera vez, al momento de la encuesta, el 67.7% vive con la pareja. Todos estos resultados son similares a los del presente trabajo. Sin embargo, la OMS considera que también es frecuente que las embarazadas adolescentes no cuenten con una pareja estable y que interrumpan su proyecto de vida en el aspecto educativo. (77,78)

Para la autora, aunque exista un elevado porcentaje de las adolescentes embarazadas, que han establecido una relación estable con su pareja, esto, no constituye un elemento de estabilidad, pues considera que, en la mayoría de las ocasiones su compañero, resulta ser igualmente un adolescente, sin aún tener definido un proyecto de vida, carente de recursos económicos, materiales y psicológicos para acompañarla en el empeño de conservar una familia, con inseguridad, irresponsabilidad e inestabilidad en sus decisiones; además de que en muchos casos se logra esta unión inicial, por presión de las familias de origen, lo que no garantiza la continuidad, ni una formalización real de la nueva familia.

En un trabajo para obtener la titulación como Psicólogo Clínico, sobre embarazo precoz y estructura familiar, realizado en la provincia de Orellana,

en el año 2012, se concluye que, las adolescentes embarazadas, proceden con mayor frecuencia de familias desestructuradas y que las familias monoparentales son las más proclives al embarazo precoz. (32)

Guridi y sus colaboradores, (34) cuando analizaron la ontogénesis de las familias estudiadas, pudieron comprobar un porcentaje elevado en las familias extensas para un 62,3% del total y consideraron que la mayoría de las familias eran monoparentales con un reporte de 79,2%. Al clasificar las familias de las adolescentes embarazadas según el tamaño, pudieron identificar que más de la mitad eran medianas, para un 52,8%, no existiendo una diferencia marcada entre las familias pequeñas (24,6%) y grandes. (22,6%) Al observar el vínculo generacional, las familias con tres generaciones fueron las de mayor frecuencia con un 68,0%. No se reportaron familias con más de tres generaciones. Todos estos resultados son diferentes a los obtenidos por la autora.

En cuanto a la estructura o composición de la familia, en la literatura se considera, (7) que es más frecuente que los lazos matrimoniales sean cada vez menos perdurables por lo que las familias se encuentran desde un tamaño pequeño o hasta de tamaño grande pues se retorna al hogar matriz y por lo tanto la adolescente se enmarca en una familia que abarca según las generaciones bi o trigeracional como multigeracional, así como enmarcarse en un hogar monoparental o encontrarse en una familia con ontogénesis extensa. Esto afecta a la sociedad, pues la cantidad de viviendas crece a medida que las familias se fragmentan y los hijos forman su propio hogar. Al edificar más casas para alojar al mismo número de personas, la explosión urbana y la destrucción de hábitat se elevan.

Louro Bernal, considera que el embarazo en la adolescente constituye un evento importante, que no forma parte del ciclo vital de la familia, al constituir la mayoría de las ocasiones, un problema de salud; lo considera un suceso capaz de desencadenar una crisis no transitoria o paranormativa. (21,22)

Suárez Linares y Domínguez García, citados por Cortes Alfaro y colaboradores, (79) plantean que, en muchos de estos casos, es común que se produzca un conflicto familiar. Cuando conviven tres generaciones en una misma casa, es natural que se generen tensiones en todos los miembros de la familia. Surgirán dificultades asimismo si la joven trata de eludir su propia carga de responsabilidad y espera que su madre haga todo el trabajo. O puede que esta, con sus mejores intenciones, prácticamente se arrogue el derecho de cuidar de su nieto, se convierte en el hijo de la abuela, quien lo atiende y lo cuida para que su hija pueda seguir adelante; la joven no vive ni disfruta la responsabilidad de madre ni lo que esto implica. Se observa entonces la llamada violación de límites generacional, frecuentemente poniéndose de manifiesto las crisis paranormativa o no transitoria por alteración en la membresía, a saber por incremento (la llegada de un nuevo miembro no esperado y en muchas ocasiones no deseados por la propia madre y familia), crisis por desmembramiento, por separación prolongada, sobre todo cuando se realizan ingresos hospitalarios o en el hogar materno por la coexistencia de enfermedades maternas como la desnutrición, la anemia o por malas

condiciones socioeconómicas que constituye un riesgo obstétrico y prenatal. Esto afecta directamente a los costos invertidos por el estado para favorecer la atención materna y perinatal. (79)

Ibarra Mustelier L, también citado por Cortes Alfaro y colaboradores, (79) consideran que en algunas familias se producen crisis que alteran la dinámica familiar y la subjetividad individual por desmoralización, debido a la presencia de un embarazo oculto. La familia se siente desmoralizada ante la sociedad por este evento imprevisto. Quizás la crisis más frecuente es la de desorganización, pues abarca la presencia de los cambios económicos desfavorables, sobre todo en la familia previamente afectada y que se agrava por la presencia de un nuevo miembro con necesidades a satisfacer y las enfermedades que se asocian o complican el embarazo, lo que en sentido general coincide con los resultados de la autora. (79) Sin embargo, la OMS considera que, también es frecuente que las embarazadas adolescentes sufran rechazo de sus familias. (77,78)

Desde hace algunos años se sabe que la maternidad temprana ocurre con mayor frecuencia en estratos socioeconómicos bajos y existe cada vez mayor evidencia de que no es únicamente el embarazo temprano el que limita las posibilidades de estas adolescentes, sino las restricciones preexistentes en sus vidas. La construcción social de género, la falta de educación sexual integral, el poco acceso a métodos anticonceptivos y las pocas oportunidades económicas contribuyen a la explicación de este fenómeno. (71, 80)

Las condiciones materiales de vida en los hogares, con o sin embarazadas adolescentes, resultan necesarias para el buen funcionamiento de las familias. (22) Hernández Núñez y colaboradores, (6) constató en su estudio, que el 31,3% de las adolescentes, se desarrollaban en un ambiente familiar disfuncional.

