



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA

**FACTORES DETERMINANTES DE EMBARAZOS EN MUJERES
ADOLESCENTES CON FAMILIAS DISFUNCIONALES EN EL HOSPITAL
MARIANA DE JESUS AÑO 2015-2016**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR POR EL GRADO DE MEDICO**

AUTOR

MARCO ISRAEL VILLA ARELLANO

NOMBRE DEL TUTOR

DR. EMILIO SOLIS VILLACRES.

GUAYAQUIL – MAYO - 2017



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA	
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN	
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	FACTORES DETERMINANTES DE EMBARAZOS EN MUJERES ADOLESCENTES CON FAMILIAS DISFUNCIONALES EN EL HOSPITAL MARIANA DE JESUS AÑO 2015-2016
AUTOR:	Marco Israel Villa Arellano
REVISOR(ES)/TUTOR(ES):	Dr. Emilio Solís Villacres.
INSTITUCIÓN:	Universidad de Guayaquil.
UNIDAD/FACULTAD:	Ciencias Médicas
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	
GRADO OBTENIDO:	Médico
FECHA DE PUBLICACIÓN:	No. DE PÁGINAS:
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud pública.
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El objetivo de la investigación fue analizar los factores determinantes de embarazos adolescentes con familias disfuncionales en la Maternidad Mariana de Jesús durante el periodo 2015 y 2016. El diseño de la investigación fue de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, se analizaron 200 historias clínicas de mujeres adolescentes con un diagnóstico de embarazo gestacional atendidas en esta unidad de salud. Los datos de la investigación fueron trabajados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010, y en SPSS versión 21. En el año 2015 y 2016 se reportaron un total de 200 mujeres gestantes con familias disfuncionales, de las cuales el (78%) son mujeres con familias disfuncionales. La mayor parte de ellas son de una edad promedio de 16 años con un porcentaje de 27% (57), con un nivel de instrucción académica básico en secundaria (50%) y un nivel superior del (6%), las mujeres que manifestaron escuchar charlas educativas sexuales corresponde al (24%) dando un mayor porcentaje en aquellas que no escucharon (76%), antecedentes gineco-obstetricos de primigesta en un (70%). La multiplicidad de ellas tienen un estado civil de unión libre (64%), conviviendo con sus parejas en un (41%) y en un (26%) de manera independiente y teniendo una ayuda económica directa de su pareja (37%). La familia como</p>

grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

En las familias disfuncionales ocurre todo lo contrario: dificultad para resolver conflictos, un resquebrajamiento de normas, límites y se suspende la organización jerárquica.

En realidad, es difícil llegar a definir bien la familia disfuncional, al saber que las diferentes ciencias llegarán a definirlo de diferentes formas porque lo ven con diferentes lentes

ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0993697709	E-mail: marsvill1@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil- Facultad de Ciencias Médicas	
	Teléfono: 0422390311	
	E-mail: http://www.ug.edu.ec	

Guayaquil, 11 de Mayo del 2017



CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado EMILIO SOLÍS VILLACRES, tutor del trabajo de titulación **FACTORES DETERMINANTES DE EMBARAZOS EN MUJERES ADOLESCENTES CON FAMILIAS DISFUNCIONALES EN EL HOSPITAL MARIANA DE JESUS AÑO 2015-2016**, certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por VILLA ARELLANO MARCO ISRAEL, con C.I. No. 1715397558, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICO, en la Carrera/Facultad, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

DR. EMILIO SOLÍS VILLACRES

C.I. No. 0919142265

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL
USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, MARCO ISRAEL VILLA ARELLANO con C.I. No.1715397558 certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“FACTORES DETERMINANTES DE EMBARAZOS EN MUJERES ADOLESCENTES CON FAMILIAS DISFUNCIONALES EN EL HOSPITAL MARIANA DE JESUS AÑO 2015-2016”** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

MARCO ISRAEL VILLA ARELLANO

C.I. No. 1715397558

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

Esta tesis cuya autoría corresponde a **VILLA ARELLANO MARCO ISRAEL**, ha sido aprobada, luego de la defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar el título de MÉDICO.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

ESCUELA DE MEDICINA

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi DIOS quién supo guiarme por el buen camino, por darme fuerzas para seguir adelante sin desmayar en las adversidades que se presentaban, enseñándome a encarar las dificultades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi abuela Ruth Damaris por ella soy lo que soy.

A mis padres Presley Bolívar y Janet Mirian por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para enfrentar costos de inversión. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi constancia.

A mi hermano Fernando Josué por estar siempre presente, haciéndome sentir su respaldo.

Villa Arellano Marco Israel

AGRADECIMIENTO

A Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño tan anhelado.

A la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL por darme la oportunidad de prepararme y llegar a obtener mi título profesional.

A mi tutor Dr. Emilio Solís Villacrés por las orientaciones técnicas y metodológicas proporcionadas para la elaboración de este modesto trabajo de investigación.

A cada catedrático que durante toda mi etapa estudiantil han aportado con un granito de arena a mi formación profesional.

Al psicólogo Frank Kuffo por contribuir con el desarrollo estadístico de la investigación realizada.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida estudiantil a quienes me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

Muchas gracias y que Dios le bendiga.

Villa Arellano Marco Israel

**FACTORES DETERMINANTES DE EMBARAZOS EN MUJERES
ADOLESCENTES CON FAMILIAS DISFUNCIONALES EN EL HOSPITAL
MARIANA DE JESUS AÑO 2015-2016**

Autor: Marco Israel Villa Arellano

Tutor: Dr. Emilio Solís Villacrés

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue analizar los factores determinantes de embarazos adolescentes con familias disfuncionales en la Maternidad Mariana de Jesús durante el periodo 2015 y 2016. El diseño de la investigación fue de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, se analizaron 200 historias clínicas de mujeres adolescentes con un diagnóstico de embarazo gestacional atendidas en esta unidad de salud. Los datos de la investigación fueron trabajados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010, y en SPSS versión 21. En el año 2015 y 2016 se reportaron un total de 200 mujeres gestantes con familias disfuncionales, de las cuales el (78%) son mujeres con familias disfuncionales. La mayor parte de ellas son de una edad promedio de 16 años con un porcentaje de 27% (57), con un nivel de instrucción académica básico en secundaria (50%) y un nivel superior del (6%), las mujeres que manifestaron escuchar charlas educativas sexuales corresponde al (24%) dando un mayor porcentaje en aquellas que no escucharon (76%), antecedentes gineco-obstetricos de primigesta en un (70%). La multiplicidad de ellas tiene un estado civil de unión libre (64%), conviviendo con sus parejas en un (41%) y en un (26%) de manera independiente y teniendo una ayuda económica directa de su pareja (37%). La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo. En las familias disfuncionales ocurre todo lo contrario: dificultad para resolver conflictos, un resquebrajamiento de normas, límites y se suspende la organización jerárquica.

En realidad, es difícil llegar a definir bien la familia disfuncional, al saber que las diferentes ciencias llegarán a definirlo de diferentes formas porque lo ven con diferentes lentes

Palabras clave: Disfunción familiar, embarazo adolescente,

**DETERMINING FACTORS OF PREGNANCIES IN ADOLESCENT WOMEN
WITH DYSFUNCTIONAL FAMILIES AT JESUS 'MARIANA HOSPITAL
YEAR 2015-2016**

Author: Marco Israel Villa Arellano
Tutor: Dr. Emilio Solís Villacrés

SUMMARY

The objective of the research was to analyze the determinants of adolescent pregnancies with dysfunctional families in the Maternidad Mariana de Jesús during the period 2015 and 2016. The research design was observational, descriptive, cross-sectional and retrospective, and analyzed 200 clinical histories Of adolescent women with a diagnosis of gestational pregnancy attended at this health unit. The research data were worked on a spreadsheet of Microsoft Excel 2010, and in SPSS version 21. In 2015 and 2016 a total of 200 pregnant women with dysfunctional families were reported, of which the (78%) are women With dysfunctional families. The majority of them are of an average age of 16 years, with a percentage of 27% (57), with a basic level of academic instruction in secondary (50%) and a higher level of (6%), (24%) giving a higher percentage in those who did not listen (76%), gyneco-obstetric history of primigesta in one (70%). The multiplicity of them have a marital status of free union (64%), living with their partners in one (41%) and one (26%) independently and having a direct economic support from their partner (37%). The family as a social group must fulfill three basic functions: economic, biological and educational, cultural and spiritual, and this is precisely one of the indicators used to assess family functioning, that is, family Capable of satisfying the basic material and spiritual needs of its members, acting as a support system. In dysfunctional families, the opposite happens: difficulty in solving conflicts, a breakdown of norms, limits, and the suspension of hierarchical organization. In reality, it is difficult to get to define well the dysfunctional family, knowing that different sciences will come to define it in different ways because they see it with different lenses

Keywords: Family dysfunction, adolescent pregnancy,

INDICE DE CONTENIDO

Portada	i
Repositorio nacional en ciencia y tecnología	ii
Certificado del Tutor	iv
Licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines no académicos	v
Aprobación del tribunal	vi
Dedicatoria	vii
Agradecimiento	viii
Resumen	ix
Abstract	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Justificación del problema	5
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
CAPITULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1. Adolescencia	7
2.1.1. Definición de Adolescencia	7
2.1.2. Características generales de la adolescencia	7
2.2 Fases de la adolescencia	8
2.2.1 Etapa de la adolescencia temprana (10 a 13 años).	9
2.2.2 Etapa de adolescencia media (14 a 16 años).	9

2.2.3. Etapa de adolescencia tardía (17 a 19 años).	9
2.3 Embarazo en la adolescencia	10
2.3.1 Factores predisponentes para el aumento de los embarazos en adolescentes	10
2.3.2 Factores Psicosociales para el aumento de los Embarazos en Adolescentes.	13
2.4. Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes	14
2.4.1 La adolescencia de las adolescentes embarazadas.	14
2.4.2. Actitudes hacia la maternidad.	15
2.4.3. Consecuencias inmediatas y mediatas	16
2.4.3.1. Consecuencias Inmediatas.	16
2.4.3.2 Consecuencias mediatas	18
2.5 Disfuncionalidad familiar	19
2.5.1 Tipos de familias disfuncionales	22
2.5.1.1 Familias disfuncionales de adicciones (adictogénicas).	22
2.5.1.2 Familias disfuncionales con desórdenes mentales (psicopatogénicas).	22
2.5.1.3 Familias disfuncionales por abuso (psicotigénicas).	23
2.5.1.4 Familias disfuncionales de irrealidad (neurotigénicas).	23
2.5.2 Características de familias disfuncionales	23
2.5.2.1. Relación disfuncional entre padre y madre	24
2.5.2.2. Machismo.	24
2.5.2.3. Violencia	25
2.5.2.4. Adicciones	26
2.5.2.5. El círculo vicioso de las generaciones.	26
2.5.2.6. Negación.	27
2.6. Dinámica de las familias disfuncionales	28

CAPITULO III	30
3.1 Materiales y métodos	30
3.1.1 Alcances y limitaciones	30
3.2 Diseño metodológico	31
3.2.1 Tipo de Estudio	31
3.2.2. Grupo poblacional	32
3.2.3. Grupo seleccionado	32
3.2.4. Conformación de la investigación	32
3.2.5. Unidad de análisis	32
3.3. Conceptualización de los componentes, descriptores	33
3.3.1. Descriptores y su operacionalización	34
3.3.1.1. Objetivo general	34
3.3.1.3. Objetivo 3	35
3.3.1.4. Objetivo 4	35
3.3.1.5. Objetivo 5	35
3.4. Fuentes de información	36
3.5. Técnicas e instrumentos	36
3.6. Operacionalización de descriptores	37
3.7. Materiales y procedimiento	42
3.8. Análisis de los resultados.	42
CAPITULO IV	43
ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	43
CAPÍTULO V	55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
5.1. Conclusiones	55
5.3. Bibliografía	57

Anexos	58
Anexo 1. Aprobación del anteproyecto	59
Anexo 2. Solicitud al hospital mariana de Jesús para la recolección de datos mediante historias clínicas	60
Anexo 3. Referencia a la proyección de población obtenida del último censo poblacional INEC - Ecuador 2010	61
Anexo 4. Número de nacimientos provenientes de madres adolescentes entre 10 a 14 años y 15 a 19 años	62
Anexo 5. Cronograma de actividades	63

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	N°	Temas	Pág.
Cuadro	01	Distribución de acuerdo a la respuesta de las encuestadas que se consideran estar en un hogar disfuncional.	43
Cuadro	02	Distribución de acuerdo a la respuesta de las encuestadas que se consideran dentro de un hogar disfuncional	44
Cuadro	03	Distribución según el tiempo de relación de adolescentes embarazadas	45
Cuadro	04	Distribución según el riesgo de trabajo	46
Cuadro	05	Distribución según el estado civil	47
Cuadro	06	Distribución según el uso de drogas	48
Cuadro	07	Distribución según el nivel de instrucción académica.	49
Cuadro	08	Distribución según la semana gestacional	50
Cuadro	09	Distribución según antecedentes gineco-obstetricos	51
Cuadro	10	Distribución según dependencia económica	52
Cuadro	11	Distribución según convivencia en un hogar.	53
Cuadro	12	Distribución según asistieron a charlas educativas	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico	N°	Temas	Pág.
Cuadro	01	Distribución de acuerdo a la respuesta de las encuestadas que se consideran estar en un hogar disfuncional.	43
Cuadro	02	Distribución de acuerdo a la respuesta de las encuestadas que se consideran dentro de un hogar disfuncional	44
Cuadro	03	Distribución según el tiempo de relación de adolescentes embarazadas	45
Cuadro	04	Distribución según el riesgo de trabajo	46
Cuadro	05	Distribución según el estado civil	47
Cuadro	06	Distribución según el uso de drogas	48
Cuadro	07	Distribución según el nivel de instrucción académica.	49
Cuadro	08	Distribución según la semana gestacional	50
Cuadro	09	Distribución según antecedentes gineco-obstetricos	51
Cuadro	10	Distribución según dependencia económica	52
Cuadro	11	Distribución según convivencia en un hogar.	53
Cuadro	12	Distribución según asistieron a charlas educativas	54

INTRODUCCION

El primer grupo humano al que pertenecemos es la familia, célula fundamental de la sociedad. Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Según la organización mundial de salud (OMS) el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400.000. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana.

