

MUNICIPIO BOYEROS

POLICLINICO MÁRTIRES DE CALABAZAR

**FUNCIONAMIENTO Y REPERCUSIÓN FAMILIAR
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
ATENDIDAS EN EL POLICLÍNICO DE
CALABAZAR**

AUTORES: MsC María Zayda Guridi González

MsC Virginia Franco Pedraza

Lic. Yessie Arlet Guridi Lueges

JUNIO 2011

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia puede ser un golpe arrollador para la vida familiar y reclamar una drástica variación y cambios en su funcionamiento habitual, ya que el embarazo precoz demanda desafíos y posturas diferentes. La actitud de la familia ante este acontecimiento, resulta decisiva 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 biológicos, sino también importantes factores psicosociales; por lo que realizamos un estudio descriptivo prospectivo y transversal en las familias de adolescentes embarazadas, atendidas en la consulta multidisciplinaria del Policlínico Universitario “Mártires de Calabazar” durante el período de enero a diciembre del 2010, con el objetivo de caracterizar la familia de dichas gestantes; la muestra estuvo conformada por 53 adolescentes embarazadas, según criterios de inclusión y exclusión. Fueron estudiadas las variables edad, escolaridad, ocupación, relación de pareja, clasificación de la familia, funcionamiento familiar y repercusión familiar del embarazo en la adolescencia como problema de salud. Se aplicó una entrevista semiestructurada, el FF- SIL y el IRFA. Como resultados, predominó el grupo de 15 a 18 años de edad (96,2%), la escolaridad de secundaria (47,2%), inestabilidad de pareja (58,5%) y las desocupadas (84,9%). Los mayores porcentajes correspondieron a las familias monoparentales (79,2%), medianas (52,8%), extensas (62,3%), trigeneracionales (68,0%), moderadamente funcional, y una repercusión moderada (32,2%) y favorable (64,2%). Se recomienda estructurar programas sexológicos dirigidos y realizados por equipos multidisciplinarios.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción.....	1
Capítulo 1. Marco teórico.....	5
Capítulo 2. Marco metodológico.....	18
2.1 Fundamentación del problema.....	18
2.3 Objetivos.....	19
2.4 Características del diseño.....	20
2.5 Selección de la muestra.....	20
2.6 Operacionalización de las variables.....	21
2.7 Técnicas y procedimientos de recolección de los datos.....	25
2.8 Procesamiento estadístico.....	30
2.9 Consideraciones éticas.....	30
CAPÍTULO 3. Resultados y discusión.....	31
Conclusiones.....	60
Recomendaciones.....	61
Referencias bibliográficas.....	62
Anexos.....	

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 OMS la define como la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años (Peláez J.1999).

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. La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autovalente en ambos sentidos (Centro Nacional de Educación Sexual, 2003).

Es importante conocer las características de esta etapa, por la que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo, sabiendo que una adolescente se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada (Faílde Garrido JM y col. 2008).

El embarazo en la adolescencia constituye un importante 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).

Asimismo, las adolescentes tienen poca experiencia para reconocer los síntomas propios del embarazo y son renuentes a aceptar la realidad de su situación. Por otra parte, desconocen adónde acudir para obtener orientación y ayuda, y en general vacilan en confiar en los adultos (Suárez C. 2005).

El embarazo en la adolescencia, además de constituir un riesgo médico elevado, lleva aparejado dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo, lo que se conoce como el "Síndrome del fracaso". Es por tanto la etapa que puede determinar el sentido de la vida y el bienestar futuro (Davis Ivey Ch. 1998).

Frecuentemente es un embarazo no deseado o no planificado, con una relación débil de pareja y en muchos casos fortuita u ocasional, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos y maestros; comportamiento que generalmente conduce a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente, con sus consecuencias negativas antes y después del nacimiento. (Cruz M.V. y col. 2004)

El problema que se presenta para las embarazadas adolescentes es que están transitando por el difícil camino de transformarse en una mujer adulta, y a la crisis de la adolescencia, desencadenada por los cambios biológicos, psicológicos, sociales e interpersonales, se le suma la crisis del embarazo que es una crisis secundaria provocada por la presencia de una vida en el vientre, que compromete a estas jóvenes con una responsabilidad y madurez que no han desarrollado totalmente. (González G.H. 2006)

El embarazo, deseado o no, desempeña un papel fundamental en la determinación de las oportunidades futuras de la joven ya que puede desorganizar su vida, su educación y su relación familiar (Paraño MW, Narvadez PV. 2004).

Las sólidas relaciones familiares se convierten en requisito para el óptimo desarrollo adolescente. En este balance entre autonomía y conexión afectiva se han de mover con particular habilidad los padres con los hijos.

El papel del factor humano en el proceso salud-enfermedad va mucho más allá de la básica relación médico-paciente e incluso del rol activo y responsable de la persona para con su salud y bienestar, y presupone legitimar el importante papel de la familia en el proceso de mantener, restablecer u optimizar la salud de cualquiera de sus miembros (Roca Perara M A. 2009). Ello adquiere especial significación en el caso de las adolescentes embarazadas cuya atención y afrontamiento rebasa los marcos institucionales sanitarios para abarcar la vida cotidiana de la gestante y sus familiares.

Todo ello obliga a profundizar en el grado de funcionamiento de las familias ya que el mismo “influye en la aparición y descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud” (Arés, P. 2008).

El impacto de los eventos en la salud familiar depende, en gran medida, de la habilidad y capacidad que esta tenga para enfrentar los cambios, o realizar los ajustes necesarios, actuando en pro de una adaptación a la nueva situación, así como también a la capacidad de abrirse como sistema y permitir la relación de sus miembros con otros subsistemas, aceptando la ayuda a la solución de sus problemas, de otras personas, grupos o instituciones (Herrera, P., González, I. 2002).

Desde enero del 2010 realizamos prácticas docentes en el Policlínico Universitario “Mártires de Calabazar” del Municipio Boyeros participando en la consulta multidisciplinaria del Programa Materno Infantil, donde todas las embarazadas son valoradas por diferentes especialidades, dentro de ellas, la atención psicológica. Esta consulta tiene como objetivo principal identificar aquellas embarazadas de riesgo

materno infantil, entre ellas, las adolescentes, con el propósito de disminuir la tasa de mortalidad infantil del área de salud, así como mejorar el bienestar psicológico y social de la adolescente embarazada.

Por todo lo anteriormente expuesto y considerando que el embarazo en la adolescencia es un problema de salud con repercusión biopsicosocial, es que nos propusimos realizar este estudio con el objetivo de caracterizar la familia de las adolescentes embarazadas atendidas en la consulta multidisciplinaria del Programa Materno – Infantil del Policlínico “Mártires de Calabazar”.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

La adolescencia, etapa de trascendental importancia en la vida del ser humano, está siendo objeto de atención cada vez más, con un sustancial cambio en los discursos, puesto que ya desde hace algunos años, no se habla de ella solo como futuro, sino también como presente. Los temas inherentes a este período de la vida, son disímiles, yendo de lo individual y los asuntos relacionados con la célula fundamental de la sociedad, a todas sus esferas (Aliño Santiago M.; 2006).

El grupo de los adolescentes constituye un campo de estudio sumamente importante, porque representa la edad en que se inicia la vida sexual activa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa comprendida entre los diez y los diecinueve años de edad (Urmeneta A, Echeverría M, Martín L.; 2000). Sin embargo, hay quienes plantean que se extiende hasta los 23 ó 24 años, edad en que las muchachas y los muchachos terminan sus estudios universitarios y se insertan en la vida laboral (Ravelo A. 2003a).

Existe consenso en cuanto a que la primera parte de este período del desarrollo de la personalidad abarca hasta alrededor de los 15 años y recibe el nombre de adolescencia temprana y la siguiente, el de adolescencia tardía o juventud. Ambos períodos están íntimamente ínter conexiónados, forman un sistema inseparable aunque, para su estudio, se divida en esos dos momentos (Ravelo A. 2003a).

Según se describe por Infante en su libro Psicología y Salud (Infante O), en la adolescencia temprana, enmarcada entre los 10 y los 14 años, ocurren cambios biológicos, como aquellos que interesan al aparato reproductor, apareciendo los caracteres sexuales secundarios. En ambos sexos se inicia la pubarquia. En la hembra comienza la telarquia, y el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales internos; y en el varón el aumento testicular, los cambios de color y arrugamientos escrotales, y el crecimiento del pene. Como consecuencia de las transformaciones

en los órganos sexuales se produce también un influjo hormonal generador de necesidades novedosas (Pérez, S. Aliño, M.; 1999).

En este período surgen, además, la necesidad de independencia, la impulsividad, la labilidad emocional, las alteraciones del ánimo y la búsqueda de solidaridad y comprensión entre pares, lo que se mezcla con necesidad sentida de apoyo de los padres, por lo que se generan ambivalencias que hacen de la relación padres/adolescentes, un reto (Aliño Santiago M. 2006).

Por estos tiempos, el adolescente dotado de la capacidad biológica de ejercer su sexualidad y de experimentar sus primeras vivencias psicosexuales, es inmaduro psicológica y socialmente. En esta etapa que hacemos alusión, la imagen corporal es muy importante, sintiendo los adolescentes sumo interés en resultar atractivos (Ravelo, A. 2003a).

En la adolescencia tardía, que es la fase final, se alcanzan características sexuales de la adultez, termina el crecimiento, hay aproximación a la familia, una mayor independencia, el grupo empieza a ser desplazado por la relación de pareja, los impulsos van siendo mejor controlados, los cambios emocionales menos marcados y la ambivalencia se va disipando. Se construye un sistema propio de valores y proyectos de vida (Infante, O.).

Debido a los cambios físicos, psicológicos y sociales que experimentan, se genera una incertidumbre en el adolescente sobre su nueva apariencia física. Es una nueva fase de gran curiosidad sexual, hay una búsqueda de autonomía e independencia con dificultades para controlar los nuevos impulsos, juzgando a los padres como incapaces para comprenderlos, sin embargo, sienten la necesidad de su apoyo emocional y físico. Suelen padecer sentimientos de soledad y necesitan establecer un vínculo afectivo fuerte con otros adolescentes y los comportamientos reciben gran influencia de las normas de conducta del grupo trayendo esto, conflictos con los padres (Núñez de Villavicencio Porro, F. y col.; 2001; González Hernández, A. 2001).

El grupo de coetáneos es de gran relevancia en la adolescencia, puesto que sus normas influyen en los comportamientos individuales, lo que funciona como factor de riesgo o protector, por la potencialidad de estimular conductas positivas o negativas, en correspondencia con sus cánones (Infante, O.).

Sus necesidades de ser aceptado en el grupo se convierten en una de sus más fuertes motivaciones. El intercambio de las nuevas vivencias emocionales los hace sentirse comprendidos y aceptados en un grupo donde el aprendizaje es permanente. Por eso resulta de vital importancia para los adultos conocer las características del grupo, las de sus líderes, sus normas y valores, ya que van a ejercer una influencia decisiva en el adolescente, que con seguridad las hará suyas (González Hernández, A. 2001; Alfonso Rodríguez, A. C; Sarduy Sánchez, C.; abril 2000; Alfonso Rodríguez, A. C.; Sarduy Sánchez, C. agosto 2000; Alfonso Rodríguez, A. C; Sarduy Sánchez, C., diciembre 2000).

Podemos afirmar que la adolescencia es un período de cambios rápidos y de retos muy difíciles. El desarrollo físico es sólo una parte del proceso, porque las demandas de este período conllevan cambios psicosociales.

Los retos fundamentales que deben enfrentar y resolver los adolescentes para culminar con éxito el crecimiento y maduración a lo largo de estas edades, se refieren a tres esferas esenciales de la vida (Ravelo A. 2003):

- la profesional laboral
- la ideológica, ética y social
- de pareja y familiar

La familia como institución social básica, depositaria de la responsabilidad de reproducir la especie y de la transmisión de valores, cumple importantes funciones en el desarrollo de sus miembros, al ser responsable, junto a los demás componentes de la sociedad, de su preparación para la vida (Louro I. 1997). Como

primer ambiente social, modela sentimientos y ofrece patrones de conductas, dándose o no en su seno, las condiciones para alcanzar el normal crecimiento y desarrollo del ser humano. En ella las contradicciones generadas al arribar a la adolescencia alguno de sus miembros, pueden originar una crisis evolutiva, un momento de cambios, en el que se necesita variar el desempeño de roles y asumir nuevos modos de funcionamiento. La crisis, marcada por pautas y normas de convivencia precedentes, debe ser aprovechada para su fortalecimiento (Infante, O.).

Esta etapa está colmada de vivencias muy enriquecedoras pero, también, suele estar minado de angustias, conflictos y contradicciones, generadas por el propio desarrollo. Sin embargo, muchas de estas afectaciones están motivadas por las incomprendiones y el mal manejo de las personas encargadas de su educación. Estas personas suelen desconocer e ignorar las transformaciones y posibilidades esenciales de la etapa, que los conducen a imponer regulaciones, represivas, o protectoras que no se ajusta con sus nuevas necesidades y posibilidades y se convierten en un freno para el desarrollo del adolescente.