Hermeza Guerrero, (32) también evaluó en una muestra de cuarenta adolescentes embarazadas entre catorce a diecinueve años, la funcionalidad familiar; cuyos resultados evidenciaron disfuncionalidad y lo consideró un factor de riesgo.

En otra investigación, realizada en el Policlínico de Calabazar, en Cuba, el 58,5% de las familias estudiadas presentaron una dinámica moderadamente funcional; el 18,8% reflejaron una clasificación disfuncional (10 familias) y tres familias (5,7%) fueron evaluadas de severamente disfuncionales. (34) Estos resultados coinciden con los obtenidos por la autora.

Según Angoma Arredondo y Poccorpachi Navarro, (81) la mayoría de las gestantes adolescentes tienen una familia de tipo disfuncional. (90%) Es ese estudio, en el área de adaptación, el 75% presentaban disfuncionalidad familiar; de las cuales el 37% era de grado leve; en el área de participación el 81% poseen disfuncionalidad familiar, de las cuales el 36% fue leve. Sobre el área de crecimiento el 69 % poseía disfuncionalidad familiar, de las cuales el 43% fue leve. Respecto al área de afecto el 87% presentaban disfuncionalidad familiar; dentro de las cuales el 32% fue leve y otro 32% moderada. Finalmente, en el área de recursos, el 85% presentaron disfuncionalidad

familiar, de las cuales el 34% fue moderado.

En otro estudio realizado en México, la disfunción familiar moderada se encontró en el 27% de las familias estudiadas, la severa en el 6% de ellas y el funcionamiento familiar era normal en el 67%, del total. Los aspectos en que se encontraron mayor alteración fueron el de crecimiento y afecto (82) y en la investigación realizada en Manizales, Colombia sobre funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes, el 72,1% de la población presentó disfuncionalidad familiar de leve a severa. La buena funcionalidad familiar, tuvo relación significativa con la no presencia de violencia intrafamiliar u otras causas. (72)

En un estudio realizado en Cuenca Ecuador, el 52.3% de las familias presentan una adaptabilidad alta y una cohesión media del 40.5%, considerada como familias unidas. Haciendo un análisis cualitativo, los resultados en general coinciden, pues las familias presentan una adaptabilidad alta, siendo los padres quienes ejercen las relaciones de poder, imponiendo y estableciendo las reglas familiares, y una cohesión media, pues los lazos emocionales entre sus integrantes se ven reflejados en la preocupación constante de los padres por los conflictos de sus hijos, compartiendo el tiempo libre entre ellos. (83)

Herrera y sus colaboradores, (70) destacan que cada familia reacciona ante los eventos familiares de forma única y particular, ya que el mismo evento puede repercutir de modo muy diferente en una familia y otra, o en un momento u otro. El impacto de los eventos en la salud familiar depende, en gran medida, de la habilidad y capacidad que tenga la familia para enfrentar los cambios, realizar los ajustes necesarios, actuando en pro de una adaptación a la nueva situación y a la capacidad de abrirse como sistema, permitiendo la relación de sus miembros con otros subsistemas, aceptando la ayuda a la solución de sus problemas, de otras personas, grupos o instituciones, lo que se evidencia en este estudio al reportarse diferentes niveles de repercusión familiar ante el embarazo precoz.

El embarazo precoz introduce inevitablemente en la vida del adolescente y de la familia agentes estresantes que con frecuencia se multiplican conforme avanza el proceso de la gestación. El estrés que acompaña a estas situaciones familiares se extiende a toda ella, y esta puede asumirlo como un evento que la fortalecerá como sistema (de manera favorable), o como algo que romperá su equilibrio. Ante su presencia, la salud familiar depende, en gran medida, de la capacidad que tenga la familia para adaptarse a los cambios que ellos presuponen. Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, esto provoca una enquistación de los conflictos y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros. (34)

En la investigación realizada en Calabazar, Cuba, (34) en algunas familias, pudo observarse que, a pesar de que el embarazo en la hija adolescente implicó grandes cambios al sistema familiar, éstas le atribuyeron una connotación favorable al evento, brindando el apoyo necesario para el curso de la gestación. Sin embargo, otras familias percibieron de manera negativa o

desfavorable este acontecimiento, lo cual podría ser amenazante y poner en peligro el bienestar y la salud del sistema familiar. Teniendo en cuenta los diferentes niveles de impacto y el significado favorable o desfavorable que la familia le asignó al evento, la autora considera que, al igual que los resultados encontrados en otros estudios, el embarazo en la adolescencia puede reflejar diferentes niveles de afectación o repercusión a la familia, también puede ser un riesgo para la salud de la familia y en otras familias, puede no presentarse afectación por no representar un problema de salud al sistema familiar, sino por el contrario, lograr una evolución a partir de los cambios o transformaciones necesarios para el desarrollo de la misma. (34)

Guridi, M. Z. y colaboradores (34) en el artículo titulado: Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar, encontraron que en casi todas las familias, hubo cierta repercusión ante el evento del embarazo de la adolescente, reportándose el mayor porcentaje con una repercusión moderada (32,2%), siguiéndole la repercusión elevada con un 22,6%, leve en un 20,7 % y severa 11,3%, datos que no coinciden, en su totalidad, con los de la presente investigación. En la esfera socioeconómica el principal aspecto que se afectó negativamente, fue la dificultad en recursos económicos de la familia para afrontar el evento, y la disponibilidad de espacio en el hogar, pues muchas de las familias son de núcleos monoparentales; las madres de las adolescentes se sintieron sobrecargadas en cuanto a ciertas demandas que requieren de recursos económicos, como alimentación de la embarazada y satisfacción de necesidades de canastilla para el (la) bebe que se espera; por lo que, en esta área, se produjo un impacto importante en las familias con cierto sentido negativo, lo cual es fácilmente explicable por el reajuste en el estilo de vida de la familia ante la llegada de un nuevo miembro, pudiéndose generar una crisis por incremento y desorganización. En cuanto a estos resultados, si hubo coincidencia con otros estudios realizados, mencionados por Guridi M, donde se describe que el contexto económico está muy ligado a la vida de la familia, siendo uno de los estresantes familiares más frecuente. (34)

