



"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

NIVEL PREGRADO

TITULO

"FACTORES DE RIESGO FAMILIAR QUE PREDISPONEN AL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES, DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA PERIODO ABRIL –SEPTIEMBRE 2015".

*Tesis previa a la obtención
del título de Médico General*

AUTORA:

Jessica Verónica Valladarez Loján

DIRECTOR

Dr. Héctor Rodolirio Velepucha Velepucha Mg.Sc

LOJA - ECUADOR

2016

Loja, 21 de Octubre de 2016

Dr. Héctor Podolirio Velepucha Velepucha. Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICO;

En el cumplimiento a la designación de Director del Proyecto de tesis titulado: **FACTORES DE RIESGO FAMILIAR QUE PREDISPONEN AL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES, DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA PERIODO ABRIL –SEPTIEMBRE 2015”**, de la egresada de la carrera de Medicina, Srta. Jessica Verónica Valladarez Loján; se ha procedido a dirigir, tutoriar y monitorizar su trabajo de investigación de tesis, el mismo que cumple con los requisitos académicos estipulados para su aprobación, por lo tanto, autorizo su presentación para su respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



Dr. Héctor Podolirio Velepucha Velepucha Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Jessica Verónica Valladarez Loján, declaro ser la autora de la tesis “**FACTORES DE RIESGO FAMILIAR QUE PREDISPONEN AL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES, DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2015**”, como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinte un días del mes de Octubre del año dos mil dieciséis.

Firma:

Autor: Jessica Verónica Valladarez Loján

Cédula: 1105172538

Dirección: Argentina y Venezuela.

Correo electrónico: jessy_lojan@outlook.com

Teléfono: 0990368140

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de tesis: Dr. Héctor Podolirio Velepucha Velepucha. Mg. Sc.

Tribunal de tesis:

- Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustan. Mg. Sc.
- Dra. Marcia Mendoza Merchán. Esp.
- Dr. Tito Carrión Dávila. Mg. Sc.

AUTORÍA

Los contenidos, opiniones, criterios comentarios, conclusiones y recomendaciones vertidas en el presente trabajo de investigación **“FACTORES DE RIESGO FAMILIAR QUE PREDISPONEN AL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES, DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA PERIODO ABRIL –SEPTIEMBRE 2015”**, es de responsabilidad exclusiva de la autora.

Autora: Jessica Verónica Valladarez Loján

Firma:



Cedula: 1105172538

Fecha: 21 de octubre del 2016

DEDICATORIA

A Dios ser único y bondadoso por darme las virtudes y fortalezas necesarias para salir siempre adelante y por haberme iluminado en cada paso de mi vida estudiantil.

A mis queridos padres: Ángel y Rosario porque solo con haberme dado el privilegio de vivir se merecen todo mi respeto y amor, porque con su comprensión, apoyo incondicional, y sacrificio lograron que se cumpla uno de mis sueños más anhelados.

A mi hijo Sebastián: por llegar a mi vida, y que con ternura constituye uno de los pilares fundamentales de mi vida.

Finalmente a mis amigas y amigos y a todos los que me apoyaron mil gracias.

Jessica Verónica Valladarez Loján

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente al ser espiritual y todo poderoso Dios, que día a día a pesar de las dificultades nos guía por el buen camino para ser mejores personas.

A todos y cada uno de los docentes del Área de la Salud Humana, Carrera de Medicina, por sus enseñanzas fomentadas y compartidas para conmigo.

Al personal de Hospital regional “Isidro Ayora”, y a las adolescentes embarazadas, que hicieron posible de esta manera la culminación de la carrera.

A la “UNL” Universidad Nacional de Loja, por recibirme en sus aulas y permitir mi formación académica.

A mi familia por ser mi apoyo fundamental que me ha llevado a alcanzar mis sueños, y ser un ejemplo de virtud y trabajo.

A mi Director Héctor Velepucha, de quien recibí la guía durante este trabajo investigativo permitiendo su culminación.

Jessica Verónica Valladarez Loján

INDICE

PORTADA	I
CERTIFICACIÓN DE DIRECTOR DE TESIS	II
CARTA DE AUTORIZACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
TÍTULO	ix
RESUMEN	2
SUMMARY	3
INTRODUCCIÓN	4
REVISIÓN DE LITERATURA	8
ADOLESCENCIA	8
ADOLESCENCIA TEMPRANA	9
ADOLESCENCIA MEDIA (14 -16)	10
ADOLESCENCIA TARDÍA (17 A 19)	10
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	10
CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO	12
FACTORES DE RIESGO ASOCIADO AL EMBARAZO ADOLESCENTE	14
FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES	14
1. Edad de la menarquía	14
2. Inicio de las relaciones sexuales	15
FACTORES DE RIESGO FAMILIARES	15
1. FUNCIONALIDAD FAMILIAR	17
2. NIVELES DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	19
EL EMBARAZO ADOLESCENTE COMO UNA CRISIS QUE INCIDE EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	20
1. DINÁMICA FAMILIAR Y COMUNICACIÓN	22
2. ESTRUCTURA FAMILIAR	22
3. VIOLENCIA FAMILIAR	23
RELACIONAR LA FUNCIONALIDAD CON EL MAYOR O MENOR RIESGO DE EMBARAZO ADOLESCENTE	24
CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO PARA LA ADOLESCENCIA	26

1. CONSECUENCIAS EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA	26
2. CONSECUENCIAS EN LA ADOLESCENCIA MEDIA	26
CONSECUENCIAS EN LA ADOLESCENCIA TARDÍA	27
CONSECUENCIA EN EL PROYECTO DE VIDA	27
1. AUMENTO DE LA DEPENDENCIA FAMILIAR.	28
2. AUMENTO DE LA DEPENDENCIA DE LA PAREJA	30
3. MATRIMONIOS / UNIONES FORZADAS.	30
4. MAYOR NÚMERO DE HIJOS.....	31
CONSECUENCIAS BIOLÓGICAS.....	31
PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE	32
1. PREVENCIÓN PRIMARIA	32
1.1 EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES.....	33
1.1.1 PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL.....	33
2. PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	34
3. PREVENCIÓN Terciaria	35
PROMOCIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL, LOS DERECHOS SEXUALES Y	35
LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS.....	35
AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD Y DE CALIDAD PARA ADOLESCENTES	36
FOMENTO DE LA PARTICIPACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS Y LAS JÓVENES ...	36
METODOLOGÍA	38
RESULTADOS.....	40
DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS	52
ANEXO # 1	52
ANEXO # 2	53
ANEXO # 3	57

TÍTULO

**“FACTORES DE RIESGO FAMILIAR QUE PREDISPONEN AL
EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES, DEL HOSPITAL
ISIDRO AYORA PERIODO ABRIL –SEPTIEMBRE 2015”**

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia puede ser un golpe arrollador para la vida familiar y el cambio drástico en su funcionamiento habitual, ya que el embarazo precoz demanda desafíos y posturas diferentes. La actitud de la familia ante este suceso, resulta determinante para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la misma, tratándose de un proceso en que no sólo es importante tomar en consideración los aspectos familiares. La presente investigación tiene con propósito Identificar factores de riesgo familiar como el inicio de la vida sexual y violencia familiar; determinar el funcionamiento familiar y realizar un tríptico de los factores de riesgo familiar en las adolescentes embarazadas del Hospital Isidro Ayora de Loja; por lo que se realizó un estudio descriptivo, transversal en las adolescentes embarazadas. La muestra estuvo conformada por 70 adolescentes embarazadas, según criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó una encuesta, el FF-SIL y la entrega de un tríptico cada una de las adolescentes embarazadas. En cuanto los resultados, predominó al inicio de la vida sexual en la edad prevalencia 17-19 años edad (70%), violencia familiar predominó por parte de otras personas como son parejas y amigos (66%), con respecto a la funcionalidad familiar: prevaleció familia disfuncional (83%) y en menor porcentaje familia funcional (17%). Se concluye que la mayoría de las adolescentes embarazadas tiene un ambiente familiar disfuncional. Se recomienda promover la unión familiar para evitar desintegraciones familiares, ya que el núcleo familiar es la principal fuente de apoyo de los adolescentes e implementar programas dirigidos al fortalecimiento de la familia como factor protector en la salud del adolescente.

Palabras claves: Adolescentes embarazadas, funcionalidad familiar

SUMMARY

The pregnancy in adolescents can be a devastating blow to family life and the dramatic change in their normal operation, as early pregnancy poses different challenges and demands. The attitude of the family to this event, is crucial to optimize health, well-being and quality of life itself, being a process that is not only important to take into consideration within family issues. The purpose of this research is to identify family risk factors such as the onset of sexual life and domestic violence and determine family functioning and make a triptych of family risk factors in pregnant adolescents in Isidro Ayora Hospital of Loja; so a descriptive, cross-sectional study was conducted in pregnant adolescents. The sample consisted of 70 pregnant adolescents, according to inclusive and exclusive criteria. A survey was applied (FF-SIL) and the deliverance of a triptych to each pregnant teenager was applied. As for the results, we obtained that the beginning of sexual life at the ages of 17 to 19 years old (70%); domestic violence predominated by the abuse of other persons such as couples and friends (66%); with respect to family functionality: dysfunctional prevailed (83%) and in functional families a smaller percentage was present (17%). It is concluded that most pregnant teenagers have a dysfunctional family environment. It is recommended to promote family togetherness to avoid family breakups, because the family unit is the primary source of support for adolescents and implement programs aimed at strengthening the family as a protective factor in adolescent health.

Keywords: pregnant teenagers, family functioning.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia definida como transición entre la infancia y la edad adulta es un período crítico. Muchos autores delimitan esta etapa de una forma imprecisa, pero la Organización Mundial de la Salud define como la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. (María Gabriela Ulanowicz, 2011)

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

En las adolescentes, la evolución del desarrollo biológico se separa progresivamente del psicológico y social, pues se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía, lo que les permite ser madres a edades tan tempranas como los 11 años. (Centro Nacional de Educación Sexual, 2003).

En la actualidad el embarazo en adolescente ha sido calificado como un problema de salud pública; en América Latina y el resto del mundo. La evolución de la gestación en la adolescencia continúa siendo un problema importante para los profesionales de la salud, ya que el embarazo en este período tiene importantes consecuencias sociales y de salud sobre la madre adolescente y su hijo, y una mayor incidencia de complicaciones médicas en comparación con las gestantes adultas. Estas complicaciones son más graves en adolescentes

de menor edad (menos de 17 años), y aún más graves en las adolescentes menores de 15 (Gollo P.R., Rus AOA. 2000)

Se ha observado que 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 podría descender. También han encontrado que aquellos niños criados en hogares con una madre que ha sido maltratada o que ha sufrido violencia física directa eran más propensos a dejar embarazada a una chica.

La adolescencia como tal es una crisis del ciclo vital de la familia y está marcada por inestabilidad y desequilibrio, ya que el adolescente cuestiona y desafía el orden familiar ya establecido, resultando en conflictos intensos y, aunados a la pobre habilidad de los padres para manejar esta etapa del desarrollo, pueden generarse conflictos crónicos favoreciendo la presencia de síntomas y conductas de riesgo que generan dificultades en el desarrollo del adolescente. Las relaciones familiares pueden apoyar, nutrir, fijar límites y promover un enfoque más o menos equitativo de género.

La mayor parte de las veces los embarazos adolescentes tienen que ver con un problema en la relación familiar o un mal funcionamiento a nivel de la familia y sus integrantes (como por ejemplo problemas de la pareja, problemas entre padres e hijos). Casi siempre detrás de un embarazo hay algún tipo de problema familiar que se debe resolver y es necesario asumir la responsabilidad de todos antes de culpar al hijo.

Las familias de las adolescentes embarazadas suelen ser calificadas como familias disfuncionales, tanto en su organización y en su composición, como también en la forma

desorganizada como se estructuran sus actividades, se exponen las normas y se comparten las responsabilidades. Por lo general son familias que presentan necesidades de afecto insatisfechas y deficiente comunicación entre sus miembros y en especial acerca de los temas sexuales.

Los adolescentes que se encuentra permanentemente en situaciones estresantes, tales como la pobreza, o aquellos que experimentan un trauma, tal como la muerte de uno de los padres o hermanos, pueden resistir tales dificultades de forma más efectiva cuando tienen por lo menos una relación significativa y positiva con un adulto. Tener cerca a un adulto cariñoso, que se preocupe y ofrezca orientación y seguridad, reduce considerablemente la posibilidad de consecuencias adversas en el desarrollo.

Por su parte, el funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros; con base en el cumplimiento eficaz de las funciones de cada uno, se habla de familia funcional o disfuncional. 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.

El presente trabajo investigativo fue enfoque descriptivo trasversal, tiene como objetivo general: Establecer los factores de riesgo familiar que predisponen al embarazo en las adolescentes del Hospital Isidro Ayora periodo abril - septiembre 2015 y tres objetivos específicos: Identificar factores de riesgo familiar como inicio de la menarquia, antecedentes de madre adolescentes y violencia familiar que predisponen al embarazo en las adolescentes, determinar el funcionamiento familiar que predispone al embarazo en las adolescentes y

finalmente realizar un tríptico de los factores de riesgo familiar que predisponen al embarazo en las adolescentes.