La adolescencia es un periodo especialmente crítico e intenso en el ciclo vital familiar, marcado por la inestabilidad y el desequilibrio tanto en cada uno de los miembros como en toda la familia, ya que todos están sometidos a los impactos del crecimiento y desarrollo. El adolescente en su afán de descubrir nuevas direcciones y formas de vida, desafía y cuestiona el orden familiar preestablecido, ya que ocurren cambios rápidos y notables entre los que figuran la maduración física, la maduración cognitiva y el desarrollo psicosocial. Es el proceso de aprendizaje de sí mismo y en relación con los otros y el desarrollo de la identidad, la intimidad, la integridad, la independencia psicológica y la independencia física que le permite dejar a la familia y ganarse su propio sustento (Adolescencia. Supercurso).

Todos los individuos, durante el período de la adolescencia, presentan un mayor o menor grado de crisis de desarrollo (Academia Estadounidense de Psiquiatría del Niño y del Adolescente; 1998). Desde el punto de vista práctico, el perfil psicológico

es transitorio y cambiante durante la adolescencia y emocionalmente inestable. El desarrollo de su personalidad dependerá en gran medida de la personalidad que se haya estructurado en las etapas preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales que se les ofrezcan. Los cambios y transformaciones que cubre el individuo en esta etapa son considerablemente acusados tanto en la esfera psíquica como en la orgánica. Algunas de las tareas que se imponen a un adolescente, incluyen (Polanczyk Guilherme V. y col.; 2002):

- Aceptar cambios puberales.
- Desarrollo del pensamiento abstracto y formal.
- Identificación y solidificación de amistades afectivas ([Desarrollo del adolescente](#); 2008).
- Establecimiento de la identidad sexual, mostrando timidez, [moralidad](#) y preocupación por su atractivo físico ([Desarrollo del adolescente](#); 2008).
- Lucha por la identificación del «Yo», incluyendo la estructuración de su existencia basado en esa identidad (Rodríguez Rigua M. I.; 2003).
- Alcanzar la independencia, un proceso de autoafirmación, imprescindible para la madurez social, a menudo rodeado de conflictos, resistencia y/o interferencia con su independencia (Rodríguez Rigua M. I. 2003; Academia Estadounidense de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, 1998).
- Logros cognitivos y vocacionales; fuerte interés en el presente y limitado enfoque en el futuro (Academia Estadounidense de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, 1998).
- Capacidad de controlar los períodos de depresión y facultad de expresar necesidades personales y grupales (Polanczyk Guilherme V. y col. 2002).

Según destaca Ravelo (Ravelo, 2003) en su artículo, la adolescencia constituye una fase indudablemente difícil, de gran vulnerabilidad, que requiere atención especial. Pero, de ninguna manera, se debe considerar, por sí misma, como una etapa de crisis, rebeldía y rompimiento social; por el contrario, la propia historia del género

humano demuestra que no han sido pocos los logros y triunfos, los aportes que ellos y ellas han brindado al crecimiento de la sociedad a lo largo de los siglos.

Debido al cambio radical y definitivo en sus conceptos de vida, familia y sociedad, la adolescencia, tanto para mujeres como para hombres, es una época de transición en todos los aspectos: social, psicológico, físico y sexual. Aunque la adolescencia se considera una etapa de la vida plena de salud, durante este periodo puede existir una morbilidad excesiva. El adolescente convive con importantes factores de riesgo, los cuales en gran medida le son desconocidos, puede estar en condiciones de mantener actitudes no saludables respecto a éstos y convertirlos en habituales conductas de riesgo (Urmeneta A, Echeverría M, Martín L.; 2000).

La maduración social por su parte se ha ido haciendo más compleja, o sea la persona adquiere el desarrollo pleno de la adultez a mayor edad e invierte un promedio de años de escolaridad mayor para lograr una preparación científica y técnica adecuada al momento que vivimos (Martín Alfonso L., Reyes Díaz Z. 2003), por lo que el perfeccionamiento y madurez de estas características psicosociales se desplazan en el adolescente, a edades más avanzadas de la vida, a diferencia de la precoz madurez biológica imperante en esta etapa. Todo esto unido a la desinformación y a la falta de educación en el orden sexual, posibilita que los adolescentes se crean aptos para concebir, por lo que se considera este período como importante grupo de riesgo en la salud reproductiva, que pudieran dar lugar a una maternidad y paternidad precoz (Castro, 2004).

El embarazo en la adolescencia es una crisis que se superpone a la crisis de la adolescencia (Lezcano y col. 2005). El mismo se presenta 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 (Laffita, 2004).

Según señala Ortigoza (2002) el embarazo no planeado en una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años. Además de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado. La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que generalmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas personales y sobre la salud de los hijos.

La maternidad es un rol de la edad adulta, cuando ocurre en el período en que la mujer no lo puede desempeñar adecuadamente el proceso se perturba en diferente grado; salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes (Mirabal y col. 2002). La futura madre adolescente se enfrenta a las inquietudes propias de la gravidez, se preocupa por la transformación de su cuerpo en una etapa en que asume su nueva imagen corporal, teme a las molestias del parto y se angustia por la actitud del padre que, en muchos casos, también es adolescente; a ello se suma tener que abandonar a su grupo de iguales, interrumpir los estudios y quizás no poder continuarlos, dejar de divertirse, atender a su bebé y amamantarlo cada vez que lo necesite, entre otros aspectos que pueden provocar estrés, fatigas, desinterés y trastornos de la personalidad (Fernández y col. 2004).

Es importante abordar la familia como factor determinante del desarrollo psicológico del adolescente ante el embarazo, partiendo de la aseveración realizada en el siglo XIX por Federico Engels donde clasifica a la familia como célula fundamental de la sociedad. Lo cual a pesar del transcurso del tiempo y de las transformaciones que ha sufrido, “aún continúa siendo el grupo natural del ser humano, su habitat por excelencia porque en su seno se nace y transcurre su vida (Arés, 2002), por lo que se ha categorizado como el grupo primario de desarrollo del hombre y su principal agente socializador.

La escuela histórico-cultural, creada por el eminente psicólogo ruso L. S. Vygotsky, tomó como base el materialismo dialéctico e histórico, aplicado de forma creadora a la ciencia psicológica y planteó el determinismo histórico y cultural de la psiquis, el reconocimiento del papel de la historia y la cultura en la formación y desarrollo de la personalidad a través de los contextos y grupos con los cuales se relaciona el individuo en toda su vida y el papel de la actividad como proceso que mediatiza esa relación y que permite la apropiación de la cultura, razón por la que se encuentra su utilidad como fundamento para el análisis del rol que ocupa el individuo y su entorno social más inmediato, su familia, en la salud” (Louro, 2000).

La familia como grupo social está condicionada por el sistema económico y el período histórico social y cultural en el cual se desarrolle, por lo que en este medio es donde se expresan las interrelaciones existentes entre el individuo y la sociedad y en su interior el mismo adquiere sus primeras experiencias, acepta las normas sociales, expresa sus primeros sentimientos, adquiere valores éticos y morales y a su vez incorpora recursos de apoyo, protección, y habilidades para su desarrollo y crecimiento, por lo que “la familia aporta al individuo las condiciones para un desarrollo sano de la personalidad o en su defecto es la principal fuente de trastornos emocionales” (Arés, 2002).

El hogar brinda al individuo un clima agradable, de seguridad y satisfacción o un clima desagradable, de tensión, angustia y temor. Según, el conjunto de relaciones interpersonales ínter subjetivo que se dan en el interior de cada familia los cuales le otorgan identidad propia (Herrera P., Gonzales I., Soler S. 2002), por tanto atendiendo al rol protagónico de la familia debemos reconocer su papel mediatizador en el proceso salud enfermedad de sus miembros, donde el individuo se convierte en gestor social de su propia salud en la cual la familia como sistema incide sobre cada uno de sus miembros a partir de transmitir una identidad familiar portadora de sus hábitos de vida los cuales orientan las conductas de los mismos, su concepción del mundo e interacción de las relaciones sociales, estatus económico que le permitirá desarrollar un nivel de vida determinado, y estilos de afrontamiento ante las crisis

normativas y paranormativas que atraviese el sistema familiar.

Todas las funciones familiares garantizan la salud del individuo y del grupo como un todo, en tanto sustentan el crecimiento, el desarrollo sano y el equilibrio emocional que facilitan el enfrentamiento a los eventos del ciclo vital de una familia (Louro, 2003). Por lo que Louro (Louro, 1993) plantea que “La familia cumple funciones trascendentales para la sociedad en su conjunto y para el desarrollo de la personalidad del hombre. La función biológica, económica, cultural espiritual y educativa que desempeña la familia garantizan la salud del individuo y del grupo como un todo”, lo cual facilita el enfrentamiento a los eventos del ciclo vital de una familia la que funciona como un agente de cambio en la promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad y sus daños, su participación es crucial en el desarrollo saludable del adolescente, aunque lleva a cabo otras funciones no menos importantes para el sostenimiento de la salud, como es la de amortiguar el estrés, tarea que tiene ciertas particularidades atendiendo a que el hogar opera como un espacio que modera las tensiones externas, las amortigua, coadyuvando con ello al mantenimiento de la salud de sus integrantes, esto ocurrirá siempre y cuando la familia esté bien integrada y afronte los problemas y dificultades cotidianas con estrategias apropiadas, de no ser así, la familia y sus miembros más débiles o vulnerables como los adolescentes presentarán consecuencias o efectos nocivos sobre su salud.

Según se describe por Herrera (Herrera, 2002), la familia en el tránsito por su ciclo vital, oscila entre períodos de estabilidad y períodos de cambios, caracterizados estos últimos por contradicciones internas que son necesarias e imprescindibles para propiciar su desarrollo. Estas contradicciones surgen a partir de eventos familiares que constituyen hechos de alta significación para el individuo y la familia, y que provocan cambios en el ritmo normal de la vida familiar, originando momentos de estrés, al tener la familia que enfrentarlos reestructurando sus procedimientos habituales.

La presencia de estos momentos en la vida de una familia son considerados como variables evolutivas necesarias a tener en cuenta en el estudio de cualquier grupo familiar, dentro de las que se aprecian los transicionales por cambios evolutivos como los relacionados con, la adolescencia (Arés, 1998).

El arribo de los hijos a la edad de la adolescencia es uno de esos momentos de cambios importantes en la vida de toda familia, y por ello es considerado como una crisis transitoria de la etapa de extensión de la familia. Los padres y el propio adolescente se ven en la obligación de modificar su comunicación, la autonomía y dependencia, los roles habituales, así como también va a sufrir cambios su relación intra e interfamiliar, las posibilidades de participación social, las necesidades económicas, el enfrentamiento a los problemas, etcétera (Herrera, P, González, I. 2002).

Con frecuencia, el funcionamiento familiar se ve afectado por la existencia de crisis no transitorias, accidentales o paranormativas, que no dependen del tránsito de una etapa a otra del ciclo vital, sino que se originan por eventos, con una intensa carga generadora de estrés que desestabilizan psicológicamente al núcleo familiar (Herrera SP.1997). El embarazo en la adolescencia puede generar, sin dudas, crisis de carácter mixto, ya que afecta la estabilidad de los miembros en el hogar, la dinámica de la familia y la subjetividad individual, por lo que la familia debe buscar el equilibrio y adaptarse a la nueva condición, lo que le permitirá fortalecerse como grupo y evitar que aparezcan tensiones perjudiciales para sus integrantes.

Según se describe por diferentes autores (González I. 2000; Pérez C.1992), el evento familiar por sí solo, no genera una crisis familiar no transitoria, depende siempre del significado que le otorga la familia, y su repercusión va a estar relacionada, tanto con la capacidad adaptativa de la familia, como con el resto de los recursos con que cuenta la misma.

Las características propias de cada adolescente y la dinámica específica de cada familia han de apreciarse de manera diferenciada respecto a la influencia que tienen en la adaptación de un evento vital. Las familias representan un temperamento determinado, rasgos de carácter, personalidad diferenciada y estados patológicos específicos, al igual que ocurre en los componentes que la conforman. Además el trasfondo cultural o el sistema de creencias religiosas de la familia desempeñan a menudo un papel importante en la determinación del grado de cohesión y la forma en la que los miembros de la familia responden a las situaciones de estrés. (Rodríguez, M. 2005).

Aquellas familias que no pueden resolver sus crisis y se quedan atascadas, fijan mecanismos patológicos de interacción intra y extrafamiliares y por lo general, van produciendo en uno o más miembros un estado de desajuste o enfermedad (Hernández, E., Grau, J. 2005).

Tal como describe la doctora Patricia Arés (Arés, 2004) el óptimo funcionamiento del apoyo social implica que la familia: emplee los recursos familiares expresados en forma de categoría: cohesión, adaptabilidad, comunicación, afectividad, roles, armonía y permeabilidad; lo cual constituyen la manifestación del funcionamiento familiar.