En la esfera socio-psicológica, los principales aspectos que se afectaron negativamente fueron las interrupciones de los estudios, (deserción escolar) limitación y participación en actividades sociales y recreativas, así como el cambio en los planes futuros de la familia en general. En aquellos casos en que no hubo repercusión o fue leve, se debió a la aceptación y planificación del embarazo en las adolescentes con parejas estables que habían formado una familia en los finales de la etapa. De manera general, puede decirse que las variables que más se impactaron fueron la participación social de las adolescentes y el modo de vida familiar. Estos resultados coinciden con trabajos similares. (34)

Cuando se analizan las familias que presentaron una repercusión elevada en el funcionamiento familiar, la presencia de conflictos generacionales propios de la etapa de la adolescencia, las dificultades en la comunicación y en la esfera afectiva de la familia, pudieron ser principales causantes del impacto negativo en el funcionamiento familiar, afectándose la armonía y cohesión del grupo familiar. Estos resultados no coinciden con los obtenidos al aplicarse el test de funcionamiento familiar, donde se obtuvo que el mayor

porciento de las familias, eran moderadamente funcionales. Los resultados obtenidos por Guridi, M. y colaboradores, (34) coinciden básicamente con estos resultados.

En las familias en que el impacto del embarazo precoz como estado de salud fue moderado o elevado con repercusión favorable se considera que puede deberse a los grandes riesgos biológicos y psicosociales que tiene el embarazo en esta etapa de la vida, por lo que realizaron mayor cantidad de cambios y, por tanto, mayor capacidad de modificación del funcionamiento familiar ante la situación estresante, lo cual puede considerarse un afrontamiento adecuado; mientras que las familias que tuvieron un impacto desfavorable, con un nivel elevado y severo, realizaron menos cambios o mayor resistencia a ellos, lo que afecta desfavorablemente la salud familiar de la embarazada y la familia. Las nuevas situaciones sociales que se producen a nivel de la embarazada, la familia, la pareja y en el círculo social son experimentadas por las adolescentes, entre ellas el déficit o carencia de conocimiento de cómo abordar el proceso y conducirlo. Esto trae aparejado limitaciones para poderse desarrollar en un entorno saludable una vez conocido el embarazo. Es evidente que hay un aumento de las exigencias económicas dadas por el embarazo y el incremento familiar por recibir un nuevo miembro en el seno familiar. Además de la existencia de limitaciones en las actividades propias de esta edad por el propio hecho que trae un embarazo. (34)

De forma general, en cuanto a la repercusión familiar sobre este evento, que para la mayoría de las familias estudiadas ha sido un momento con consecuencias negativas, es decir, desfavorable al desarrollo de la familia como sistema, reafirma una vez más la importancia de la evaluación en la familia sobre la repercusión y el impacto de los eventos y su relación con los estilos de afrontamiento de la familia, como primer sistema de apoyo del individuo, como principio para desarrollar acciones que permitan su afrontamiento. La gestante adolescente es una paciente especial, desde el punto de vista biopsicosocial, y que, por tanto, requiere de atención especializada por un equipo multidisciplinario, haciendo particular énfasis en la prevención de las afectaciones del embarazo precoz en la esfera personal y familiar, así como el manejo adecuado de los problemas que se presenten durante su seguimiento. El rol que desempeña la familia ante el embarazo precoz, resulta decisivo para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la gestante adolescente y del recién nacido, tratándose de un complejo proceso en que no sólo es importante tomar en consideración los riesgos biológicos sino también importantes factores psicosociales que contribuyen en el desarrollo de la nueva sociedad. (34)

15 CONCLUSIONES

Predominaron las adolescentes embarazadas, con 19 años de edad, mestizas, amas de casa, con nivel escolar secundario y pareja estable.

La mayoría de las familias clasificaron como nucleares, pequeñas y bigeneracionales; presentaban, predominantemente, crisis por los sucesos que acontecen en la adolescencia y por cambios económicos importantes. La mayoría de las viviendas, presentaban malas condiciones estructurales. Sobresalieron las familias moderadamente funcionales y dentro de sus categorías, se pudo comprobar que existía en los hogares, baja armonía y afectividad, entre sus miembros.

El embarazo en las adolescentes, repercutió de forma elevada, en la mayoría de las familias, siendo el área socioeconómica la de mayor repercusión.

RECOMENDACIONES

Perfeccionar la labor que deben realizar los médicos y enfermeras del primer nivel de atención, en el área de la educación sexual, la sexualidad responsable, la planificación familiar y el empleo de métodos anticonceptivos, en la población adolescente, como una de las principales acciones de prevención del embarazo en las adolescentes.

Se impone cumplir con los programas existentes y estructurar nuevas acciones dirigidas y realizadas por equipos multidisciplinarios, que incorporen a los y las adolescentes y garanticen el manejo y la atención adecuada a este grupo de la población.

Involucrar y responsabilizar a la familia y a todos los sectores de la comunidad, con el propósito de que los esfuerzos, por evitar los embarazos en la adolescencia, permitan garantizar un funcionamiento familiar adecuado y disminuir su repercusión negativa sobre las familias y que los mismos, sean compartidos entre los individuos, las familias, las organizaciones sociales, el sistema de salud, el sistema educacional, los medios de comunicación masiva y las redes sociales, entre otros.