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.

Según estadísticas del Ministerio de Inclusión Económica y Social, en los últimos años el índice de embarazo adolescente entre jóvenes de 15 a 19 años, creció cerca del 18%. De acuerdo este informe, Ecuador tiene una de las más altas tasas de embarazo en América Latina. Datos del censo poblacional 2011, demuestran que en este año se atendieron más de 36 mil partos de adolescentes embarazadas entre 12 y 17 años de edad. Según el Ministerio de Salud Pública (MSP), en Ecuador está embarazada por lo menos el 26 % de la población adolescente y joven, con edades que oscilan entre los 15 y 19 años lo cual Ecuador posee la tendencia a la fecundidad más alta en la región sub andina, pues dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez, de estas, el 45% no estudia, ni trabajan.

En el Ecuador, 2 de cada 10 partos son de adolescentes; 4 de cada 10 mujeres en nuestro país tuvieron su primer hijo en la adolescencia, siendo el nuestro el país con mayor índice de embarazos adolescentes en la región andina. (INEC, 2011). Comparando los años 2005 y 2014, el número de nacimientos registrado en madres adolescentes de 10 a 14 años y 15 a

19 años crece en un 107% y 16.34% respectivamente. El embarazo entre adolescentes es mayor entre estratos socioeconómicos bajos, grupos de menor nivel educativo, y quienes viven en áreas rurales, aunque este problema ha ido mejorando gracias a la introducción de temas de sexualidad en las escuelas, pero no se ha generalizado a todas las instituciones educativas, por tal motivo se considera que el número de embarazos no deseados entre adolescentes sigue siendo elevado.

Es ahí donde quiero centrar mi investigación, abarcando minuciosamente cada uno de los detalles que presenta en sí el concepto del embarazo bajo la visión familiar, pasando desde el momento de asumir esta condición, pasando por la aceptación de los padres, la influencia de ellos comunicacionalmente y, finalmente, para que esto se diera así. Se podrá observar cómo esta familia vulnerable afronta esta problemática que involucra directamente el lazo familiar y las etapas de la vida que se salta asumiendo un rol de madre adolescente.

Me fijaré en cuatro ejes determinantes para lograr mi objetivo de descubrir cuál es la incidencia en el desarrollo del embarazo adolescente con familias disfuncionales:

- ✓ Familia como concepto: para obtener una visión sobre el núcleo.
- ✓ Responsabilidad Parental: para determinar el grado de disfuncionalidad de la familia.
- ✓ Comunicación: para reconocer como influye la comunicación familiar en el embarazo.
- ✓ Educación y economía: para dimensionar cómo impacta la realidad económica en el embarazo adolescente.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Luego de hacer la revisión visual a toda la literatura existente sobre el embarazo adolescente, decidí realizar una clasificación, me enfoqué en las relaciones familiares; el rol que juegan las familias en el embarazo adolescente. Significativamente se reducen las opciones y las fuentes para obtener información

Para comenzar, partiré definiendo el concepto de familia: “grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. De diversos documentos legales de nuestro país, puedo obtener consideraciones importantes para la alineación de la investigación, como la Constitución Política de la República del Ecuador, o el Código Civil, los mismos que explican que la familia, cual sea su constitución, tiene el deber de educar y proteger a los descendientes, y dependiendo de su desempeño y presencia de cada uno de los integrantes, se puede hablar de su funcionalidad. Se es una familia funcional o disfuncional en cuanto a la capacidad del sistema para enfrentar o superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una de estas crisis es un embarazo precoz no planificado.

Un artículo de la periodista Virginia Berges, Dominicana (“**El embarazo en adolescentes, un problema social y familiar**”) que describe al embarazo adolescente como un problema de salud pública debido a las limitadas oportunidades educativas (ignorancia en la población) que dificultan la responsabilidad y la reestructuración de la joven madre y su familia, y la investigadora colombiana Beatriz Pérez, en su publicación “**Caracterización de las familias con adolescentes gestantes**” nos enseña cuales son los factores de riesgos y grados de salud de las familias con adolescentes encinta.

Estudios y documentos nacionales también nos muestran sobre esta realidad; la investigación sobre la Vulnerabilidad social en adolescentes embarazadas en el hospital de especialidades Mariana de Jesús, ha enseñado que la vulnerabilidad se relaciona con las

características biológicas y psicológicas de las personas dependiendo de las condiciones sociales y ambientales y de funcionalidad de la familia. La psicóloga Ximena Santa Cruz, en su publicación “**Embarazo en adolescentes: familia y comunicación familiar**” nos señala que el embarazo adolescente está asociado a las dificultades de comunicación y relación afectiva en miembros de la familia. Y, por último el Trabajador Social, Claudio Corvalán en su tesis “**Embarazo precoz: un estudio cualitativo**” describe como los factores psico-socio-culturales pueden predisponer a una adolescente a un embarazo precoz. Ya finalizando esta revisión bibliográfica, puedo manifestar, a modo de cierre, en la actualidad, así como a lo largo del tiempo, la adolescencia ha sido una etapa en el ciclo vital donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y socio-familiares.

Existen varios factores de riesgo en este caso la falta de dialogo con sus padres, falta o mala interpretación de los adolescentes sobre orientación sexual, relaciones sexuales a temprana edad, varias parejas sexuales, falta de uso y de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, analfabetismo, la curiosidad de saber que se siente ¿cómo es?, por accidente, por presiones de grupo tanto los varones como las muchachas, pueden verse presionados a tener relaciones sexuales para no sentirse excluidos de su grupo de pares, por presión de los padres: en nuestra cultura el varón recibe muchas presiones de sus padres, en especial del papá, quien se angustia si su hijo no da muestra de haberse iniciado sexualmente, lo compromete a demostrar “cuan hombre es”, fantasía de alcanzar la madurez y la adultez teniendo relaciones sexuales, la necesidad de afecto: la idea de que el sexo y afecto siempre van juntos, sentimiento de soledad y baja autoestima, como medio de agresión a los padres: el “meter la pata” puede ser una forma de dañar y castigar a los padres, familia disfuncionales en su estructura y dinámica, promiscuidad por hacinamiento (incesto, violación).

En el ámbito biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarquia, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades tempranas como 14 años o aún menos, en el ámbito familiar, la crisis que produce el embarazo a temprana edad, tiene una directa influencia en la relación familiar de la joven; esta crisis se puede dar en el ámbito económico, psicológico, social, laboral y/o escolar.

Desde lo anteriormente señalado, surge nuestro problema de investigación.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Ámbito Teórico. -El siguiente estudio se enmarca en la corriente teórica de Acción-Investigación puesto que, como investigador, estoy incierto en ideas propias de esta población elegida. Indagaré en la intimidad de las relaciones familiares y en la realidad socioeconómica.

Ámbito Metodológico. - En esta investigación, los instrumentos de recolección de datos escogidos corresponden a la entrevista en profundidad y focalizada, observación no participante, estudio de caso y consideraciones de estudios anteriores con concordancia a este tema. Estas herramientas fueron selectas debido a su capacidad de generar lazos, en el caso de las entrevistas y el trabajo de campo, y así poder involucrarme en profundidad en la realidad social del embarazo adolescente.

Ámbito Práctico. - Este estudio está focalizado para generar nueva información relevante en materia social para ser utilizado por profesionales en el área de la salud y servicio social. Institucionalmente me he centrado en el Hospital de Especialidades “Mariana de Jesús”, la muestra de adolescente embarazada es sacada desde aquí. El fin es aportar a este establecimiento nuevas propuestas de intervención y de comprensión de casos familiares para ser tratados desde un nuevo punto de vista.

Para llevar a cabo este trabajo, se tomó como objeto de estudio a las madres adolescente de 12 a 19 años de edad que acuden a consulta externa en el HOSPITAL ESPECIALIZADO “MARIANA DE JESUS” llevando así talleres educativos que mejoraran el estado actual de las adolescentes. Los mismos que se basaron sobre: embarazo en adolescentes, educación sexual, métodos anticonceptivos y lactancia materna con el propósito de eliminar la desinformación en las adolescentes y crear una cultura educativa en la prevención de nuevos embarazos.

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1 Objetivos Generales

- ✓ Identificar y comprender de qué forma afecta la relación familiar en el embarazo juvenil en sectores vulnerables a través de realización entrevista en profundidad, de trabajo de campo y en base de estudios anteriores para así generar información renovada y relevante sobre la realidad social tratada para el mejoramiento de programas, proyectos y nuevos estudios sobre embarazo precoz en instituciones de salud, educación y en familias.

1.3.2. Objetivos Específicos

- ✓ Describir cual es la percepción del concepto de “familia” por parte de la joven en cuestión y como esta concepción influye en el embarazo adolescente por medio de la entrevista en profundidad.
- ✓ Observar y describir, por medio de la entrevista, como es la comunicación entre miembros familiares y como puede esta incidir como factor determinante en el embarazo adolescente.
- ✓ Determinar el grado de disfuncionalidad en la familia, en cuanto a la entrevista, y como esto afecta la vida de la adolescente embarazada.
- ✓ Analizar cómo influye la situación socioeconómica familiar en la realidad de una joven embarazada por medio de revisión de estudios cuantitativos previos realizados por entes gubernamentales y privados.
- ✓ Describir cómo afecta la realidad laboral y educacional en el contexto familiar de la adolescente embarazada a través de trabajo de campo y entrevista.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Adolescencia

2.1.1 Definición de adolescencia

La Organización Mundial de la Salud define como adolescencia “Periodo de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica” y fija sus límites entre los 10 y 19 años. (Erikson. E.)

La adolescencias es un periodo de transición difícil 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.

2.1.2. Características generales de la adolescencia

1.- Se caracteriza, por un lado un aumento tempestuoso de la energía, pero, por otro, una elevación de la sensibilidad a las influencias patógenas.

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

3.- En la adolescencia la persona está dotada de una poderosa creatividad que, en la mayoría de los casos, tiende a desaparecerse cuando ingresa a la edad adulta.

5.- 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 dando una pérdida de importancia al 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.

6.- Un proceso de identidad también en movimiento, partiendo de una posición bisexual, hasta adquirir una plena identidad heterosexual, que culminara con una posible identidad total (Blos, 1962/1986; Erikson, 1977).

7.- 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 para su evolución. Erikson (1977) comenta que, si bien los adolescentes protestan y se rebelan contra las normas sociales impuestas por los adultos, también demandan límites realistas por parte de ellos; los cuales no les 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.

8.- 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 (Leao, 1977).

2.2 Fases de la adolescencia

Se divide la adolescencia en fases para poder analizar los procesos que tienen los y las adolescentes ya que en cada edad se presentan diferentes características ya sea en lo biológico como en lo psicológico y es fácil observar que el adolescente de 12 años tiene diferente comportamiento que el adolescente de 18 años y para esto se ha tomado la clasificación de Pearson (1970) que divide a la adolescencia en tres fases:

- Fase prepuberal o adolescencia inicial de 10 a 13 años
- Fase puberal o adolescencia propiamente tal de 13 a 16 años
- Fase pos-puberal o adolescencia final de 16 a 19 años

2.2.1 Etapa de la adolescencia temprana (10 a 13 años).

En esta etapa encontramos la más alta incidencia de trastornos emocionales y negación patológica. Es el periodo prepuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (Fuentes. M.) (3) 16

2.2.2 Etapa de adolescencia media (14 a 16 años).

En esta etapa se caracteriza por el establecimiento de la identidad y de la feminidad. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. El embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, durante esta etapa es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo, de la depresión (se siente aislada, rechazada, no querida) pasa a la euforia (dinámica, querida, popular). El embarazo por ende, puede ser visto el mismo día como una amenaza peligrosa o como una oportunidad que brinda madurez. (Fuentes. M.) (3)

2.2.3. Etapa de adolescencia tardía (17 a 19 años).

En estas etapas la adolescente se ve absorbida por el tema de las relaciones interpersonales, a menudo el embarazo es un intento de consolidar la intimidad y de “atar al novio”. Es la etapa de consolidación de la identidad y para algunas adolescentes eso se logra con la integración en el rol de la madre joven, estrechamente ligado a factores culturales. (Fuentes. M.)

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia, tienen una mayor probabilidad de quedar embarazadas nuevamente y de tener un número mayor de partos. Tienen menos probabilidades de recibir el apoyo del padre biológico de sus bebés, de terminar sus estudios, de trabajar y de establecer su independencia y su estabilidad financiera para sostenerse a sí misma y a sus hijos sin necesidad de una fuente externa de recursos. Tienen también mayor probabilidad (del 80%) de experimentar el divorcio, comparado con aquellas mujeres casadas después de los 20 años. (Fuentes. M.)

2.3 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se lo define como: “el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”. (Gómez.)

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender. (Gómez.)

“En el Ecuador, 2 de cada 10 partos son de adolescentes; 4 de cada 10 mujeres en nuestro país tuvieron su primer hijo en la adolescencia, siendo el país con mayor índice de embarazos adolescentes en la región andina. (INEC, 2010)”.

(Página Ministerio de salud pública. www.sexualidadsinmisterios.com)

El deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

2.3.1 Factores predisponentes para el aumento de los embarazos en adolescentes.

Menarquía Temprana: Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo. (Molina.)

Relaciones sin anticoncepción: (Castillo, 2014: 7) pues es la principal causa para que se produzca un embarazo adolescente.

Abuso sexual: (Castillo, 2014: 7) este es un factor que se puede manejar ya que el abuso sexual es definido como cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento de una persona, este puede producirse entre adultos, de un adulto a un niño o incluso entre menores.

Violación: (Castillo, 2014: 7) La violación es un delito que consiste en una agresión de tipo sexual que se produce cuando una persona agrede sexualmente a otra, mediante el empleo de violencias físicas o psicológicas o por el uso de mecanismos que anulen el consentimiento de las víctimas.