Para la obtención de los datos se aplicó un cuestionario de elaborado para la investigación y funcionalidad familiar que constó del consentimiento informado. Con los resultados de la presente investigación nos permitió conocer la realidad de las familias de las adolescentes embarazadas, sus falencias y fortalezas, para poder comprobar su funcionalidad o disfuncionalidad, deseando hacer una contribución al trabajo investigativo e igualmente importante, que brindará un aporte positivo, a nivel del contexto familiar, y porque al aplicar el instrumento del funcionamiento familiar nos podremos dar cuenta la relación intrafamiliar con más claridad de las diferentes familias, las necesidades individuales y familiares, es decir cuidar a sus hijos, trabajar, saber comunicarse como parejas y como padres.

También porque creo que será de gran utilidad para fomentar nuevas investigaciones y formular propuestas específicas, así como servir de guía para que las instituciones que velen por la salud de los adolescentes asuman un rol preventivo en este gran problema; con el propósito de que en un mediano plazo se logren jóvenes con proyectos de vida, que constituyan mejores familias y formar una sociedad distinta; fundamentalmente lo referente mejorar la salud materna.

REVISIÓN DE LITERATURA

ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano que abarca la transición entre la niñez y la edad adulta. “La palabra se deriva del latín *adoleceré* que significa crecer hacia la madurez” (Celi. R. Hidalgo. (2010); implica un concepto más amplio que el término pubertad, el cual se refiere a los cambios biológicos y a la maduración sexual propios de esta transición, por lo tanto la adolescencia comprende las dimensiones biológicas, psicológica y sociocultural. Es vista como uno de los periodos más saludables de la vida pero también como uno de los más problemáticos.

Las principales causas de mortalidad se relaciona con muerte violenta por homicidio, suicidio o accidente, dentro de la morbilidad, hace su aparición algunas situaciones derivadas de comportamientos de riesgo como el abuso de sustancias, incluyendo el consumo de cigarrillo y alcohol, fracaso escolar, delincuencia, enfermedades de transmisión sexual, el embarazo entre adolescentes y otras condiciones ginecológicas derivadas de la maduración de sistema reproductivo. (Escobar, 2005).

Hay tres fenómenos estrechamente relacionados que caracterizan este período: el crecimiento biológico o pubertad, la maduración cognitiva con el inicio del pensamiento abstracto y el desarrollo psicosocial con la progresión de la dependencia de la niñez a una adultez autónoma, estos tres fenómenos no progresan al unísono, la entrada a la pubertad puede iniciarse más temprano o más tarde de lo normal en muchos adolescentes, no todos adquieren la capacidad de pensamiento abstracto al mismo tiempo y puede que algunos no lo consigan nunca, mientras que otros con capacidad de abstracción permanecerán como pensadores concretos en situaciones que generan ansiedad. (Romero & Magdaleno. 2006)

Igualmente desde el punto de vista psicosocial, la gran mayoría de los adolescentes experimentan un paso tranquilo, mientras que para otros será mucho más tormentoso, “sin embargo está influenciado por las diferentes culturas, ya que si bien los cambios corporales de la pubertad son universales, ellos no siempre se acompañan de los mismos cambios psicológicos y psicosociales (Guttmacher L. 2011)

La Organización mundial de la Salud en el 2008 define como adolescencia al periodo de vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica y fija sus límites entre los 10 y 20 años, sin embargo resulta difícil establecer el fin de esta etapa, ya que no existen criterios biológicos, psicológicos o sociales objetivos que definan la madurez, asumiendo que el logro; de la identidad personal es el hecho que delimita el fin de la adolescencia.

Para la OMS la adolescencia transcurre entre los 10 a los 20 años, con tres fases: la adolescencia temprana entre los 10 a 13 años y la adolescencia media entre los 14 a 16 años y la adolescencia tardía entre los 17 y 19 años que contempla cambios rápidos como la maduración biológica, el desarrollo cognoscitivo y el desarrollo psicosocial.

La madurez biológica señala el final de la niñez, con el inicio de la pubertad y con cambios importantes, como comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de espermatozoides en los varones, la maduración de órganos reproductivos y el desarrollo de características sexuales secundarias.

ADOLESCENCIA TEMPRANA

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumenta 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. (Issler, &Guijarro 2008).

ADOLESCENCIA MEDIA (14 -16)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se siente invulnerable y asume conductas casi siempre generadoras de riesgo. Sigue la preocupación por la apariencia física, pretendiendo poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados por la moda. (Issler, &Guijarro 2008).

ADOLESCENCIA TARDÍA (17 A 19)

Casi no son apreciables los cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores encajan en una perspectiva más adulta; adquieren más importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasamos con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: una adolescente embarazada se comportara como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada, son adolescentes embarazadas no embarazadas muy jóvenes. (Issler, &Guijarro 2008).

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se considera embarazo en la adolescencia, al que ocurre antes de los 19 años; se lo define como “El que ocurre dentro de los 2 primeros años de edad ginecológica, entendiéndose por

tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen”, “Ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza”. (Baeza, W. 2010).

La fecundidad de las adolescentes es uno de los temas de mayor interés en la actualidad, las consecuencias de un embarazo son muy costosas para las familias, y para el desarrollo nacional, el impacto psicosocial en la adolescente embarazada se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja e ingresos inferiores de por vida, contribuyen a la apertura del ciclo de la pobreza y “feminización de la miseria”. (Martínez L. (2009).

Propicia el aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil, aumentan los costos para el sistema de salud y seguridad social, reduce las posibilidades de desarrollo personal de las madres y de los hijos.

Hablar de embarazo no deseados, es hablar de adolescentes de 11 a 19 años que, de la noche a la mañana, despiertan siendo mujeres, de matrimonios apresurados y poco durables, de crisis económicas personales o de pareja y de afecciones graves de su salud, tanto para la madre como para el pequeño. (Cerbino, M. (2011).

Los embarazos en las adolescentes originan serios problemas psicológicos, generalmente: La madre rechaza al hijo no deseado, viviendo la primera etapa del embarazo ocultándolo entre fuertes sentimientos de angustia y culpabilidad, sin saber muy bien qué hacer. Desde cualquier punto de vista, no parece deseable un embarazo durante la adolescencia, por el hecho de que altera profundamente el ritmo de vida de la joven.

La familia, al verse afectada reacciona más comúnmente con: ira, culpabilidad y el negarse a admitir el problema, en este contexto de desaprobación y rechazo hace que se

convierta en una situación difícil y problemática para resolverla, dirigiendo a las jóvenes a orientar o ajustar su propia identidad.

La oficina regional de Unicef en el 2009 para América y el Caribe informa que la extensión de la escolaridad, así como la apertura de nuevas opciones de vida, garantiza una disminución y una prevención efectiva de los embarazos en las adolescentes.

CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO

A nivel mundial cada año dan a luz aproximadamente 16 millones de mujeres adolescentes, entre los 15 y 19 años, lo que corresponde al 11% de todos los nacimientos registrados en el mundo, de las cuales 14.7 millones se dan en países en desarrollo, lo que confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otras situación de inestabilidad familiar y 1.3 millones en países desarrollados, según el “Instituto Guttmacher atribuye el 75% para el uso efectivo de métodos anticonceptivos y el 25% de la disminución a las prácticas de abstinencia sexual”(Escobar, M. & Concha,. (2005).

De ese total 1.8 millones de jóvenes comprendidas entre las edades antes mencionadas mueren por causa prevenible una de ellas embarazos de alto riesgo, al tener una edad menor a los 18 años, aumentan la probabilidad de padecer, parto prematuro y bajo peso al nacer, hipertensión inducida por el embarazo entre otras.

Considero necesario, conocer las estadísticas que afectan a nuestra región Andina, Ecuador, Colombia y Venezuela; el 20 por ciento de las adolescentes ya son madres o están embarazadas. En este contexto, se estima que en la actualidad de los 6.9 millones de adolescentes mujeres de entre 15 y 19 años de la subregión andina alrededor de 1.2 millones (18 por ciento) ya son madres o se encuentran actualmente embarazadas” (Romero & Magdaleno 2006).La gran mayoría relacionado con el factor educación, económico,

social y cultural, la migración y la desintegración familiar es uno de los factores que posiblemente afecta a países en vías de desarrollo.

En Latinoamérica, Ecuador tiene una tasa de fecundidad en las adolescentes de 83 por cada 1000 mujeres entre las edades 15 y 19 años (Guttmacher L. 2011), lo que lo ubica en el octavo país con mayor frecuencia de embarazos adolescentes, si bien la diferencia entre la zona urbana y rural es significativa, la diferencia por nivel de instrucción es mayor, un 43% corresponde a adolescentes sin acceso a la educación, el 34% cursaba la educación primaria y un 11,0% la educación secundaria o superior, lo que ilustra a cabalidad la desigual, vulnerabilidad de las adolescentes en la incidencia del embarazo y la maternidad adolescente. (Romero, & Magdaleno, 2006).

Según los expertos de la OMS, el factor más importante en la producción del embarazo en adolescentes, en países en desarrollo es la falla en la información sobre educación sexual y reproductiva, que justificaría que los adolescentes inicien la actividad sexual a temprana edad, en los varones antes de los 17 años y en las mujeres antes de los 19 años, esto se debe a que los métodos anticonceptivos son más inaccesibles, debido a tabús sociales, barreras políticas, económicas y culturales, los adolescentes en un nivel socioeconómico alto son menos proclives a tener relaciones sexuales sin protección, debido a factores económicos, sociales y familiares, a diferencia de los estratos más bajos, que tienen relaciones sexuales, sin utilizar ningún método anticonceptivo, influenciado por la baja escolaridad, condición económica limitada, tabús a lo sexual y disfunción familiar. (Baeza, B. 2007).

FACTORES DE RIESGO ASOCIADO AL EMBARAZO ADOLESCENTE

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES

Diversos factores se encuentran asociados en la incidencia del embarazo en la adolescencia se clasifican en tres niveles: individuales, familiares y sociales.

1. Edad de la menarquía

Dentro de los factores individuales, se ha constatado una tendencia precoz en la menarquía, este factor biológico se acompaña de actitudes y de comportamientos hacia el sexo opuesto, que pueden conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad. (Carmen Torres, 2010).

La edad de la menarquía es un factor determinante de la capacidad reproductiva, que está ligada a la proporción de ciclos ovulatorios que alcanzan cerca del 50% a los 2 años después de la primera menstruación. Entre los fenómenos que constituyen la aceleración secular del crecimiento está el adelanto de la menarquía, entre 2 y 3 meses por cada década, descendiendo desde más o menos los 15 años de edad alrededor de los 12 últimos 150 años. Así, las adolescentes son fértiles a una menor edad (Herrera M & Hopkins, 2008).

Por lo general la primera ovulación y la posibilidad de fecundación ocurre en promedio entre los 6 y 18 meses después de la primera regla, y este precede en promedio un año a la posibilidad de concebir, esto no es una norma, ya que hay chicas que pueden ser fértiles inmediatamente el primer mes postmenarca e incluso sin haber tenido la menstruación. Por lo que hay casos de adolescentes embarazadas sin su menarca, coincidiendo su primera relación sexual con su primera ovulación. En la actualidad una joven menstrua en promedio 8 meses más temprano de lo que lo hizo su madre, las adolescentes que tienen una menarca, más temprana tiene mayor riesgo de embarazarse. (Herrera M & Hopkins, 2008).

2. Inicio de las relaciones sexuales

Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos, aunque algunos estiman que el 50% de los y las adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos. En 8 países participantes de las encuestas demográficas y salud se encontró que entre el 53 y 71% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales antes de los 20 años.

La observación clínica indica que la relación sexual precoz es extendida en comunidades campesinas, algunas zonas sub-urbanas y en las clases sociales bajas de las grandes ciudades. El aumento de la población juvenil sexualmente activa; no se ha acompañado de un incremento proporcional de contracepción. (Botero, 2006).

La actividad sexual temprana se ha relacionado con la tendencia secular en la aparición de la menarca, el desarrollo físico y la estimulación hormonal incrementada a edades cada vez más tempranas, como resultado de la mejoría en las condiciones de nutrición, higiene y salud en general. (Trujillo & Carmona, 2013).

En el Ecuador la edad de inicio de las relaciones sexuales según estudios está en los 15.2 años promedio, es decir a los 2 años y medio de haber menstruado. El 51.6% de jóvenes tiene su primer coito antes de los 15 años.

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

Los problemas domésticos conducen con frecuencia al embarazo. (Valdivia 2006) Si una niña creció en un ambiente lleno de tensión, de violencia, de inseguridades de todo orden, su vida afectiva en la adolescencia podrá ser errática. Chicas que van de relación en relación, en búsqueda de una estabilidad que no hallan. Siempre exponiéndose a los riesgos hasta que el embarazo les sirve como el mejor de los síntomas para sus conflictos que no logra superar.

Los varones educados en hogares en los que se golpeaba a la madre o que fueron golpeados ellos mismos, tendrían muchas más probabilidades de embarazar a su pareja que los varones que no habían tenido esta experiencia. (Valdivia 2006)

Se ha demostrado que las chicas cuyos padres habían abandonado el hogar cuando ellas eran niñas, tenían más probabilidades de iniciarse precozmente en la vida sexual y de quedar embarazadas.