16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

A raíz de los resultados obtenidos, es necesario diseñar un programa educativo multisectorial de intervención comunitaria a través del MINEDUC (Ministerio de Educación del Ecuador), MSP (Ministerio de Salud Pública) través de la gerencia del Proyecto Ecuador sin Muertes Maternas, MIES (Ministerio de Inclusión Económica y Social) con componentes de educación sexual en materia de promoción de salud y prevención de enfermedades, uso de anticoncepción segura, pero de forma paralela identificar de forma temprana los hogares disfuncionales o moderadamente funcionales que pudiesen representar un factor de riesgo para embarazo de adolescentes, los hogares en mala condiciones estructurales o económicas a través de un trabajo de campo.

El Sistema Nacional de Salud, pese a sus mejoras continuas en los programas de intervención comunitaria y aplicación del Modelo Integral de Salud (MAIS), no logra la captación total puerta a puerta a través de los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS), y continuamos pendiente de brindar atención al usuario y a la comunidad.

Se requiere un trabajo integral a través de los niveles distritales en un esfuerzo intersectorial para identificar las familias en riesgo antes de que las tasas de embarazo en adolescentes continúen en ascenso, considerando a su vez que es un factor evitable en las muertes maternas, siendo uno de los Objetivos del Desarrollo del Milenio.

Los programas de salud del Ministerio de Salud Pública, se encuentran bien estructurados en cuanto a desarrollo de Políticas Locales de Salud. El objetivo debe ser aterrizar los mismos desde el nivel filosófico analítico, a la practicidad y funcionalidad operativa dentro de la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations Children's Fund UNICEF. Adolescence. An Age of Opportunity. The state of the world's children. 2011, February 2011. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: http://www.unicef.org/publications/files/SoWC_2011_Main_report_EN_02242011.pdf.
2. Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente Rev Cubana Obstet Ginecol vol.38 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2012. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So138-600X2012000300006
3. Kumbi S, Isehak A. Obstetris outcome of teenage pregnancy in northwestern Ethiopia. East Afr Med J. 2007; 76(3):138-40. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10442112>
4. Speidel J, Harper CC, Shields WC. The Potential of Long-acting Reversible Contraception to Decrease Unintended Pregnancy. Contraception; 2008. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://www.arhp.org/publications-and-resources/contraception-journal/september-2008>
5. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Pediatría (Santiago) [Internet]. 2008 [citado 22 Ago 2015]; 5(1): [aprox. 7 p.]. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/5.html>
6. Hernández Núñez J; Valdés Yong M; Moreno González YM; Pérez Pérez MA. Factores influyentes en la primiparidad precoz en Santa Cruz del Norte durante 10 años. Rev Cubana Med Gen Integr vol.30 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2014. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-21252014000100004
7. Peláez Mendoza J. Embarazo en la adolescente, una asignatura pendiente. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.38 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2012. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=So138-600X2012000400001&script=sci_arttext
8. WHO Statistical Information System (WHOSIS) World Health Statistics. 2011 [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>.
9. UNICEF. Tablas Estadísticas. Adolescentes. En: UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2012. Niñas y niños en un mundo urbano. Fondo de las Naciones Unidas, New York, 2012: 130-3.
10. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Fact sheet 364. May, 2012. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en:

www.who.int/mediacenter/factsheets/fs364/en/index.html

11. Carreón-Vásquez J, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C, et al. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. *Archivos en Medicina Familiar* 2004; 6(3):70-73. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2004/amfo43d.pdf>
12. Goicolea I, Wulff M, Öhman A, et al. Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador's Amazon basin: a case-control study. *Rev Panam Salud Publica* 2009;26(3):221-228. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/40896720_Risk_factors_for_pregnancy_among_adolescent_girls_in_Ecuador's_Amazon_basin_A_case-control_study
13. Cavazos-Rehg PA, Krauss MJ, Spitznagel EL, et al. Substance use and the risk for sexual intercourse with and without a history of teenage pregnancy among adolescent females. *J Stud Alcohol Drugs* 2011; 72(2):194-198. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052889/>

Ramírez-Aranda JM, Gómez-Gómez C, Villarreal-Pérez JZ, García-Elizondo FJ, Rodríguez-Rodríguez I, Rosas-Herrera CH, Flores-Cavazos M. Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia. *Medicina Universitaria*. Vol. 15. Núm. 59. Abril - Junio 2013. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-factores-proteccion-riesgo-del-embarazo-90208278>
14. Santos MI, Rosario F. A score for assessing the risk of first-time adolescent pregnancy. *Fam Pract* 2011; 28(5):482-488. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21525140>
15. García Baños LG, López Baños L, Barroso Gutiérrez M, Alonso Sicilia M, Morera Pérez M. Comportamiento del bajo peso al nacer. *Rev Cubana Obstet Ginecol* vol.40 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2014. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000100004
16. Álvarez Sintés. *Medicina General Integral*. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 250.
17. Cifuentes Reyes P. Adulto mayor institucionalizado. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Escuela de Trabajo Social. Tesis para optar al grado académico de Licenciada en Trabajo Social. Tesis para optar al Título de Asistente Social. Santiago, Chile 2005. [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/176/tes>
18. Aylwin A. N, Solar S. MO. *Trabajo Social Familiar*. Ediciones Universidad

Católica de Chile. Primera edición: Enero 2002. ISBN: 956-14-0629-2. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <file:///C:/Users/p/Downloads/Trabajo%20Social%20Familiar%20N.%20Aylwin.pdf>)