Empíricamente, el funcionamiento familiar, se traduce en el comportamiento cotidiano de una familia en el seno del hogar, en la atmósfera o el clima que se produce en el hogar con cierto nivel de regularidad y en su relación con la comunidad y las instituciones sociales (Hernández, E., Grau, J. 2005).

Se considera que una familia funcional es aquella que sea capaz de promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr en ellos el mantenimiento de estados de salud favorables; en tanto que una familia disfuncional debe ser considerada como un factor de riesgo del individuo, al propiciar la aparición de conductas inadecuadas, síntomas y enfermedades en sus miembros (Herrera, P.1997).

Para Walsh (2002), las familias funcionales enfrentan las crisis unidas como grupo, buscando solución adecuada a los conflictos, los cuales estimulan la creatividad y favorecen el cambio. Las opiniones diversas son consideradas de manera positiva y se respeta la individualidad.

Las familias disfuncionales son incapaces de enfrentar las crisis, expresar con libertad los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no se comunican con claridad, utilizan dobles mensajes, entorpecen el desarrollo individual y existe confusión de roles. Repiten las conductas ineficaces, culpando a otros con reacciones emocionales excesivas o simplemente negando la existencia del problema. Las soluciones que adoptan pasan a ser verdaderos problemas. Emerge un chivo emisario que, con sus síntomas, resulta el portavoz denunciante de la disfunción existente. En las familias disfuncionales se observa borramiento de las fronteras generacionales, alteración de la organización jerárquica y hasta formación de triangulación patológica. Se plantea que en una relación insatisfactoria de tipo inestable no se llega a un acuerdo implícito ni explícito de modo que los períodos estables son breves y los inestables, prolongados. Las patologías de funcionamiento al presentar desarreglos de las jerarquías exhiben autoritarismo extremo que induce al sometimiento y exceso de permisividad que originan un caos (Hernández, E., Grau, J. 2005).

La familia como grupo potencial del desarrollo síquico y emocional de la adolescente embarazada debe afrontar el proceso de gestación en primer lugar aceptando el mismo y buscando el crecimiento de la adolescente, no como un proceso crítico lleno de limitaciones y cuidados exagerados que alejen a la gestante de una individualidad propia y no creen una adecuada autoestima y una imagen de sí mismo con justa valoración de sus capacidades, teniendo en cuenta sus necesidades como ser social que se desarrolla en un momento histórico dado y como ser activo e independiente que es capaz de aportar a la sociedad sus experiencias, fracasos y motivaciones. Por lo que la familia debe permitir que la adolescente encuentre un equilibrio entre sus necesidades y sus capacidades, se reconozca en su desempeño de su nuevo rol

de madre pero que no lo conjugue con sentimientos de inferioridad, ni en otro extremo intente negar los sentimientos que su afección le provoca, es decir para lograr el apoyo social que la familia puede ofrecer a la adolescente embarazada es necesario reconocer a la persona tal cual es, respetando la expresión auténtica de su individualidad, expresarle afecto en la comunicación, para que este pueda expresar los sentimientos de preocupación y no crear respuestas emocionales inadecuadas, lo que dificulta la interacción familiar con la paciente.

Por tanto, es posible que ante un embarazo precoz la familia pueda ajustar sus funciones de forma productiva, y no afectar el crecimiento sano de la embarazada adolescente y su bebe, logrando satisfacer sus necesidades, propiciando un ambiente interno y externo que le posibilite a ésta las herramientas necesarias para adaptarse a la nueva etapa de su vida.

CAPÍTULO 2. MARCO METODOLÓGICO

2.1 Fundamentación del problema.

Un embarazo en la adolescencia puede ser un golpe arrollador para la vida familiar y reclamar una drástica variación y cambios en su funcionamiento habitual, ya que el embarazo precoz demanda desafíos y posturas diferentes. La actitud de la familia ante este acontecimiento vital de una adolescente miembro, resulta decisiva para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la misma, tratándose de un complejo proceso en que no sólo es importante tomar en consideración los aspectos biológicos, sino también importantes factores socio-culturales como las creencias y prejuicios en torno al evento y el grado de responsabilidades atribuidas a la gestante adolescente por su situación.

En el análisis del programa Materno Infantil del Policlínico Universitario “Mártires de Calabazar” del año 2009 se reportaron cuatros fallecidos menores de un año, siendo dos de ellos de madres adolescentes, lo que elevó la tasa de mortalidad infantil; por lo que teniendo en cuenta que una de las principales líneas de investigación de nuestra área de salud es el abordaje de esta problemática, y que en entrevistas realizadas en dicha consulta se detectaron conflictos en el área familiar a consecuencia del evento vital, con repercusión en las familia y en las adolescentes embarazadas, es lo que nos motivó realizar este estudio; por lo que nos planteamos el siguiente problema científico:

Planteamiento del Problema científico:

¿Cómo se caracteriza la familia de las adolescentes embarazadas atendidas en la consulta multidisciplinaria del Programa Materno Infantil en el Policlínico Universitario “Mártires de Calabazar” en el periodo de enero a diciembre del 2010?

2.3 Objetivos.

General:

Caracterizar la familia de las adolescentes embarazadas atendidas en la consulta multidisciplinaria del Programa Materno – Infantil del Policlínico “Mártires de Calabazar”.

Específicos:

1. Describir las adolescentes embarazadas según grupo de edad, escolaridad, relación de pareja y ocupación.
2. Clasificar las familias según, tamaño, ontogénesis, vínculo generacional y funcionamiento familiar.
3. Evaluar la repercusión familiar del embarazo en la adolescencia como evento vital.

2.4 Características del diseño.

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal en la familia de un grupo de embarazadas adolescentes, las cuales fueron atendidas en la consulta multidisciplinaria del Programa Materno Infantil del Policlínico Universitario “Mártires de Calabazar” en el período de Enero a Diciembre del 2010.

2.5 Selección de la muestra:

Del universo de adolescentes embarazadas que fueron 67, se seleccionó la muestra de estudio teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, la cual quedó conformada por 53 adolescentes embarazadas en el periodo de tiempo antes mencionado. No fue necesario aplicar ningún método aleatorio para la misma.

Criterios de inclusión:

- Embarazada de 10 a 18 años y familiar de la misma.
- Que el familiar tenga entre 18 y 65 años de edad y que conviva en el hogar de la adolescente embarazada, de modo tal, que conozca su dinámica familiar.
- Aprobación de la adolescente y familiar a participar en la investigación.

Criterio de exclusión:

- Familiar de la adolescente embarazada que presente alguna limitación mental que no pueda brindar información para el desarrollo de la investigación.

2.6 Operacionalización de las variables

Variables a estudiar:

- ✓ **EDAD:** Variable cuantitativa continua, que reflejó la edad de las adolescentes embarazadas. Se representó según años cumplidos a través de la siguiente escala:
10 - 14 años
15 – 18 años
- ✓ **ESCOLARIDAD:** Variable cualitativa ordinal politómica que expresa el nivel escolar alcanzado por la adolescente embarazada; se representó con la siguiente escala:
Primaria
Secundaria
Preuniversitario o técnico medio
- ✓ **RELACIÓN DE PAREJA:** Variable cualitativa nominal dicotómica que reflejó la estabilidad o no de la relación de pareja, según criterio emitido por la adolescente; representándose en:
Pareja estable: Se refiere a que la pareja mantenga una relación permanente y convivan juntos.
No pareja estable: cuando la relación de pareja no es permanente y no conviven juntos.
- ✓ **OCUPACIÓN:** Variable cualitativa nominal que expresó su condición de ocupación social, como:
Estudiante
Trabajadora
Desocupada

- ✓ **CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA:** Variable cualitativa nominal politómica que se refiere a los distintos tipos de familia según tamaño, ontogénesis y vínculo generacional.
- **Tamaño:**
 - Grande:** (7 o más miembros)
 - Mediana:** (de 4 a 6 miembros)
 - Pequeña:** (de 1 a 3 miembros)
- **Ontogénesis:** Se tuvo en cuenta la presencia de uno o ambos padres, clasificándola en:
 - Familia mono parental:** un solo padre con sus hijos.
 - Familia biparental,** ambos padres con sus hijos
 - Familia Nuclear:** Constituida por los padres casados o no y su descendencia.
 - Familia Extensa:** Familia que desciende de un mismo tronco independientemente del número de generaciones.
 - Familia Ampliada:** Cuando cohabitan miembros de la familia que no proceden de las líneas generacionales directas ni sus descendientes o cónyuges sino personas sin grado cercano de parentesco y consanguinidad.
- **Por vínculo generacional:**
 - Bigeneracional:** Cuando cohabitan 2 generaciones.
 - Trigeneracional:** Cuando cohabitan 3 generaciones.
 - Cuatrigeneracional:** Cuando cohabitan 4 generaciones.
- ✓ **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:** Variable cuanti-cualitativa, politómica, que expresa la dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia, la cual se produce en forma sistémica y es relativamente estable. Condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes. Se evaluó mediante la prueba de Percepción de Funcionamiento Familiar (FF.SIL). Las categorías evaluadas fueron las siguientes:

Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.

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 y conocimientos de forma clara y directa.

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

Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivencias y demostrar sentimientos y emocionales positivas unos a los otros

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

Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

Diagnóstico de funcionamiento familiar según puntuación total

Familia Funcional: 70 a 57 puntos

Familia Moderadamente Funcional: 56 a 43 puntos.

Familia Disfuncional: 42 a 28 puntos

Familia Severamente Disfuncional: 27 a 14 puntos

- ✓ **REPERCUSIÓN FAMILIAR:** Variable cuanti-cualitativa politómica. Que expresa el impacto que tiene el evento vital que atraviesa la familia (embarazo en la adolescencia), exigiéndole reajustes, cambios o modificaciones en su dinámica interna y modo de vida, que pueden favorecer la salud o dificultarla. Se utilizó el Instrumento de Repercusión Familiar (IRFA), el cual nos permitió evaluar diferentes aéreas, como son:

Área socioeconómica, que a su vez evalúa las variables, recursos socioeconómicos, que son las posibilidades económicas y materiales con que cuenta la familia, y el espacio habitacional, que son los espacios o locales que

conforman la vivienda, donde se desarrolla la vida familiar.

Área socio psicológica, donde se evalúan las variables de la integración social, en la cual está la incorporación al estudio y al trabajo de los miembros de la familia, participación social, que se relaciona con las actividades sociales y recreativas en que participa la familia; el modo de vida familiar, al que se integra el conjunto de formas típicas de actividad que realizan los integrantes de la familia; la convivencia social, que no es otra cosa que la relación de la familia con otros elementos de la sociedad como son los vecinos y la comunidad; así como también los planes y proyectos familiares, que son los proyectos de vida futuros que se ha planteado la familia.

Área de funcionamiento familiar, la cual evalúa las variables de la comunicación familiar, que brinda la posibilidad de transmitir mensajes entre los miembros del grupo familiar; la efectividad, que es la capacidad de los miembros de vivenciar y mostrar sentimientos y emociones unos a otros; la cohesión, dada por la unión física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas; la armonía; que es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo, así como también los roles, que son las tareas y funciones que realiza la familia.

Área estado de salud: evalúa la variable conocida como estado de salud individual, que se refiere a la presencia de afecciones, procesos patológicos o la ausencia de enfermedad en los miembros de familia.

La repercusión familiar se clasifica en diferentes niveles:

No repercusión (0-20 puntos): Cuando el evento no ha exigido cambios a la familia en su dinámica interna y en el modo de vida familiar.

Repercusión leve (21-40 puntos): Cuando el evento ha exigido a la familia muy pocos cambios en su dinámica interna y el modo de vida familiar.

Repercusión moderada (41-60 puntos): Cuando el evento ha exigido a la familia algunos cambios en su dinámica interna y modo de vida.

Repercusión elevada (61-80 puntos): Cuando el evento ha exigido a la familia muchos cambios y modificaciones en dinámica interna y modo de vida.

Repercusión severa (81 y más puntos): Cuando el evento ha exigido a la familia realizar gran cantidad de cambios y modificaciones importantes en su dinámica interna y modo de vida.

Repercusión favorable: Cuando la familia evalúa o considera que los cambios y modificaciones realizadas, o el hecho de no haber ocurrido cambios son favorables para el sistema familiar.

Repercusión desfavorable: Cuando la familia evalúa o considera que los cambios y modificaciones realizadas, o el hecho de no haber ocurrido cambios, son desfavorables para el sistema familiar.

2.7 Técnicas y procedimientos de recolección de los datos:

Se aplicaron las diferentes técnicas a un familiar de la adolescente embarazada, preferiblemente madre, padre o tutor, el cual fue citado a la consulta multidisciplinaria del Programa Materno Infantil. Estas técnicas fueron aplicadas por la autora de este trabajo y se realizaron en un aula del Policlínico “Mártires de Calabazar” con las condiciones adecuadas de privacidad y confort para que los resultados sean confiables, las cuales se describen a continuación:

- Se confeccionó un modelo de consentimiento informado (ANEXO 1) donde la adolescente y el familiar de la misma reflejaron su aprobación de participar en la investigación.
- Fue creada una entrevista semiestructurada (ANEXO 2) por parte de la autora de este estudio, la cual recoge los datos necesarios de la adolescente embarazada y de la familia, lo que nos permitió desarrollar los objetivos de la investigación.

Los instrumentos o técnicas psicológicas fueron aplicados a las adolescentes gestantes y su familiar en una consulta programada por el departamento de Psicología, con el objetivo de crear las condiciones óptimas de privacidad y confort, así como establecer un adecuado rapport con la adolescente y su familiar. Los instrumentos de evaluación psicológica aplicados al familiar fueron los siguientes:

1. Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) (ANEXO 3).
 2. Instrumento IRFA (ANEXO 4):
- Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) (ANEXO 3): Instrumento validado en Cuba, por Isabel Louro-Bernal y colaboradores, en la década de los 90, el cual es de bajo costo y de fácil comprensión, que será aplicado al familiar de la adolescente embarazada, para evaluar el funcionamiento familiar a partir de la percepción de que tiene de la familia y las categorías a evaluar son:
- | | |
|---------------------|--------|
| Cohesión ítems | 1 y 8 |
| Armonía ítems | 2 y 13 |
| Comunicación ítems | 5 y 11 |
| Adaptabilidad ítems | 6 y 10 |
| Afectividad ítems | 4 y 14 |
| Roles ítems | 3 y 9 |
| Permeabilidad ítems | 7 y 12 |

La puntuación final se obtuvo de la suma de los puntos por ítems. La escala tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado por el familiar:

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Se puede realizar un análisis cualitativo de las respuestas a los ítems de la prueba e identificar con más detalles las áreas problemas del funcionamiento familiar.

- Instrumento IRFA (ANEXO 4): Instrumento elaborado por la Lic. Patricia Herrera Santí y colaboradores en el 2002, para evaluar el impacto que tienen los diferentes eventos en la salud familiar. Consta de 20 ítems, distribuidos por áreas que evalúan variables específicas. La calificación de esta prueba consiste en la suma natural de los valores numéricos circulados y posibilita la obtención de un puntaje para cada área estudiada, al sumar la puntuación de los ítems que integran cada área y otro para la repercusión global en la salud familiar sumando la puntuación total de todos los ítems. La evaluación del sentido favorable o desfavorable de la repercusión se determina por la prevalencia del signo positivo o negativo, ya sea en cada área o de manera global.

La aplicación se realizó en un tiempo de aproximadamente 15 a 20 minutos, tratando que la respuesta se diera sobre la base de un consenso familiar, entendiendo como tal la opinión del familiar (madre, padre u otro familiar que conviva con la adolescente embarazada). Según la respuesta surgida del consenso familiar se circula el número de acuerdo al grado en que el evento produjo cambios en la familia y se señala en la forma positiva o negativa según el familiar considere como fue la repercusión; si favorable (+) o desfavorable (-).

CODIFICACION DE DATOS (OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE NIVEL DE REPERCUSION O IMPACTO).

ÁREA SOCIO ECONÓMICA: Incluye Recursos Económicos, Espacio Habitacional, ITEMS 2, 3 Y 20

No repercusión =	1 – 3 puntos
Repercusión Leve =	4 – 6 puntos
Repercusión Moderada =	7 – 9 puntos
Repercusión Elevada =	10 – 12 puntos
Repercusión Severa =	13 - 15 puntos

ÁREA SOCIO PSICOLÓGICA: Incluye Integración social, Participación social, Modo Vida Familiar, Convivencia social, Planes y Proyectos Filiars. ITEMS 4, 5, 6, 7, 8, 9, 17, 19.

No repercusión =	1 - 8 puntos
Repercusión Leve =	9 – 16 puntos
Repercusión Moderada =	17 - 24 puntos
Repercusión Elevada =	25 - 32 puntos
Repercusión Severa =	33 – 40 puntos

ÁREA FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: Incluye Comunicación Familiar, Afectividad, Cohesión, Armonía y Roles. ITEMS 1, 10, 11, 12, 14, 15,16, 18.

No repercusión =	1 - 8 puntos
Repercusión Leve =	9 – 16 puntos
Repercusión Moderada =	17 - 24 puntos
Repercusión Elevada =	25 - 32 puntos
Repercusión Severa =	33 – 40 puntos

ÁREA ESTADO DE SALUD: Incluye Estado de Salud individual. ITEM 13.

No repercusión =	1 punto
------------------	---------

Repercusión Leve = 2 puntos

Repercusión Moderada = 3 puntos

Repercusión Elevada = 4 puntos

Repercusión Severa = 5 puntos

CALIFICACIÓN DEL IMPACTO EN LA SALUD FAMILIAR DE MANERA GENERAL O GLOBAL

No Repercusión = 0 – 20 puntos

Repercusión Leve = 21 - 40 puntos

Repercusión Moderada = 41 - 60 puntos

Repercusión Elevada = 61 - 80 puntos

Repercusión Severa = 81 y más puntos

2.8 Procesamiento estadístico.

La información que se recogió en la entrevista semiestructurada (ANEXO 2) se llevó a una base de datos, utilizando el tabulador EXCEL y se procedió al análisis de los resultados, mediante el porcentaje como frecuencia relativa.

Todos los objetivos se cumplimentaron construyendo tablas con cada una de las variables. Los resultados se presentaron en tablas y algunos gráficos para su mejor comprensión.

De manera comparativa se realizó el análisis de los resultados, a través de la discusión apoyándonos en la bibliografía revisada y por medio de un proceso de síntesis y deducción, basados en un marco teórico conceptual establecido, el cual nos permitió arribar a las conclusiones pertinentes.

2.9 Consideraciones éticas:

La realización de este trabajo se llevó a cabo cumpliendo con todos los principios éticos en cuanto a la no maleficencia, teniendo en cuenta los riesgos y beneficios que pueda acarrear el estudio para el paciente, por lo que se realizó solamente con el consentimiento informado del mismo (ANEXO 1), además se cumplió con la protección y confidencialidad a que tiene derecho el paciente.

CAPÍTULO 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN GRUPO DE EDAD. POLICLINICO “MÁRTIRES DE CALABAZAR”. 2010

GRUPO DE EDAD	n	%
10 - 14	2	3,8
15 - 18	51	96,2
TOTAL	53	100

FUENTE: Entrevista semiestructurada

Como puede observarse en la tabla 1, el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas se reportó en el grupo de 15 a 18 años con un 96,2%. Solamente dos embarazadas tenían menos de 15 años.

Estos resultados nos hace suponer que hay mayor actividad sexual en las adolescentes por encima de los 15 años, etapa en la cual ya tienen estudios secundarios y ya comienzan a tener una participación conjunta de muchachas y varones en las actividades escolares y sociales, lo que facilita el acercamiento de adolescentes y jóvenes en una etapa cuando los impulsos sexuales se despiertan siempre de forma ardiente.

Al existir un inicio precoz de las relaciones sexuales, se convierte en un eslabón importante en la aparición de trastornos relacionados con la aparición del embarazo precoz, en algunos países se manejan cifras de comienzo de las relaciones sexuales a los diez y 11 años de edad (Porrás y col. 2007; UNFPA, 2005).

La precocidad de la actividad sexual y la influencia del grupo social donde se desarrolla el adolescente se relacionan con el actual aumento del riesgo de tener embarazos, abortos, partos, que en esta edad traen consecuencias adversas.

La edad mínima de las madres adolescentes, que registran los países industrializados es de 14 ó 15 años, lo que coincide con este estudio, siendo esta edad un factor desfavorable ya que se conoce que mientras más cercano a la menarquia es el embarazo, al no tener las condiciones físicas y psicológicas requeridas, existe mayor riesgo de complicaciones maternas y neonatales ((Peláez, 1997).

Según se describe por Peláez (Peláez, 1997) el embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquía. Recién después de 5 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva; por esta razón los embarazos que se inician en los primeros 5 años de posmenarquía adquieren especial prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales que conllevan.

Los resultados hallados en este estudio coinciden con algunos teóricos que plantean que el embarazo en la adolescencia es más frecuente en la etapa tardía, ya que es el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja; muchas de ellas juegan el rol de madre joven. Son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes (Issler, 2001; Laffita y col. 2004; Ávila y col. 2002).

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN ESCOLARIDAD. POLICLINICO “MÁRTIRES DE CALABAZAR”. 2010

ESCOLARIDAD	n	%
SECUNDARIA	25	47,2
TECNICO MEDIO	16	30,2
PREUNIVERSITARIO	12	22,6
TOTAL	53	100

FUENTE: Entrevista semiestructurada

Como se muestra en la tabla 2, casi la mitad de las embarazadas estudiadas solo habían alcanzado el nivel de secundaria básica (47,2%), siguiéndole el técnico medio con 30,2%. No se reportaron adolescentes con el nivel de primaria por lo que no se refleja en la tabla.

Diversos estudios señalan que este tipo de embarazo cambia el proyecto de vida de las adolescentes y provoca un abandono obligatorio de sus metas futuras por la necesidad de afrontar nuevas responsabilidades ligadas al desarrollo del niño, muestran una maternidad irresponsable, pues no están preparadas para cumplir su rol de madre ni enfrentar una estabilidad familiar (Alfonso A, 2003; Rivero y Cueva, 2006).

Un estudio realizado en Chile (Murray y col., 1998), demostró que los estudiantes con un porcentaje de calificaciones más bajo eran significativamente más propensos a iniciarse en las actividades sexuales, que sus compañeros que tenían un promedio de calificaciones de estudio más elevado. También en un estudio salvadoreño (Padilla, 2001) se plantea que en las adolescentes del sexo femenino el abandono escolar se asocia frecuentemente al inicio de las relaciones sexuales precoces,

El entorno que rodea a las adolescentes embarazadas las obliga a abandonar la escuela, limitándole la oportunidad de ingresar más adelante a la vida laboral y tener un mejor salario. Stevens-Simons y col (Stevens-Simon y col, 1986), mencionan que el regreso a la escuela después del parto puede reducir la reincidencia de embarazos en estas adolescentes, pues los padres con más educación tienen menos posibilidades de tener embarazos poco espaciados, ya que tienen una mejor orientación hacia el futuro y toma de conciencia de los riesgos del embarazo; sin embargo esto rara vez ocurre.

Ibarra (Ibarra Mustelier, 2003) señala que la repercusión de la maternidad en la esfera escolar de la adolescente, será vivenciada de manera diferente en función del lugar que ocupe la superación en la esfera afectiva motivacional de la adolescente.

El embarazo y el parto pueden alterar el desarrollo psicosocial normal de las adolescentes, ocasionando conflictos escolares y familiares que influyen en su preparación técnico-profesional, ya que en el sistema de actividades de la nueva situación social del desarrollo de la adolescente, la actividad de estudio ocupa un espacio vital para el sujeto de esta edad. Sin deslucir la gran significación de la maternidad, la realización personal de una mujer no se reduce a la maternidad, menos aún en la adolescencia con las potencialidades de desarrollo personal, y las posibilidades que el progreso social de nuestro país le ofrece, por lo que es necesario la ayuda de la institución familiar como variable de este hecho.

TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN RELACIÓN DE PAREJA. POLICLINICO “MÁRTIRES DE CALABAZAR”. 2010

RELACIÓN DE PAREJA	n	%
ESTABLE	22	41,5
NO ESTABLE	31	58,5
TOTAL	53	100

FUENTE: Entrevista semiestructurada

En esta tabla 3 se evidencia que el 58,5% no presentaba una pareja sexual estable, solamente 22 pacientes (41,5%) del total fueron las que reportaron tener una estabilidad de pareja sexual.

Muchas veces el adolescente se muestra decidido y resuelto, pero en el fondo está latente la inseguridad que los cambios ocasionan. Su indefinición puede notarse en los cambios de conducta, no sabe si la independencia que pretende debe ser total o con un control paterno, o si en ciertos casos tiene que decidir individualmente o consultar con un mayor, por lo que es normal en ellos la inestabilidad y cambios de pareja sexual.

Actualmente la severidad del castigo para la hija embarazada ha disminuido considerablemente es más común que la ayuden. Se admite la posibilidad que la pareja pase un fin de semana en la casa de alguno de los padres, cuestión que no hubiera sido permitida unas décadas atrás, ni la adolescente se hubiera dado licencia de solicitarlo por temor a ser rechazada.

Lo más frecuente es que el embarazo en las adolescentes sea un “embarazo no planificado” o “no deseado”, con consecuencias desfavorables tanto para la madre como para el niño, así como un alta proporción de fracaso en la relación de pareja.

En la bibliografía revisada se detalla que la estabilidad marital se asocia a un mejor pronóstico del embarazo adolescente y un mejor uso de anticonceptivos, tener una pareja estable puede constituir un factor de riesgo para que la madre adolescente se embarace de nuevo rápidamente. Además se plantea que los embarazos reincidentes son más probables que ocurran si la adolescente estaba casada o conviviendo cinco meses después del parto (Lammers, 2000; Maia, V.O.A y col., 2004)

Según Gispert (Gispert y col. 1984), la unión es un predictor muy bueno de un segundo embarazo pero un segundo embarazo no es un buen predictor de la unión. Esto se evidencia en que muchas adolescentes que inicialmente presentaron estabilidad de pareja, después del nacimiento de su primer o segundo hijo no logran consolidar y mantener una familia.