La carencia de expectativas en cuanto a un proyecto de vida de educación se ha marcado también como un factor de riesgo. Una chica es más fácil que se convierta en madre adolescente si su madre y su hermana también lo fueron.

Otro factor de riesgo muy marcado es la falta de comunicación entre los padres y la adolescente. Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y no implementan medidas anticonceptivas. Tienen una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 o siendo aún más joven.

Fiore (2000) destaca que en el factor familiar están presentes:

- ✘ Inestabilidad familiar: la desarticulación, incongruencia, ausencia de roles (mujer, hombre, padre, madre, hijo, hermano, hermana), abandono de las figuras significantes (padre, madre, tío, abuelo u otros familiares importantes para el adolescente).
- ✘ Presencia de uno o varios casos de embarazo precoz en la familia: (madre, hermana), como modelaje que propicia cambios en la dinámica familiar.
- ✓ Falta de comunicación: hablar de sexualidad es un tema prohibido a la mayoría de las familias le es incómodo analizar y comunicar sentimientos referentes a la sexualidad, por lo que los adolescentes no reciben orientación adecuada de sus padres.

Relaciones y ética de los padres los padres que son más liberales en sus ideas sobre las relaciones sexuales son los que con mayor probabilidad tienen hijos adolescentes con ideas liberales también.

Las actitudes y patrones de conducta de las madres cuando ellas eran jóvenes son influyentes a la hora de formar actitudes en las adolescentes.

Según Mott señala que las chicas cuyas madres habían tenido relaciones sexuales a temprana edad y trabajaban fueran del hogar tenían mayor tendencia a dichas relaciones que las que tenían madres que permanecían en casa.

Ser estricto, la disciplina y el control de los padres muestran una relación con las actitudes y la conducta sexual de los adolescentes.

La calidad de las relaciones padres-hijos tienen una influencia importante sobre la actividad sexual de los adolescentes, las conductas de los padres pueden asociarse con las conductas de los adolescentes, dando lugar a una mayor probabilidad de ser estos sexualmente activos. Los padres ejercen su influencia durante la adolescencia temprana.

Hermanos los adolescentes, en particular las chicas están más influidas por las actitudes y la conducta sexual de sus hermanas mayores. Los hermanos menores son más activos sexualmente que los mayores.

Educación de los padres cuyos padres tienen un menor nivel educativo mayor frecuencia de relaciones sexuales tempranas.

1. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Este es un factor determinante para conservar la salud o la aparición de enfermedades entre sus miembros, así hablamos de familia funcional o en su defecto familia disfuncional, ya que 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. El embarazo de una adolescente en la familia, obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, debido a que se crean nuevas necesidades, requiriéndose la movilización del sistema para así poder nuevamente encontrar la homeostasis familiar, que al principio puede, crear sorpresa, rechazo o frustración. (Baeza, B. 2007)

La familia en sociedad, es un factor protector o puede convertirse en un factor de riesgo, se observa un alto porcentaje de conductas familiares repetitivas lo que algunos autores denominan la herencia social o cultural, así muchas familias de adolescentes embarazadas tienen una alta tolerancia al inicio de las relaciones sexuales tempranas, a la ilegitimidad del embarazo temprano, como a tener varios compañeros sexuales.

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, y el embarazo es la forma de huir de un hogar patológico donde la joven se siente amenazada por el incesto, la violencia, el alcoholismo, la inestabilidad familiar, o la enfermedad crónica de uno de los padres.

Generalmente se presenta una actitud de rechazo y ocultamiento del embarazo por temor a la respuesta del grupo familiar, lo que conllevaría a un control prenatal tardío o insuficiente, dificultando la detección del problema o la implementación de medidas de prevención.

Al producirse el embarazo en la adolescencia en un contexto de desaprobación y rechazo familiar, hace que se convierta en una situación difícil y problemática para resolverla, llevando a las jóvenes a realizar un proceso orientado a ajustar la propia identidad. Es increíble que a pesar de los grandes avances tecnológicos y científicos, la familia se ponga un velo negro ante el tema de la sexualidad y se sigue estigmatizando, rechazando y culpando a madres solteras por un hecho que tiene raíces en el tabú que ha generado la sociedad y la religión. (Zambrano & León, 2012).

2. NIVELES DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

La correlación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, determinantes niveles de funcionamiento familiar, donde estos niveles se van estructurando de acuerdo a las características de cada familia, estos son: El rango balanceado, medio y extremo.

En el rango equilibrado: Se ubican las familias de óptimo funcionamiento, encontrándose entre ambas dimensiones y al centro del círculo. Hablamos de las familias flexiblemente separadas, familias flexiblemente conectadas y las familias estructuralmente conectada y estructuralmente separada. En los sistemas abiertos los individuos se distinguen por su habilidad de experimentar y balancear los extremos de independencia y dependencia familiar. Tienen la libertad de estar solos o conectados al miembro de la familia que elija. El funcionamiento es de tipo dinámico y la familia es libre para moverse en la dirección que la situación, del ciclo de ida familiar o la socialización de un miembro de la familia lo requiera. Este tipo de familia es considerado el más adecuado.

En el rango medio: Las familias de esta categoría se encuentran en una sola dimensión por lo tanto son de características extremas. Hablamos entonces de familias flexiblemente dispersas, flexiblemente aglutinadas caóticamente separadas, caóticamente conectada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separadas y rígidamente conectada. El funcionamiento de estas familias presenta algunas dificultades en una sola dimensión, las cuales pueden ser originadas por momentos de estrés.

En el rango extremo: Las familias son extremas en esta categoría, en cuanto a las dimensiones de cohesión como de adaptabilidad. Entonces hablamos de familias caóticamente dispersas, caóticamente aglutinadas, rígidamente dispersas y rígidamente aglutinadas. Tienen un funcionamiento menos adecuado, donde Olson considera varios aspectos entre los cuales

destaca que: las familias extremas son una forma exagerada de las de rasgos medios ya que pertenecen a un continuo de características que varían en intensidad, cualidad y cantidad.

En momentos especiales de la vida familiar un funcionamiento extremo puede ser beneficioso para la estabilidad de todos los miembros que pertenecen al sistema familia (cuando un miembro de la pareja desea una separación para evitar conflicto). Los grupos extremos pueden funcionar bien por el tiempo que “todos” los miembros de la familia lo deseen así. Esto es importante porque hay grupos culturales que determinan funcionamientos familiares extremos.

EL EMBARAZO ADOLESCENTE COMO UNA CRISIS QUE INCIDE EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

El periodo de la adolescencia genera una crisis dentro de la familia, ya que los cambios no se limitan al adolescente, sino que perturban a todo el sistema familiar, lo que produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades y transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo que se denomina como crisis evolutiva.

Las crisis normativas, corresponden al ciclo vital de la familia, por lo que esta despliega sus recursos para encontrar nuevamente el equilibrio. Sin embargo, existe otro tipo de crisis denominadas para normativas, puesto que no es propias del desarrollo normal del individuo y del sistema familiar. Desde este concepto se desprende el embarazo adolescente como una crisis para normativa importante.

La aparición de un embarazo en la familia de una adolescente, lleva a una reestructuración de las funciones de cada uno de sus miembros, lo que requiere la movilización del sistema con el objetivo de encontrar un nuevo equilibrio familiar, que inicialmente puede ser rechazado, creando sorpresa y frustración. Es posible que la familia con hijos adolescentes se adapte a

esta crisis para normativa, pero debe realizar un nuevo proceso adaptativo con la llegada de otro integrante.

Este nuevo acontecimiento, trae consigo el conflicto intergeneracional, el cual requerirá de ajustes en relación función de crianza que los padres deben continuar, aun cuando la hija se haya transformado en madre. Por otro lado, la familia se verá enfrentada a una situación de hacinamiento, puesto que el sistema al cual estos niños llegan al nacer, no contempla espacios definidos con anterioridad.

Esta situación, aumenta los niveles de estrés al interior del sistema familiar, provocando una constante situación de tensión y conflicto, los que terminarán afectando de una u otra forma al recién nacido.

Del mismo modo, en variadas ocasiones se ve obligada a cumplir otras funciones que le son asignadas por los padres, refiriéndose principalmente a ocuparse del cuidado no sólo de su hijo (a) sino también de sus hermanos. Esto es vivido por las adolescentes, como una forma de castigo por ser madre o como una ganancia familiar, pues ahora existe un miembro familiar, que sólo se dedicará a resolver las necesidades de cuidado en el hogar.

Sin embargo, existen familias que frente al embarazo adolescente movilizan todo tipo de recursos, tanto humanos como económicos. Los abuelos optan por ofrecer apoyo de algún tipo, con el objetivo de que sus hijas sigan en el sistema escolar, pasando a asumir un rol activo en la crianza del nieto, lo que genera una escasa participación en la toma de decisiones en relación a su hijo. Esta ayuda, puede ser aceptada o impuesta a la adolescente.

Configurándose una situación en donde los padres deciden por la adolescente o en donde este en vez de ser socializado es sustituido en su rol parental. Lo anterior perdura en el tiempo, puesto que la adolescente se siente en deuda con sus padres por asumir la crianza de su hijo,

lo que se acompaña también por la descalificación hacia ella en relación a su falta de experiencia e inmadurez como madre.

1. DINÁMICA FAMILIAR Y COMUNICACIÓN

La dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado de acuerdo al ciclo vital que este atravesando dicha familia. La dinámica familiar indica el buen o mal funcionamiento del grupo familiar, uno de los criterios utilizados quizás el principal para determinar la disfunción o mal funcionamiento es la comunicación.

En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente, características opuestas en una disfuncional. En el caso del embarazo en la adolescencia, la falta o inadecuada comunicación entre padres e hijos, predispone a que estos últimos, por disfunción familiar, desconocimiento o rebeldía (Zubarew 2010).

En el contexto familiar de la adolescente embarazada, se ha encontrado que la relación con su madre resulta conflictiva o distante, no llegando a construir esta un modelo de identificación satisfactorio. La figura de los padres es inestable, ya sea por su ausencia o por la escasa participación en la toma de decisiones familiares. La comunicación afectiva es escasa, predominan los mensajes descalificativos y están ausentes las caricias físicas.

Frecuentemente la adolescente ha debido encargarse del cuidado de hermanos menores y esta parentalización trae consigo sentimientos de desvalimiento, soledad y un sentido de vida, definido entorno al cuidado de otros. Se ha encontrado también una alta correlación entre el embarazo adolescente y la presencia de un miembro familiar alcohólico o drogadicto.

2. ESTRUCTURA FAMILIAR.

Se refiere al conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la manera de cómo interactúan los miembros de las familias. La estructura familiar es dinámica, varía

de acuerdo al tiempo, tiene tres elementos: padre, madre e hijos. Se ha encontrado que las adolescentes embarazadas tienen como antecedente la mayoría haber sido criadas por un solo padre, generalmente la madre, y otras han sido llevadas de un lugar a otro repetidamente de los padres a los abuelos, parientes, tíos, sustitutos o padres adoptivos. Por lo que alteraciones en jerarquías, espacios de relación en contexto, límites, alianzas patológicas, producen trastornos en el normal desarrollo de la adolescente. (González & Molina 2013).

3. VIOLENCIA FAMILIAR

En un estudio realizado en la universidad Nacional de Colombia sobre una estrategia para la protección de los derechos vulnerables de la familia gestante precoz, en Enero a Junio de 2011 se determinó: la violencia física y verbal por parte de los padres (21.2%), fue reportado como otro de los factores de riesgo que más afecta a la madre adolescente y que incide en los factores de rebeldía y de separación temprana del hogar. Considerando que una de las formas de normalización de la infancia ha sido culturalmente asociada al castigo físico como elemento de coacción de la conducta.

En las historias de las madres y padres de adolescentes embarazadas se encontró toda una gama de formas asociadas al castigo físico y psicológico, partiendo de los golpes, con diferentes objetos como correas, cucharones, o machetes, hasta el impedimento para ir a estudiar, la imposición de la realización de diferentes oficios domésticos, el cuidado y crianza de los hermanos menores, la violencia verbal, el trato denigrante, la manipulación con los alimentos, la obligación a la mendicidad y la explotación laboral entre otros.

También se debe tener en cuenta la violencia sexual en el seno familiar, esta es una de las formas más graves, en la medida en que como ninguna otra deja señales indelebles en la psiquis del infante y deteriora de manera grave la capacidad psico afectiva del futuro adulto, que además, si no es atendido debidamente, muy seguramente reproducirá hechos de

violencia sexual similares. En el estudio se observó que la máxima expresión de estas se da en forma de violación. El 18.2% de las madres adolescentes reportaron abuso sexual, en su mayoría infringidos por miembros de su propia familia. De las que reportaron abuso, el 25% fueron abusadas por hermanos mayores, 25% fueron violados por el propio padre, lo cual indica que el 50% de los casos fueron incesto, considerada como una situación agravante. El 33.34% fue cometido por otros miembros de la familia y solo el 16.66% por extraños. Lo cual significa que el 83.34% de la violencia sexual contra las adolescentes, fue cometida por familiares cercanos”. (González 2011).