19. Pérez Martín M, Delgado Cruz A. Medio familiar de los adultos mayores Rev de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Vol. 16, Núm. 1 (2012) [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/874/html>)
20. Louro Bernal I. Familia en el ejercicio de la Medicina General Integral. Volumen II. Parte XI. Familia. Capítulo 59. Medicina General Integral. / Colectivo de autores; rev. Roberto Álvarez Sintés; [pról. Alfredo Espinosa Brito]; 3. ed. aumentada y corregida. -- La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2014. 358 p., 5 t.: il., tab.
21. Louro Bernal I. et. al. Manual para la intervención en la salud familiar. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, reimpresión 2012. 48p. ISBN 978-959-212-746-3.
22. Pérez Arzuaga N, Salazar Morales k, Núñez Álvarez L. III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana – CIMF. X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud. Intervención educativa sobre funcionamiento familiar en adultos mayores. Consultorio # 23. Niquero. 2010. [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/viewFile/317/165>
23. Placeres Hernández JF, De León Rosales L, Delgado Hernández I. La familia y el adulto mayor. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 Jun-Jul [citado 22 Ago 2016]; 33(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema10.htm>
24. Siguenza Campoverde WG. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson. Tesis previa a la obtención del título de Magister en psicoterapia del niño y la familia. Cuenca, Ecuador, 2015. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21878/1/TESIS.pdf>
25. República del Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas. Censo de Población y Vivienda 2010 / Nacimientos 2010/ Egresos Hospitalarios 2010 / Defunciones 2010. Dirección Zonal 5 Litoral - Departamento de Estudios Analíticos Estadísticos. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/embarazos_adolescentes1.pdf
26. Centre for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Disease Surveillance 2005 Supplement, Syphilis Surveillance Report. Diciembre de 2006, [citado: 20 Sept 2016]; Disponible

en: <http://www.cdc.gov/std/syphilis2005/syphsurvsupp2005short.pdf>.

27. American Social Health Association. (Asociación Estadounidense de Salud Social) Sexual health and you. 2015. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://www.iwannaknow.org/>
28. Salud reproductiva de las adolescentes. MMWR [en línea]. 2005 [acceso 14 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3822281>
29. Cunningham, F.G. Sexually Transmitted Diseases, in Williams Obstetrics, 24th edición. New York, McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2014, ISBN-13: 978-0071798938. págs. 1301-25.
30. Vaillant Correoso M; Dandicourt Thomas C; Mackensie Soria Y. Prevención del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Enfermer vol.28 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2012. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03192012000200008
31. Hermoza Guerrero, DX. Estructura y funcionalidad familiar de las adolescentes de 14 a 19 años con embarazo de la provincia de Orellana /Diego Xavier Hermoza Guerrero. – Informe Final del Trabajo de Titulación de Psicólogo Clínico. -- Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, 2012. 118p.: tpls., graf. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/2757>
32. Romero MI. Embarazo en la adolescencia. Módulo 3 Sección 15. Sexualidad y Embarazo. Curso Salud y desarrollo del adolescente. Pontificia Universidad Católica de Chile. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L15Leccion2.html>
33. Guridi, M. Z., Franco, Virginia., Cabana, D. & Fernández, A. P. Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar. Revista Psicología Científica.com. 6 de marzo de 2012. 14(5). [citado: 20 Oct 2016]; Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/adolescentes-embarazadas-repercusion-familiar-polclinico-calabazar>
34. Hopenhayn, M. Invertir en Juventud. Informe Regional de Población en América Latina y el Caribe 2011. UNFPA. 2011.
35. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Primera edición 2006. ISBN 970-9874-17-9. [citado: 20 Oct 2016]; Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>
36. Williamson, N. Maternidad en la Niñez. UNFPA. 2013,11.

37. Burneo Salazar C, Córdova Páez A, Gutiérrez MJ, Ordóñez A. Embarazo adolescente en el marco de la estrategia nacional intersectorial de planificación familiar (ENIPLA) 2014 y el plan nacional de fortalecimiento de la familia 2015. Quito, 2015. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: saludyderechos.fundaciondonum.org/.../2015/.../DOCUMENTO-COMP...
38. Infomed. Universidad Virtual de Salud. Biblioteca Virtual de Salud. Embarazo en adolescentes, un problema que aumenta en América Latina. Tomado del boletín de selección temática de Prensa Latina: Copyright 2011 “Agencia Informativa Latinoamericana Prensa Latina S.A.
39. Unicef y Plan Internacional (2014). Vivencias y Relatos sobre el embarazo en adolescentes. Unicef- Plan Internacional. Informe Final ed. Panamá: Edición y Alrededores | Idea, 2014. 9-39. Web. 20 Mar. 2015.
40. República del Ecuador. INEC Instituto Nacional de Estadísticas y censo. 2010. Director General. [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: www.ecuadorencifras.comwww.inec.gob.ec Byron Villacís

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Semana de la Prevención del Embarazo en Adolescentes. 27 de Septiembre de 2013. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/semana-de-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes/>
41. Ponce Durán, A. Código de Familia. Obtenido de Revista Judicial. No. 10477. 31 de Octubre de 2013. [citado: 20 Sept 2016]; http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/der_echodefamilia/2013/10/31/codigo-de-familia
42. Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. Moscú: Editorial Progreso; 1976.
43. Benítez ME. La familia como categoría demográfica. En: Benítez ME. La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2003. p. 41-6.
44. Zaldívar Pérez DF. Funcionamiento familiar saludable [citado 8 Ago 2016]. Disponible en: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=238>
45. Louro Bernal I. Modelo teórico-metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria [tesis] [Internet]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2005 [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/79/>
46. Bayo M. J. El papa de la familia: SAN JUAN PABLO II. Amor y vida. Segundo trimestre, 2014. [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: http://www.arquidiocesisdelahabana.org/contens/publica/amor_vida/a%20y%20v%202-2014/pdf/el%20papa%20de%20la%20familia.pdf