El rejuvenecimiento de la nupcialidad ha repercutido en el rejuvenecimiento de la fecundidad y en el valor elevado que los embarazos en la adolescencia han aportado al total. La formación y ampliación de la familia se ha visto compuesta por un incremento de las parejas jóvenes, con embarazos casi inmediatos y también con una mayor fragilidad, lo que se refleja en la alta disolución de uniones formalizadas o no en la historia matrimonial.

TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN SITUACION SOCIAL. POLICLINICO “MÁRTIRES DE CALABAZAR”. 2010

OCUPACIÓN	n	%
ESTUDIANTE	6	11,3
TRABAJADORA	2	3,8
DESOCUPADA	45	84,9
TOTAL	53	100

FUENTE: Entrevista semiestructurada

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

Las gestantes que se encontraban estudiando manifestaron terminar el curso escolar e interrumpir los estudios para atender a su bebe, por lo que se evidencia que en la mayoría de las adolescentes que se embarazan disminuyen las expectativas de prolongar su educación y por lo tanto la probabilidad de mejorar las condiciones económicas.

De este resultado resalta la necesidad de incorporación de las adolescentes a actividades de estudio y trabajo, donde desempeñan un importante papel en este sentido los círculos de adolescentes.

TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN CLASIFICACIÓN DE TAMAÑO, ONTOGÉNESIS Y VÍNCULO GENERACIONAL. POLICLINICO “MÁRTIRES DE CALABAZAR”. 2010

TIPOS DE FAMILIA	MONOPARENTAL		BIPARENTAL		TOTAL	
TAMAÑO	n	%	n	%	n	%
PEQUEÑA	9	21,4	4	36,4	13	24,6
MEDIANA	25	59,5	3	27,2	28	52,8
GRANDE	8	19,1	4	36,4	12	22,6
TOTAL	42	79,2	11	20,8	53	100
ONTOGÉNESIS	n	%	n	%	n	%
NUCLEAR	9	21,4	4	36,4	13	24,5
EXTENSA	28	66,7	5	45,5	33	62,3
AMPLIADA	5	11,9	2	18,1	7	13,2
TOTAL	42	79,2	11	20,8	53	100
VÍNCULO GENERACIONAL	n	%	n	%	n	%
UNIGENERACIONAL	-	-	4	36,4	4	7,5
BIGENERACIONAL	9	21,4	4	36,4	13	24,5
TRIGENERACIONAL	33	78,6	3	27,2	36	68,0
TOTAL	42	79,2	11	20,8	53	100

FUENTE: Entrevista semiestructurada

En la tabla 5 se observa que la mayoría de las familias eran monoparentales con un reporte de 79,2% (42 familias). Solamente 11 familias estaban constituidas por ambos padres, lo que representó el 20,8% del total de familias estudiadas.

Al clasificar las familias de las adolescentes embarazadas según el tamaño, pudimos identificar que más de la mitad eran medianas, para un 52,8%, predominando los núcleos familiares monoparental, no existiendo una diferencia marcada entre las familias pequeñas (24,6%) y grandes (22,6%).

Cuando analizamos la ontogénesis, se reflejó un porcentaje elevado en las familias extensas para un 62,3% del total y el 66,7% en las monoparentales. Si observamos la clasificación por el vínculo generacional, las familias con tres generaciones fueron las de mayor frecuencia con un 68,0%. No se reportaron familias con más de tres generaciones.

Es importante destacar que en todas las familias monoparental que se estudiaron era la figura materna la que vivía con las adolescentes embarazadas, estando ausente la figura paterna.

Las cuatro familias unigeneracional, estaban compuestas por la adolescente embarazada y su pareja, las cuales vivían sola de manera estable encontrándose en la fase de formación del ciclo vital de la familia.

Estos resultados se corresponden con otros alcanzados en nuestro país sobre la familia cubana por el centro de Investigaciones Socio-Psicológicas de la Academia de Ciencias de Cuba, donde el promedio de miembros en la familia se encuentra entre 3,8 y 5,3 miembros lo que responde a la disminución de la proporción de hijos, lo cual está directamente relacionado con el descenso de la fecundidad (Benítez. M., 2003).

Arés (Arés, 2004) describe que el elevado nivel de escolaridad y de salud de la población, el alto índice de desarrollo adquirido por la mujer cubana y la multiplicidad de roles sociales que las personas adultas asumen en Cuba, influyen en gran medida en las decisiones conscientes que la familia toma en relación al número de

hijos que se desea tener, por lo que la familia cubana generalmente se caracteriza por ser de tamaño mediano.

También la Dra. Arés (Arés, 2004) plantea que el alto índice de divorcios que se reporta en Cuba al igual que en otros países, es consecuencia de la libertad sexual, los cambios operados en el rol de la mujer, y su impacto en los modelos de relación, los profundos cambios operados en los conceptos del amor y estructuras de poder en la pareja, unido a la eliminación progresiva de los sostenedores externos del matrimonio, los cuales mantenían la durabilidad de la misma a través de las dependencias económicas o prescripciones religiosas y morales, por lo que es de esperar que en este estudio predominen las familias monoparentales.

La ausencia de la figura paterna conduce a un incremento significativo de la jefatura femenina en el hogar en los últimos años, situación que genera que la mujer se sienta sobreexigida, sobrecargada en el plano emocional, económico y funcional, debido a la concentración de roles y tareas, teniendo que buscar trabajos que sean remunerables y muchas veces por los horarios irregulares le da un peso importante a las abuelas para la educación de los hijos y esto conlleva a diferencias generacionales en el medio familia.

La familia, eslabón más importante de la cadena humana, tiene una función decisiva en la educación de los hijos, incluyendo la sexual, de modo que la separación entre padres e hijos trae como resultado numerosos trastornos. La familia con un solo padre suele traer consigo problemas tanto en lo que compete a los hijos, como en la estabilidad emocional del progenitor, asumiendo la responsabilidad en la toma de decisiones y enfrentamiento a las crisis normativas y paranormativas del ciclo vital de la familia, lo que incide en la funcionalidad familiar.

La familia cubana a tono con la realidad de nuestra sociedad ha sufrido muchas transformaciones ante las que ha tenido que utilizar diferentes recursos que

garanticen su supervivencia, evidenciándose un aumento de la divorcialidad, quedando en la mayoría de los casos a cargo de la mujer la crianza de los hijos.

La ausencia de la figura paterna y la crianza de las adolescentes por la madre solamente, favorecen en este estudio la presencia del embarazo en sus hijas con mayor frecuencia. Podemos corroborarlo con algunas investigaciones donde concluyen que las familias donde la autoridad moral es débil, pobremente definida, de padres sin casarse, padres múltiples o ausentes, donde las jóvenes han sido criadas por diferentes personas, en diferentes momentos de su vida presentan con más frecuencia embarazos en la adolescencia (Uzcateguy ,1997; Krause, 1988; Suárez y col.1995).

Según se destaca por diferentes autores las familias monoparentales merecen especial atención por el papel primordial de ambos padres, en el desarrollo emocional durante la adolescencia (Florenzano, 1995; Bárciro, 1997).

Otros estudios nacionales destacan el predominio de las familias extensas (Herrera, SP, González, I. 2002; Louro, 2003; Arés, 2004), resultado que responde a la necesidad de vivienda que existe en nuestro país, así como la convivencia de los matrimonios de nueva creación con la familia de origen y otros familiares, sin dejar de mencionar el regreso de los hijos al hogar luego de la ocurrencia de divorcio.

La presencia de tres generaciones en un medio familiar puede crear conflictos generacionales que repercutan en la estabilidad de las parejas, así como en la educación de los hijos y la comunicación entre los miembros. En el caso de las familias con una adolescente no siempre los patrones educativos de abuelos y padres coinciden con las exigencias de la etapa de la adolescencia.

Desde hace mas de una década en nuestra área de salud se crearon varios albergues de damnificados con una población de familias procedentes de los municipios de Habana Vieja y Centro Habana, como consecuencia de daños por

derrumbe de sus viviendas, por lo que cohabitan en espacios reducidos varios miembros de diferentes generaciones, presentándose con elevada frecuencia las familias extensas y monoparentales, con estilos de vida muy diferentes a los habituales de la comunidad de Calabazar.

TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. POLICLINICO “MÁRTIRES DE CALABAZAR”. 2010

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	n	%
FUNCIONAL	9	17,0
MODERADAMENTE FUNCIONAL	31	58,5
DISFUNCIONAL	10	18,8
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	3	5,7
TOTAL	53	100

FUENTE: Instrumento FFSIL

En la tabla 6 podemos observar que el 58,5% de las familias estudiadas presentaron una dinámica moderadamente funcional, el 18,8% reflejaron una clasificación disfuncional (10 familias) y tres familias (5,7%) fueron evaluadas de severamente disfuncional.

Aunque fueron bajos los porcentajes de familias disfuncionales (18,8%) y severamente disfuncional (5,7%) no debemos despreciar los mismos, ya que en la familia con un evento vital no esperado o no planificado de uno de los miembros, deviene un golpe arrollador para la vida familiar y demanda una drástica variación y cambios en su funcionamiento habitual, ya que cada acontecimiento demanda desafíos y posturas diferentes.

Las tres familias que fueron evaluadas de severamente disfuncional, pertenecían a los albergues de familias damnificadas antes mencionadas, estaban dispensarizadas por el médico de familia como familias de riesgo social, por la presencia de conductas delictivas, consumo frecuente de bebidas alcohólicas, promiscuidad de las madres de estas adolescentes embarazadas, problemas económicos, bajo nivel de escolaridad de los miembros de la familia e inestabilidad de permanencia en el hogar de la figura materna, así como dificultades en la comunicación entre los miembros del grupo familiar.

Frente al diagnóstico de un embarazo en una adolescente es de suma importancia el empleo por la familia de los recursos adaptativos ya que la capacidad de flexibilidad familiar para enfrentar las nuevas circunstancias de vida es un factor de suma importancia para los cambios de las nuevas situaciones, es decir, la habilidad para reajustar los límites, los sistemas jerárquicos, los roles, las reglas, las formas de comunicación y los proyectos de vida en dependencia de las nuevas exigencias proporcionaran a la adolescente embarazada y al sistema en general mayor bienestar. Según destaca la Dra. Ares (Ares, 2002) “la naturaleza de las relaciones familiares son de tan alto significado para el individuo que son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud”, por lo que poseer un alto nivel de adaptabilidad le permitirá asumir los cambios necesarios, preservando la integridad de la estructura familiar y fomentando el desarrollo psicosocial de cada uno de sus elementos.

Teniendo en cuenta lo que describe la Dra. Álvarez (Álvarez, 1997), que los conflictos familiares tienden a favorecer el embarazo en las adolescentes, ya que el ambiente familiar inadecuado favorece la precocidad de las relaciones sexuales, es que pensamos que los resultados obtenidos en la evaluación del funcionamiento familiar de algunas familias que presentaron disfuncionabilidad 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 edad, escolaridad, ocupación y estado civil actual de la adolescente.

Cuando exploramos las áreas problemas del funcionamiento familiar encontramos que la comunicación, afectividad y roles fueron las categorías de menor puntajes en las familias con dificultades en su funcionamiento, aspectos importantes y necesarios en la situación social del desarrollo del adolescente.

Algunos autores (Maddaleno y col., 1995; Cruz y col., 2007; Israel y col., 2005) plantean que la familia y su dinámica son relevantes en las conductas del adolescente y fundamentalmente en las manifestaciones de su sexualidad; describiendo como factores importantes a considerar los modelos de crianza, la satisfacción de necesidades afectivas, la falta de comunicación entre los adolescentes y sus padres, así como la manera en que se resuelven los conflictos.

La ausencia de la figura paterna, la convivencia de generaciones adultas con intereses propios en el hogar y acceso de ambas a la educación de los menores, a la toma de decisiones en la vida cotidiana, las diferencias de costumbres entre los miembros, entre otros factores, constituyen fuentes eventuales de contradicción que hacen más complejo el funcionamiento del sistema familiar, por lo que teniendo en cuenta que en las familias que estudiamos predominan las familias monoparental y la presencia de tres generaciones es de esperar que existan en un porcentaje elevado dificultades en el funcionamiento familiar de las mismas.

TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE LA REPERCUSIÓN FAMILIAR DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES. POLICLINICO “MÁRTIRES DE CALABAZAR”. 2010

REPERCUSIÓN FAMILIAR	n	%
NO REPERCUSIÓN	7	13,2
REPERCUSIÓN LEVE	11	20,7
REPERCUSIÓN MODERADA	17	32,2
REPERCUSIÓN ELEVADA	12	22,6
REPERCUSIÓN SEVERA	6	11,3
TOTAL	53	100

FUENTE: Instrumento IRFA

Como se evidencia en esta tabla 7 en casi todas las familias hubo cierta repercusión ante el evento del embarazo de la adolescente, reportándose el mayor porcentaje con una repercusión moderada (32,2%), siguiéndole la repercusión elevada con un 22,6%, leve en un 20,7% y severa 11,3%.

Debemos destacar que la dinámica familiar como todo proceso en desarrollo no es lineal y ascendente. Este proceso se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones, que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del embarazo en una adolescente miembro de esa familia; los cuales tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente. En este caso las tareas que debe desarrollar la familia, son tareas de enfrentamiento que se derivan de las llamadas crisis no transitorias o paranormativas; en el caso del embarazo en la adolescencia la crisis se denomina crisis por desorganización.

El peso y la importancia que la familia tiene en el desarrollo y evolución del individuo aumentan su potencial de acción en la interacción de cada uno de sus miembros; por lo tanto, la familia definida como sistema se ve afectada como tal cuando alguno de sus miembros sufre algún cambio vital (Chacón y cols, 2003)

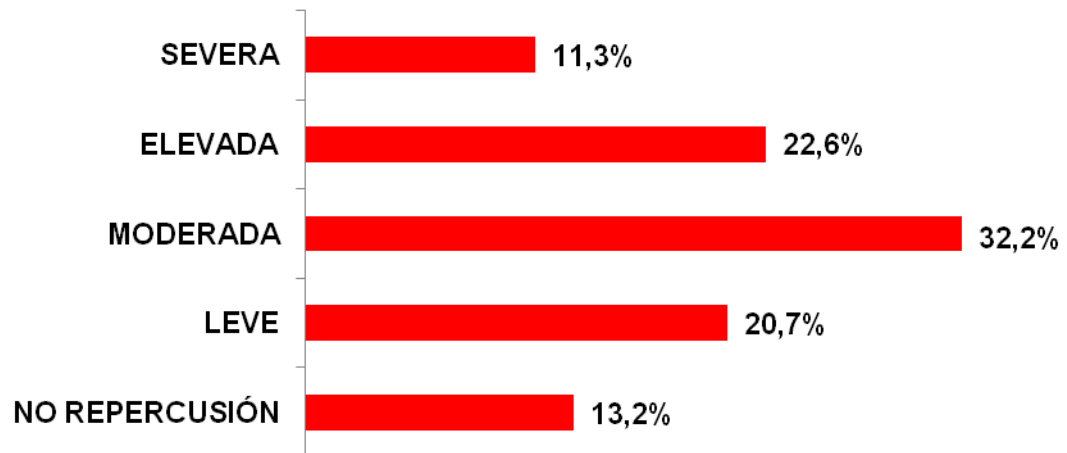
Louro (Louro I, 1994) describe en su trabajo sobre “La familia en el proceso salud – enfermedad” que el grupo familiar opera como un eslabón de intercambio entre el medio social y el individuo, ya que es una de las fuentes más intensas de aprendizaje social, pues actúa como regulador de las fuerzas provenientes del exterior y del propio medio interno individual. A través de sus funciones reproductiva, económica, afectiva y educativa, se transmiten la experiencia histórica social y valores culturales, enseñanza, normas, convenciones, actitudes y sentimientos que complementan el proceso educativo y de enseñanza-aprendizaje. Todas las funciones familiares están en la base de la salud del individuo y del grupo como un todo, en tanto garantizan el crecimiento, el desarrollo normal y el equilibrio emocional, que sirven de apoyo para poder afrontar los problemas y crisis de la vida.

En la familia, como grupo social, el vínculo entre sus miembros es tan estrecho, que cualquier cambio que ocurra en uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros, y con frecuencia en toda la familia (Casales, 1989), tal es el caso que ante una adolescente embarazada, la madre tiene que modificar el cumplimiento de sus funciones para dedicarse a las exigencias de este acontecimiento en la hija y a las transformaciones del estilo de vida familiar.

La Dra. Herrera ((Herrera P., Gonzales I., Soler S. 2002) destaca que cada familia reacciona ante los eventos familiares de forma única y particular, ya que el mismo evento puede repercutir de modo muy diferente en una familia y otra, o en un momento u otro. El impacto de los eventos en la salud familiar depende, en gran medida, de la habilidad y capacidad que tenga la familia para enfrentar los cambios, realizar los ajustes necesarios, actuando en pro de una adaptación a la nueva situación y a la capacidad de abrirse como sistema, permitiendo la relación de sus

miembros con otros subsistemas, aceptando la ayuda a la solución de sus problemas, de otras personas, grupos o instituciones, lo que se evidencia en este estudio al reportarse diferentes niveles de repercusión familiar ante el embarazo precoz.

GRÁFICO 9 (TABLA 7)
REPERCUSIÓN FAMILIAR DEL EMBARAZO EN LAS
ADOLESCENTES. "POLICLÍNICO MÁRTIRES DE CALABAZAR".
2010



FUENTE: Instrumento IRFA

TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE LA REPERCUSIÓN FAMILIAR DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES SEGÚN EVALUACIÓN DE LA MISMA. POLICLINICO “MÁRTIRES DE CALABAZAR”. 2010

EVALUACIÓN DE LA REPERCUSIÓN FAMILIAR	n	%
REPERCUSIÓN FAVORABLE	34	64,2
REPERCUSIÓN DESFAVORABLE	19	35,8
TOTAL	53	100

FUENTE: Instrumento IRFA

Podemos observar que más de la mitad de las familias estudiadas evaluaron la repercusión del embarazo en la adolescente como favorable, reflejando un 64,2% del total. Al hacer el análisis de las familias que tuvieron una repercusión desfavorable en la salud familiar, que fueron 19 (35,8%), vemos que se caracterizaron por presentar aspectos que hacían más vulnerable su salud como: hogar nuclear monoparental, presencia de otros eventos paranormativos, como, problemas con la ley, problemas económicos, o conflictos en las relaciones de pareja de la adolescente embarazada y agravados por la etapa de la adolescencia.

Roca Perera (Roca Perera, 2003) refiere que vale la pena, resaltar que en muchas ocasiones el problema estriba, no en el conflicto en sí mismo, sino en la forma de responder ante él. No se puede decir que haya una forma única, idónea, de responder a los conflictos. De igual manera que hay diversidad de individualidades hay diversidad de situaciones conflictivas. Si sabemos que en una familia pueden ocurrir eventos no esperados o accidentales, es muy importante conocer el impacto de estos acontecimientos o eventos, y reconocer que esta repercusión o impacto puede darse de muy diversas maneras en la salud familiar.

Patricia Herrera (Herrera SP., 2008) en su trabajo sobre el estrés familiar explica, que el impacto de los eventos en la familia, puede ser tanto favorecedor, como obstaculizador en la salud familiar. La familia alcanzará la salud en la medida en que sea capaz de enfrentar de manera eficiente y adecuada los acontecimientos de la vida

Es importante destacar que la repercusión familiar ante los eventos y el estrés que estos generen, tendrán una relación directa con el significado que la familia les asigne, aunque es indiscutible que de todos modos el afrontamiento a los eventos producirá de alguna manera un impacto en su equilibrio (Herrera SP., 2008).

El embarazo precoz introduce inevitablemente en la vida del adolescente y de la familia agentes estresantes que con frecuencia se multiplican conforme avanza el proceso de la gestación. El estrés que acompaña a estas situaciones familiares se extiende a toda ella, y esta puede asumirlo como un evento que la fortalecerá como sistema (de manera favorable), o como algo que romperá su equilibrio. Ante su presencia, la salud familiar depende, en gran medida, de la capacidad que tenga la familia para adaptarse a los cambios que ellos presuponen. Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, esto provoca una enquistación de los conflictos, y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros (Herrera, P., 2002)

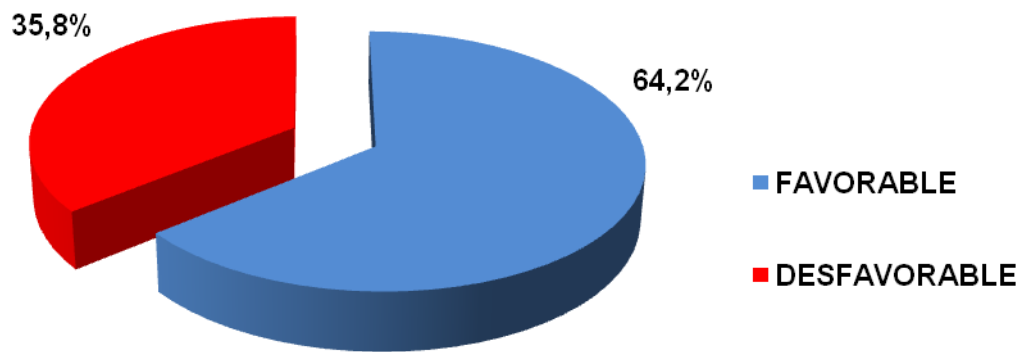
En algunas familias pudo observarse que a pesar que el embarazo en la hija adolescente implicó grandes cambios al sistema familiar, éstas le atribuyeron una connotación favorable al evento, brindando el apoyo necesario para el curso de la gestación. Sin embargo otras familias percibieron de manera negativa o desfavorable este acontecimiento, lo cual podría ser amenazante y poner en peligro el bienestar y la salud del sistema familiar.

Teniendo en cuenta los diferentes niveles de impacto y el significado favorable o desfavorable que la familia le asignó al evento, consideramos que el embarazo en la

adolescencia puede reflejar diferentes niveles de afectación o repercusión a la familia, también puede ser un riesgo para la salud de la familia, y en otras familias puede no presentarse afectación por no representar un problema de salud al sistema familiar, sino por el contrario, lograr una evolución a partir de los cambios o transformaciones necesarios para el desarrollo de la misma.

Dada la importancia que tiene en este estudio la repercusión familiar del embarazo en la adolescencia

GRÁFICO 10 (TABLA 8)
EVALUACIÓN DE LA REPERCUSIÓN FAMILIAR DEL EMBARAZO
EN LAS ADOLESCENTES. POLICLÍNICO "MÁRTIRES DE
CALABAZAR." 2010



FUENTE: Instrumento IRFA

TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE LA REPERCUSIÓN FAMILIAR DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES SEGÚN ÁREAS EVALUADAS. POLICLINICO “MÁRTIRES DE CALABAZAR”. 2010

REPERCUSIÓN FAMILIAR	AREA SOCIO ECONOMICA		AREA SOCIO PSICOLÓGICA		FUNC. FAMILIAR		AREA ESTADO DE SALUD	
	n	%	n	%	n	%	n	%
NO REPERCUSIÓN	3	5,7	5	9,4	8	15,1	4	7,5
REPERCUSIÓN LEVE	8	15,1	1	1,9	11	20,8	6	11,4
REPERCUSIÓN MODERADA	24	45,3	13	24,5	14	26,4	21	39,6
REPERCUSIÓN ELEVADA	14	26,4	26	49,1	16	30,2	17	32,1
REPERCUSIÓN SEVERA	4	7,5	8	15,1	4	7,5	5	9,4

FUENTE: Instrumento IRFA

Cuando analizamos en la tabla 9, las áreas que intervienen en la repercusión familiar, vemos que en el área socioeconómica la repercusión moderada reflejó el mayor porcentaje con un 45,3%, el área sociopsicológica y el funcionamiento familiar reportaron una repercusión elevada con un 49,1% y 30,2% respectivamente. En cuanto al área de estado de salud el mayor porcentaje correspondió a la repercusión moderada (39,6%), pero no debemos despreciar que se reportaron 17 familias con una repercusión elevada (32,1%) y 5 familias (9,4%) con repercusión severa.

En la esfera socioeconómica el principal aspecto que se afectó negativamente, fue la dificultad en recursos económicos de la familia para afrontar el evento, por ser la mayoría de las familias núcleos monoparentales; las madres de las adolescentes se sintieron sobrecargadas en cuanto a ciertas demandas que requieren de recursos

económicos, como alimentación de la embarazada y satisfacción de necesidades de canastilla para el bebe que se espera; por lo que en esta área se produjo un impacto importante en las familias con cierto sentido negativo, lo cual es fácilmente explicable por el reajuste en el estilo de vida de la familia ante la llegada de un nuevo miembro , pudiéndose generar una crisis por incremento y desorganización. En cuanto a estos resultados, coincidimos con otros estudios realizados en el extranjero (Florenzano, U. 1995; Florenzano R, Pino P, Kaplan M., 1994), donde se describe que el contexto económico está muy ligado a la vida de la familia, siendo uno de los estresantes familiares más frecuente.

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

Cuando analizamos las familias que presentaron una repercusión elevada en el funcionamiento familiar, es importante recordar que de estas familias estudiadas, un alto porcentaje presentó dificultades en su funcionamiento, destacándose 31 familias moderadamente funcionales, 10 disfuncionales y tres severamente disfuncional, por lo que es de esperar que refirieran afectación en esta variable. La presencia de conflictos generacional propia de la etapa de adolescencia, las dificultades en la comunicación y en la esfera afectiva de la familia, pudieron ser principales causantes del impacto negativo en el funcionamiento familiar, afectándose la armonía y cohesión del grupo familiar.