RELACIONAR LA FUNCIONALIDAD CON EL MAYOR O MENOR RIESGO DE EMBARAZO ADOLESCENTE

Para comprender el funcionamiento familiar es necesario analizar su estructura, los procesos y su filosofía familiar. Diferentes autores han desarrollado teorías y enfoques que enfatizan o profundizan diferentes aspectos del funcionamiento familiar. Cada una de ellas aportan conceptos y describen cuales son las características de las familias funcionales, tanto en relación a su estructura, procesos y paradigmas familiares. No hay, por lo tanto, una teoría unitaria sobre la familia. Por los mismos motivos, tampoco es fácil ni consistente postular un modelo de familia normal y patológica.

Por el contrario, hay más bien un acuerdo que el concepto de “normalidad” es muy relativo y utilizarlo lleva a equívocos y confusiones más que a acuerdos u orientaciones útiles. Por lo tanto, se habla más bien de funcionalidad o disfuncionalidad familiar, en el sentido de cuáles son las estructuras, procesos y paradigmas que mejor permiten a las familias cumplir con sus funciones esenciales, vale decir, lograr el desarrollo integral de las personas en el contexto familiar, en sus diferentes etapas del ciclo evolutivo, y favorecer el proceso de socialización.

El funcionamiento familiar es la atmósfera psicosocial del hogar familiar, varía notablemente entre un hogar y otro. Ciertos hogares gozan de un buen clima interno y en otros sucede lo contrario, hay una tercera categoría de hogares en los que el clima es cambiante. El clima puede variar de uno a otro momento para un individuo determinado. En general, es más probable que el clima hogareño sea insatisfactorio para el adolescente joven en razón de que las fricciones con los componentes del núcleo se hallan en su punto máximo en ese periodo de su vida.

El entorno familiar es el escenario de todo tipo de vivencias. En la vida familiar se inicia la socialización y la formación de valores y elementos necesarios para una formación integral de la persona. Las relaciones interpersonales que se dan en el hogar han de ser fruto de un clima de armonía, cariño, respeto y amor. Estas relaciones perduran en el adolescente durante toda su vida. La comunicación sincera, sencilla y oportuna entre padres y adolescentes fortalecerá las relaciones familiares. Muchas conductas sociales negativas que presentan los adolescentes, son el fruto del mal manejo de las relaciones interpersonales, pues no se respeta al adolescente como persona.

El tipo de relaciones que se establece entre los miembros de la familia es de capital importancia. La funcionalidad o disfuncionalidad de dichas relaciones depende el grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus integrantes. Para entender su funcionamiento se requiere conocer también sus relaciones interpersonales, pues las acciones de cada uno de ellos producen reacciones y contra reacciones en los demás y en ellos mismos.

En otras palabras, las características de la familia son las propias de un sistema abierto. Dentro de este sistema actúan fuerzas tanto positivas como negativas, que determinan el buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural. Jackson dio a este conjunto de fuerzas

el nombre de dinámica familiar y le atribuyó un papel fundamental en el constante cambio y crecimiento de la familia.

Los factores psicosociales -básicamente las relaciones interpersonales y los procesos que se dan dentro de la familia- constituyen una influencia determinante en el origen de muchas conductas de riesgo en el adolescente. Esto hace necesario determinar qué interacciones del núcleo familiar son disfuncionales, ya sea que dieron lugar a la formación de tales conductas o porque promueven su mantenimiento.

El proceso de discriminación entre las interacciones funcionales y las disfuncionales exige de parte del clínico la investigación de ciertos parámetros, que pueden quedar integrados en tres áreas principales del funcionamiento global de la familia: la organización o estructura, la solución de problemas y el clima emocional.

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO PARA LA ADOLESCENCIA

1. CONSECUENCIAS EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

El foco de preocupación es su propio cuerpo y la separación de la madre. No hay concepto de desarrollo de una vida individual y no son capaces de dibujar un bebé de aspecto real, no hay lugar para el padre en sus planes. El tema de maternidad provoca depresión y aislamiento, pudiendo presentarse una incidencia elevada de trastornos emocionales y negación patológica. (Baeza, W. 2010).

2. CONSECUENCIAS EN LA ADOLESCENCIA MEDIA

El foco de desarrollo es el establecimiento de la identidad y de la feminidad. Es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo, de sentirse aislada, rechazada, no querida pasa a la euforia sintiéndose querida y popular. El embarazo por ende puede ser visto el mismo día como una amenaza peligrosa o como una oportunidad que brindaría madurez y crea

expectativas. Su actitud es ambivalente, de orgullo y de culpa. La madre perfecta con su bebé y la desesperación por las responsabilidades que se le vienen encima.

CONSECUENCIAS EN LA ADOLESCENCIA TARDÍA

El foco de desarrollo es la consolidación de la identidad y de las relaciones interpersonales, por lo que el embarazo puede ser visto como una forma de consolidar la intimidad y comprometer al varón como su futuro compañero. Es la etapa de la adolescencia tardía que se ve el impacto de la realidad y las jóvenes desarrollan gran preocupación por adaptarse a su rol de madre, sentimientos maternales protectores y sensación de anticipación del hijo. El padre tiene lugar y es considerado importante como una esperanza en el futuro.

CONSECUENCIA EN EL PROYECTO DE VIDA

Un proyecto de vida contempla fundamentalmente educación, familia y un trabajo, muchas veces ese proyecto se trunca tempranamente en la etapa de adolescencia, sea porque no tuvieron los padres que ellos hubiesen querido tener, porque no tuvieron los recursos económicos, porque no tienen la capacidad para un buen rendimiento escolar o por ser madres tempranamente. (Cerbino, M. 2011).

El embarazo en la adolescencia y la maternidad surgen como un impedimento a la realización personal o a las aspiraciones de ascenso social. Implica pensar en otros aspectos que no se habían considerado y es sentido como un error o una equivocación, por lo que se paga un costo.

Es por tanto la gestación, una situación límite ante la cual las adolescentes deben enfrentarse desde una posición, que las lleva a plantearse un proyecto de vida en el cual deben considerar, no solo su propia supervivencia frente a esta nueva situación, sino también la opinión e injerencia de los otros que para ella son significativos, por ello están en juego la doble dimensión de las respuestas normales y anormales definidas tanto desde ella mismas como

desde las exigencias sociales. De este modo entran en juego dimensiones como: el cambio, alteración en algunos elementos importantes de la situación biográfica, la caída; y la solución, el tener que hacer algo al respecto. A todas ellas subyace una misma significación común, la de algún modo, una reparación equivalente. En otras palabras, la respuesta adoptada, es asumida como un costo de algo. (Trujillo & Carmona, 2013).

El proyecto de vida es como un camino para alcanzar la meta, es un plan que una persona; en este caso los y las adolescentes, se trazan a fin de conseguir un objetivo. Proyecto de vida es otro factor que influye en la ocurrencia de una gestación, cuando las adolescentes se han trazado un plan a seguir para su futuro que incluye la consecución de metas a largo plazo es más probable que se responsabilice por su sexualidad y usen métodos anticonceptivos.

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación, además tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésico más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

1. AUMENTO DE LA DEPENDENCIA FAMILIAR.

Es frecuente que la madre adolescente asuma responsabilidades de criar a su hijo a menudo con el apoyo de miembros de su familia de origen o de la familia del padre. El nacimiento del nuevo hijo/a puede generar confusión en los roles familiares, por ejemplo. Los abuelos asumen la función de padres y la madre prácticamente se relaciona como hermana mayor de su hijo/a.

Por lo general, la adolescente y su hijo deben vivir con los abuelos asumiendo el rol activo en la crianza del nieto/a de modo que la madre queda en un nivel jerárquico inferior respecto a la toma de decisiones en relación a su hijo. Esta situación se estructura así por cuanto la adolescente es descalificada como madre por su falta de experiencia, inmadurez, irresponsabilidad entre otras. Por otra parte, la joven se siente en deuda con sus padres por acogerla con su hijo/a y se siente inmovilizada para hacer valer sus derechos de madre. También es frecuente observar que, si la abuela trabaja, la adolescente pasa a asumir el rol de ama de casa encargándose de los quehaceres domésticos y del cuidado de los hermanos menores, siendo entonces su maternidad funcional a la organización familiar. (Martínez L. 2009).

Es la carencia de recursos económicos que lleva a la pareja a habitar en casa de los padres o los suegros, generando mayor dependencia familiar debido a que requieren someterse a las reglas de la familia de origen del uno o del otro, en casos extremos las madres son rechazadas por sus familiares y se ven obligadas a vivir en condiciones adversas, con pocas posibilidades de bienestar y superación.

Posibles consecuencias psicológicas en la familia.

- ✓ Culpabilidad, por no haber ayudado a evitar la situación
- ✓ Rechazo hacia la hija/o por su comportamiento
- ✓ Presión social para formalizar un matrimonio
- ✓ Desencanto porque su hija/o no cumplió con sus expectativas.

Posibles consecuencias socioeconómicas para la familia.

- ✓ La economía familiar se altera por la inclusión de un nuevo miembro a la familia
- ✓ Conflictos respecto a la educación de los niños y las niñas
- ✓ Continúa la dependencia económica del hijo/a y compañero/a.

La adolescencia es considerada como una etapa que se caracteriza por profundos cambios y una débil estabilidad emocional. Por una parte la búsqueda de independencia de la familia y restricciones de la misma suelen generar de por sí conflictos. La situación del embarazo puede aumentar la protección de la familia, fomentar la dependencia y disminuir la capacidad de decisión y autonomía de las jóvenes.

2. AUMENTO DE LA DEPENDENCIA DE LA PAREJA

La adolescente embarazada por su estado y por la falta de trabajo adecuado opta por que su pareja le brinde los medios económicos y afectivos para resolver inicialmente estas carencias; muchas veces la falta de empleo hace que su pareja tenga que alejarse (fuera de la ciudad) para trabajar y con ello aumenta el sentimiento de soledad, de marginación que la adolescente embarazada enfrenta.

3. MATRIMONIOS / UNIONES FORZADAS.

Estos matrimonios o uniones son de corta duración, las adolescentes que se ven forzadas a unirse o casarse por su maternidad, tienen tres veces más posibilidades de separarse o divorciarse que las uniones más tardías y libres. Además tienen una gran dificultad de formar una nueva pareja por el estigma de ser madre soltera.

Es obvio que la gran mayoría de los matrimonios son impuestos por los padres que de esta manera, creen solucionar el problema dándole legitimidad social. La joven adolescente que no está preparada para ser madre tampoco lo está para ser esposa y posiblemente, se va a casar con otro adolescente todavía inmaduro que tampoco lo está para ser padre y esposo. No resulta difícil aventurar, que la situación no es la más adecuada para completar el desarrollo psicológico y personal de ambos y que el nuevo estado civil no va hacer sino agravar la situación que dio lugar al embarazo.

El matrimonio conlleva, además al riesgo de un nuevo embarazo, ahora ya socialmente admitido que representa el agravamiento de los problemas económicos, educativos y de relación afectiva que el primero trajo consigo. En un estudio se demuestra que el 25% de los matrimonios jóvenes vuelven a tener otro embarazo en el año siguiente al nacimiento de su primer hijo. (Martínez L. 2009).

4. MAYOR NÚMERO DE HIJOS.

Está comprobado que las mujeres que han tenido un hijo antes de los 20 años acaban por tener en promedio de 2 a 3 hijos más que las que pospusieron su matrimonio o embarazo hasta después de los 20 años.

CONSECUENCIAS BIOLÓGICAS

Un aspecto ampliamente documentado en la literatura internacional es la relación directa entre embarazo temprano y bajo peso del producto al nacer. Esto se explica por el poco peso de la embarazada, la mala ganancia de peso durante el embarazo, la mala situación socio afectiva y en ocasiones el abuso de sustancias. Esto conlleva a limitaciones en el inicio de vida de cualquier menor, tanto por el incremento de morbilidad como de la mortalidad. El riesgo de muerte del bebé aumenta dos veces conforme la edad de la madre disminuye menos de 15 años . Tiene mayor riesgo de incidencia de prematuridad y posmadurez. Son neonatos con exposición más frecuente a asfixia perinatal que se traduce en disfunciones cerebrales futuras.

El hijo o hija de madre adolescente tiene en general mayores riesgos que el de madre de más de 20 años. Este riesgo se expresa con el bajo peso al nacimiento y el riesgo de morbilidad en el periodo perinatal y posteriormente mayor probabilidad de desnutrición y retardo en el desarrollo psicomotor y afectivo, los periodos de lactancia son más cortos, el destete ocurre 3 meses antes que el promedio de las adultas. Existiendo tasas más altas de mortalidad en la

infancia, y mayor riesgo de accidentes, intoxicaciones, envenenamientos e infecciones agudas.

La mortalidad en el primer año de vida en el hijo de madre adolescente no solo se relaciona con la mortalidad perinatal, sino en los 11 meses que siguen. El crecimiento estatural a los 18 meses está afectando con el tiempo y se acentúa a los 30 meses de vida, coincidiendo con el deterioro del nivel socio económico de la madre y una disminución de la ingesta proteica de sus hijos, si los comparamos con los hijos/as de madres adultas. (Zambrano & León, 2012).

PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Resulta evidente que el embarazo es consecuencia de las relaciones sexuales pero hay que señalar que el embarazo adolescente es mucho más frecuente allí, donde se les niega la anticoncepción a los jóvenes y donde no se les ofrece información sobre la sexualidad y sus consecuencias.

1. PREVENCIÓN PRIMARIA

Algunas definiciones han sido propuestas para comprender mejor las implicaciones del término “salud sexual y reproductiva”, la Organización Mundial de la Salud, la define como un “estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente de ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción”, por lo tanto la salud sexual y reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, de procrear, y de tener la libertad para decidir, cuando y con qué frecuencia hacerlo.

Esta última condición lleva implícita el derecho que tienen los hombres y las mujeres de obtener información y de planificar la familia a su elección; el uso de métodos para la regulación de la fecundidad, que no están legalmente prohibidos y culturalmente aceptados y al acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables. También implica el derecho que tienen las personas a recibir servicios adecuados de atención en salud que permita

embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

Definiendo la atención de la salud reproductiva como “el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva”. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento o la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Por lo tanto el embarazo deja de ser un problema demográfico, de reducir el número de habitantes ahora se trata de llegar a las necesidades de los individuos.

1.1 EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES

1.1.1 PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL

Los padres primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad a terceras personas haciendo dejación de su derecho y deber de educar en temas de sexualidad. La consecuencia de este hecho es que hasta el 57% de los padres no hablan de temas de sexualidad con sus hijos y que hasta el 50% de éstos obtienen información sobre esta materia de sus amigos o medios de comunicación.

La sociedad en su conjunto, puede tener derecho a preservar valores éticos y culturales que le han sido transmitidos y considere que no se debe facilitar información a los jóvenes, creyendo que los adolescentes no deben tener relaciones sexuales y por ello no necesitan información, o bien que la información pueda suponer un aliento a mantener relaciones sexuales. Las actitudes de ciertas sociedades modernas han demostrado lo erróneo de esta presunción poniendo de manifiesto que el fenómeno habitual es el contrario, a mayor educación e información sexual menor tasa de embarazo adolescente. Un ejemplo lo tenemos

en Suecia donde, tanto la tasa de embarazos como la de ITS en adolescentes, disminuyó de forma notoria a partir de la promulgación de la Ley que obligaba a impartir educación sexual en las escuelas. (26)

Otras experiencias similares llevadas a cabo en Holanda o en EEUU han demostrado que el hecho de proporcionar consejo anticonceptivo a los jóvenes no parece promocionar, de forma significativa, el inicio de las relaciones sexuales entre los no activos, si bien aumenta significativamente, el empleo de métodos anticonceptivos entre los sexualmente activos.

Esta debe ser una responsabilidad que asumamos los profesionales sanitarios considerando, además, que no es suficiente con prescribir un determinado método sino que también, hay que dialogar e informar, en caso de que los jóvenes no encuentran la respuesta esperada para sus necesidades.

Los servicios tradicionales de Planificación Familiar han jugado un importante papel en la prevención del embarazo adolescente, pero todavía queda mucho por hacer. Debemos innovar estos servicios, para reducir el impacto social desfavorable de la fertilidad adolescente, dotándolos de nuevas estrategias de captación, relación y responsabilidad.

2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

El embarazo adolescente necesita una mayor atención sanitaria para prevenir y tratar las incidencias que lo complican haciendo especial énfasis en los programas de educación sanitaria, puesto que se ha demostrado que las jóvenes embarazadas acogidas en los programas de educación prenatal presentan una menor incidencia de morbi-mortalidad, materna y perinatal, y utilizan más los métodos anticonceptivos después del parto.

3. PREVENCIÓN TERCIARIA

Es responsabilidad de la administración proveer y garantizar los recursos necesarios a las madres adolescentes para que las repercusiones, a corto, mediano y largo plazo de su maternidad sean lo menos graves posibles. Son necesarias políticas comunitarias que den acogida a estas madres, que les posibiliten la continuación de sus estudios y formación, de forma que alcancen el desarrollo socioeconómico que les corresponde. Considerando que las condiciones socioeconómicas es uno de los caminos más importantes para resolver este espinoso problema.

PROMOCIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL, LOS DERECHOS SEXUALES Y

LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

- ✓ Falta de educación sexual como parte integral de la educación formal.
 - ✓ Escasamente conocidos y reconocidos derechos sexuales y derechos reproductivos.
 - ✓ Inadecuado manejo de información sobre sexualidad proveniente de los medios.
 - ✓ En las familias predomina falta de comunicación respecto a temas de sexualidad.
 - ✓ Sectores sociales mantienen resistencia a la incorporación de la sexualidad a programas de estudio y como tema de información generalizada.
 - ✓ Patrones culturales que reproducen mitos y tabúes respecto a sexualidad.
 - ✓ Falta de espacio para los y las adolescentes acceder a información de calidad.
 - ✓ Muy escaso uso de tecnologías modernas como medio para transmitir mensajes adecuados referidos a sexualidad.
 - ✓ Programas de educación de pares han sido exitosos para promover cambios de comportamiento para ejercicio de sexualidad responsable y orientación respecto sexualidad; pero requieren de constantes procesos de formación y recambio.
- (González M. 2011).

AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD Y DE CALIDAD PARA ADOLESCENTES

- ✓ Aunque la oferta de servicios para adolescentes ha mejorado en los últimos años continua siendo baja, requiriéndose incorporarla sobre todo en el primer nivel de atención.
- ✓ Recursos humanos del sector salud escasamente sensibilizados/ capacitados para intervenciones de carácter preventivo con adolescentes.
- ✓ Se requiere mejorar disponibilidad de anticonceptivos para adolescentes, hacerlos más accesibles y ofertarlos en ambientes más “amigables”.
- ✓ La investigación en materia de salud de adolescentes y sobre embarazo en particulares escasa.
- ✓ Los programas y servicios para adolescentes carecen de presupuesto o estos son muy limitados.
- ✓ Se requiere un mejor posicionamiento del tema del embarazo y la salud de adolescentes en el marco de las políticas y planes generales del sector salud.
- ✓ Las escuelas formadoras de recursos humanos en salud no contemplan la adolescencia en sus planes de estudio.
- ✓ No existe un adecuado sistema de referencia y contra referencia en la red de servicios de salud.
- ✓ Aunque se elaboró un plan estratégico para impulsar el tema de la salud de adolescentes, este debe ser difundido, aplicado y disponer de presupuesto para su ejecución.

FOMENTO DE LA PARTICIPACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS Y LAS JÓVENES

- ✓ El país cuenta con modelos de participación juvenil exitosos.

- ✓ Enfrentamos la situación del escaso relevo de jóvenes en los grupos: “se hacen adultos y no dan paso a otros”
- ✓ La legitimación de los grupos juveniles es muy limitada (formalizar grupos jóvenes).
- ✓ Los y las jóvenes participan como extensión de las organizaciones que les auspician, siendo necesario fortalecer la participación real en función de su rol como joven y no como representantes de una institución.
- ✓ Las mujeres siguen siendo menos en proporción entre los grupos de jóvenes vinculados al trabajo de prevención en salud y promoción de derechos, lo cual se asocia a patrones culturales de género.
- ✓ Se requiere contar con herramientas e instrumentos que apoyen la participación juvenil.
- ✓ Se necesita crear más espacios de participación real para jóvenes, sobre todo en niveles locales.
- ✓ Escaso o nulo financiamiento a la participación juvenil.
- ✓ Falta de acceso a modelos de capacitación a jóvenes para promover su liderazgo y participación. (González M. (2011)).

METODOLOGÍA

ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es cualitativa, descriptivo y trasversal porque estudió los factores de riesgo familiar que predisponen al embarazo a las adolescentes del hospital Isidro Ayora.

ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en las adolescentes embarazadas que asistan al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora en el periodo de abril – septiembre del 2015

UNIVERSO Y MUESTRA

El estudio se llevó a cabo en 70 adolescentes embarazadas que asistieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora en el periodo de abril – septiembre del 2015

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Adolescentes embarazadas que acudieron a hospitalización o al servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital Isidro Ayora
- ✓ Adolescentes que tuvieron de 10 a 19 años de edad.
- ✓ Adolescentes que desearon participar en la investigación.
- ✓ Pertenecieron al periodo comprendido de mayo –agosto.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ✓ Mujeres mayores de 20 años de edad o menores de 10 años.
- ✓ Adolescentes embarazadas que no desearon participar de la investigación.
- ✓ Adolescentes embarazadas que no acudieron en el periodo mayo-agosto.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Primero se procedió a pedir los permisos respectivos al Departamento de Docencia Hospital Isidro Ayora.

Para la recolección de información de datos y la muestra se aplicó el Cuestionario FF-SIL para evaluar los factores de riesgo familiar en las adolescentes embarazadas del Hospital Isidro Ayora. Se les informó previamente a las adolescentes embarazadas y se aplicó una hoja de recolección datos.

El consentimiento informado (Anexo 1) es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas y sus derechos; este fue entregado a cada uno de los usuarios diabéticos para su respectiva participación en la investigación.

Cuestionario FF-SIL (Anexo 2) El instrumento que se aplicó para la investigación fue FF-SIL es un cuestionario de Funcionamiento Familiar. Este instrumento dá algunas pistas para centrar la problemática dentro un sistema familiar. El funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia.

TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Luego de obtener la información necesaria, se realizó la tabulación, codificación e interpretación, resultados en tablas para establecer las conclusiones y recomendaciones pertinentes utilizando herramientas tecnológicas como Excel.

RESULTADOS

CUADRO N° 1

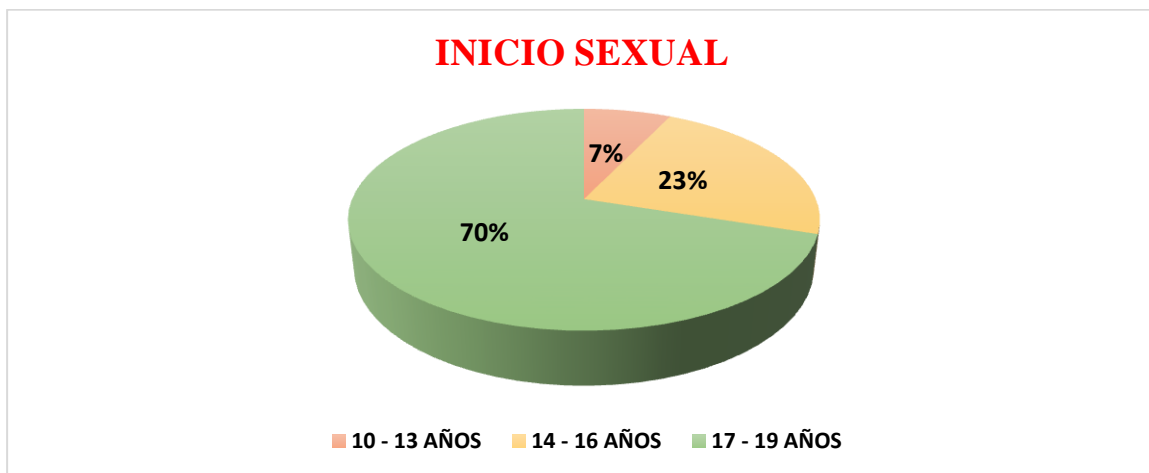
Factores de riesgo familiar “Inicio de la vida sexual” en las adolescentes embarazadas
Hospital Isidro Ayora de Loja

EMBARAZADAS	PACIENTES	PORCENTAJE
10-13 AÑOS	5	7%
14-16 AÑOS	16	23%
17-19 AÑOS	49	70%
TOTAL	70	100%

Fuente: Encuesta

Autora: Estudiante Jessica Valladarez.

GRAFICO 1:



Fuente: Encuesta

Autora: Estudiante Jessica Valladarez.

Inicio de vida sexual se evidenció que la mayoría de las pacientes embarazadas tenían a partir de los 17-19 años de edad con un porcentaje 70%.

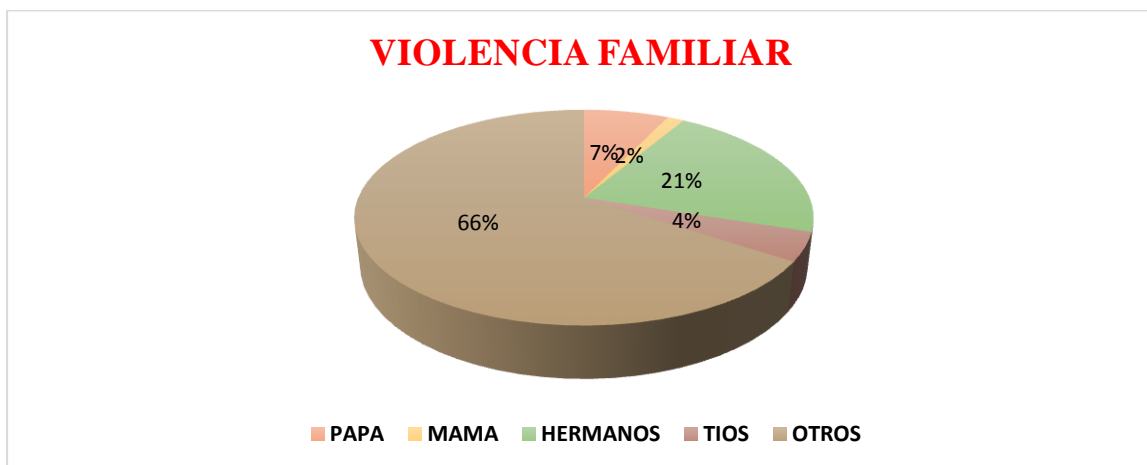
CUADRO N° 2:

Factores de riesgo familiar “Quienes producen la violencia familiar” en las adolescentes embarazadas Hospital Isidro Ayora de Loja.