47. Takase Gonçalves LH, Mendes Costa MA, Martins M, Modesto Nassar S, Zunino R. La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 19(3): [09 pantallas] mayo-jun. 2011. [citado 22 Ago 2016] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_03.pdf
48. Valbuena Vanegas I. Discusiones y reflexiones en torno a la Investigación en familia. *Tend. Ret.* ISSN 0122-9729. Vol. 17, No. 1, enero-junio 2012, pp. 59-66. [citado 22 Ago 2016] Disponible en: <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/te/article/view/1811/1679>
49. Real Academia Española. *Diccionario de la Real Academia Española*. 2014. [citado 22 Ago 2015] Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=TENSION>
50. Robles C., & Di Leso L. El concepto de familia y la formación académica en trabajo social. Año 2 - Nro. 3 - *Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social"* 2012. [citado 22 Ago 2016] Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web_revista_3/pdf/8_robles.pdf
51. Walters Pacheco KZ ; Cintrón Bou FN ; Serrano-García I. Familia Reconstituida. El Significado de "Familia" en la Familia Reconstituida. *Psicología Iberoamericana* (2006) Vol. 14 No.2, pp. 16-27. ISSN: 1405-0943. [citado 22 Ago 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920321003>
52. OMS. 57^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia. Informe de la Secretaría. 8 de abril de 2004. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_12-sp.pdf
53. Arés Muzio P. *Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio*. La Habana: Editorial Félix Varela; 2002.
54. Arés Muzio P. *La Familia. Una mirada desde la Psicología*. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2010.
55. *Relaciones sociales: Familia, escuela y compañeros*. [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://psidesarrollo3equipo18.wikispaces.com/Tema+6.+Relaciones+sociales.+Familia,+escuela+y+compa%C3%B1eros>.
56. Badinter, E. *La mujer y la madre. Un libro polémico sobre la maternidad como nueva forma de esclavitud*. España: La Esfera de los Libros. 2011, p. 22.
57. Reyes Torres I, Castillo Herrera JA. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]*. 2011 [citado 22 Ago 2016]; 30(3): [aprox. 3 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03002011000300006&lng=es&nrm=iso

58. Carrasco B, E. Familia y adolescencia. Módulo I, Lección 3, Curso: Salud y desarrollo del adolescente. Departamento de Psiquiatría. Pontificia Universidad Católica de Chile. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion03/M1L3Leccion>
59. Ortega Alvelay A, Osorio Pagola M, Fernández Vidal A. Diagnóstico del funcionamiento familiar en un consultorio del médico y la enfermera de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003; 19(2). [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_2_03/mgio4203.htm
60. Martínez Vasallo MM. La familia: una visión interdisciplinaria. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2015 Sep-Oct [citado: 12 Oct 2016]; 37(5). Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1502/html_54
61. Placeres Hernández JF, Martínez Abreu J. El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia a treinta años de su inicio. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2014 Mar-Abr [citado: 20 Sept 2016]; 36(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol2%202014/tema01.htm>
62. González Rodríguez R, Cardentey García J. Un acercamiento al Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. *Rev. Med. Electrón. vol.37 no.4 Matanzas jul.-ago. 2015*. [citado: 20 Sept 2016]; 36(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242015000400012&script=sci_arttext
63. Naranjo Ferregut JA, Delgado Cruz A, Sánchez Pérez Y. Programa de formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en Ecuador con participación de profesores cubanos. *Rev. Ciencias Médicas. Julio-agosto, 2015*; [citado: 20 Sept 2016]; 19 (4):737-745. Disponible en: http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2217/html_10712.
64. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI) 2013. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
65. Nogueira J. Análisis de la Legislación Europea y española sobre Salud Sexual y Reproductiva. Fundación Alternativas. 2014: 12-20.
66. República del Ecuador. Asamblea Nacional. Código Orgánico Integral Penal 2014. Oficio No. SAN-2014-0138 Quito, 03 de febrero de 2014.

- Artículo 155. [citado 22 Ago 2016] Disponible en: <http://www.desarrolloamazonico.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/05/CODIGO-ORGANICO-INTEGRAL-PENAL-act.pdf>
67. Constitución de la República del Ecuador. 2008 [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: http://www.asambleanacional.gov.es/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
68. Herrera Santí PM, González Benítez I, Soler Cárdenas S. Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* v.18 n.2 Ciudad de La Habana mar - abr. 2002. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-21252002000200013
69. Villalobos Hernández A. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud pública de México* / vol. 57, no. 2 marzo-abril de 2015. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2015/vol%2057%20No%202/3Rezago.pdf
70. 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. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273829753004.pdf>
71. Calderón Morales IC, del Río Aguirre CI, Rodríguez Zamora O, Guisandes Zayas AA. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. *MEDISAN* 2014; 18(11):1523. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_11_14/san091811.pdf
72. González Cruz M, León Acebo M, Pérez Nápoles ML, Pérez Manzano JL, Aponte Ramírez L. Alteraciones prenatales y conocimientos sobre riesgos biosociales en embarazadas adolescentes. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* Vol. 41, número 8. agosto 2016. ISSN 1029-3027 | RNPS 1824. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/827>
73. República del Ecuador. INEC. Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones, 2013. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf
74. Pacheco-Sánchez CI. Embarazo en menores de quince años: los motivos y la redefinición del curso de vida. *Salud Publica Mex* 2016; 58:56-61. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v58n1/v58n1a12.pdf>

75. World Health Organization. Young people: health risks and solutions. Fact sheet 345, August, 2011. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/
76. Mancilla Ramírez J. Embarazo en adolescentes. Vidas en riesgo. *Perinatol Reprod Hum* 2012; 26 (1): 5-7. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO187-53372012000100001
77. Cortés Alfaro M, Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar y en la sociedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2015; 31(3):376-383. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/68/26
78. Inegi. Natalidad. Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años), 1990 a 2011 [database on the Internet]. 2013 [consultado el 13 de Oct de 2016]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo29&s=est&c=17528>.
79. Angoma Arredondo LK, Poccorpachi Navarro D. Universidad nacional mayor de San Marcos. Facultad de medicina humana. E.A.P. de obstetricia. Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. TESIS para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3011/1/Angoma_al.pdf
80. Rangel JL. et al. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.1 Enero-Febrero, 2004*. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>
81. Durán Oleas. JC. Percepción de los adultos y las adultas mayores sobre su relación con la familia, el contexto social y el Estado. Tesis previa a la obtención del título de Magister en Intervención Psicosocial y Familiar. Fundación Comunidad Geriátrica “Jesús de Nazareth”, Cuenca, Ecuador, 2012. [citado 18 Oct 2016] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/451>

ANEXOS.

Anexo I.

Cuestionario.

Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Estimado paciente. Me encuentro desarrollando un proyecto de investigación sobre la salud familiar en hogares con adolescentes embarazadas, pertenecientes a los consultorios 27, 28, 29 y 30 del Centro de Salud Pascuales, durante el periodo 2015-2016, por lo que necesito su mayor colaboración actualizando los siguientes datos. De antemano le agradezco su participación.

1. Podría anotar su(s) Nombre(s) y apellido(s) completos:

2. ¿Qué Edad tiene actualmente?: _____

3. ¿Cómo se autoidentifica desde el punto de vista étnico? Elija una de las siguientes:

• Blanca: _____

• Negra: _____

• Mestiza: _____

• Mulata: _____

• Afroecuatoriana: _____

• Indígena: _____

4. ¿Cuál es su Situación laboral actual?:

• Activo: _____

• Ama de casa: _____

5. ¿Cuál es su Nivel escolar?:

• Analfabeta o sin estudios: _____

• Primaria: _____

• Secundaria: _____

• Universitario: _____

6. ¿Cómo es su relación de pareja?:

• Estable: _____

• No estable: _____

7. Clasificación de la familia según ontogénesis:

• Nuclear: _____

• Extensa o extendida: _____

• Ampliada o mixta: _____

8. Clasificación de la familia según número de integrantes:

• Pequeña: _____

• Mediana: _____

• Grande: _____

9. Clasificación de la familia según número de generaciones:

• Unigeneracional: _____

• Bigeneracional: _____

- Multigeneracional: _____
10. Tipo de Crisis Familiares Transitorias:
- Abandono escolar _____
 - Dificultad con el desempeño de rol de madre _____
 - Dificultad en la delimitación de roles y funciones entre padres y abuelos _____
 - Disfuncionalidad sexual _____
11. Tipo de Crisis Familiares No Transitorias:
- Desmembramiento: _____
 - Incremento: _____
 - Desmoralización: _____
 - Cambio Económico Importante: _____
 - Problemas De Salud: _____
12. Condiciones materiales de vida:
- Satisfacción de la familia con los ingresos _____
 - Inadecuadas condiciones estructurales de la vivienda _____
 - Insuficiente, inadecuado o no cuentan con equipamiento doméstico básico _____
 - Hacinamiento _____

Anexo III. Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL):

A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente).

SITUACIONES.	Casi Nunca	Pocas Veces	A Veces	Muchas Veces	Casi Siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Las categorías que se deben evaluar con la aplicación de FF-SIL son:

1. Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.
2. Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

3. Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.

4. Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.

5. Afectividad: capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

6. Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociada por el núcleo familiar.

7. Permeabilidad: capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

Dichas categorías quedaron distribuidas de acuerdo con los ítems que se exploran:

1. Cohesión: 1 y 8.

2. Armonía: 2 y 13.

3. Comunicación: 5 y 11.

4. Adaptabilidad: 6 y 10.

5. Afectividad: 4 y 14.

6. Roles 3 y 9.

7. Permeabilidad: 7 y 12.

Anexo IV.

Instrumento de repercusión familiar (IRFA)

Instrucciones: Circule el número según el grado en que el evento ocasionó cambios en la familia, tomando en cuenta el signo. Cuando el cambio fue favorable para la familia, circule el número con el signo (+) positivo y cuando fue desfavorable el signo (-)

	Nada	Casi	Algo	Bastante	Muchísimo
	(1)	nada	(3)	(4)	(5)
		(2)			
Las responsabilidades y las funciones de los miembros de la familia	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
2 Los recursos económicos para lograr el sustento familiar	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
3 La disponibilidad de espacio en el hogar	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
4 La integración de los miembros a la vida laboral y escolar	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
5 Las relaciones con los vecinos y otros familiares	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
6 El tiempo dedicado a las tareas del hogar	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
7 Los hábitos y costumbres familiares	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
8 La participación en actividades sociales y recreativas	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
9 El tiempo de descanso y reposo de los miembros de familia	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
10 La posibilidad de	+1	+2	+3	+4	+5

conversar de manera clara y directa los problemas familiares	-1	-2	-3	-4	-5
11 Las relaciones afectivas entre los miembros de la pareja	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
12 Las relaciones afectivas con el resto de la familia	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
13 El estado de salud de los miembros de la familia	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
14 El cuidado y atención a los miembros de la familia	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
15 La toma de decisiones de manera conjunta en la familia	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
16 La participación de todos los miembros en la solución de los problemas	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
17 La organización y el control de la vida familiar	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
18 La correspondencia entre los intereses individuales y familiares	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
19 Los planes y proyectos familiares	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5
20 La tendencia y adquisición de bienes materiales	+1	+2	+3	+4	+5
	-1	-2	-3	-4	-5

La calificación de esta prueba consiste en la suma natural de los valores numéricos circulados y posibilita la obtención de un puntaje para cada área estudiada, al sumar la puntuación de los items que integran cada área y otro para la repercusión global en la salud familiar, sumando la puntuación total de todos los items. La evaluación del sentido favorable o desfavorable de la repercusión se determinará por la prevalencia del signo positivo o negativo, ya sea en cada área o de manera global, quedando la calificación de la manera que se expone en la tabla siguiente:

Calificación y diagnóstico por área:

	Área socioeconómica	Área sociopsicológica	Área funcionamiento familiar	Área estado de salud
	ITEMS 2, 3 y 20	ITEMS 4,5,6,7,8,9,17,19	ITEMS 1,10,11,12 14,15,16,18	ITEM 13
Nivel de repercusión	Variables: Recursos económicos y materiales, espacio habitacional	Variables: Integración social, participación social, modo de vida familiar, Convivencia social, proyectos familiares.	Variables: Comunicación familiar, afectividad, cohesión, armonía, roles	Variables: Estado de salud
No repercusión	1-3 puntos	1-8 puntos	1-8 puntos	1 punto
Repercusión leve	4-6 puntos	9-16 puntos	9-16 puntos	2 puntos
Repercusión moderada	7-9 puntos	17-24 puntos	17-24 puntos	3 puntos
Repercusión elevada	10-12 puntos	25-32 puntos	25-32 puntos	4 puntos
Repercusión severa	13-15 puntos	33-40 puntos	33-40 puntos	5 puntos
Clasificación global		Diagnóstico global		
0-20 puntos	No repercusión	Puntuación bruta		
21-40 puntos	Repercusión leve	Signo predominante		
41-60 puntos	Repercusión moderada	Diagnóstico		
61-80 puntos	Repercusión elevada			
81-+ puntos	Repercusión severa			

Anexo V. Consentimiento informado

Yo, Dra. Ana María Viteri Jaramillo, que laboro en el Centro de Salud Pascuales, me encuentro desarrollando un proyecto de investigación sobre funcionamiento familiar en hogares con adolescentes embarazadas, pertenecientes a los consultorios de medicina familiar del Centro de Salud Pascuales, durante el periodo de junio de 2015 a junio de 2016.

Por tal motivo le informo e invito a usted, a formar parte del estudio que se desarrollará con el auspicio de las instalaciones de los consultorios del médico de familia, del Centro de Salud Pascuales, en la parroquia Pascuales, Cooperativa San Francisco. El estudio pretende encuestar a las adolescentes embarazadas y aplicar diferentes técnicas en las que solamente deben responder preguntas, cuyas respuestas se mantendrán en total confidencialidad, por lo que, al formar parte de la investigación Ud. no se expondrá a ningún riesgo. Las respuestas solo serán utilizadas para tal fin y los resultados de la investigación le serán oportunamente comunicados.

De aceptar participar en la entrevista lo hará de forma voluntaria, el documento entregado, contendrá dos cuestionarios que serán contestados también voluntariamente y aplicado únicamente por mi persona. Caso contrario si Ud. desea retirarse antes, mediante o después del estudio podrá hacerlo sin ningún compromiso y seguirá siendo atendido en este Centro de Salud con calidad y calidez con todos los servicios integrales que recibía.

_____ He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

_____ Consiento voluntariamente formar parte en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Sírvase a continuación, anotar nombre, (s) apellido (s) número de cédula de identidad, firma y fecha en que se le realizó la entrevista:

Nombre _____ del
Participante _____

C.I. _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Muchas gracias por su colaboración.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Viteri Jaramillo Ana Maria, con C.C: #0913466900 autor(a) del trabajo de titulación: "Repercusión del embarazo en adolescentes en el funcionamiento familiar, consultorios de medicina familiar, centro de salud Pascuales, junio del 2015 a junio del 2016". Previo a la obtención del grado de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 03 de enero de 2017

f. _____

Nombre: Viteri Jaramillo Ana Maria
C.C: 0913466900

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	"Repercusión del embarazo en adolescentes en el funcionamiento familiar, consultorios de medicina familiar, centro de salud Pascuales, junio del 2015 a junio del 2016"		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Viteri Jaramillo Ana Maria		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Placeres Hernández José Fernando Dr.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Medicina Familiar y Comunitaria.		
GRADO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	3 de enero del 2017	No. DE PÁGINAS:	86
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Repercusión familiar, funcionamiento familiar, familia, embarazo, adolescentes/ impact family, family functioning, family, pregnancy, teen		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes. En la actualidad la familia se enfrenta a difíciles retos y experimenta cambios que repercuten en su funcionamiento. Esta situación representa un problema de salud pública, en los hogares donde conviven adolescentes embarazadas. Investigación descriptiva, observacional, transversal. La población de estudio, fue la totalidad de las familias que entre sus integrantes vivía al menos una adolescente embarazada, de los consultorios de medicina familiar, del Centro de Salud Pascuales, de la ciudad de Guayaquil, en el período de junio de 2015 a junio de 2016.</p> <p>Predominaron las adolescentes embarazadas, con edades entre 17 y 19 años, mestizas, amas de casa, con estudios secundarios y pareja estable. La mayoría de las familias clasificaron como nucleares, pequeñas y bigeneracionales; presentaban, predominantemente, crisis por los sucesos que acontecen en la adolescencia y por cambios económicos importantes. La mayoría de las viviendas, presentaban malas condiciones estructurales. Sobresalieron las familias moderadamente funcionales y dentro de sus categorías, se pudo comprobar que existía en los hogares, baja armonía y afectividad, entre sus miembros. El embarazo en las adolescentes, repercutió de forma elevada, en la mayoría de las familias, siendo el área socioeconómica la de mayor repercusión. En los hogares donde conviven adolescentes embarazadas, éste evento repercute negativamente sobre el funcionamiento familiar.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2393948	E-mail: anamaria_viteri@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: +042206953-2-1-0 ext: 1830		
	E-mail: xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			