En las familias en que el impacto del embarazo precoz como estado de salud fue moderado o elevado con repercusión favorable puede deberse a los grandes riesgos biológicos y psicosociales que tiene el embarazo en esta etapa de la vida, por lo que realizaron mayor cantidad de cambios, y por tanto, mayor capacidad de modificación del funcionamiento familiar ante la situación estresante, lo cual consideramos un afrontamiento adecuado; mientras que las familias que tuvieron un impacto desfavorable, con un nivel elevado y severo, realizaron menos cambios o mayor resistencia a ellos, lo que afecta la salud familiar desfavorablemente de la embarazada y la familia.

Debe destacarse que las nuevas situaciones sociales que se producen a nivel de la embarazada, la familia, la pareja y en el círculo social son experimentadas por las adolescentes, entre ellas, el déficit o carencia de conocimiento de cómo abordar el proceso y conducirlo. Esto trae aparejado limitaciones para poderse desarrollar en un entorno saludable una vez conocido el embarazo. Es evidente que hay un aumento de las exigencias económicas dadas por el embarazo y el incremento familiar por recibir un nuevo miembro en el seno familiar. Además la existencia de limitaciones en las actividades propias de esta edad por el propio hecho que trae un embarazo.

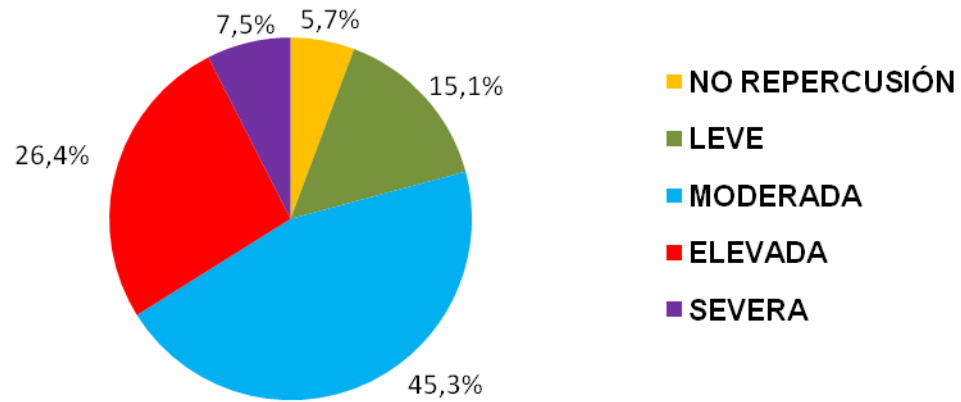
Estudios nacionales precisan que si la familia no está preparada para el evento, podrá ocurrir la ruptura generacional (Chávez, 1996; Herrera, 1997), en cambio, si sucede lo contrario, los conflictos serán resueltos armónicamente.

De forma general, podemos decir, en cuanto a la repercusión familiar sobre este evento, que para la mayoría de las familias estudiadas ha sido un momento importante y con consecuencias positivas, es decir, favorable al desarrollo de la familia como sistema. Esto reafirma una vez más la importancia de la evaluación en la familia sobre la repercusión y el impacto de los eventos y su relación con los estilos de afrontamiento de la familia, como primer sistema de apoyo del individuo.

De los resultados de este estudio podemos considerar, que la gestante adolescente es una paciente especial desde el punto de vista biopsicosocial y que, por tanto, requiere de atención especializada por un equipo multidisciplinario, haciendo particular énfasis en la prevención de las afectaciones del embarazo precoz en la esfera personal y familiar, así como el manejo adecuado de los problemas que se presenten durante su seguimiento.

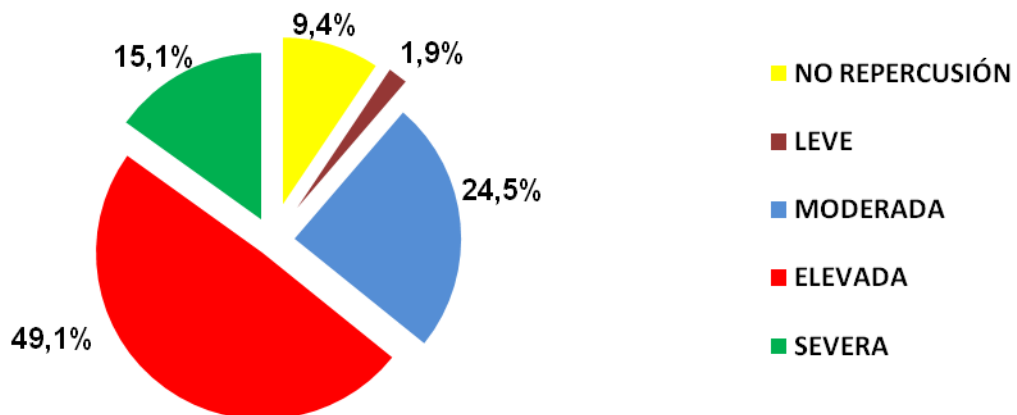
Con este estudio señalamos una vez más que el rol que desempeña la familia ante el embarazo precoz, resulta decisivo para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la gestante adolescente y del recién nacido, tratándose de un complejo proceso en que no sólo es importante tomar en consideración los riesgos biológicos, sino también importantes factores psicosociales que contribuyen en el desarrollo de la nueva sociedad.

**GRÁFICO 11 (TABLA 9)
REPERCUSIÓN FAMILIAR SEGÚN ÁREA
SOCIO-ECONÓMICA. POLICLÍNICO "MÁRTIRES DE CALABAZAR".
2010**



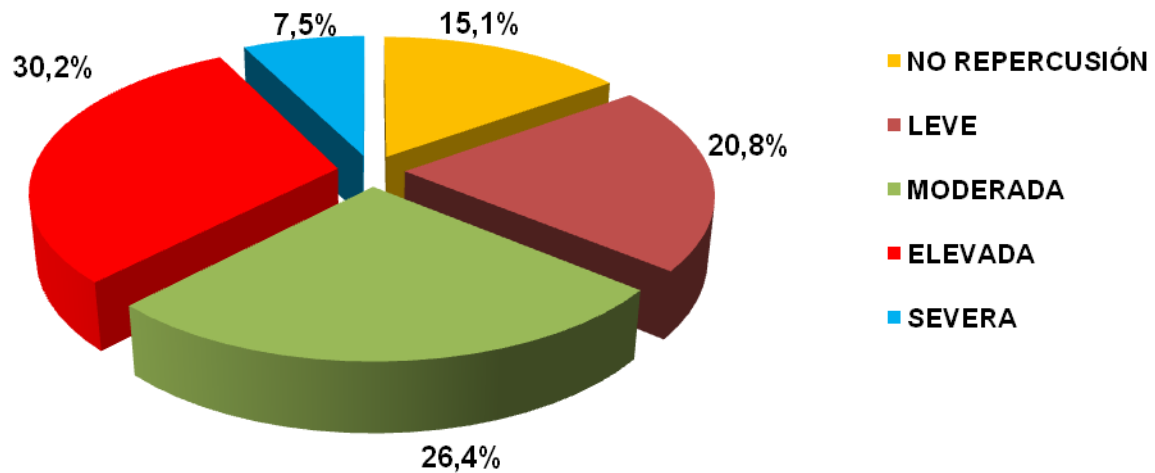
FUENTE: Instrumento IRFA

**GRÁFICO 12 (TABLA 9)
REPERCUSIÓN FAMILIAR SEGÚN ÁREA
SOCIO-PSICOLÓGICA. POLICLÍNICO "MÁRTIRES DE
CALABAZAR". 2010**



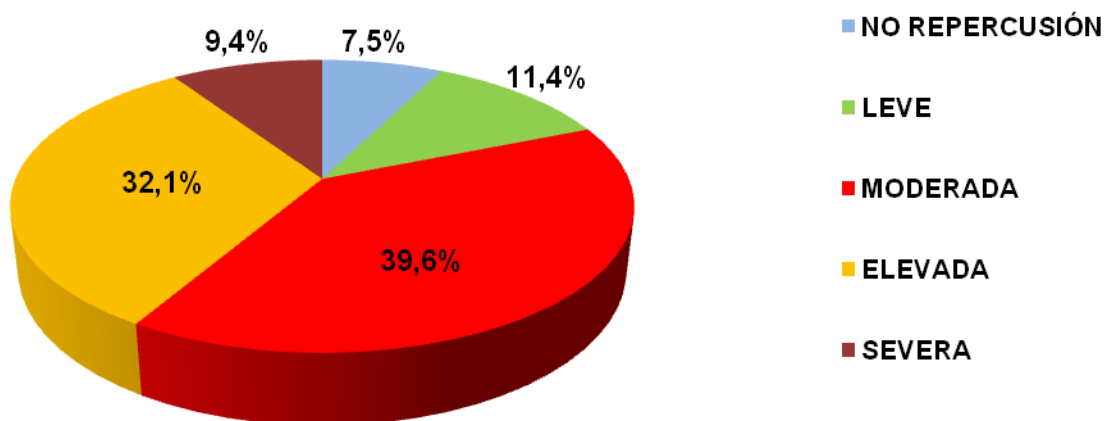
FUENTE: Instrumento IRFA

GRÁFICO 13 (TABLA 9)
REPERCUSIÓN FAMILIAR SEGÚN ÁREA FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR. POLICLÍNICO "MÁRTIRES DE CALABAZAR"



FUENTE: Instrumento IRFA

GRÁFICO 14 (TABLA 9)
REPERCUSIÓN FAMILIAR SEGÚN ÁREA ESTADO
DE SALUD. POLICLÍNICO "MÁRTIRES DE CALABAZAR". 2010



FUENTE: Instrumento IRFA

CONCLUSIONES

- Casi la totalidad de las adolescentes embarazadas se encontraban en el grupo de 15 a 18 años, predominando el nivel escolar de secundaria básica, las parejas no estables y las desocupadas.
- Prevalcieron las familias de tamaño medianas, extensas, monoparentales, trigeneracionales y moderadamente funcional.
- El embarazo en la adolescencia como problema de salud tuvo una repercusión en la salud familiar de moderado, con un sentido favorable a ella en más de la mitad de los casos, aunque las áreas sociopsicológica y el funcionamiento familiar reportaron un alto porcentaje de elevada repercusión.

RECOMENDACIONES

- Consideramos, que las acciones de promoción de salud que favorezcan la conducta sexual responsable, que pretendan disminuir el embarazo y el aborto en la adolescencia requieren responsabilidades y esfuerzos compartidos entre los individuos, las familias, las organizaciones sociales, el sistema de salud y el sistema educacional.
- Independientemente de la labor realizada por los médicos y enfermeras de la familia con referencia a la educación sexual y el empleo de anticonceptivos en la población adolescentes, se impone estructurar programas sexológicos dirigidos y realizados por equipos multidisciplinarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia Estadounidense de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (abril 1998). El Desarrollo Normal de la Adolescencia: La escuela intermedia y los primeros años de la secundaria. Información para la familia. Consultado el 19 de abril, 2008.
- Alfonso Fraga J. (1995). Reproducción en la Adolescencia. Una caracterización sociodemográfica. Rev Sex Soc: 1(3):2-5.
- Alfonso A. (2003). Adolescencia y Salud. Madrid España: C/navas de tolosa.
- Aliño, Santiago M., López Esquirol Juana R. y Navarro Fernández Raymundo (2006). Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud. Rev Cubana Med Gen Integr. ; 22(1)
- Álvarez Valdivia I. (1997). Embarazo en la adolescencia. En: Mensaje para los padres. Ciudad de La Habana: Ed. Científico-Técnica; 6
- Arés, P. (2002). Psicología de la Familia. Una aproximación a su estudio. La Habana. Félix Varela.
- Arés, P. (2008). Familia, salud y bienestar presentado en “Congreso PSICOSALUD 2008”, Palacio de las convenciones, La Habana. Cuba.
- Arés, M. P. (1998). Familia actual, realidades y desafíos. En: Hogar dulce hogar, folleto editado por el grupo de estudio de familia. La Habana: Universidad de La Habana.
- Arés, M. P. (2004). Familia y convivencia. La Habana. Científico técnica.
- Ávila Gálvez E, Cid Santana M, García Imia I, Lorenzo González A, Rodríguez P. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia, año 2000. (2002). Rev Cubana Pediatr [Internet]. [citado el 2 de mayo de 2009]; 74(4):
- Bárciro, D. (1997). Representación social de la paternidad en una muestra de familias cubanas. Trabajo de diploma. Fac. de Psicología. Universidad de La Habana.
- Benítez Maria E. (2003). La Familia Cubana en la segunda mitad del siglo XX. Editorial Ciencias Sociales. La Habana.

- Bogd F, Steiner G, Boland M. (1995). Children, families and HIV/AIDS. New York: Guilfort; 115-17.
- Casales, JC. (1989). Psicología Social. Contribución a su estudio. Editorial Ciencias Sociales, C. de la Habana.
- Castro E M. (2004). Programa. Crecer en la adolescencia. 67-60, 117.
- Centro Nacional de Educación Sexual (2003). Sida [monografía en internet]. La Habana: CENESEX; [citado 11 abril 2009] Disponible en:
<http://www.cenesex.sld.cu/webs/diversidad/sida2.htm>
- Chacón Roger Margarita, Grau Abalo Jorge A y Barbat Soler Ivette (2003). Cuidado del familiar en fase terminal. Parte I. En: <http://www.sld.cu/saludvida/>
- Chávez, V. (1996). Relación entre la percepción del rol, límite y espacio del adolescente y su grado de autonomía-dependencia. Trabajo de Diploma. Fac. de Psicología. Universidad de La Habana.
- Cruz HJ, LLanes QM, Valdés IA, Hernández GP, Velasco BA. (2007). Anticoncepción en la adolescente. Rev. Cubana Endocrinol; 18(1).
- Cruz López MV, Romero Talavera MJ, Pastrana Herrera MJ. (2004). Conocimiento sobre los factores de riesgo de las embarazadas adolescentes del B° Teodoro López. [biblioteca virtual en:
<http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/PDF/37.pdf>] > [consulta: 15 mayo 2006].
- Davis Ivey Ch. (1998). El embarazo en los adolescentes de América Latina y el Caribe. Enfoque desde el punto de vista de sus derechos. UNICEF.
- [Desarrollo del adolescente](#), (2008). Enciclopedia médica en español. Consultado el 19 de abril, 2008 MedlinePlus.
- Faílde Garrido JM, Lameiras Fernández M, Bimbela Pedrosa JL. (2008). Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. Gac Sanit; 22(6):15-22.
- Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. (2004). Caracterización de la gestante adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [citado el 2 julio de 2005]; 30(2): Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
- Florenzano, U. (1995). Familia y salud de los jóvenes. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile; 5-7,92-3.

- Florenzano R, Pino P, Kaplan M. (1994). Estrés familiar y conductas de riesgo en adolescentes. Revista de familias en terapia. Instituto Chileno de Terapia Familiar. Año 2 No 4 2do semestre; 70-81.
- Gollo PR, Rus AOA (2000). Pediatric. Sao Paulo; 22 (2): 123-9.
- Gispert María y col (2004). "Predictors of repeat pregnancies among lowincome adolescents. "Hosp Community Psychiatry. Jul;35(7):719-23
- González GH. (2006). El embarazo adolescente. Un fenómeno de gran magnitud en Cuba. Rev Esp Sex soc; 6(15): 22-6.
- González Benítez I. (2000). Las crisis familiares. Rev. Cubana Med Gen Integr 16(3):270-6
- Hernández, E, Grau, J. (2005). Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones. Universidad de Guadalajara. México.
- Herrera, SP, González, I, (2002). La crisis de la adolescencia y su repercusión familiar. Revista Cubana Medicina General Integral. 21(1) 410-52
- Herrera SP. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de la salud. Revista Cubana Med Gen Integr; 13(6):591-5.
- Herrera, SP., González, I., Soler, S., (2002). Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. Rev. Cubana Medicina General Integral; 18(2) 218-56
- Herrera SP., (2008). El estrés familiar, su tratamiento en la psicología. Rev. Cubana Med Gen Integr v.24 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep.
- Ibarra Mustelier L. (2003). Adolescencia y Maternidad. Impacto psicológico en la mujer. Rev. Cubana de Psicología. Vol. 20. No. 1
- Infante O, Psicología y salud. Psicología de las edades, adolescencia 141-144
- Israel LJ, Lugones BM, Valdespino PL, Ambrosio SS. (2005). Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Rev. Cubana Med Gen Intregr; 21(3-4).
- Issler JR. (2001). Embarazo en la adolescencia. Rev Postgrado Cátedra VIa Med. Ago; 107:11-23.
- Krause Peters M. (1988). Algunos temas fundamentales de educación sexual. Ciudad de La Habana: Ed. Científico-Técnica; 14.

- Laffita Batista A, Ariosa JM, Cutié Sánchez JR. (2004). Adolescencia e interrupciones del embarazo. RCOG [25 de noviembre de 2005]; 30(1).URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin04104.htm
- Lammers C. (2000). Adolescencia y embarazo en el Uruguay” Joven, pobre y embarazada: antecedentes y estrategias para mejorar la situación y el futuro de las madres adolescentes. [Reporte] MSP.
- Lezcano S A, Vallejos Arce MS, Soderó H. (2005). Caracterización del recién nacido en madres adolescentes. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina; 149:6-8
- Louro I. (1997). Familia, salud y enfermedad. Tesis para especialista en psicología de la salud. MINSAP.
- Louro, I. (2000). Manual para la salud familiar. La Habana. MINSAP:
- Louro, I. (2003). La familia en la Determinación de la salud. Rev. Cubana de Salud Pública 29 (1).356-46
- Louro, I. (1994). Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud-enfermedad. Experiencia en la Atención Primaria de Salud. La Habana. MINSAP
- Maddaleno M. Munist M, Serrano C, Silber T, Suárez-Ojeda E, Yunes J. (1995). La salud del adolescente y del Joven. Organización Panamericana de la Salud; Publicación científica N° 552.
- Maia, V.O.A y col. (2004). Vía de parto en gestantes sucesivas en adolescentes: estudio de 714 casos “Universidad Federal de Pernambuco. Rev. Bras. Ginecol. Obstet; 26 (9): 703 – 707
- Martín Alfonso L., Reyes Díaz Z. (2003). Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. Rev Cubana Salud Pública v.29 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun.
- Mirabal Martínez G, Modesta Martínez M, Pérez Domínguez D. (2002). Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enfermer [Internet]. Sep.-Dic [citado el 23 de abril de 2009]; 18(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864

- Murray JN, Zabin SL, Toledo-Dreves V, Luengo-Charath X. (1998) Diferencias de género en factores que influyen en el inicio de relaciones sexuales en adolescentes escolares urbanos en Chile. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*; 4-10.
- Ortigoza Corona E, Padilla Yasso PY, López Ortiz R. (2002). Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. *Ginecol y obstet Mex.*; 70(1):28-35.
- Padilla M. (2001). Salud sexual de los y las adolescentes en El Salvador. *REVSOGIA*; 8:85-94.
- Paraño M W, Narvadez P V. (2004). Repercusión biológica, psicológica y social del embarazo en jóvenes menores de 20 años. *Rev Cubana Ginecol Obstet*; 4 (1): 53-63.
- Peláez J. (1999). Embarazo en la adolescencia. En: *Ginecología Infanto-Juvenil*. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 190-202.
- Peláez J. (1997). Adolescente embarazada: características y riesgos. *Rev Cubana Obstet Ginecol* ; 23(1):13-17
- Pérez, S. Aliño, M.; (1999). El concepto de adolescencia. *Manual de prácticas clínicas para la Atención Integral a la salud en la Adolescencia*. 1999
- Polanczyk Guilherme V., Denardin Daniel, Laufer Tatiana et al. (2002). Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la adolescencia. *Adolesc. Latinoam*. [online]. nov., vol.3, no.2, p.0-0. Disponible en la World Wide Web: ISSN 1414-7130.
- Pérez C. (1992). Crisis familiares no transitorias. *Rev Med Gen Integr*; 8(2):144-51.
- Porras Fernández E, Romero González P, Conde Saure P, Jiménez Cardoso J. (2007). Conocimiento en adolescentes de la Parroquia Las Delicias en Venezuela sobre ITS. *Gac Méd Espirituana*; 9(1):23-31.
- Ravelo A. (2003). Adolescencia ¿Etapa crítica? Salud para la vida. En: <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php>
- Ravelo, A. (2003). Las transformaciones biológicas y psicosexuales de la adolescencia. Salud para la vida. En: <http://www.sld.cu/saludvida/jovenes/temas.php>

- Rivero Acosta Y, Esteban Cueva C. (2006). Prevención del Embarazo en la Adolescencia. Arch Univ;10(15):1.Disponible en:
http://www.launiversal.com/2006/10/15/ccs_art_30534.shtml
- Roca Perera M. (2003). Conflicto y vida cotidiana. En: <http://www.sld.cu/saludvida/>
- Rodríguez, M, O. (2005). Salud Mental Infanto - Juvenil. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. Cap. 23.
- Rodríguez Rigua M. I. (2003). Mesa redonda: Adolescencia - Necesidad de creación de unidades de adolescencia. An Pediatr; 58: 104 - 106. Último acceso 19 de abril de 2008.
- Stevens-Simon y col. (1986). "What is the relationship between postpartum withdrawal from school and repeat pregnancy among adolescent mothers" J. Adolesc Health Care; May; 7 (3): 191 - 4.
- Suárez O, Roberts E, Korin D, Kosmins K. (1995). Adolescencia y juventud. Aspectos demográficos y epidemiológicos En: La salud del adolescente y el joven de las Américas. Washington. Publicación Científica. OPS.
- Suárez Vázquez C. (2005). Salud del Adolescente. La Habana: Científico Técnica; Disponible en: <http://www.fmed.uba.ari/soba/linessit.htm>.
- UNFPA (2005). La promesa de igualdad, equidad de género, salud reproductiva y objetivos del desarrollo del milenio. Venezuela: UNFPA.
- Urmeneta A, Echeverría M, Martín L. (2000). Las madres adolescentes. Anales del Sistema Sanitario de Navarra; 23(1).
- Uzcateguy (1997). Embarazo en la adolescencia precoz. Venezuela. Rev Obstet-Ginec; 57(1):29-35.
- Walsh, F. (2002). Normal Family Processes. Growing diversity and complexity. NY: Guilford Press, 4ta. Ed.

ANEXO 1

Modelo de Consentimiento informado

Yo _____ estoy plenamente de acuerdo en participar en la investigación de la estudiante de Psicología Yessie Arlet Guridi Lueges sobre Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas, atendidas en la consulta multidisciplinaria del Programa Materno Infantil del Policlínico “Mártires de Calabazar” una vez que se me expliquen los objetivos, propósitos y beneficios que reporta dicha investigación desde el punto de vista social y humano.

Se me ha comunicado que toda información y los procedimientos a los cuales me expongo se utilizarán únicamente con fines investigativos, teniendo la posibilidad de retirarme de la investigación en el transcurso de la misma, si lo considero necesario, sin que esto repercute en la atención del paciente.

Firma de la adolescente embarazada

Firma del padre o familiar

ANEXO 2

Entrevista semiestructurada

Nombre de la adolescente embarazada: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

Pareja estable: _____ Pareja no estable: _____

Ocupación: _____

Número de personas que conviven con la adolescente embarazada: _____

Parentesco de las personas que conviven con la adolescente embarazada:

Número de generaciones que conviven con la adolescente embarazada: _____

RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION FAMILIAR

Clasificación de la familia según:

Tamaño: _____

Ontogénesis: _____

Generacional: _____

FF – SIL: _____

Resultados del IRFA:

Calificación General: _____

Connotación: _____

Área Socioeconómica: _____

Área Sociopsicológica: _____

Área de Funcionamiento Familiar: _____

Área de Estado de Salud: _____

ANEXO 3

TEST DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

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

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

ANEXO 4

INSTRUMENTO DE REPERCUSIÓN FAMILIAR (IRFA)

Autores: Lic. Idarmis González Benítez

Lic. Patricia Herrera Santí

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

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

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

CALIFICACION Y DIAGNOSTICO POR AREA

NIVEL DE REPERCUSIÓN	AREA SOCIO ECONÓMICA ITEMS 2, 3 Y 20 <u>Variables:</u> Recursos Económicos y materiales, Espacio Habitacional,	AREA SOCIO PSICOLÓGICA ITEMS 4,5,6,7,8,9,17,19 <u>Variables:</u> Integración social, Participación social, Modo de Vida Familiar, Convivencia social, Proyectos familiares.	AREA FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ITEMS 1,10,11,12,14, 15,16,18 <u>Variables:</u> Comunicación Familiar, Afectividad, Cohesión, Armonía, Roles	AREA ESTADO DE SALUD ITEM 13 <u>Variables:</u> Estado de salud
No Repercusión	1 – 3 puntos	1 – 8 puntos	1 – 8 puntos	1 punto
Repercusión Leve	4 – 6 puntos	9 – 16 puntos	9 – 16 puntos	2 puntos
Repercusión Moderada	7 – 9 puntos	17 – 24 puntos	17 – 24 puntos	3 puntos
Repercusión Elevada	10 – 12 puntos	25 – 32 puntos	25 – 32 puntos	4 puntos
Repercusión Severa	13 – 15 puntos	33 – 40 puntos	33 – 40 puntos	5 puntos

CALIFICACIÓN GLOBAL

0 – 20 puntos	No Repercusión
21 – 40 puntos	Repercusión Leve
41 – 60 puntos	Repercusión Moderada
61 – 80 puntos	Repercusión Elevada
81 - + puntos –	Repercusión Severa

DIAGNÓSTICO GLOBAL

PUNTUACIÓN BRUTA	
SIGNO PREDOMINANTE	
DIAGNÓSTICO	