EMBARAZADAS	PACIENTES	PORCENTAJE
PAPA	5	7%
MAMA	1	2%
HERMANOS	15	23%
TIOS	3	4% %
OTROS	46	66%
TOTAL	70	100%

Fuente: Encuesta.

Autora: Estudiante Jessica Valladarez.

GRAFICO 3:

Fuente: Encuesta.

Autora: Estudiante Jessica Valladarez.

***Otros:** Pareja, amigos.

La violencia familiar en las adolescentes embarazadas se observó con una prevalencia de un 66%; en un menor porcentaje violencia familiar 2% de mama de las pacientes.

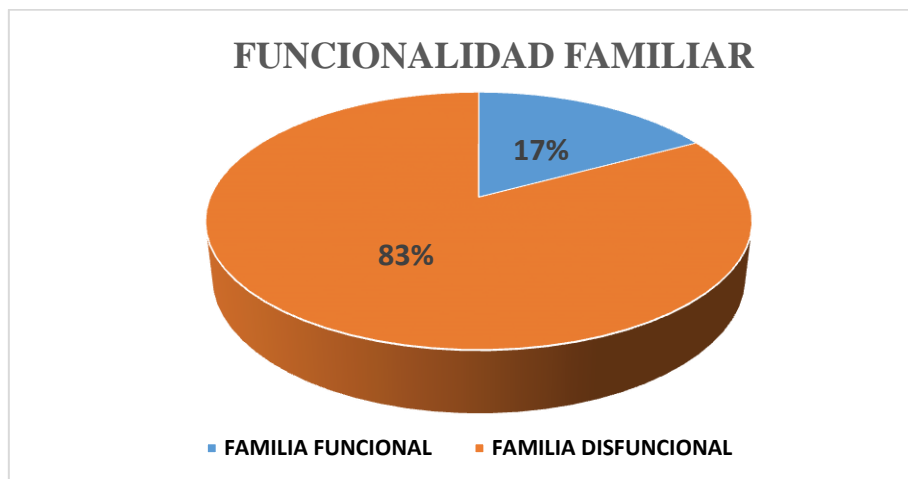
CUADRO N° 3:

Factores de riesgo familiar en relación a la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas Hospital Isidro Ayora de Loja.

EMBARAZADAS	PACIENTES	PORCENTAJE
FAMILIA FUNCIONAL	12	17%
FAMILIA DISFUNCIONAL	58	83%
TOTAL	70	100%

Fuente: Encuesta

Autora: Estudiante Jessica Valladarez.

GRAFICO 3:

Fuente: Encuesta e instrumento FF-SIL

Autora: Estudiante Jessica Valladarez.

Con respecto a la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas del hospital Isidro Ayora, se identificó que el 83% presentaron una familia disfuncional.

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el propósito de determinar, los factores de riesgo familiar en las adolescentes embarazadas enfocado principalmente al inicio de relaciones sexuales, violencia familiar y funcionalidad familiar. Se demostró que de las 70 pacientes adolescentes embarazadas, el 83% presenta familia disfuncional y el 66% violencia familiar por otras personas.

Con respecto al inicio de la vida sexual en el hospital Isidro Ayora de Loja se registró que el 70% de las adolescentes iniciaron su vida sexual a los 17-19 años de edad, seguido con el 23% de 14-16 años y con menor prevalencia el 7% de las adolescentes en edad comprendida de 10-13 años de edad. Estos resultados se vinculan a las causas que atribuyen un inicio precoz, el cual se da por falta de preparación por parte de los padres de familia, que no educan sobre temas de relación sexual a sus hijas en el hogar; también el temor a su padres de hablar sobre temas de sexualidad, además de tener en algunos casos padres agresivos, exigentes, dominantes; padres que quieren aplicar principios y reglas. Los problemas del hogar sobretodo la violencia, el maltrato, la incomprensión: la prepotencia, el temperamento y la falta oportuna de un consejo adecuado.

La presión y la manipulación del enamorado para obligar a la joven a tener una experiencia sexual, a fin de que acepte y ceda a sus requerimientos como parte del amor, la fidelidad y sobretodo la prueba física del amor etc. Estas son algunas de las causas que las conlleva a inicial una vida sexual precoz.

Lo anteriormente mencionado encuentra concordancia con la actual investigación donde se encontró relación en un estudio realizado en Perú mediante una encuesta de campo aplicada en el distrito de Mazán que evidenció con el 78% de las mujeres de este distrito indican que inician su vida sexual antes de cumplir los 18 años, es decir que el 75% entre los 14 y 17

años, 3% entre los 9 y los 13 años de edad, lo que rebasa por mucho el promedio de inicio regional y nacional. (Mujica & Vizcarra, 2013).

Igualmente en relación con un estudio realizado en la ciudad de Cuenca en las adolescentes embarazadas del Centro de Salud Carlos Elizalde del Área 4 Yanucay-Cuenca en el mes de Enero a Julio 2010, se evidenció que la edad promedio de inicio de vida sexual va desde los 14-17 años.

En relación con un estudio de la Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Faustino Pérez Hernández”, en el año 2008 en Cuba. Indican que las adolescentes entre 12 y 14 años comenzaron sus relaciones cóitales antes de los 14 años, cifra muy superior a la encontrada entre los adolescentes comprendidos entre 17 y 19 años, se puede agregar que estudios realizados en otros grupos de adolescentes muestran que la edad de las primeras relaciones sexuales ha disminuido notablemente y que cerca del 60% ha tenido como mínimo una relación sexual a los 13 años. (Hernández 2008).

Los resultados obtenidos sobre la violencia familiar en las adolescentes embarazadas en el hospital Isidro Ayora, que el 66% presento violencia familiar, seguido con un 21% hermanos; 7% papá; y finalmente en un menor porcentaje que equivale el 2% de mamá de las pacientes, esto se debe principalmente por el maltrato o abandono emocional, donde los padres se olvidan por completo de la necesidad primaria básica que deben brindar como es el amor y afecto para sus hijas, mucho más en la etapa de la adolescencia, donde permanece la curiosidad de experimentar el período de enamoramiento y etapa de la vida sexual reproductiva.

En el Perú se realizó un estudio en donde las mujeres menores de edad que comprende de 15-19 años de edad, corresponde a 69.3% del total de atenciones por violencia sexual, en el año 2011; en el centro de salud del distrito de Mazan-Perú, las 330 mujeres embarazadas que se registraron en el centro de salud en el año 2011, 54 correspondieron a mujeres de 12 a 17

años, representado el 16.3% de los embarazos registrados para ese año fueron embarazos en adolescentes, que sufrieron violencia familiar. El 22% de las adolescentes embarazadas sufrieron algún tipo de violencia en el proceso del embarazo, siendo en la mayoría, la agresión ocasionado por miembros de la familia. (Mujica & Vizcarra, 2013).

En relación a la funcionalidad familiar mediante el cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL se obtuvo resultados en las adolescentes embarazadas del hospital Isidro Ayora, ahí se identificó que el 83% presentó una familia disfuncional; el 16% familias funcionales; se evidenció es el consumo frecuente de bebidas alcohólicas por parte de los miembros de familia, problemas económicos, bajo nivel de escolaridad de los miembros de la familia y falta de permanencia en el hogar de la figura materna, así como dificultades en la comunicación entre los miembros del grupo familiar.

Además los conflictos familiares tienden a favorecer el embarazo en las adolescentes, ya que el ambiente familiar inadecuado favorece la precocidad de las relaciones sexuales, con los resultados obtenidos se presentaron disfuncionalidad en su dinámica, pudiera explicar que la disfunción familiar puede haber sido un factor predisponente para la aparición del embarazo precoz, por lo que al realizar el análisis de este estudio se identificó que la disfunción familiar constituye un riesgo que se agrava si está asociado a otras variables, como la menarquia, el inicio de la vida sexual a una temprana edad.

Falta de confianza y seguridad, capacidad para rehusar tener relaciones bajo presión, así como la presión de amigos o amigas, temor al rechazo, el sentirse invulnerables y que nada va a pasar, porque eso solamente les ocurre a otras, el tomar el embarazo como un escape de los problemas familiares, con el fin de salir de casa y formar otra familia, que en la mayoría de los casos termina fracasando, bajas aspiraciones en la vida.

CONCLUSIONES

- En 70% de las adolescentes embarazadas a partir de los 17-19 años de edad iniciaron su vida sexual a muy temprana edad, debido a la falta de conocimiento por parte de los adolescentes.
- El 66% de las adolescentes embarazadas sufrieron violencia familiar por parte de otras personas.
- El 83% de las adolescentes gestantes presentaron una familia disfuncional, considerando un alto factor de riesgo familiar.
- El tríptico sobre los factores de riesgo familiar se les entregó a cada una de las adolescentes embarazadas, e indicándoles los riesgos y las formas de prevención.

RECOMENDACIONES

- ✓ Diseñar o implementar programas dirigidos por el Ministerio de Salud Pública al fortalecimiento de la familia como factor protector en la salud del adolescente, contribuyendo así a la reducción del embarazo durante la adolescencia.
- ✓ Implementar un taller de educación sexual e enseñanza de los deberes y derechos de los adolescentes para con su sexualidad, para padres de familia en las instituciones educativas, centros de salud, para que desde su hogar sean quienes, orientan a sus hijos a promover una vida sexual responsable y satisfactoria.
- ✓ Promover la unión familiar para evitar la violencia e desintegración familiar, ya que el núcleo familiar es la principal fuente de apoyo de los adolescentes, para así disminuir o erradicar conductas de riesgo en los mismos y sobre todo prevenir o disminuir la incidencia de embarazo durante la adolescencia.
- ✓ Se recomienda trabajar con Ministerio de Salud Pública en conjunto con las unidades de salud de atención primaria mediante realización de campañas de Prevención del Embarazo Adolescente con el objetivo de brindar información a los adolescentes sobre la utilización de los métodos anticonceptivos, promover una educación pre concepcional en conjunto con los ginecólogos, neonatólogos, psicólogos y enfermeras para que las adolescentes conozcan las complicaciones y consecuencias y facilitar la continuidad de los estudios evitando la deserción escolar por el embarazo y la participación de los padres.

BIBLIOGRAFÍA

Baeza, W. (2010). *Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes*. Revista médica de Obstetricia. Ginecología. Chile. pág.76 – 81.

Botero, J.U. (2006). *Obstetricia y ginecología*. Colombia. Pág. 386 – 405

Baeza, B. (2007). *Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en las adolescentes*. Chile.

Celi. R. Hidalgo. (2010). *Factores familiares en Adolescentes Embarazadas*. Revista Médica de Ginecológica vol.12.Nº3. ArgentinaPág.: 1-8

Camacho Juan Pablo. (2011). *Funcionalidad familiar en mujeres embarazadas que acuden al subcentro de salud parroquia cumbe*. Universidad de Azuay. Ecuador.

Cerbino, M. (2011). *Proyecto colectivo latinoamericano de Jóvenes Ecuador*. Ministerio de Bienestar Social.

Camacho Juan Pablo. (2011). *Funcionalidad familiar en mujeres embarazadas que acuden al subcentro de salud parroquia cumbe*. Universidad de Azuay. Ecuador.

Escobar, M.O Concha, M.M. (2005). *Perfil de la Gestante Adolescente*. Revista médica Valparaíso- Chile. Pág.-99

Factores de riesgo para embarazo adolescente. (2008). Revista Médica. Disponible en:

<file:///C:/Users/Mis%20documentos/Downloads/Factores%20de%20riesgo%20para%20embarazo%20adolescente.pdf>

González M. (2011). *Prevención del embarazo en las adolescentes*. Unicef. Republica Dominicana. pág. 11-45.

González A, Molina G. (2013). *Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes*. Revista médica de Chile.vol.141.

Guttmacher L. (2011). *Embarazo en la adolescencia*. Revista médica chilena. Chile. Pag. 12-25.

Herrera M. Hopkins, J. (2008). "Ginecología y Obstetricia". Madrid EspañaEditorial. Marban.

Issler, J.R. Guijarro (2008). Embarazo en la Adolescencia. Revista médica. Pag.11-3.

Lombardía J y Fernández M. (2010). *Ginecología y Obstetricia*. 2da edición. Madrid. España. Editorial medica panamericana.

Martínez L. (2009). *Organismo Regional Andino de Salud-convenio Hipólito Unanue, comité Subregional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes*. Situación del embarazo en la adolescencia en la subregión andina Noviembre 2009, pág.: 23, 34.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2009). *Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Sexual y Reproductiva de la mujer embarazada 2009*. Quito-Ecuador.