También se habla de violación cuando la víctima no puede dar su consentimiento, como lo es en casos de incapaces mentales, menores de edad, o personas que se encuentran en estado de inconsciencia convirtiéndose esta es una crisis circunstancial que no puede ser prevista, acto por el cual se puede dar un embarazo no deseado y además provocar un daño psicológico muy grande que a veces puede provocar que la víctima de este hecho tome como única opción el suicidio.

En el Ecuador la violación está sentenciada de la siguiente manera:

Artículo 171.- Violación. *Es violación el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o la introducción, por vía vaginal o anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril, a una persona de cualquier sexo. Quien la comete, será sancionado con pena privativa de libertad de diecinueve a veintidós años en cualquiera de los siguientes casos:*

- 1. Cuando la víctima se halle privada de la razón o del sentido, o cuando por enfermedad o por discapacidad no pudiera resistirse.*
- 2. Cuando se use violencia, amenaza o intimidación.*

Inicio Precoz de Relaciones Sexuales: Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención. (Molina.)

Familia Disfuncional: Un parentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. (Molina.)

Familia Mononucleares: Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen dialogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver; impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. (Molina.)

Bajo Nivel Educativo: Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo. (Molina.)

Migraciones: Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

Pensamientos Mágicos: Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazaran porque no lo desean. (Molina.)

Fantasías de Esterilidad: Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

Falta o Distorsión de la Información: Es común que entre adolescentes circulen “mitos” como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc. (Molina.)

Controversias entre su Sistema de Valores y el de sus Padres: Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas. (Molina.)

Factores Socioculturales: La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos. (Molina.)

2.3.2 Factores Psicosociales para el aumento de los Embarazos en Adolescentes.

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera: (Molina.)

Sociedad Represiva: Niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola solo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

Sociedad Restrictiva: Tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo. (Molina.)

Sociedad Permisiva: Tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial.

Sociedad Alentadora: Para lo cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con

instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. (Molina.)

Estratos medio y alto: La mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente. (Molina.)

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

2.4. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

2.4.1 La adolescencia de las adolescentes embarazadas.

La maternidad es un rol de la edad adulta por eso, cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y por ende privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como “hija - madre”, cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron. (Pérez.)

También en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de efectividad paternal, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de efecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos; con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, cada una de lo descrito permite que inicien a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y absoluto predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin

protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias. (Pérez.)

2.4.2. Actitudes hacia la maternidad.

El embarazo en la adolescente es una crisis que se impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. (Pérez.)

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre. (Pérez.)

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como hecho que las transformara en madres. (Reeder.)

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya se tiene establecida la identidad del género y el embarazo se relacionan con la expresión del erotismo, manifestándose en la vestimenta que suelen usar, exhibiéndose permanentemente y esto ocasiona que sea muy común que “dramaticen” la experiencia corporal y emocional. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo. (Reeder.)

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando entre muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes. (Reeder.)

Los diversos factores psicosociales que afectan el equilibrio presente y futuro de la conducta de la joven madre o de la pareja no actúan de manera aislada, sino que se apoyan y retroalimentan uno a otros. Muy rara vez uno de ellos predomina sobre los demás y les resta total importancia. (Penagos, 2007, 46,49)

Las consecuencias psicosociales pueden ser:

- ✓ Inmediatas y
- ✓ Mediatas

2.4.3. Consecuencias inmediatas y mediatas

2.4.3.1. Consecuencias Inmediatas.

La pareja y particularmente la joven que recibe o confirma el diagnóstico de embarazo por lo general tienen un cuadro súbito de pérdida de autoestima, angustia en diferentes grados y pérdida de estatus social.

Como consecuencia, en los adolescentes aparece una mezcla de diferentes sentimientos, positivos y negativos, respecto de sí mismos, a su función como pareja y hacia el hijo engendrado. En la mayoría representan emociones de culpa, vergüenza y rechazo que lleva a la futura madre, o a la pareja, a la auto marginación y el silencio.

Debido a que, en la mayoría de los casos, se trata de un embarazo no deseado, los jóvenes se llenan de miedo, tanto a la familia como a los pares; este sentimiento da lugar a la pérdida de confianza en sí mismos, a sentimientos de incompetencia que terminan en auto marginación; lo que lleva a sentimientos de soledad y aislamiento.

En el caso del rechazo por parte del grupo de amigos, este proviene más que de los propios adolescentes, de sus familias que, enteradas del embarazo, suelen emitir críticas demolidoras, juicios valorativos descalificadores sobre los jóvenes afectados e impiden hasta donde pueden que la relación de amistad continúe con la espontaneidad acostumbrada. Esta actitud de los compañeros y amigos lastima mucho a los futuros padres por lo que se refugian en un enclaustramiento voluntario, pero que ya tiene justificación: el rechazo de los padres.

En esta etapa los factores emocionales son los más fuertes. Predominan los sentimientos de angustia que conducen a la evasión y a la negación del problema, a la exaltación del pensamiento mágico; a esta actitud también sigue el enclaustramiento que coincide con la aparición de síntomas de ansiedad y posible depresión.

Quienes viven esta experiencia sienten y tienen la certeza de que su proyecto de vida y sus ilusiones quedan frustrados y que todo lo esperado como fruto del periodo existencial que comprende el tránsito adolescente queda suspendido o cancelado y de pronto el destino los obliga a convertirse en adultos.

En cuanto a la familia, los adolescentes tienen que enfrentar los temores relacionados con la reacción de la familia al evento que la mayoría de las veces son reales, pero que en otras ocasiones son producto de la fantasía y del sentimiento de culpa frente al núcleo familiar.

La adolescente gestante y su pareja temen que sus padres y hermanos adopten actitudes de rechazo, repudio, hostigamiento, violencia y expulsión del grupo familiar. Pocos jóvenes piensan que sus padres aceptarían la realidad del embarazo en buenos términos y les brindarían apoyo.

En efecto, las respuestas familiares que se encuentran con mayor frecuencia son las siguientes: repudio, rechazo, actitudes que varían entre la intolerancia y la tolerancia, múltiples condicionamientos, indiferencia y evasión, así como de agresión y expulsión. Las madres adolescentes, en la mayoría de los casos, sufren de abandono físico y emocional temprano, así como de episodios de violencia sexual, psicológica y física dentro del propio entorno familiar y de la pareja. No obstante, lo contrario también se presenta, es decir, familias que se muestran comprensivas, afectuosas y apoyan a los adolescentes asumiendo de esta manera la responsabilidad frente al problema.

Es muy común encontrar familias, donde la actitud de aceptación no está respaldada por comportamientos que tengan la misma significación, “la actitud de aceptar” se queda solo en palabras dichas de mala gana, pues en la convivencia durante el embarazo, la familia manifiesta su indiferencia hacia la madre con múltiples actitudes, la llena siempre de culpa y la sobrecarga de responsabilidades en el marco de un continuo hostigamiento y un clima de recriminación. Este ambiente también afecta al compañero, cuando persiste en brindar apoyo a su pareja durante el proceso de gestación. En el caso de los varones, las respuestas

suelen ser muy diferentes, si bien las familias no se sienten tan agredidas, ofendidas y responsables.

Consecuencias Mediatas. Estas se presentan, incluso en condiciones de apoyo familiar, dependen de la conciencia social y de las normas que maneje la comunidad a la cual pertenece la joven.

Los dos principales centros donde se ejerce presión sobre la joven embarazada son el núcleo escolar y el grupo de pares.

2.4.3.2 Consecuencias mediatas

Las principales consecuencias psicosociales mediatas se refieren fundamentalmente a la deserción escolar local; Pese a que las legislaciones que autorizan la asistencia de chicas embarazadas a los colegios de enseñanza media y superior, la realidad es que la mayoría de las autoridades escolares en todo el continente las rechazan con argumentos verdaderamente improcedentes bajo cualquier esquema que se les analice.

Aunque ha sido probado que la presencia de adolescentes embarazadas en instituciones públicas o privadas, jamás ha ejercido una mala influencia para las jóvenes compañeras con o sin practica de actividad sexual. Sin embargo, la expulsión escolar es el “castigo comunitario” que más reciente a la joven embarazada por la segregación social y porque conlleva la pérdida de oportunidades de continuar con el proceso de socialización adolescente en una secuencia normal, pues se les margina del grupo de pares en las actividades deportivas, convivencias, excursiones recreativas y fiestas donde por lo general se desarrolla su mundo social.

Es importante señalar que este castigo solo procede contra las mujeres y nunca contra el varón responsable del embarazo, si es un compañero escolar. Las jóvenes que pueden o a las que se les permite continuar con su vida normal a pesar de su embarazo, aprende a vivir en una socialización de “segunda”, en medio de conductas de condicionamientos, culpa y señalamiento o siendo siempre sospechosas.

Cuando la madre o la pareja adolescente no cuentan con apoyo afectuoso y estimulante durante el embarazo, se presenta la depresión que lleva al abandono de la consulta médica prenatal.

Por otro lado, los adolescentes que asumen una actitud responsable frente al embarazo, abandonan la escuela por presión familiar (proviene de un medio social pobre o de la clase media popular) para buscar empleo y ayudar de alguna manera a la compañera o a la familia de ella. En estos grupos sociales, el joven que embarazada adquiere las obligaciones de un adulto y cancela su adolescencia.

Es por esta deserción escolar en ambos géneros, masculino y femenino, que el embarazo en la adolescencia ha sido determinado como “la puerta de entrada a la pobreza”, debido a que en estas jóvenes se ven altas tasas de deserción escolar, lo cual conlleva una menor preparación para enfrentarse en el campo laboral, asociado esto a las oportunidades laborales y profesionales limitadas.

En relación con el grupo de pares, la actitud de estos depende como ya se dijo principalmente de la de sus familias. Sin embargo, también es importante resaltar que en muchas ocasiones no se trata solo de actitud de rechazo sino también de falta de espacios en común, por todos los cambios que se asocian con el embarazo y posterior nacimiento del hijo/a, que no permiten a los nuevos padres participar de las actividades normales de la adolescencia. (Penagos, 2007: 49,52)

2.5 DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

Primero debemos tener una definición clara de lo que es la funcionalidad familiar para luego poder entender de una mejor manera lo que es la disfuncionalidad familiar. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante.

La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de

los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, creemos necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad. El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia

El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar. (Herrera, 199:1)

Segundo, en las familias disfuncionales ocurre todo lo contrario: dificultad para resolver conflictos, un resquebrajamiento de normas, límites y se suspende la organización jerárquica.

En realidad, es difícil llegar a definir bien la familia disfuncional, al saber que las diferentes ciencias llegarán a definirlo de diferentes formas porque lo ven con diferentes lentes.

También se debe considerar la gran diferencia entre las familias disfuncionales, como una definición que podemos utilizar para describir familia disfuncional tenemos la siguiente.

Un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas. (Vargas JC y Vacca R., 1998). El patrón que aquí se menciona se trata de que uno o varios de los integrantes de la familia no se adapta a un ambiente de crear buenas relaciones, y que hace daño al grupo familiar y también a los diferentes miembros.

Cuando dice de manera permanente, esto quiere decir que no es una familia disfuncional sólo porque uno ha estado inestable por un pequeño tiempo, por ejemplo, en una crisis, pero se trata de cuando es una conducta constante y que a través del tiempo hace más y más daño a la familia al cual pertenece; Uno o varios integrantes muestra que la familia disfuncional varía acerca de cuántos de sus miembros son los que causan la disfuncionalidad, puede ser por ejemplo, por una persona adicta, o los dos padres sin empatía, todos los niños catalogados como rebeldes, o también todos los integrantes como violentos.

Entonces se puede ver que si esta familia al relacionarse con su membresía, o sea que cuando la familia vive junto con estos problemas que puedan tener, se llega a generar un clima propicio, como un clima de disfuncionalidad dentro de la familia. El resultado de este clima de disfuncionalidad es entonces, patologías específicas e inespecíficas, en otras palabras, surgen problemas que se pueden identificar y a la vez problemas que no llegan a la superficie sin embargo siguen afectando a la familia de forma negativa.

Podemos entonces a través de esta definición identificar la familia disfuncional, y a su vez llegar a tomar en cuenta estos diferentes factores que son parte de la familia disfuncional a nivel psicológico. (Magnus, 2011:4,5)

Wayne presenta características que tiene una familia funcional y que carece una familia disfuncional.

- ✓ La capacidad de la familia para resolver problemas
- ✓ El clima emocional de la familia
- ✓ La capacidad para cambiar el curso del ciclo vital de la familia
- ✓ La capacidad para regular la proximidad y la distancia en las relaciones intrafamiliares.
- ✓ La formación de fronteras generacionales funcionales (Fernández Moya, 2006)

Por lo tanto, una familia disfuncional es aquella que presenta sentimientos de sobreprotección hacia sus hijos, los límites son rígidos y muy débiles, las normas y reglas son confusas y encubiertas o a su vez flexibles, por lo tanto, predomina en ellos la

incapacidad de resolución de conflictos ante los demás muestran aparente felicidad y la comunicación no es clara presentando alteraciones. (Pillcorema, 2013:17,18)

2.5.1 Tipos de familias disfuncionales

A través de estos cuatro ejemplos de familias disfuncionales nos podemos dar cuenta de la diversidad que existe entre ellos. También podemos notar que el rol de patrón, el cual tiene la “conductas desadaptativas e indeterminadas”, no siempre es el papá o la mamá, pero que todas las personas que están dentro de una familia disfuncional llegan con el tiempo a ser afectados por la situación de disfuncionalidad y ser influenciados de alguna manera por tal estado. Aunque hay varias formas de categorizar las familias disfuncionales veremos ahora cuatro tipos que nos ayuden a ver el panorama de estas familias con disfuncionalidad: (Magnus, 2011,7)

A continuación, se da a conocer cada tipo de familia disfuncional y sus significado.

2.5.1.1 Familias disfuncionales de adicciones (adictogénicas).

Hay familias que tienen problemas de adicción. Puede ser la adicción de sustancias químicas legales (alcohol, tabaco, medicamentos, azúcares), adicción de sustancias químicas ilegales (cocaína, marihuana), y también otros tipos de adicciones más atípicos (fornicación, televisión, internet, comida, etc.). El adicto sería en estos casos el patrón con una conducta constante, pero al mismo tiempo la situación afecta a toda la familia. Se puede ver que la adicción del patrón es algo que se vuelve una adicción a toda la familia. Dentro de estas familias adictogénicas es también muy probable que lleguen a ser adictos de alguna forma otros miembros de la familia.

Esto muestra la necesidad de no solo trabajar con el adicto en una familia, sino con toda la familia para poder salir de los círculos viciosos en los cuales viven.

2.5.1.2 Familias disfuncionales con desórdenes mentales (psicopatogénicas).

El segundo tipo se trata de familias que tienen casos de conductas disruptivas, lo cual se puede ver por ejemplo en antisocialidad, psicopatías y depresiones. Muchas veces como en este caso, una familia trata de ignorar y cubrir este tipo de problemas al ver que es embarazoso tener que admitir un problema tan grave como este. En muchos casos este tipo de situaciones lleva a un aislamiento de toda la familia de la sociedad, o que también los miembros de la familia tratan de huir del hogar cada vez que sea posible. Otro ejemplo de antisocialidad está en hacer algo que no corresponde con la conducta que se debe tener en la sociedad, por ejemplo, lo que se hace en la delincuencia, asesinatos, violaciones, etc.

2.5.1.3 Familias disfuncionales por abuso (psicotigénicas).

En estas familias podemos ver que existe algún tipo de abuso, sea sexual, psicológico o físico. Aunque muchos piensan que el abuso solo se hace de forma sexual, la mayor parte de los casos de abuso, son de forma psicológica, por ejemplo, de amenazas, manipulación, bajar el autoestima, etc. En los casos de abuso sexual, sea dentro de la misma pareja o en casos de incesto, aun cuando el resto de la familia no tenga este conocimiento, será de todas maneras afectada al ver las consecuencias que el abuso lleva en las personas, sea del abusador o del (o los) abusado(s).

2.5.1.4 Familias disfuncionales de irrealidad (neurotigénicas).

En estas familias hay un comportamiento neurótico de parte de algunos miembros de la familia. El ser un neurótico se trata de que, aunque no se niega la realidad, simplemente no quiere saber nada de ella. Dentro de esta neurosis podemos encontrar la histeria, las neurosis de angustia, las neurosis obsesivas, y las fóbicas.

2.5.2 CARACTERÍSTICAS DE FAMILIAS DISFUNCIONALES

Como ya se mencionó anteriormente, las familias disfuncionales son extremadamente distintas, y están dentro de un sin número problemas como: problemas psicológicos, negación, abuso y adicción.

También se ha visto que cualquier familia disfuncional puede tener ciertas características presentes en su ambiente familiar, de esta manera veremos ahora con más profundidad, algunas de las características más notorias en familias disfuncionales.

2.5.2.1. Relación disfuncional entre padre y madre.

Considerándolo desde una perspectiva religiosas, psicológicas y obviamente biológica, se considera la relación entre padre y madre como algo crucial para la formación de una familia.

La base de una familia será siempre la unión de dos personas, los cuales puedan tener hijos y dirigirlos, aunque últimamente se conoce diferentes alternativas dentro de la crianza de hijos, los cuales son: concubinas, parejas homosexuales, o personas que quieren hijos sin tener una pareja o sin ser pareja; éstos son claros ejemplos de evidencia en la actualidad que es innecesario tener esta relación entre padre y madre para tener una familia.

Aunque haya desigualdad en interpretaciones, existe la definición de familia como la relación entre una mujer y un hombre que se unen y que en muchos casos lleguen a tener hijos también. Esta relación entre el hombre/padre y la mujer/madre es fundamental para cualquier familia. Si los padres están bien, es mucho más probable que los hijos también estén bien, y al contrario si los padres no tienen una buena relación, es obvio que sería difícil para los hijos estar bien, y tenemos la diferencia ante lo bien y lo mal. Si las relaciones no están bien, la atmósfera funcional será muy pobre. En cualquier momento que existan adversidades, ningún miembro de la familia sabrá cómo afrontarlo, por ejemplo, si la relación entre padre y madre no es igual, o si uno de los hijos llega a tomar el puesto de los padres, o si hay una ruptura entre la relación entre los hijos y los padres. Cualquier problema que tengan los padres, será algo que afecte a los niños, por eso una de las características fundamentales dentro de las familias disfuncionales la encontramos en los hogares donde no hay una buena relación entre padre y madre.

2.5.2.2. Machismo.

Ideología que engloba el conjunto de actitudes, conductas, prácticas sociales y creencias destinadas a promover la negación de la mujer como sujeto indiferentemente de la cultura, tradición, folclore o contexto, por lo tanto en el ambiente latinoamericano encontramos un factor que muchas veces llega a influenciar a la familia, conocido como el machismo.

No hay base sostenible para dicha idea; por lo tanto, se trata de una construcción cultural. Hemos visto en la primera característica que hay una gran necesidad de un respeto mutuo entre los padres, pero muy al contrario no existe este respeto en el machismo, y se trata más de un sometimiento el uno al otro, y en este caso se habla que la mujer sea considerada inferior al hombre. Algunas de las creencias que existen en el machismo es que el hombre tiene poder de decisión y elección y que él es quien manda y ordena, tiene un concepto de conquistar a la mujer, o incluso a las mujeres.

Se entiende comúnmente que dentro del machismo la mujer debe servir a su hombre, y aunque el proceder del hombre no sea la apropiada, la mujer no lo debe censurar. En casos de crítica el hombre machista se puede ver obligado a requerir el respeto de la mujer a través de las palabras fuertes o por violencia. En cuanto a sus hijos el machista no asume el rol como un padre de dilección y guía en la educación. Estos son tareas para la mujer, y el hombre machista sólo se enfoca en hacer a su hijo un hombre a través de conocer la vida sexual, como conquistar y controlar a las mujeres, y enseñarle a trabajar duro.

En las familias disfuncionales el hombre machista llega a tomar un rol bastante dañino para la familia. Es insuficiente de mostrar aquel respeto necesario hacia su pareja, tiene un concepto de fidelidad de la mujer hacia él, pero no de él hacia ella, y no asume la responsabilidad junto con la madre de criar a sus niños. En el ambiente machista también la mujer se hace parte de un hogar desequilibrado, por ejemplo, aceptando la conducta machista, el sometimiento, no llegar a enfrentar la violencia física y psicológica que sucede hacia ella misma y a sus hijos.

2.5.2.3. Violencia

Son incontables los procederes de violencia familiar. Puede pensarse en violencia hacia los mayores, entre cónyuges, hacia los niños, las mujeres, los hombres, los discapacitados, etc. Asimismo, es difícil requerir un esquema típico familiar, debido a que la violencia puede ser física o emocional, y ocurre en todas las clases sociales, culturas y edades, pero en la mayoría de veces se trata de los adultos hacia uno o varios individuos.

Hay diferentes formas de violencia, en las cuales el abuso físico es el más distinguido, pero se debe tomar en cuenta que con más periodicidad la violencia o el maltrato emocional es el más empleado, ante este tipo de maltrato se puede ver con en el rechazo (abandonar), aterrorizar (intimidación), ignorar (falta de disponibilidad), aislar al menor (no permitir relaciones sociales), y someter al niño a un medio donde prevalece la corrupción (impedir actos de conducta antisocial, por ejemplo al tomar parte en un robo).

A la vez comprometernos a tomar en cuenta al agravio de negligencia, en donde se priva al niño de los cuidados básicos, aun teniéndola capacidad y los medios, se posterga o descuida la atención de la salud, educación, alimentación, protección etc.

2.5.2.4. Adicciones

Asimismo, en cualquier clase social podemos notar que la adicción es un problema, así como lo vemos en el tipo de familias disfuncionales y en parte de las familias adictogénicas.

Las adicciones pueden ser de varios tipos, pero normalmente el alcoholismo es una de las adicciones más frecuentes. Sin embargo, hay varios tipos de adicciones que son capaces de llevar una familia hacia la disfuncionalidad.

No obstante, la adicción empieza normalmente con una persona en la familia, con el tiempo toda la familia es afectada por el dilema. En la generalidad de los casos de adicciones, la familia trata de tener el problema en secreto y habituarse, es un largo proceso hasta que discernir y admitir que la adicción se ha vuelto un problema dentro de la familia.

2.5.2.5. El círculo vicioso de las generaciones.

Se puede admitir que de una familia disfuncional surgen nuevas familias disfuncionales. Por ejemplo, de padres adictos, es muy previsible que algunos de sus hijos también lleguen a ser adictos, y transmiten el mismo problema de su crianza a la propia familia que están por edificar.

Se debe tener en cuenta que las personas de familias disfuncionales tienen estos defectos de su niñez como parte de su identidad. Como ejemplo se puede apreciar que el maltratado tiene el maltrato como parte de su identidad y es ahí cuando empieza su propia familia, será muy probable que, al haber tomado el rol del poderoso en una familia, llegue a volverse una persona que maltrata, especialmente si no ha podido enfrentar y discernir el maltrato que ha sufrido y de esta forma sacarlo de su identidad.

2.5.2.6. Negación.

Muy pocas familias disfuncionales llegan a admitir su problema en los primeros pasos hacia la disfuncionalidad. Cualquier persona que entra en la tarea de edificar junto con otra persona una nueva familia, quiere ser capaz de hacerlo sin la ayuda de otros.

El resultado es que no tienen con quien tratar los problemas familiares, y cuando surgen deseos desde afuera de ayudar o apoyar, se niega la necesidad de recibir ayuda. Lamentablemente esta negación sigue normalmente hasta que el problema se vuelve tan grande que toda la familia es afectada y suele ser difícil resolverlo.

2.5.2.7. Otras características.

En hogares disfuncionales se verá varias de estas características presentes:

- ✓ Secretos en la familia
- ✓ Incapaces de identificar y expresar emociones.
- ✓ Perfeccionismo
- ✓ Incapaces de jugar, sentir diversión y ser espontáneo
- ✓ No hay respeto a los individuos de la familia
- ✓ Una tolerancia alta de la conducta inapropiada

- ✓ Tener identidades de individuos que se superponen con otros. El grado de disfunción depende de cuántas de estas características hayan entre los miembros de la familia
- ✓ Sienten soledad, aun cuando están en una multitud
- ✓ Necesitan la aprobación de otros.
- ✓ Son inconscientes en su conducta

Los niños de familias disfuncionales tienen más que otros una baja autoestima, y son más propensos a ser emocionalmente inestables, tener depresiones y ansiedad, tener anorexia y bulimia, adicciones de alcohol y químicas, y es más probable que traten de cometer suicidio. (Magnus, 2011: 8,13)

2.6. DINÁMICA DE LAS FAMILIAS DISFUNCIONALES

Es importante interpretar que todas las familias disfuncionales tienen algo en común, que es la incapacidad de discutir problemas de raíz. Por lo tanto, es aquella en que los miembros juegan papeles rígidos y en la cual la comunicación está severamente restringida a las declaraciones que se adecuan a esos roles. Los miembros no tienen libertad para expresar todo un espectro de experiencias, deseos, necesidades y sentimientos, sino que deben limitarse a jugar el papel que se adapte al de los demás miembros de la familia. En todas las familias hay papeles, pero a medida que cambian las circunstancias, los miembros también deben cambiar y adaptarse para que la familia siga siendo saludable. De esa manera, la clase de atención materna que necesita una criatura de un año será sumamente inadecuada para un adolescente de trece años, y el papel materno debe alterarse para acomodarse a la realidad. En las familias disfuncionales, los aspectos principales de la realidad se niegan, y los papeles permanecen rígidos.

Como nuestra familia niega la realidad, nosotros también comenzamos a negarla. Y eso deteriora severamente el desarrollo de nuestras herramientas básicas para vivir la vida y para relacionarnos con la gente y las situaciones. (Norwood, 1986:31)

A continuación, mostramos algunos aspectos importantes que ponen en evidencia a una familia disfuncional.

El miembro periférico del sistema familiar. Hace referencia a un miembro familiar que evade sus responsabilidades dentro del hogar, este puede ser un padre o un hijo contra el resto de la familia pero de algún modo unidos. Padre versus madre.

La familia polarizada. Surge cuándo entre el sistema parental o filial tienen un conflicto y el sistema familiar se divide, y los miembros se ubican en el polo al que se sientan a gusto o estén de acuerdo.

Los padres versus los niños o adolescentes. Esto se da en el momento que existe un choque cultural, pues los padres no aceptan el medio social en que sus hijos se desenvuelven actualmente y no lo aceptan; de igual manera sucede con los hijos, no aceptan la conducta llena de prejuicios transgeneracionales que sus padres adoptan con ellos.

La familia balcanizada. Quiere decir familia dividida pues en este tipo de familias existe muchas rupturas en donde las alianzas y coaliciones van y vienen de una forma inesperada, lo cual provoca una confusión y ansiedad emocional en el sistema familiar.

CAPITULO III

3.1 MATERIALES Y METODOS

3.1.1 ALCANCES Y LIMITACIONES:

En la presente investigación, tipo de investigación empleada tiene un carácter exploratorio de tipo descriptivo.

- ✓ Es exploratorio, ya que este estudio se enmarca en comprender y explorar sobre un punto de vista nuevo, lo que lo hace necesario conocer. Este es el caso del fenómeno social del embarazo adolescente pero visto desde la perspectiva de los lazos familiares.
- ✓ Es descriptivo, puesto que el fin es describir y caracterizar los elementos importantes de la problemática del embarazo adolescente, con el fin de determinar cómo se manifiesta este fenómeno bajo la visión sistemática de la familia.

Para poder seleccionar la muestra cualitativa, tuve que evaluar la Población existente que se ve afectada al embarazo. Pues, sin querer hacer referencia a la descalificación, la clase económica baja ubicada en los sectores periféricos de la ciudad de Guayaquil, como también - y dentro de lo dicho anteriormente – el grupo de mujeres mayores de 12 años y menor de 19 en estado de vulnerabilidad social (esto se detallará en el ítem de “Criterios de inclusión de muestra”).

Ya expuesto en la primera parte, este estudio está enfocado en la familia de la embarazada precoz, exactamente en la influencia de la relación familiar.

Anteriormente, se señala el área de estudio y la población a estudiar Y es por eso que la investigación se enmarca en el estudio de caso; en el caso de madre gestante adolescente o con un niño de un año de edad.

Esta es una muestra no probabilística con muestreo intencionado y estratégico, ya que dentro del grupo humano a trabajar.

- ✓ Intencionado: por presentar todos los criterios propios de la investigación, las personas y trabajadores del hospital de especialidades Santa Mariana de Jesús, la reconocen como detentora de información puesto que está ya ha vivido la realidad que he plasmado.
- ✓ Estratégico: Debido a la experiencia como madre adolescente y mala relación familiar, es una protagonista rica en información.

Para esta investigación, teniendo como foco de datos obtenidos, puedo mencionar cinco criterios de inclusión como perfil para seleccionar a esta muestra. Estos son los siguientes:

- ✓ Como criterio inclusión principal del sujeto en investigación es que debe ser mujer y debe estar embarazada.
- ✓ La embarazada debe ser primeriza o con un embarazo anterior.
- ✓ La edad de la sujeto a investigar debe ser considerada bajo el concepto de adolescencia de la OMS, estas son mujeres de entra 10 a 19 años.
- ✓ El sujeto-objeto de l investigación tienen como criterio de inclusión vivir con su familia nuclear o monoparental.
- ✓ La adolescente a investigar debe presentar una situación socioeconómica vulnerable.

3.2 DISEÑO METODOLOGICO

3.2.1 Tipo de Estudio

Es un estudio de tipo retrospectivo, con enfoque cualitativo en el que no existe relación de causa efecto entre los fenómenos estudiados, y que permitió realizar un análisis de los diferentes factores que influyen en la incidencia de embarazo en adolescentes: sociales, económicos, culturales, conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva, dirigida a la población adolescentes embarazadas inscritas en el programa de atención materna Mariana de Jesús.

3.2.2. Grupo poblacional

Constituido aproximadamente de 200 adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Mariana de Jesús.

3.2.3. Grupo seleccionado

El grupo de participantes en el estudio fue seleccionado con base a:

- ✓ Criterios de selección
- ✓ Criterios de Inclusión
- ✓ Criterios de exclusión

Criterios de selección

- ✓ Población en estudio: Adolescentes de 10 a 19 años embarazadas.

Criterios de inclusión

- ✓ Adolescentes embarazadas residentes en la ciudad de Guayaquil
- ✓ Adolescentes que se embarazaron en el periodo de estudio (2015).

Criterios de exclusión

- ✓ Adolescentes embarazadas que se inscribieron en el Hospital Mariana de Jesús, pero no residen en la ciudad de Guayaquil
- ✓ Adolescentes embarazadas mentalmente discapacitadas.

3.2.4. Conformación de la investigación

La conformación de la investigación, de quienes se obtendrá la información, se realizara aplicando los criterios anteriormente descritos más la ayuda explícita de los Tutores a cargo, presentados mediante datos estadísticos y número de historias clínicas.

3.2.5. Unidad de análisis

Se tomaron en cuenta los criterios de inclusión, en la cual se estima un aproximado de 200 adolescentes embarazadas inscritas en el Hospital Mariana de Jesús, que residen en Guayaquil.

3.3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS COMPONENTES, DESCRIPTORES

COMPONENTES	DESCRIPTORES	SUB-DESCRIPTORES
Factores Sociales	Desintegración familiar	Tipo de familia
	Violencia intrafamiliar	Maltrato
	Hacinamiento	Abusos sexuales
	Drogadicción/Prostitución	Violación sexual
	Maras y/o Pandillas	Ilícitos, presión de grupo
Factores económicos	Ingresos económicos	Ocupación. Procedencia de ingresos económicos.
Factores Culturales	Machismo	“Entre más mujeres tenga es mas hombre”. “Entre más hijos engendre es más macho”. “Múltiples parejas”. “Imposición al no uso del condón”.
	Creencias	“No embarazo en la primera relación sexual”.

	Mitos	<p>“Si una mujer no le tiene un hijo/a a un hombre no le demuestra su amor”.</p> <p>“Hijos a temprana edad es mejor”.</p>
Conocimientos	Salud sexual y Reproductiva	Falta o ningún conocimiento.
	Métodos de Planificación Familiar.	Falta o ningún conocimiento.
Actitudes	Indiferencia	Indiferencia al tema de la sexualidad y protección
	Proyecto de vida	<p>Proyecto de vida antes del embarazo.</p> <p>Proyecto de vida durante el embarazo.</p> <p>Proyecto de vida después del embarazo.</p>
	Reacción	<p>Rechazo.</p> <p>Rebeldía.</p> <p>Aceptación.</p> <p>Aborto.</p> <p>Miedo.</p> <p>Abandono de casa o estudio.</p>
Prácticas sobre salud sexual y reproductiva	Métodos de planificación familiar	Uso de métodos
	Actividad sexual	Inicio de relaciones sexuales
	Cantidad de Parejas	Número de parejas sexuales

3.3.1. Descriptores y su operacionalización

3.3.1.1. Objetivo general: Interpretar los factores que influyen en la incidencia de embarazo en las adolescentes en el Hospital Mariana de Jesús.

Componentes:

- ✓ Factores sociales
- ✓ Factores económicos
- ✓ Factores culturales
- ✓ Conocimientos
- ✓ Actitudes
- ✓ Prácticas

3.3.1.2. Objetivo 2: Identificar los factores sociales, económicos y culturales que influyen en la incidencia de embarazo en adolescentes.

Componentes: Factores sociales, económicos y culturales, con sus sub descriptores.

- ✓ Factores sociales: - Desintegración familiar.
- Violencia intrafamiliar.
- Hacinamiento.
- Drogadicción/Prostitución.
- Maras y/o Pandillas.
- ✓ Factores económicos: - Ingresos económicos.
- ✓ Factores culturales: - Machismo.
- Creencias.
- Mitos.

3.3.1.3. Objetivo 3: Analizar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva como factores que influyen en el embarazo de las adolescentes.

Componentes: Conocimientos, con sus sub descriptores.

- ✓ Conocimientos: - Salud sexual y reproductiva.
- Métodos de planificación familiar.

3.3.1.4. Objetivo 4: Analizar las actitudes sobre salud sexual y reproductiva como factores que influyen en el embarazo de las adolescentes.

Componentes: Actitudes, con sus sub descriptores.

- ✓ Actitudes: - Indiferencia.
- Proyecto de vida.

- Reacción.

3.3.1.5. Objetivo 5: Analizar las prácticas sobre salud sexual y reproductiva como factores que influyen en el embarazo de las adolescentes.

Componentes: Practicas, con sus sub descriptores.

- ✓ Practicas: - Métodos de planificación familiar.
- Actividad sexual.

3.4. FUENTES DE INFORMACIÓN

La fuente de información se dará de la siguiente forma

Fuente de información primaria:

- ✓ Estará determinada por las adolescentes embarazadas.

Fuentes de información secundaria:

- ✓ Revisión del libro de registro de embarazadas adolescentes en el Hospital Mariana de Jesús
- ✓ Revisión de expedientes en el área de psicología y de estadística de las adolescentes embarazadas.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

- ✓ Entrevista a profundidad
- ✓ Revisión documental

Instrumentos:

- ✓ Guía de entrevista
- ✓ Guía de revisión de documentos

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE DESCRIPTORES:

COMPONENTES	DESCRIPTORES	SUB-DESCRIPTORES	Fuente de información	Técnica	Instrumento
Factores Sociales	Desintegración familiar	Tipo de familia	Primarias: Adolescentes embarazadas, personal de salud Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guía de entrevista, Guía de observación
	Violencia intrafamiliar	Maltrato	Primarias: Adolescentes embarazadas, personal de salud Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guía de entrevista, Guía de observación
	Hacinamiento	Abusos sexuales	Primarias: Adolescentes embarazadas, personal de salud Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guía de entrevista, Guía de observación

	Drogadicción/Prostitución	Violación sexual	Primarias: Adolescentes embarazadas, personal de salud Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guia de entrevista, Guia de observación
	Maras y/o Pandillas	Ilícitos, presión de grupo	Primarias: Adolescentes embarazadas, personal de salud Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guia de entrevista, Guia de observación
Factores económicos	Ingresos económicos	Ocupación. Procedencia de ingresos económicos.	Primarias: Adolescentes embarazadas, personal de salud Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guia de entrevista, Guia de observación
Factores Culturales	Machismo	“Entre más mujeres tenga es más hombre”. “Entre más hijos engendre es más macho”. “Múltiples parejas”. “Imposición al no uso del condón”.	Primarias: Adolescentes embarazadas, personal de salud Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guia de entrevista, Guia de observación

	Creencias	“No embarazo en la primera relación sexual”.	Primarias: Adolescentes embarazadas, personal de salud Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guia de entrevista, Guia de observación
	Mitos	“Si una mujer no le tiene un hijo/a a un hombre no le demuestra su amor”. “Hijos a temprana edad es mejor”.	Primarias: Adolescentes embarazadas, personal de salud Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guia de entrevista, Guia de observación
Conocimientos	Salud sexual y Reproductiva	Falta o ningún conocimiento.	Primarias: Adolescentes embarazadas, personal de salud Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guia de entrevista, Guia de observación
	Métodos de Planificación Familiar.	Falta o ningún conocimiento.	Primarias: Adolescentes embarazadas, personal de salud Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guia de entrevista, Guia de observación

Actitudes	Indiferencia	Indiferencia al tema de la sexualidad y protección	Primarias: Adolescentes embarazadas, personal de salud Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guia de entrevista, Guia de observación
	Proyecto de vida	Proyecto de vida antes del embarazo. Proyecto de vida durante el embarazo. Proyecto de vida después del embarazo.	Primarias: Adolescentes embarazadas, personal de salud Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guia de entrevista, Guia de observación
	Reacción	Rechazo. Rebeldía. Aceptación. Aborto. Miedo. Abandono de casa o estudio.	Primarias: Adolescentes embarazadas, personal de salud Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guia de entrevista, Guia de observación
Prácticas sobre salud sexual y reproductiva	Métodos de planificación familiar	Uso de métodos	Primarias: Adolescentes embarazadas, personal de salud Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guia de entrevista, Guia de observación

	Actividad sexual	Inicio de relaciones sexuales	Primarias: Adolescentes embarazadas, personal de salud Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guia de entrevista, Guia de observación
	Cantidad de Parejas	Número de parejas sexuales	Primarias: Adolescentes embarazadas, personal de salud Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guia de entrevista, Guia de observación

3.7. MATERIALES Y PROCEDIMIENTO

Para la presente investigación, se realizará un oficio dirigido al director del establecimiento explicando el desarrollo del proceso de la investigación, para su respectiva autorización.

Luego de la autorización por parte de la dirección del establecimiento, se elaboraron guías para la entrevista y la revisión de documentos, siendo estos, el libro de estadística y las historias clínicas respectivas del área de psicología en el Hospital Mariana de Jesús

Partiendo de la información tomada del libro y de los expedientes clínicos del hospital ya mencionado, se elabora una base de datos que contenga información como: edad y dirección de las adolescentes embarazadas inscritas en el período comprendido del año 2015, datos que se utilizarán para la aplicación de criterios de inclusión y exclusión.

3.8. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Para el análisis de los factores investigados (sociales, económicos, culturales, prácticas, conocimientos y actitudes en salud sexual y reproductiva), se partió de los datos obtenidos a través de las entrevistas, se analizaron los resultados en cada uno de los factores, y con base en ello, se emitieron conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Distribución de acuerdo a la respuesta de las encuestadas que se consideran dentro de un hogar disfuncional

Hospital Mariana de Jesús. Enero 2015 a Diciembre 2016.

CUADRO N°1

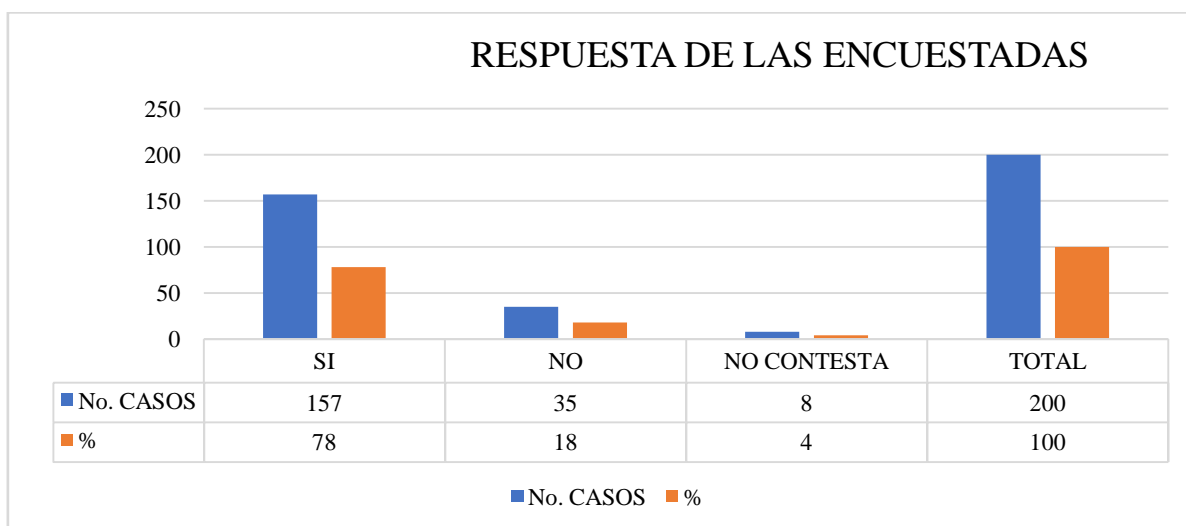
HOGARES DISFUNCIONALES	No. CASOS	%
SI	157	78
NO	35	18
NO CONTESTA	8	4
TOTAL	200	100

Fuente: Hospital Mariana de Jesús, departamento de psicología

Elaborado por: Marco Villa Arellano

Distribución de acuerdo a la respuesta de las encuestadas que se consideran dentro de un hogar disfuncional

GRAFICO N°1



Análisis e Interpretación: De las 200 pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Mariana de Jesús vemos que un 78% de las pacientes provienen de familias disfuncionales, esta situación se ve reflejada en los hogares de estas madres adolescentes

Distribución de edad según la incidencia de embarazos de 12 años y 19 años.

Hospital Mariana de Jesús. Enero 2015 a Diciembre 2016.

CUADRO N°2

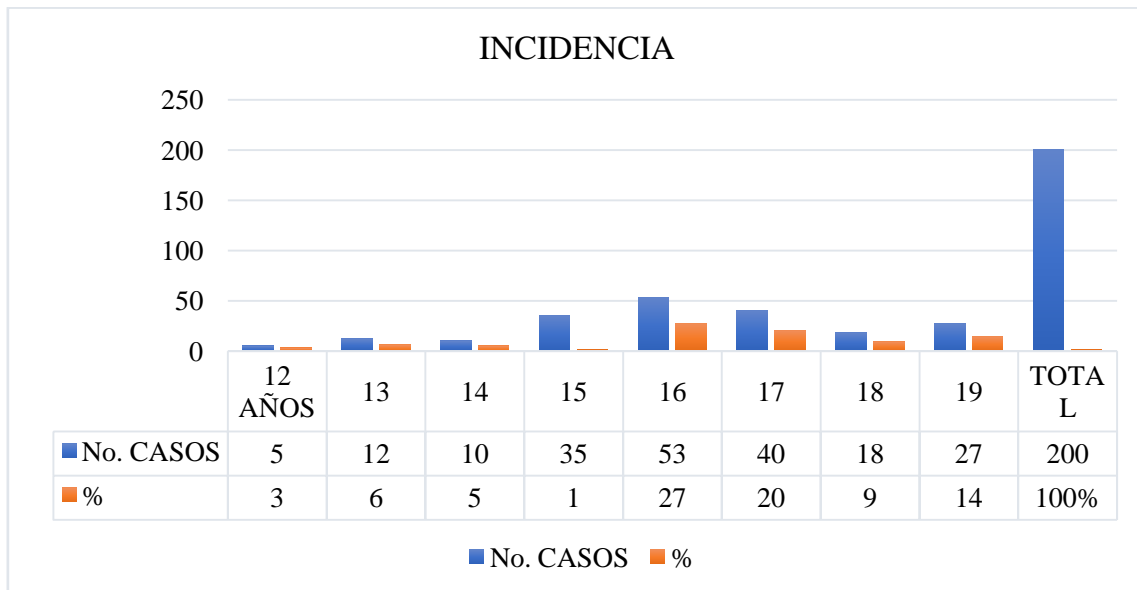
EDAD	No. CASOS	%
12 AÑOS	5	3
13 AÑOS	12	6
14 AÑOS	10	5
15 AÑOS	35	1
16 AÑOS	53	27
17 AÑOS	40	20
18 AÑOS	18	9
19 AÑOS	27	14
TOTAL	200	100%

Fuente: Hospital Mariana de Jesús, departamento de psicología

Elaborado por: Marco Villa Arellano

Incidencia de mujeres embarazadas de 12 años y 19 años

GRAFICO N°2



Análisis e Interpretación: De las 200 pacientes adolescentes con familias disfuncionales atendidas en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de Enero 2015 a Diciembre 2016 el 3% corresponden a mujeres de 12 años, mientras el 27% corresponde a pacientes de 16 años. Por lo tanto la muestra es de 53 pacientes.

Distribución según el tiempo de relación de adolescentes embarazadas.

Hospital Mariana de Jesús. Enero 2015 a Diciembre 2016.

CUADRO N°3

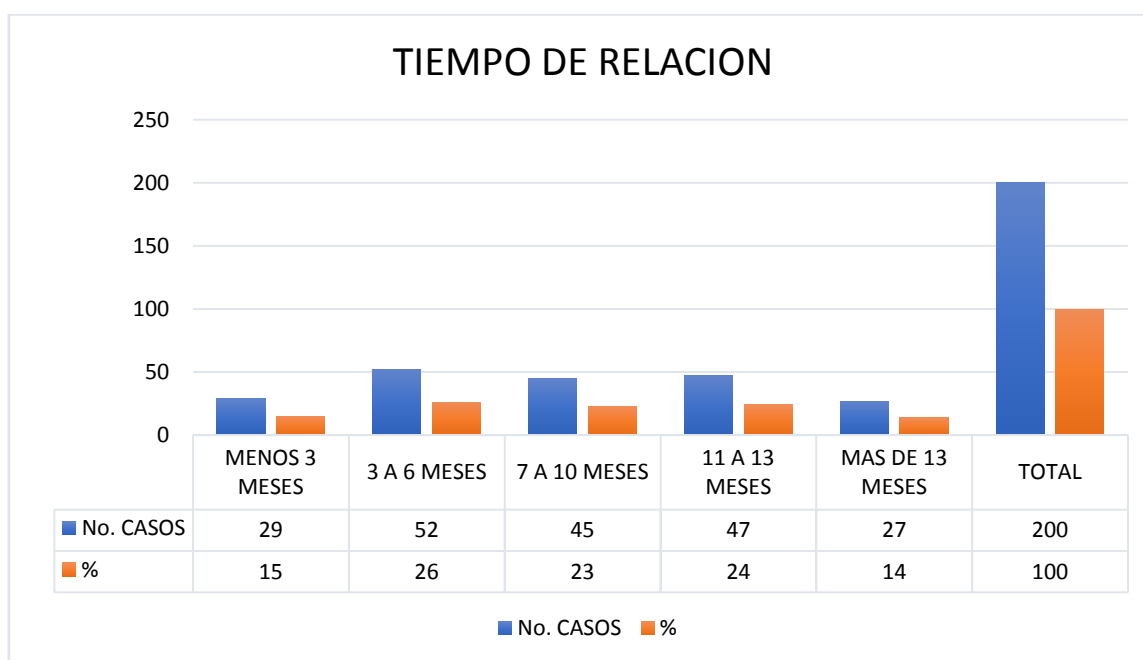
TIEMPO DE RELACION	No. CASOS	%
MENOS 3 MESES	29	15
3 A 6 MESES	52	26
7 A 10 MESES	45	23
11 A 13 MESES	47	24
MAS DE 13 MESES	27	14
TOTAL	200	100

Fuente: Hospital Mariana de Jesús, departamento de psicología

Elaborado por: Marco Villa Arellano

Tiempo de relación de adolescentes embarazadas

GRAFICO N°3



Análisis e Interpretación: De las 200 pacientes adolescentes con familias disfuncionales atendidas en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de Enero 2015 a Diciembre 2016 el 14% corresponden a una relación mayor de 13 meses, mientras el 26% corresponde a una relación que equivale entre 3 a 6 meses . Por lo tanto la muestra es de 52 pacientes.

Distribución según el riesgo de trabajo

Hospital Mariana de Jesús. Enero 2015 a Diciembre 2016.

CUADRO N° 4

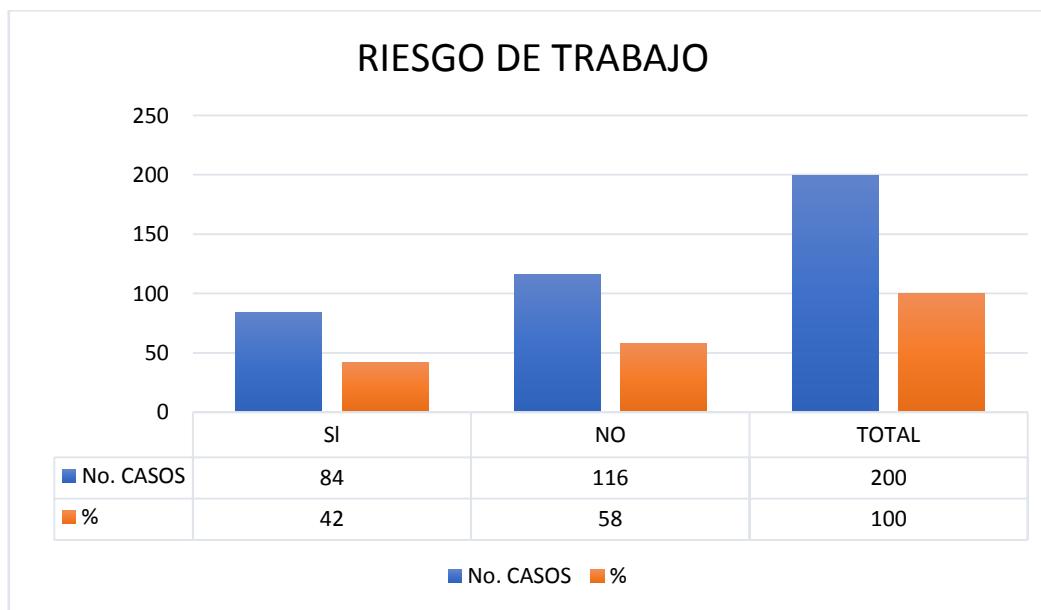
RIESGOS DE TRABAJO	No. CASOS	%
SI	84	42
NO	116	58
TOTAL	200	100

Fuente: Hospital Mariana de Jesús, departamento de psicología

Elaborado por: Marco Villa Arellano

Distribución según el riesgo de trabajo

GRAFICO N° 4



Análisis e Interpretación: De las 200 pacientes adolescentes con familias disfuncionales atendidas en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de Enero 2015 a Diciembre 2016 el 42% corresponden a pacientes con riesgo de trabajo, mientras el 58% corresponde a pacientes que no tienen riesgo de trabajo.

Distribución según el estado civil

Hospital Mariana de Jesús. Enero 2015 a Diciembre 2016.

CUADRO N°5

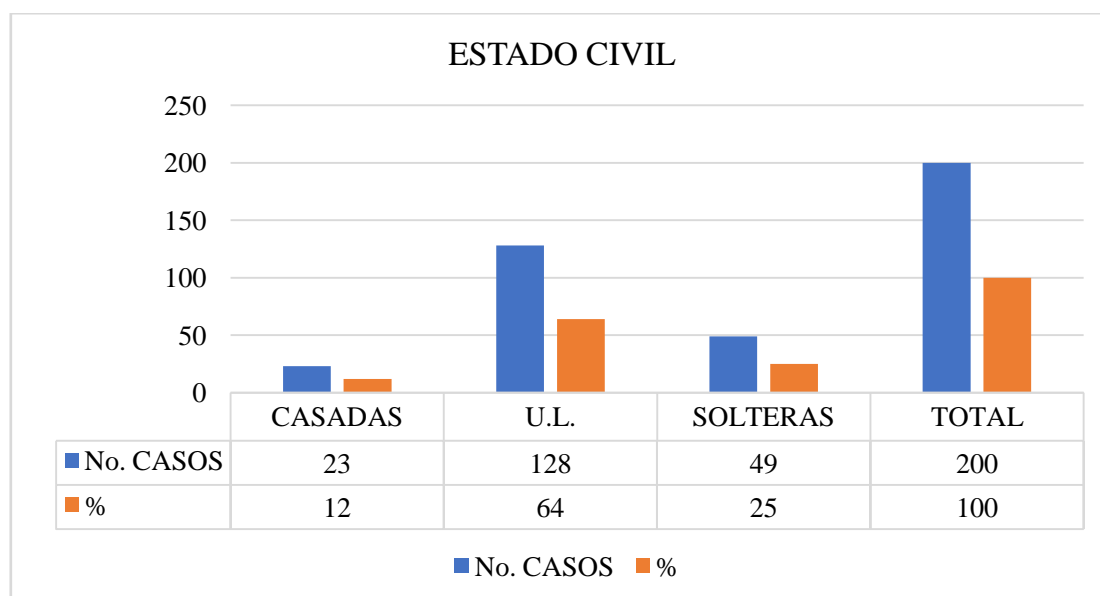
ESTADO CIVIL	No. CASOS	%
CASADAS	23	12
UNION LIBRE	128	64
SOLTERAS	49	25
TOTAL	200	100

Fuente: Hospital Mariana de Jesús, departamento de psicología

Elaborado por: Marco Villa Arellano

Distribución según el estado civil

GRAFICO N° 5



Análisis e Interpretación: De las 200 pacientes adolescentes con familias disfuncionales atendidas en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de Enero 2015 a Diciembre 2016 el 12% corresponden a pacientes que son casadas, el 64% corresponde a pacientes que se encuentran en unión libre, y el 25% son solteras.

Distribución según el uso de drogas

Hospital Mariana de Jesús. Enero 2015 a Diciembre 2016.

CUADRO N°6

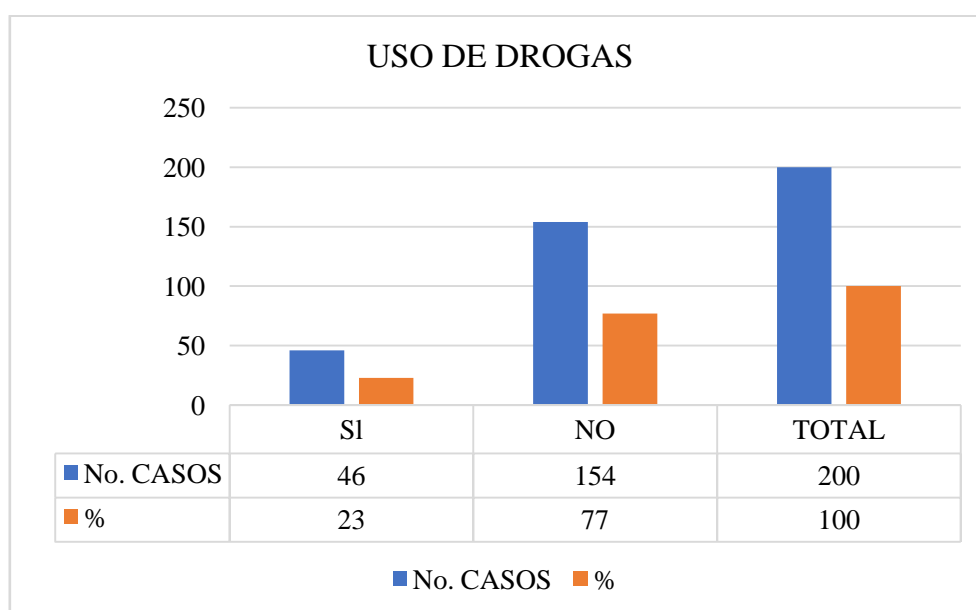
USOS DE DROGAS	No. CASOS	%
SI	46	23
NO	154	77
TOTAL	200	100

Fuente: Hospital Mariana de Jesús, departamento de psicología

Elaborado por: Marco Villa Arellano

Distribución según el uso de drogas

GRAFICO N°6



Análisis e Interpretación: De las 200 pacientes adolescentes con familias disfuncionales atendidas en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de Enero 2015 a Diciembre 2016 el 23% corresponden a pacientes que utilizaron o utilizan drogas, mientras que el 77% corresponde a pacientes que no utilizan ninguna droga . Por lo tanto la muestra es de 154 pacientes.

Distribución según el nivel de instrucción académica.

Hospital Mariana de Jesús. Enero 2015 a Diciembre 2016.

CUADRO N°7

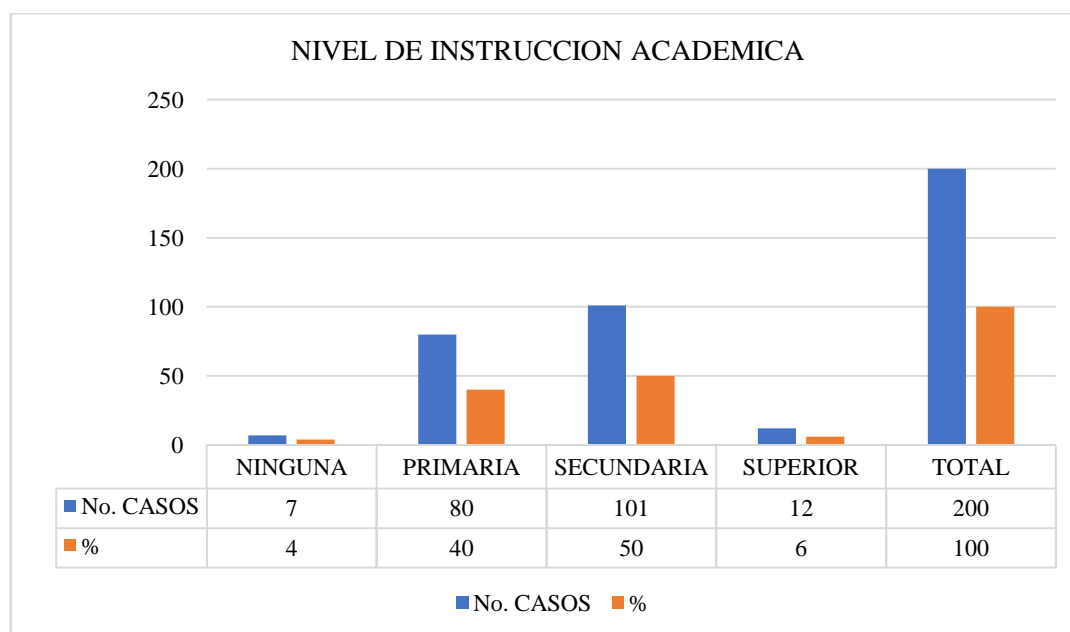
INSTRUCCIÓN	No. CASOS	%
NINGUNA	7	4
PRIMARIA	80	40
SECUNDARIA	101	50
SUPERIOR	12	6
TOTAL	200	100

Fuente: Hospital Mariana de Jesús, departamento de psicología

Elaborado por: Marco Villa Arellano

Distribución según el nivel de instrucción académica.

GRAFICO N°7



Análisis e Interpretación: De las 200 pacientes adolescentes con familias disfuncionales atendidas en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de Enero 2015 a Diciembre 2016 el 4% corresponden a pacientes con ninguna instrucción académica, el 50% corresponde a pacientes que cursan por secundaria, y apenas el 6% está llevando un estudio superior.

Distribución según la semana gestacional.

Hospital Mariana de Jesús. Enero 2015 a Diciembre 2016.

CUADRO N°8

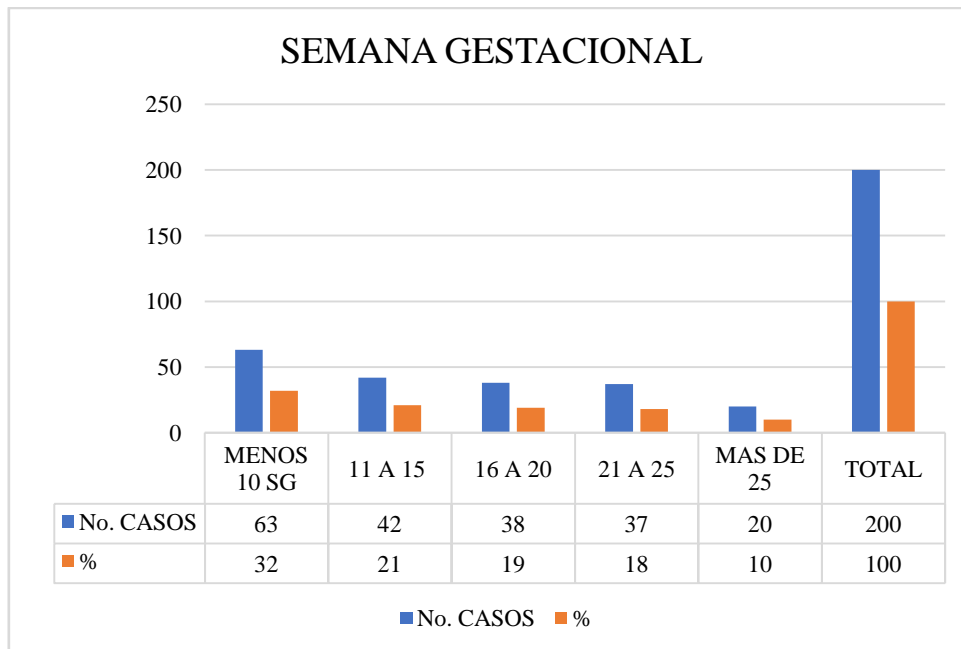
SEMANAS GESTACIONAL	No. CASOS	%
MENOS 10 SG	63	32
11 A 15	42	21
16 A 20	38	19
21 A 25	37	18
MAS DE 25	20	10
TOTAL	200	100

Fuente: Hospital Mariana de Jesús, departamento de psicología

Elaborado por: Marco Villa Arellano

Distribución según la semana gestacional.

GRAFICO N°8



Análisis e Interpretación: De las 200 pacientes adolescentes con familias disfuncionales atendidas en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de Enero 2015 a Diciembre 2016 el 10% corresponden a pacientes con una semana gestacional mayor de 25 semanas, mientras que el 32% corresponde a pacientes con una semana gestacional menor de 10 semanas.

Distribución según antecedentes gineco-obstetricos.

Hospital Mariana de Jesús. Enero 2015 a Diciembre 2016.

CUADRO N°9

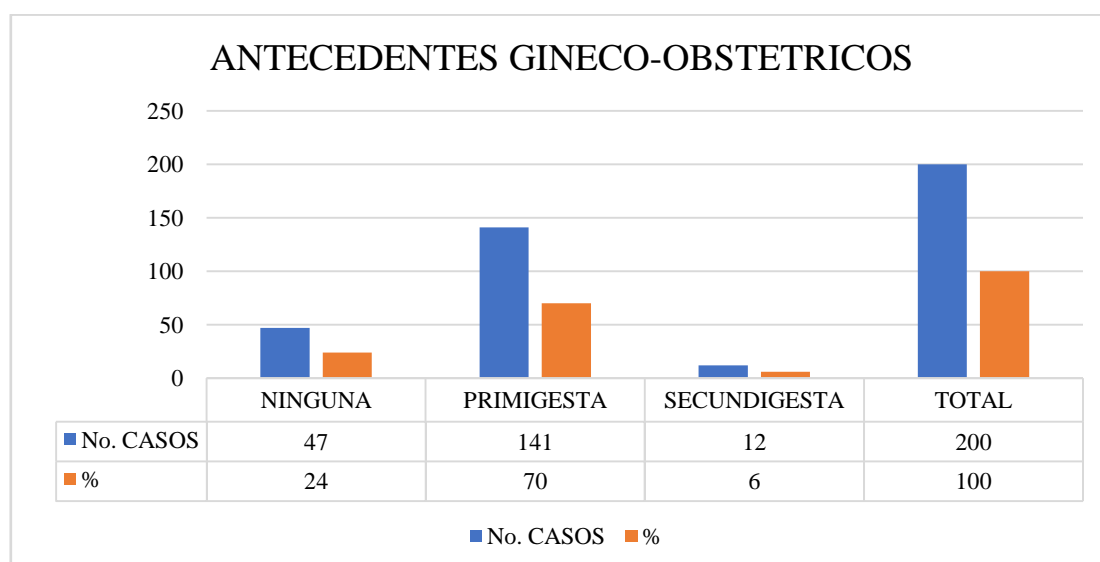
ANTEC. OBST.	No. CASOS	%
NINGUNA	47	24
PRIMIGESTA	141	70
SECUNDIGESTA	12	6
TOTAL	200	100

Fuente: Hospital Mariana de Jesús, departamento de psicología

Elaborado por: Marco Villa Arellano

Distribución según antecedentes gineco-obstetricos.

GRAFICO N°9



Análisis e Interpretación: De las 200 pacientes adolescentes con familias disfuncionales atendidas en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de Enero 2015 a Diciembre 2016 el 6% corresponden a pacientes con un antecedente obstétrico previo, el 70% corresponde a pacientes primigestas, y el 24% corresponde a ningún embarazo.

Distribución según dependencia económica.

Hospital Mariana de Jesús. Enero 2015 a Diciembre 2016.

CUADRO N° 10

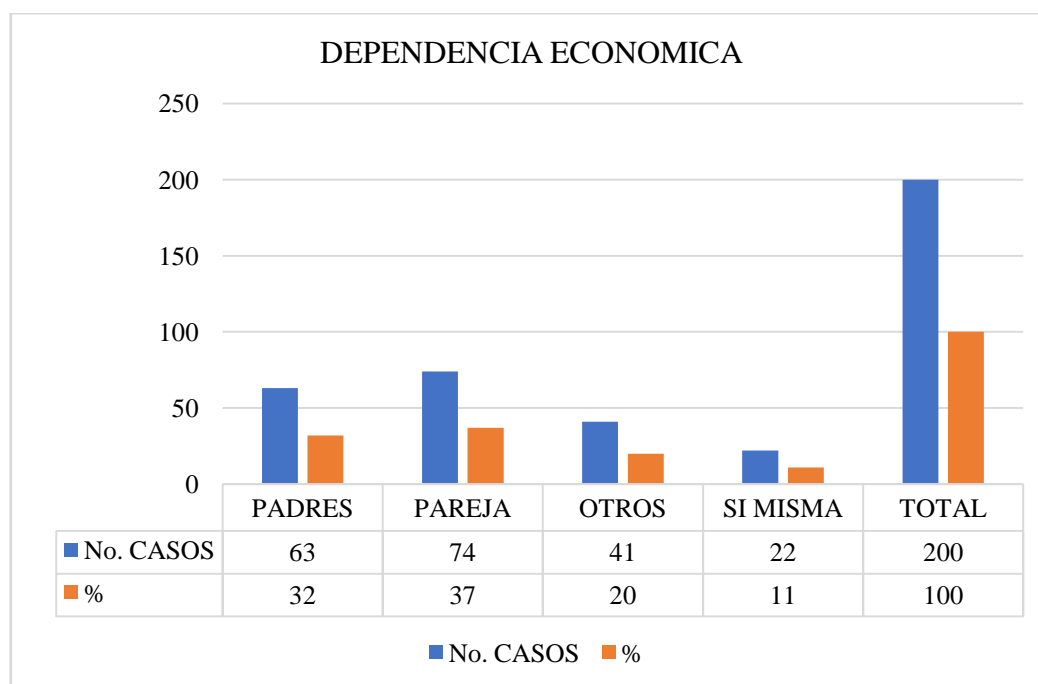
DEPENDENCIA ECONOMICA	No. CASOS	%
PADRES	63	32
PAREJA	74	37
OTROS	41	20
SI MISMA	22	11
TOTAL	200	100

Fuente: Hospital Mariana de Jesús, departamento de psicología

Elaborado por: Marco Villa Arellano

Distribución según dependencia económica.

GRAFICO N° 10



Análisis e Interpretación: De las 200 pacientes adolescentes con familias disfuncionales atendidas en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de Enero 2015 a Diciembre 2016 el 11% corresponden a pacientes que cuentan con su propio medio de sustentación económica, el 37% corresponde a pacientes que les brinda una ayuda económica que proviene de sus parejas, y el 32% corresponde a una ayuda económica dada por sus padres.

Distribución según convivencia en un hogar.

Hospital Mariana de Jesús. Enero 2015 a Diciembre 2016.

CUADRO N° 11

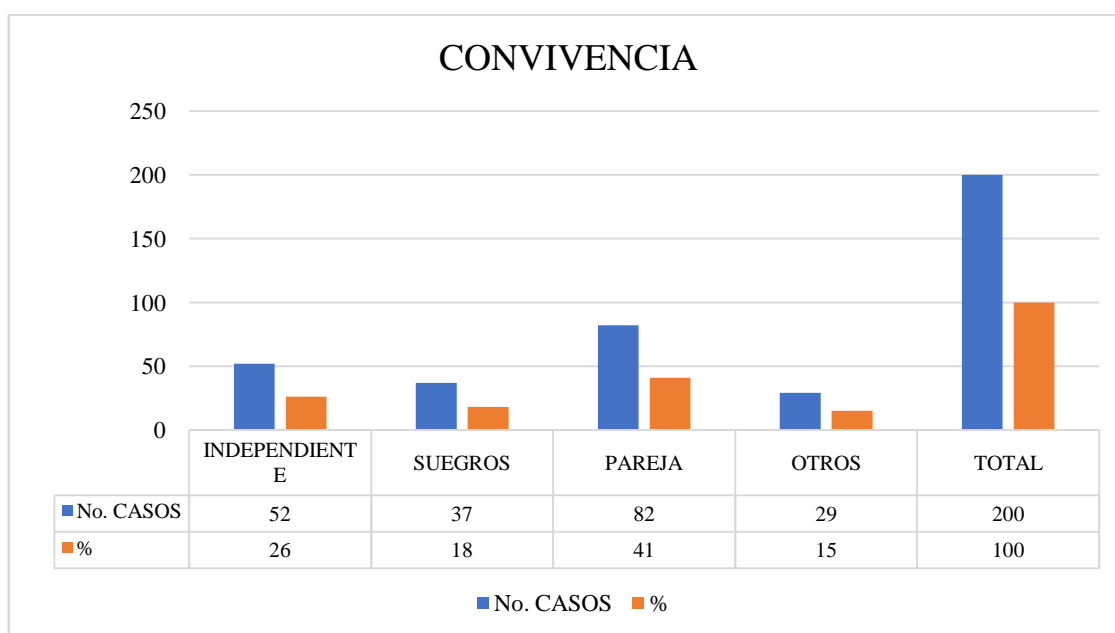
VIVEN JUNTO A	No. CASOS	%
INDEPENDIENTE	52	26
SUEGROS	37	18
PAREJA	82	41
OTROS	29	15
TOTAL	200	100

Fuente: Hospital Mariana de Jesús, departamento de psicología

Elaborado por: Marco Villa Arellano

Distribución según convivencia en un hogar.

GRAFICO N° 11



Análisis e Interpretación: De las 200 pacientes adolescentes con familias disfuncionales atendidas en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de Enero 2015 a Diciembre 2016 el 15% corresponden a pacientes que conviven junto a personas desconocidas, el 41% corresponde a pacientes que conviven junto a su pareja, y el 18% conviven junto a sus suegros, dando el 26% que tienen una convivencia independiente.

Distribución según asistieron a charlas educativas.

Hospital Mariana de Jesús. Enero 2015 a Diciembre 2016.

CUADRO N° 12

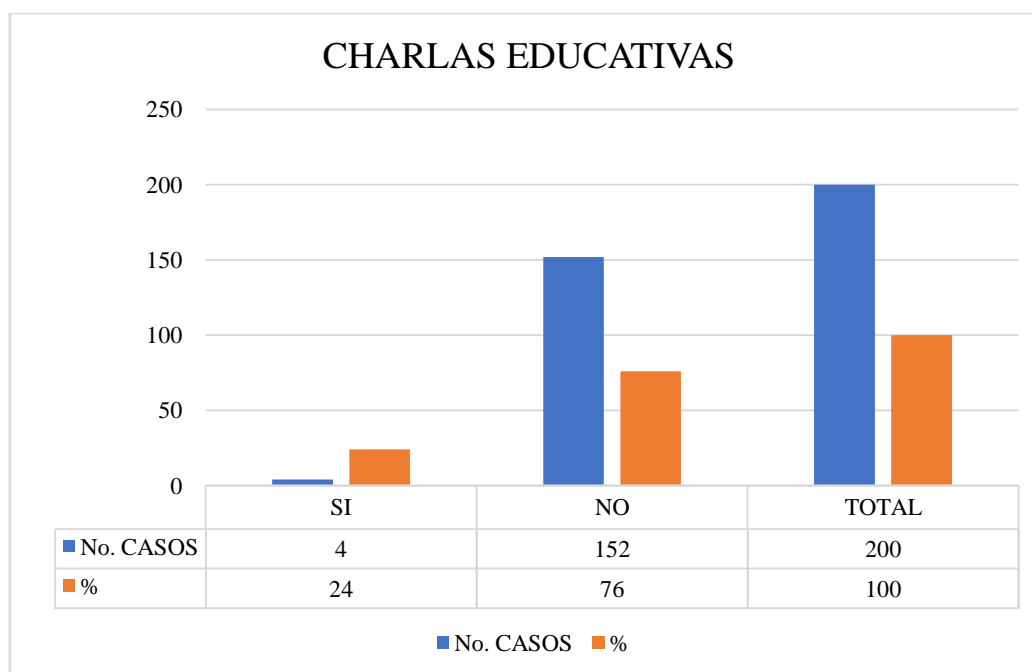
CHARLAS EDUCATIVAS	No. CASOS	%
SI	4	24
NO	152	76
TOTAL	200	100

Fuente: Hospital Mariana de Jesús, departamento de psicología

Elaborado por: Marco Villa Arellano

Distribución según asistieron a charlas educativas.

GRAFICO N° 12



Análisis e Interpretación: De las 200 pacientes adolescentes con familias disfuncionales atendidas en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de Enero 2015 a Diciembre 2016 el 24% corresponden a pacientes que si recibieron charlas educativas, el 76% corresponde a pacientes que no recibieron charlas educativas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La falta de conocimiento de los temas de salud sexual y reproductiva condiciona a la adolescente a adoptar estilos de vida no saludables y por ende comportamientos sexuales de riesgo, desencadenando embarazos precoces.

Un ambiente familiar desintegrado y conflictivo lleva a la adolescente a tomar la decisión de iniciar precozmente la actividad sexual, además de buscar compañía grata, y ve la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape y construcción de una nueva vida. Nueva vida que, por lo general, no llega y sí complica el futuro de la adolescente.

El "machismo" y la necesidad del varón de probarse, el tener múltiples parejas, es uno de los factores del comportamiento que contribuyen a que las adolescentes otorguen al hombre el saber y la decisión de usar o no usar el preservativo; en ese contexto, actúan bajo el deseo de complacer a la pareja y el temor a ser abandonada si se la contradice.

El embarazo no planeado en las adolescentes es el producto de la falta de información sobre los anticonceptivos, el sexo sin protección, la falla anticonceptiva o el uso incorrecto de anticonceptivo.

La poca educación sexual que se proporciona en las instituciones escolares tanto de nivel primario y secundario no garantiza que los adolescentes asuman un ejercicio de la sexualidad consciente y responsable.

La red de servicios de salud muestra deficiencia en la educación en temas de salud sexual y reproductiva, las adolescentes se informan poco o nada en los diferentes establecimientos.

Los adolescentes conocen los métodos para prevenir el embarazo, sin embargo, la mayoría no los utiliza por desconocer el uso correcto de los mismos.

Algunos saben cómo “funcionan” y/o “como se usan” los métodos de planificación familiar correctamente; pero el mismo “deseo” de tener un hijo/a y del simple hecho de “no querer”, no los usan, e un factor, que sin la debida promoción y educación influye en el embarazo de las adolescentes.

El sentimiento que adoptan la adolescente embarazada es bien aceptado por ellas, con sentimientos de alegría, cariño y felicidad. A pesar del “enojo” y “reclamos” de los padres y/o responsables de las adolescentes, aceptan el embarazo, aconsejándoles en diferentes aspectos relacionados al cuidado del niño/a, estudio y trabajo.

Los planes de vida de las adolescentes cambian cuando estas se embarazan, muchas adolescentes embarazadas no pierden el deseo de seguir estudiando y querer superarse, sin embargo, predomina el deseo de cuidar y proteger al hijo/a.

BIBLIOGRAFIA:

LIBROS

1. **ERIKSON, E.** Identidad y Adolescencia. México, Medicina, 1999. 152p.
2. **ESCOBAR, A.** Estudio de los padres adolescentes. Medicina, México, 2000.
3. **FUENTES, M.** Adolescente Embarazada UNAM.2002
4. **GISPER. C.** Sexualidad Educativa. Madrid. Edición 2012.
5. **GOMEZ, M.** Madres Adolescentes Solteras. 2010.
6. **PÉREZ, L.** Programa de Salud Sexual y Reproductiva Adolescente. Canadá. 2011.
7. **REEDER, S.** Enfermería Materno Infantil. Quinta Edición. México. 2011.
8. **REINOSO, A.** Primer Informe Nacional de Juventud. 2011.
9. **INEC, 2010**
10. **CASTILLO, 2014**
11. **MOLINA**
12. **PENAGOS, 2007**
13. **HERRERA, 199:1**
14. **MAGNUS, 2011**
15. **PILLCOREMA, 2013**

LEYES

- ✓ Constitución de la República del Ecuador, aprobado por la Asamblea Nacional Constituyente publicado en el Registro Oficial N° 449 DEL 20 DE octubre 2008.

WEBGRAFIA

- ✓ INEC - Anuario de Estadísticas Vitales 2015 / número de nacidos vivos registrados y tasa de natalidad a nivel nacional período 1990-2015
- ✓ www.sexualidadsinmisterios.com

ANEXOS

ANEXO 1

AP
RO
BA
CIÓN
DE
L
AN
TE
PR
OY
EC
TO

*25-enero-2017-
Aprobado
Contribucion con el
proyecto - producción
dentro en H.C. -
Dr. Lora*



*Recibido
25/01/2017 MDDH
Para Dr. Lora*

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA

**FACTORES DETERMINANTES DE EMBARAZOS EN MUJERES
ADOLESCENTES CON FAMILIAS DISFUNCIONALES EN EL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES MARIANA DE JESÚS AÑO
2016**

**ANTEPROYECTO DE TRABAJO DE TITULACION
PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
GRADO DE MEDICO GENERAL**

AUTOR

Marco Israel Villa Arellano

TUTOR

Dr. Emilio Solís Villacres

GUAYAQUIL, ECUADOR

2016

ANEXO 2

**SOLICITUD AL HOSPITAL MARIANA DE JESÚS PARA LA RECOLECCIÓN
DE DATOS MEDIANTE HISTORIAS CLÍNICAS**



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE UNIVERSITARIA- NIVEL PREGRADO

HOSPITAL MARIANA DE JESUS
09 FEB 2017

Guayaquil, Febrero 09 del 2017

Doctor
Billy Duarte
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "MARIANA DE JESUS"
Presente.-

De mi consideración:

Yo **MARCO ISRAEL VILLA ARELLANO**; con C.I. **1715397558**, solicito a Usted muy comedidamente se digne autorizar a quien corresponda, documentos que están bajo su responsabilidad como regente de la institución antes mencionada, para elaborar datos estadísticos, historias clínicas sobre **"FACTORES DETERMINANTES EN EMBARAZO ADOLESCENTES CON FAMILIAS DISFUNCIONALES PERIODO 2015-2016"** temática sobre la cual versa el proyecto de la tesis que estoy investigando previa la obtención de mi título de médico. Documentos que reposan en el Departamento de Psicología y departamento de Estadística.

Por la atención que se digne dar al presente, me suscribo de Usted.

Atentamente,

Marco Villa Arellano
SOLICITANTE
CC. 1715397558
Teléfono 0993697709
e-mail: marsvill1@hotmail.com

Dr. Billy Duarte Vocu
DIRECTOR TÉCNICO
ANEXO GUAYAS 2017
Ciencia

Dr. Carlos Chiriboga C.
LISTA EN MEDICINA
Libro 1-01 Folio

ANEXO 3

Evolución de los nacimientos se hace referencia a la proyección de población obtenida del último censo poblacional INEC - Ecuador 2010 y tasa de natalidad calculada en función al número total de nacimientos registrados hasta el 30 de Junio del 2016

AÑOS	POBLACION PROYECTADA	TOTAL NACIDOS POR AÑO - REGISTRO AL 30/06/16	TASA DE NATALIDAD
2005	13,721,297	308,270	22.47
2006	13,964,606	329,117	23.57
2007	14,214,982	328,735	23.13
2008	14,472,881	328,949	22.73
2009	14,738,472	336,899	22.86
2010	15,012,228	326,028	21.72
2011	15,266,431	332,642	21.79
2012	15,520,973	319,227	20.57
2013	15,774,749	292,659	18.55
2014	16,027,466	284,203	17.73

TABLA 1: Proyección de población y tasa de natalidad período 2005/2014.

FUENTES: INEC - Anuario de Estadísticas Vitales 2015 / número de nacidos vivos registrados y tasa de natalidad a nivel nacional período 1990-2015.

ELABORADO POR: Familia en cifras • Ecuador 2016

ANEXO 4

La tabla 2 muestra el número de nacimientos provenientes de madres adolescentes entre 10 a 14 años y 15 a 19 años. La mayor concentración de embarazos adolescentes está presente en las edades de 15 a 19 años

Nacidos vivos de madres adolescentes 2005-2014					
AÑOS	10 -14 años	%	15 -19 años	%	TOTAL EMBARAZOS ENTRE 10 -19 AÑOS
2005	1,043	2.20	46,390	97.80	47,433
2006	1,356	2.55	51,834	97.45	53,190
2007	1,570	2.79	54,653	97.21	56,223
2008	1,759	2.97	57,416	97.03	59,175
2009	2,083	3.32	60,623	96.68	62,706
2010	2,123	3.46	59,282	96.54	61,405
2011	2,171	3.47	60,331	96.53	62,502
2012	2,394	3.77	61,105	96.23	63,499
2013	1,967	3.53	53,754	96.47	55,721
2014	2,159	3.85	53,969	96.15	56,128

TABLA 2: Nacidos vivos provenientes de madres adolescentes / periodo 2005-2014.

FUENTES: INEC - Anuario de Estadísticas Vitales 2015 /nacidos vivos registrados de madres adolescentes a nivel nacional.

ELABORADO POR: Familia en cifras • Ecuador 2016

ANEXO 5
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

#	Fechas Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
1	Revisión y ajustes al proyecto de investigación por el tutor. (Diseño de proyecto de investigación)	X						
2	Trabajo de campo: Recopilación de información.		X					
3	Procesamiento de datos		X					
4	Análisis e interpretación de datos			X				
5	Elaboración de informe final				X	X		
6	Entrega del informe final (Subdirección)					X		
7	Sustentación					X		