Palos A, Ocampo Betancourt. (2006). *Factores familiares asociados el inicio sexual en las adolescentes*. Revista médica colombiana. Pág. 09-101.

Ramírez J. (2009). *Revista de Posgrado de la Cátedra de adolescencia*. Chile. Pág.11-23.

Reyes, NT. (2005). *Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes*. Honduras (tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Centro de investigaciones y estudios de la salud. Nicaragua.

Romero, M.I: Maddaleno. (2006). *Sexualidad y embarazo. Embarazo en la adolescencia*. En. Manual de medicina de la adolescencia. Ediciones universidad católica de chile. Santiago de chile. Pág.: 139- 152.

Riesgo en el embarazo adolescente. (2006). Revista de Posgrado de la vía cátedra de Medicina.

Solis M. (2006). *Sexualidad y Embarazo. Embarazo en la adolescencia curso salud y desarrollo del adolescente* Revista médica. Chile 2004; 132: 65-70.

Torres Carmen. (2002). Factores de riesgo en adolescentes. Lima. Perú.

Trujillo C, Carmona S. (2013). *Funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de Assbasalud Ese.* Revista Médica. Colombia. Vol. 13. (2). Pág. 142-159.

Walter, M. (2005) *Factores de riesgos maternos y perinatales de la adolescencia temprana que fueron atendidas en el Hospital Bertha Calderón en el periodo enero a diciembre del 2000.*

Zambrano G, León S. (2012). *Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas.* Revista de ciencia. vol. 9. (2). Pág. 10-16.

Ecuador en cifras (embarazo en adolescentes, encuestas sociodemográficas) disponible:[Http://www.inec.gob.ec/web/guest/descargas/basedatos/inv_socd](http://www.inec.gob.ec/web/guest/descargas/basedatos/inv_socd).

Leal I., Stuardo A. (2015). *Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes.* Revista Chilena, obstétrica y ginecología. Chile Vol.80. N° 1.

Mujica J, Vizcarra S. (2013). *Prevalencia de la violencia en las mujeres adolescentes en el distrito de la amazonia peruana.* Revista defensa de los derechos. Perú.

Noguera O, Alvarado H. (2012). *Embarazo en la adolescencia.* Facultad de enfermería. Facultad universidad javeriana. Bogotá.

Hernández F. (2008). *Adolescencia Inicio Precoz en la Relaciones Sexuales*. Facultad de Ciencias Médicas. Cuba. Vol.1º.

ANEXOS

ANEXO # 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Jessica Verónica Valladarez, estudiante de la Facultad de Medicina del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, estoy llevando a cabo la tesis titulada:

FACTORES DE RIESGO FAMILIAR QUE PREDISPONEN AL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2015''

Usted está invitada a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados:

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada participante, será mantenida con estricta confidencialidad.

Estoy dispuesta a responder todas las preguntas de la hoja de datos y el cuestionario de FF-SIL

Toda la información que proporcione será confidencial y solo podrá ser conocida por las personas que trabajen en este estudio y mi identidad no podrá ser revelada.

Al firmar este documento doy mi consentimiento de participar en este estudio como voluntaria.

Responsable: Jessica Valladarez

Yo...he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidos de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundido con fines académicos. Convengo en participar en esta investigación.

FIRMA
C.I.:

ANEXO # 2**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA****AREA DE LA SALUD HUMANA****CARRERA DE MEDICINA**

Los embarazos en adolescentes se ha considerado como un problema social y de salud y debido a su incremento en los últimos años, he creído conveniente la realización de un trabajo investigativo para determinar los factores de riesgo familiar, que están expuestas nuestras adolescentes. La presente encuesta investigativa es de carácter anónimo. Gracias por su colaboración.

CUESTIONARIO FFSIL:

Este instrumento denominado FF-SIL, es un test de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad basados en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad, permite al identificar el factor relacionado causante del problema familiar y así intervenir más eficaz y efectivamente en este.

El FF-SIL, cuestionario de funcionamiento familiar, tiene sólo 14 ítems.

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1).

Pocas veces (2)

A veces (3).

Muchas veces (4).

Casi siempre (5)

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia. _____

2. En mi casa predomina la armonía. _____

3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades. _____

4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. _____

5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. _____

6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. _____

7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.

8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan. _____

9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado. _____

10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. _____

11. Podemos conversar diversos temas sin temor. _____

12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas. _____

13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. _____

14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. _____

PUNTUACIÓN TOTAL: _____

INTERPRETACIÓN:

BAREMO

De 70 a 57 puntos. Familia funcional

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

NÚMERO DE PREGUNTA Y LAS SITUACIONES VARIABLES QUE MIDE

1 y 8..... Cohesión

2 y 13..... Armonía

5 y 11..... Comunicación

7 y 12..... Permeabilidad

4 y 14..... Afectividad

3 y 9..... Roles

6 y 10..... Adaptabilidad

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. **Armonía:** correspondencia entre los intereses y

necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. **Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. **Roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. **Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera

ANEXO # 3



ANEXO # 4

FACTORES DE RIESGO FAMILIAR



Edad menstruación

La edad de inicio de la menstruación es un factor determinante de la capacidad reproductiva.



Inicio de vida sexual



causas se presentan:
falta de preparación de los padres de familia para educarlos sobre temas de relación sexual
Padres agresivos, exigentes,
Presión de la pareja etc.

Violencia familiar

Es cualquier acción que cause daño físico y psicológico producido dentro de la familia.

Se manifiesta en:

*Golpes, insultos, amenazas
abandono afectivo etc.



FAMILIA



Familia es la unión de personas que comparten un proyecto vital en común, en el que se generan fuertes sentimientos, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen relaciones de intimidad, afectividad, reciprocidad y dependencia.



*El apoyo familiar es un factor determinante en las adolescentes embarazadas.

FACTORES DE RIESGO FAMILIAR QUE PREDISPONEN AL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES



La Organización Mundial de la Salud establece que la adolescencia se sitúa en todas las personas entre los 10 y los 19 años

Medidas de Prevención



1. Brindando información sobre la salud sexual y reproductiva.
2. Estimulando a las y los adolescentes a la reflexión sobre los problemas y nuevos retos en esta etapa de la vida.
3. Fomentando el autocuidado.

adolescencia

4. Facilitando información sobre acceso a métodos anticonceptivos.
5. Concientizarlos sobre lo que conlleva una maternidad y paternidad responsable.
6. Prevenir la violencia física, psicológica, sexual y de género.
7. Brindar información sobre prevención del embarazo precoz.

TODO TIENE SU TIEMPO



VIVE TU VIDA ANTES DE CREAR UNA VIDA





"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

NIVEL PREGRADO

PROYECTO DE TESIS

AUTORA:

Jessica Verónica Valladarez Loján

LOJA - ECUADOR

2015

1859

I. TEMA

“FACTORES DE RIESGO FAMILIAR QUE PREDISPONEN AL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES, DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2015”.

II. PROBLEMÁTICA

Adolescencia según la OMS 2013 es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; fija sus límites entre los 10 y 20 años. La adolescencia constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa que se reflejan en la esfera anatomofisiológica, social y cultural.

El embarazo en la adolescencia se define el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. (María Gabriela Ulanowicz, 2011)

Según el Instituto Nacional de Estadísticas, en Chile al año 2012, la población adolescente (10-19 años), lo que corresponde al 15,6%; de estos, el 52% corresponde a adolescentes de 15 a 19 años y el 48% a adolescentes de 10 a 14 años de adolescentes embarazadas.

Los factores de riesgo prevalentes en el embarazo de adolescentes son la edad de la menarquía a los 13 años, el inicio de las relaciones sexuales entre los 14 a 15 años el 17,33% y entre las 16 a 17 años 49,33%, así como la repetición intergeneracional en la que

el 20% tiene el antecedente de embarazo precoz en la madre, el 33% la hermana, el 10,67% en la madre y hermana y un 36% no tiene antecedente de embarazo en adolescentes en sus familiares cercanos.(Ávila & García, 2011).

Entre los factores externos se analiza los factores familiares, como la escasa comunicación afectiva, vivir en ambientes donde los embarazos tempranos son comunes y son considerados como algo normal, vivir en núcleos familiares disfuncionales o desfragmentados. (Ávila & García, 2011).

Por lo que respecta a las variables familiares, algunos estudios se han enfocado en la estructura familiar y señalan que los adolescentes que viven con ambos padres biológicos, presentan menor probabilidad de iniciarse sexualmente de manera temprana que aquellos que viven en familias de un solo padre o reconstituidas. (Palos & Betancourt, 2006).

Dentro de un enfoque sistémico, el embarazo adolescente puede conceptualizarse como un síntoma de una disfunción de los sistemas a los que la adolescente pertenece. Se hace necesario comprender su conflictiva en el contexto de sus relaciones, formando parte de diversos sistemas y subsistemas, entre los que se destaca especialmente la familia. (González & Molina, 2013).

La mayor parte de las veces los embarazos adolescentes tienen que ver con un problema en la relación familiar o un mal funcionamiento a nivel de la familia y sus integrantes (como por ejemplo problemas de la pareja, problemas entre padres e hijos). Casi siempre detrás de

un embarazo hay algún tipo de problema familiar que se debe resolver y es necesario asumir la responsabilidad de todos antes de culpar al hijo. (González & Molina, 2013).

Dentro de los Factores Familiares tenemos a la Relación Familiar. Diversos estudios sobre fecundidad en adolescentes coinciden en que las relaciones familiares y el tipo de familia (monoparental, biparental, reconstituida) donde ha vivido la joven, influyen considerablemente en el comportamiento sexual de la adolescente. Según la Encuesta Nacional de Hogares 2009, las adolescentes que viven en familias numerosas (en el sector urbano), las que no son hijas del jefe del núcleo familiar y las que viven en hogares compuestos monoparentales, tiene mayor posibilidad de tener pareja sexual a edades más tempranas que sus pares y por lo tanto de embarazarse. (Trujillo & Carmona, 2013).

Factores de riesgo propios de la adolescente, la edad de la menarquía cada vez más temprana, el inicio de la actividad sexual sin contar con información. (Guttmacher, 2011)

Thompson, publicaron en el año 2008, un estudio de casos y controles, con jóvenes adolescentes embarazadas, aspectos familiares resultaron ser factores de riesgo para embarazo adolescente, entre ellos: estar fuera del hogar durante un largo período de tiempo, estar fuera del colegio, sensación de abandono por parte de la familia. En el estudio de Thompson comentan que las adolescentes embarazadas tienen complejos perfiles compuestos por una multitud de características de riesgo, comportamientos altamente comprometedores, y pobre funcionalidad familiar.

En el Ecuador las cifras de embarazos en la adolescencia no son exactas, se establecen registros en hospitales, centros de salud con tendencia al incremento en proporción siendo la más alta en la subregión andina. A nivel de la provincia del Azuay en un estudio realizado, en los últimos dos años la fecundidad en mujeres de 14 a 19 años representa el 71.6%; de estas jóvenes mujeres el 43.0% son primigestas. En relación a factores familiares se encontró que un 54,7 no vivían con los progenitores, en un 38,9% las jóvenes sufrían de violencia en el hogar.

El hospital ginecolo- obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, en hospitalización de adolescentes, comprendidas entre 13 a 18 años, se evidenció que el funcionamiento familiar de sus sistema familiar durante el proceso de embarazo fue perturbado, ya que dicho sistema adoptado patrones esquemas estructurales previos que le dificultan su evolución y enfrentamiento de diferentes tipos de crisis, provocando stress y desarrollo comunicaciones disfuncionales que no permiten un adecuado enfrentamiento de la situación. Es indudable que las alteraciones en el funcionamiento familiar de la adolescente embarazada también puede perturbar la comunicación familiar. (Paola Vaca, 2012).

Por tal razón, lo antes expuesto y considerando que es un tema de relevancia para las adolescentes, niño, madre, familia, y sociedad. Es importante establecer los factores de riesgo familiar que predisponen el embarazo a las adolescentes, para de esta manera, y de acuerdo a los resultados, elaborar y proponer posibles medidas de prevención., con el fin de disminuir el embarazo de las adolescentes y factores de riesgo familiar que está aumentando cada día en nuestro país.

Por lo antes mencionado propongo el presente trabajo investigativo como tema de tesis **“FACTORES DE RIESGO FAMILIAR QUE PREDISPONEN AL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2015”**.

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

Debido a lo expuesto anteriormente se ha procedido a plantear el siguiente problema de investigación.

¿CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGO FAMILIAR QUE PREDISPONEN AL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2015?

1.3. DELIMITACION DE LA PROBLEMÁTICA

El siguiente trabajo investigativo se realizara en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja periodo abril septiembre del 2015.

II. JUSTIFICACION

El embarazo en las adolescentes es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual. El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son hechos frecuentes y experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres y las adolescentes jóvenes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí.

La familia constituye la piedra angular de la sociedad por lo que sigue siendo el primer y principal sistema de formación para el adolescente, ya que puede convertirse en un factor de riesgo cuando no existen modelos parentales adecuados que permitan evitar conductas de riesgo que pudieran originar un embarazo durante la adolescencia.

Rangel y Valerio en el 2010 afirmaron que 27% de las adolescentes en estado de embarazo presentaron una disfuncionalidad familiar moderada y un 6% severa. En relación a otras características familiares, en un grupo de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en los centros de atención de ASSBASALUD ESE en Colombia 2013, se pretende abordar temas como: educación sexual, implicaciones de la estructura familiar, violencia intrafamiliar y acompañamiento familiar.

Por ello la presente investigación se realiza con el fin de indagar como está el núcleo familiar de las adolescentes embarazadas, ya que la familia es el principal medio socializador, en donde se imparten las reglas y las normas, con autoridad y amor a la vez

para que las adolescentes se enfrente al medio social, entonces tal vez sea la causa principal la disfuncionalidad familiar que hace que las adolescentes tengan este tipo de conductas, el ser este el caso la familia no está cumpliendo su función como medio protector, es por eso que la investigación va direccionada a investigar los factores de riesgo familiar de las adolescentes embarazadas.

Por tal razón, es necesario establecer factores de riesgo familiar en relación principalmente al funcionamiento familiar en las adolescentes, para de esta manera, y de acuerdo a los resultados, elaborar y proponer posibles medidas de prevención, a fin de disminuir los embarazos en las adolescentes.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Establecer los factores de riesgo familiar que predisponen al embarazo en las adolescentes del hospital isidro ayora periodo abril - septiembre 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar factores de riesgo familiar como el inicio de la vida sexual y violencia familiar que predisponen al embarazo en las adolescentes del hospital isidro ayora periodo abril - septiembre 2015.
- ✓ Determinar el funcionamiento familiar que predisponen al embarazo en las adolescentes del hospital isidro ayora periodo abril - septiembre 2015.
- ✓ Realizar un tríptico de los factores de riesgo familiar que predisponen al embarazo en las adolescentes del hospital isidro ayora, periodo abril-septiembre 2015.

IV. MARCO TEORICO

4.1. ADOLESCENCIA

4.1.1. Adolescencia temprana

4.1.2. Adolescencia media

4.1.3. Adolescencia tardía

4.2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

4.2.1. Contexto sociodemográfico

4.3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO AL EMBARAZO ADOLESCENTE

4.3.1. Factores de riesgo individual

4.3.2. Inicio de las relaciones sexuales

4.3.3. Factores de riesgo familiar

4.3.4. Funcionalidad familiar

4.3.4. Niveles de funcionamiento familiar

4.3.5. El embarazo adolescente como una crisis que incide en el funcionamiento familiar

4.3.6. Dinámica familiar y comunicación

4.3.7. Estructura familiar

4.3.8. Violencia familiar

1.3.9 Relacionar la funcionalidad con el mayor o menor riesgo de embarazo adolescente

4.4. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

4.4.1. Consecuencias en la adolescencia temprana

4.4.2. Consecuencias en la adolescencia media

4.4.3. Consecuencias en la adolescencia tardía

4.5. CONSECUENCIA EN EL PROYECTO DE VIDA

4.5.1. Aumento de la dependencia familiar

4.5.2. Aumento de la dependencia de la pareja

4.5.3. Matrimonios / uniones forzadas.

4.5.4. Mayor número de hijos.

4.5.5. Consecuencias biológicas

4.6. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

4.6.1. Prevención primaria

4.6.2. Prevención secundaria

4.6.3. Prevención secundaria

4.6.4. Programas de educación sexual

4.6.5. Ampliación de la cobertura de servicios de salud y de calidad para adolescentes

4.6.6. Fomento de la participación y organización de los y las jóvenes

V. METODOLOGIA

5.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es cualitativo, tipo descriptivo, transversal porque estudiará los factores de riesgo familiar que predisponen al embarazo a las adolescentes del hospital Isidro Ayora.

5.2. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizara en las adolescentes embarazadas que asistan al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Provincial Isidro Ayora en el periodo de abril – septiembre del 2015

5.3. UNIVERSO Y MUESTRA

El estudio se llevara a cabo en las adolescentes embarazadas que asistan al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Provincial Isidro Ayora en el periodo de abril – septiembre del 2015

5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Adolescentes embarazadas que acuden a hospitalización o acuden al servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital Isidro Ayora
- ✓ Adolescentes tengan de 10 a 19 años de edad.
- ✓ Adolescentes que deseen participar en la investigación las adolescentes embarazadas.
- ✓ Pertenecen al periodo comprendido de mayo –agosto.

5.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ✓ Mujeres mayores de 20 años de edad o menores de 10 años.
- ✓ Adolescentes embarazadas que no deseen participar de la investigación.
- ✓ Adolescentes embarazadas que no acuden durante el periodo mayo-agosto.

5.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de información de datos y la muestra se aplicara el Cuestionario FFSIL para evaluar los factores de riesgo familiar en las adolescentes embarazadas del hospital isidro ayora. Se les informara previamente a las adolescentes embarazadas y se aplicara una hoja de datos.

El consentimiento informado es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas y sus derechos; este fue entregado a cada uno de los usuarios diabéticos para su respectiva participación en la investigación.

Cuestionario FF-SIL El instrumento que se aplicó para la investigación fue FF-SIL es un cuestionario de Funcionamiento Familiar. Este instrumento dá algunas pistas para centrar la problemática dentro un sistema familiar. El funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia.

5.7. VARIABLES

- ✓ Factores de riesgo familiar en las adolescentes embarazadas

5.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Embarazo en adolescentes			
Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
<p>Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la Adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.</p>	<p>Características de la población</p>	<p>Edad</p>	<p>10-13 años 14-16 años 17-19 años</p>
		<p>Procedencia</p>	<p>Urbana Rural</p>
		<p>Ocupación</p>	<p>Estudia Trabaja Ama de casa Ninguno</p>
		<p>Estado civil</p>	<p>Soltera Casada Viuda Unión libre</p>
		<p>Nivel de Instrucción</p>	<p>Analfabeta Primaria completa Secundaria completa Universitaria</p>

Factores de riesgo familiar				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Inicio de su vida sexual	Es la actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual.	Biológica	Hoja de Datos	10-13 años 14-16 años 17-19años
Violencia familiar	Es toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.	Biológica	Hoja de Datos	Papa Mamá Hermanos Tíos Otros

Factores de riesgo familiar				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Funcionalidad familiar Cohesión Armonía Comunicación Efectividad Roles Adaptabilidad permeabilidad	Son elementos agresivos frecuentes, que pueden desencadenar y una respuesta biológica, como peligro potencial para la madre y e producto de la gestación.	Psicológica	Test FF-SIL	Casi nunca (1) Pocas veces (2) A veces (3). Muchas veces (4). Casi siempre (5)

VI. PLAN DE ANÁLISIS

Los datos serán procesados y analizados en el paquete estadístico de Microsoft Excel y sus resultados serán presentados en cuadros y gráficos.

VII. RECURSO

7.1. HUMANOS

✓ Directos:

Autora: Jessica Verónica Valladarez Loján

✓ Indirectos:

Adolescentes embarazadas que asistan al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora.

7.2. MATERIALES

Insumos de oficina: Papel, tinta, esferos, copias, carpetas, anillados, cd, borradores, correctores, computadora, impresora, memory flash.

7.4 PRESUPUESTO-FINANCIAMIENTO

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Lápiz	4	\$ 0.30	\$1.20
Borrador	2	\$0.30	\$0,60
Cuaderno	1	\$1.25	\$1.25
Papel bond	100	\$0.02	\$2.00
Impresión	240	\$0.15	\$360.00
Internet	200 horas	\$0.75	\$150.00
Foto Copias	120	\$0.02	\$2.40
Bolígrafos	4	\$ 0.35	\$1.40
Anillado	5	\$2.50	\$12.50
Pen drive	1	\$17.00	\$17.00
Carpetas plásticas	4	\$0.80	\$3.20
CD	2	\$1.50	\$3.00
Transporte	20	\$0.25	\$50.00
TOTAL			\$604.55

El presupuesto aquí proyectado refleja los gastos que deberá hacerse para la ejecución de la propuesta planteada, que podría sufrir variaciones según las necesidades que se vayan adquiriendo en el transcurso de la investigación. Sera financiada por la investigadora.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ Gilbert Harmon. (2003). Manual de embarazo y parto de alto riesgo. Madrid. España. Elsevier. 3Era edición.
- ✓ Ávila Adolfo G, García B y Paola M. (2011). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. España.
- ✓ Àngela Vázquez, Carlos Guerra y Francisca C. (2001). Embarazo y adolescencia. Cuba.
- ✓ Baeza, B. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en las adolescentes. Chile.
- ✓ Carmen Torres. (2002). Factores de riesgo en adolescentes. Lima. Perú.
- ✓ Herrera M. Hopkins, J. (2008). “Ginecología y Obstetricia”. Madrid España Editorial. Marban.
- ✓ Zambrano G, León S. (2012). Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. Revista de ciencia. vol. 9. (2). Pág. 10-16.
- ✓ Botero, J.U. obstetricia y ginecología. Colombia, 2006. Pág. 386 – 405
- ✓ Trujillo C, Carmona S. (2013). Funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de Assbasalud Ese. Revista Médica. Colombia. Vol. 13. (2). Pág. 142-159.
- ✓ Lombardía J y Fernández M. (2010). Ginecología y Obstetricia. 2da edición. Madrid. España. Editorial medica panamericana.

- ✓ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. MSP Quito-Ecuador. Tomado del Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Sexual y Reproductiva de la mujer embarazada 2009.
- ✓ González A, Molina G. (2013). Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes. Revista médica de Chile.vol.141.
- ✓ Palos A, Ocampo Betancourt. (2006). Factores familiares asociados el inicio sexual en las adolescentes. Revista médica colombiana. Pág. 09-101.
- ✓ Factores de riesgo para embarazo adolescente. (2008). Revista Médica. Disponible en:

<file:///C:/Users/Mis%20documentos/Downloads/Factores%20de%20riesgo%20para%20embarazo%20adolescente.pdf>

- ✓ Riesgo en el embarazo adolescente. (2006). Revista de Posgrado de la vía cátedra de Medicina. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.pdf

ANEXOS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

Formulario de recolección de datos:

I. Datos personales

1. Edad

- 10-13 años ()
- 14-16 años ()
- 17-19 años ()

2. Procedencia

- Urbana ()
- Rural ()

3. Ocupación

- Estudia ()
- Trabaja ()
- Ama de casa ()
- Ninguno ()

4. Estado civil

- Soltera ()
- Casada ()
- Viuda ()
- Unión libre ()

5. Nivel de instrucción

- Analfabeta ()
- Primaria completa ()
- Secundaria incompleta ()
- Universitaria ()

II. CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES:**1. A qué edad fue su primera menstruación**

- 10-13 años ()
- 14-16 años ()
- 17-19 años ()

2. A qué edad inició su vida sexual

- 10-13 años ()
- 14-16 años ()
- 17-19 años ()

3. Habido violencia familiar en su familia

- Papa ()
- Mamá ()
- Hermanos ()
- Tíos ()
- Otros ()

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

Los embarazos en adolescentes se ha considerado como un problema social y de salud y debido a su incremento en los últimos años, he creído conveniente la realización de un trabajo investigativo para determinar los factores de riesgo familiar, que están expuestas nuestras adolescentes. La presente encuesta investigativa es de carácter anónimo. Gracias por su colaboración.

CUESTIONARIO FFSIL:

Este instrumento denominado FF-SIL, es un test de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad basados en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad, permite al identificar el factor relacionado causante del problema familiar y así intervenir más eficaz y efectivamente en este.

El FF-SIL, cuestionario de funcionamiento familiar, tiene sólo 14 ítems.

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1).

Pocas veces (2)

A veces (3).

Muchas veces (4).

Casi siempre (5)

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.

2. En mi casa predomina la armonía. _____

3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades. _____
 4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. _____
 5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. _____
 6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. _____
 7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. _____
 8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan. _____
 9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado. _____
 10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. _____
 11. Podemos conversar diversos temas sin temor. _____
 12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas. _____
 13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. _____
 14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. _____
- PUNTUACIÓN TOTAL: _____

INTERPRETACIÓN:

BAREMO

De 70 a 57 puntos. Familia funcional

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

NÚMERO DE PREGUNTA Y LAS SITUACIONES VARIABLES QUE MIDE

1 y 8..... Cohesión

2 y 13..... Armonía

5 y 11..... Comunicación

7 y 12..... Permeabilidad

4 y 14..... Afectividad

3 y 9..... Roles

6 y 10..... Adaptabilidad

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. **Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. **Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. **Roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. **Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Jessica Verónica Valladarez, estudiante de la Facultad de Medicina del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, estoy llevando a cabo la tesis titulada:

FACTORES DE RIESGO FAMILIAR QUE PREDISPONEN AL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2015''

Usted está invitada a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados:

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada participante, será mantenida con estricta confidencialidad.

Estoy dispuesta a responder todas las preguntas de la hoja de datos y el cuestionario de FF-SIL

Toda la información que proporcione será confidencial y solo podrá ser conocida por las personas que trabajen en este estudio y mi identidad no podrá ser revelada.

Al firmar este documento doy mi consentimiento de participar en este estudio como voluntaria.

Responsable: Jessica Valladarez

Yo _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidos de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundido con fines académicos. Convengo en participar en

Esta investigación.

FIRMA

C.I.: