



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**INFLUENCIA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA ESTRUCTURA  
FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES DE 16 A 19 AÑOS  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA  
PERIODO FEBRERO - JUNIO DEL 2016**

**TESIS PRESENTADA POR:  
BACHILLER EN OBSTETRICIA  
FASANANDO RÍOS, DÁNEY LLUSARA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**UCAYALI – PERÚ**

**2016**

**Dedicatoria:**

A mis padres Leonardo Fasanando Manrique y Carmen E. Ríos Oroche por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

**Agradecimiento:**

A Dios Todopoderoso por darme la fuerza para seguir adelante.

Al Obstetra Julio Cesar Vargas Arana por su valioso apoyo en éste proceso de aprendizaje y por su estímulo y permanente interés para lograr mi meta en la finalización de éste proyecto, con la amabilidad que le caracteriza.

A las adolescentes gestantes del Hospital Regional de Pucallpa por su colaboración y participación en la investigación.

## RESUMEN

El presente trabajo titulado Influencia del funcionamiento de la estructura familiar en gestantes adolescentes de 16 – 19 años que acuden al Hospital Regional de Pucallpa, tuvo como **objetivo** general Determinar la influencia del funcionamiento de la estructura familiar de las gestantes adolescentes dentro de la organización familiar, en la solución de conflictos y en el área emocional, en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Febrero - Junio del año 2016. **Material y Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, observacional; los datos se recopilaron mediante su registro en una encuesta y se consolidaron en una matriz de recolección de datos, instrumentos que fueron elaborados de manera previa a la intervención, mediante la identificación de las variables relacionadas con el problema de investigación, utilizando como fuente las respuestas de las gestantes adolescentes de 16 a 19 años atendidas en la consulta externa del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa. La muestra fue de 81 gestantes adolescentes de 16 a 19 años de edad, que acudieron a este servicio durante el periodo Febrero - Junio del año 2016; posteriormente se procedió a utilizar el método de prueba de contingencia; primero se hizo una descripción del funcionamiento familiar y luego se estudiaron las posibles asociaciones con el embarazo adolescente. **Resultados:** Se encontró que existe asociación entre la influencia de la estructura familiar y el embarazo adolescente, el 70.3 % de gestantes adolescentes provienen de familias disfuncionales, así mismo que dentro de las familias existe deficiente comunicación, falta de afecto y cariño entre padres e hijos. **Palabras clave:** Familia, Embarazo Adolescente, Estructura Familiar, Solución de Conflictos y Área Emocional.

## **ABSTRAC**

The present work entitled Influence of the functioning of the family structure in pregnant adolescents aged 16 - 19 who attend the Regional Hospital of Pucallpa, had as general objective To determine the influence of the functioning of the family structure of pregnant teenagers within the family organization, In the solution of conflicts and in the emotional area, in patients attended at the Regional Hospital of Pucallpa during the period February - June of the year 2016. Material and Methods: a descriptive, cross-sectional, observational study was performed; The data were collected through a survey and consolidated into a data collection matrix, which were elaborated prior to the intervention, by identifying the variables related to the research problem, using the answers as a source Of pregnant women aged 16 to 19 attended the external consultation of the Obstetrics Service of the Regional Hospital of Pucallpa. The sample consisted of 81 pregnant women aged 16 to 19 years who attended this service during the period February - June of the year 2016; Later the statistical method was used contingency test; First a description of the family functioning was made and then the possible associations with the adolescent pregnancy were studied. Results: It was found that there is an association between the influence of family structure and adolescent pregnancy, 70.3% of adolescent pregnant women come from dysfunctional families, as well as within families there is poor communication, lack of affection and affection between parents and children. Keywords: Family, Teen Pregnancy, Family Structure, Conflict Resolution and Emotional Area.

## INDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	08
-------------------	----

### CAPITULO I

#### PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1	Descripción de la Realidad Problemática.....	10
1.2	Delimitación de la Investigación.....	12
1.3	Formulación del Problema.....	13
	1.3.1 Problema Principal.....	13
	1.3.2 Problema Secundarios.....	13
1.4	Objetivos de la Investigación.....	13
	1.4.1 Objetivo General.....	13
	1.4.2 Objetivos Específicos.....	14
1.5	Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores.....	14
1.6	Diseño de la Investigación.....	14
	1.6.1 Tipos de Investigación.....	14
	1.6.2 Nivel de Investigación.....	14
1.7	Población y Muestra de la Investigación.....	15
	1.7.1 Población.....	15
	1.7.2 Muestra.....	15
1.8	Técnicas e Instrumentación de la Recolección de Datos.....	16
	1.8.1 Técnicas.....	16
	1.8.2 Criterios de Inclusión.....	16
	1.8.3 Criterios de exclusión.....	16
	1.8.4 Instrumentos.....	16
1.9	Justificación e Importancia de la Investigación.....	17

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

2.1	Fundamentos Teóricos de la Investigación .....	19
	2.1.1 Antecedentes de la Investigación .....	19
	2.1.2 Bases Teóricas .....	24
	2.1.3 Definición de Términos Básicos .....	63

## **CAPITULO III**

### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

	Presentación, Análisis e Interpretación De Resultados .....	65
	CONCLUSIONES .....	76
	RECOMENDACIONES .....	78
	FUENTES DE INFORMACION .....	79
	ANEXOS: .....	82
	· Matriz de Consistencia .....	82
	· Encuesta .....	83

## INTRODUCCION

El embarazo adolescente es un problema de Salud Pública, por su prevalencia que se mantiene y tiende a aumentar en los sectores más vulnerables de la población (1). Si bien la fecundidad global en el Perú ha ido en descenso en los últimos 25 años, la fecundidad en adolescentes no ha tenido el mismo comportamiento. Esta última ha disminuido en dicho periodo, no obstante no ha ido al ritmo de la fecundidad global sino más bien está presentando una curva al alza en los últimos diez años.

Según se estima, a nivel mundial cada año unas 14 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz (2). En el Perú, según la ENDES 2012, el 12,7% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o están gestando por primera vez, encontrándose el mayor número en la selva con un 29% (3). La región Ucayali ocupa el segundo lugar a nivel nacional de embarazos en adolescentes con un 29.2% después de Loreto y las provincias con mayor porcentaje de adolescentes madres de 15-19 años son: Purús (51,9%), Atalaya (40,1%) y Padre Abad (28,1%) y en Coronel Portillo, las adolescentes que son madres representan el 20.6% (4). El embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales, y según la DIRESA Ucayali con la proporción centro y puestos de salud es de 30.4% del total de las gestantes en Ucayali (5).

Se ha podido apreciar que en la mayoría de estudios sobre embarazo en adolescentes, los factores más preponderantes son los familiares y reproductivos. La familia es un sistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, que conforma un micro grupo, en el cual existen dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad de sus componentes. En ese sentido, frente al problema clínico de una determinada persona no es suficiente que sea entendido como un fenómeno individual e interno, sino que los problemas de las personas pueden ser entendidos en conjunto con su contexto relacional, el principal **objetivo** de este trabajo fue la influencia del funcionamiento de la

estructura familiar de las gestantes adolescentes dentro de la organización familiar, en la solución de conflictos y en el área emocional, en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo Febrero – Junio del 2016, contribuyendo de esta manera en la prevención del embarazo en adolescentes ya que la adolescente aún no ha alcanzado la suficiente madurez biológica y psicológica necesaria para llevar un embarazo adecuado. Sin embargo se considera para el presente estudio a gestantes de 16 a 19 años en función de la OMS que fundamenta que en la etapa de 14 a 16 años o adolescencia media y de 17 a 19 años, adolescencia tardía, existe una mayor madurez emocional, por lo que se garantizaría la veracidad de las respuestas, de acuerdo a que en estas etapas existe un desarrollo de valores y metas personales. Se establecieron como **variables** de estudio: variable independiente funcionamiento de la estructura familiar que se define como la respuesta expresada sobre la forma como se relacionan los miembros de la familia principalmente en tres áreas: área estructura, área solución de conflictos y área emocional; y como variable dependiente gestantes adolescentes que se definió como la gestante que tiene entre 16 y 19 años de edad. La población estuvo constituida por gestantes de 16 a 19 años de edad, que acudieron al Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Febrero - Junio 2016. El tamaño de la muestra se halló con una fórmula que es aplicable para población finita. Utilizando la prueba de contingencia. El informe consta de tres capítulos planeamiento metodológico, marco teórico y presentación, análisis e interpretación de resultados.

## **CAPITULO I**

### **PLANEAMIENTO METODOLÓGICO**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

El embarazo adolescente es un problema de Salud Pública, por su prevalencia que se mantiene y tiende a aumentar en los sectores más carentes de la población (1). Si bien la fecundidad global en el Perú ha ido en descenso en los últimos 25 años, la fecundidad en adolescentes no ha tenido el mismo comportamiento. Esta última ha disminuido en dicho periodo, no obstante no ha ido al ritmo de la fecundidad global sino más bien está presentando una curva al alza en los últimos diez años. De acuerdo a la ENDES 2012, y comparado con estudios previos, se señala que la fecundidad disminuyó en 41,9%, desde 4,3 hijos por mujer a 2,5 (casi 2 hijos) por mujer. (1)

Según la ENDES 2012, se estima a nivel mundial cada año unos 14 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz (2). En el Perú, según ENDES el 12,7% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o están gestando por primera vez, encontrándose el mayor número en la selva con un 29% (3). La región Ucayali ocupa el segundo lugar a nivel nacional de embarazos en adolescentes, con un 29.2% después de Loreto y las provincias con mayor porcentaje de adolescentes madres de 15-19 años son: Purús (51,9%), Atalaya (40,1%) y Padre Abad (28,1%) y en Coronel Portillo, las adolescentes que son madres representan el 20.6% (4).

El embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales, y según la DIRESA Ucayali con la proporción centro y puestos de salud es de 30.4% del total de las gestantes en Ucayali. (5)

Aún se mantienen notables diferencias entre las distintas regiones naturales. Mientras que el 32,2 y el 27,2% de las adolescentes de Loreto y San Martín, respectivamente, ya tienen un hijo o están embarazadas en Arequipa solo el 5,2% están en la misma situación (7). Otras regiones que presentan los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas, además de Loreto y San Martín, son: Tumbes, Ucayali y Amazonas con 27,0%, 26,5% y 23,5%, respectivamente. Se presenta menor porcentaje de adolescentes madres o que están embarazadas además de Arequipa, en Tacna (6,9%) seguido de Lima, Puno y Moquegua con 7,7%, 8,9% y 9,5%, en cada caso. (6)

El porcentaje de embarazo en adolescentes ha presentado una tendencia al aumento en los últimos años. Mientras que la ENDES 2000 reportó que 13,0% de las adolescentes eran madres o estaban embarazadas, la ENDES 2012 muestra que el 13,2% de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,8% ya es madre, y el 2,4% está gestando por primera vez. Respecto a los embarazos no planeados (lo quería después) la misma encuesta muestra que asciende al 57,8% en las mujeres menores de 20 años. (1)

Otros datos relevantes a considerar en el análisis son los factores determinantes del embarazo en adolescentes. Asimismo, es imprescindible analizar los determinantes sociales del embarazo adolescente para comprender las brechas que esconden los indicadores demográficos a la luz de las características que presenta la problemática en el Perú. Este análisis se verá reflejado en el marco lógico y tendrá una utilidad relevante a la hora de definir las líneas estratégicas de acción y los resultados esperados con la implementación del presente plan multisectorial. (7)

Se ha podido apreciar que en la mayoría de estudios sobre embarazo en adolescentes, los factores más preponderantes son los familiares y reproductivos. La familia es un sistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, que conforma un micro grupo, en el cual existen dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad de sus componentes. En ese sentido, frente al problema clínico de una determinada persona no es suficiente que sea entendido como un fenómeno individual e interno, sino que los problemas de las personas pueden ser entendidos en conjunto con su contexto relacional. (8)

Diversos estudios sobre fecundidad en adolescentes coinciden en que las relaciones familiares influyen considerablemente en el comportamiento sexual de la adolescente. Tal como lo demuestra la investigación realizada por Lawrence L. (1997), en el cual concluye que los adolescentes que pertenecen a familias desestructuradas, ya sea por separación y/o divorcio de los padres buscan compensación emocional en la actividad sexual y/o en un embarazo, para suplir la falta de afecto dentro del entorno familiar. (9)

## 1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital Regional de Pucallpa, el cual se encuentra ubicado en la ciudad de Pucallpa, Distrito de Calleria, Provincia de Coronel Portillo, región Ucayali; manzana 125-A, entre los jirones Agustín Cauper Videira, (frente principal), Diego de Almagro, Mariscal Cáceres y por el respaldo, con el Jr. Luis Scavino Silva. Sus límites son por el Este con el margen Izquierdo del Rio Ucayali, por el Oeste con la jurisdicción de Nuevo Paraíso, por el Norte con la jurisdicción de San Fernando y por el Sur con la jurisdicción de 2 de mayo.

El área corresponde a la Región de Ucayali, ubicada en la parte oriental de Perú. Abarcando la provincia de Coronel Pedro Portillo y distrito Calleria, cuya área de influencia son las cuencas del río Aguaytía y cuenca

del río Ucayali. La ciudad de Pucallpa, se encuentra ubicada a una altitud de 154msnm y sobre el punto geográfico Longitud Sur: 08°23'00" y Longitud Oeste: 74°32'15".

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

#### **1.3.1 Problema Principal**

¿Cómo influye el funcionamiento de la estructura familiar de las gestantes adolescentes en el área de organización familiar, área de solución de conflictos y área emocional, en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo Febrero - Junio 2016?

#### **1.3.2 Problemas Secundarios**

- a) ¿Cómo influye el funcionamiento de la estructura familiar de las gestantes adolescentes en la organización familiar. Hospital Regional de Pucallpa, período Febrero - Junio 2016?
- b) ¿Cómo influye el funcionamiento de la estructura familiar de las gestantes adolescentes en el área de solución de conflictos. Hospital Regional de Pucallpa periodo Febrero - Junio 2016?
- c) ¿Cómo influye el funcionamiento de la estructura familiar de las gestantes adolescentes en el área emocional. Hospital Regional de Pucallpa período Febrero - Junio 2016?

### **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar la influencia del funcionamiento de la estructura familiar de las gestantes adolescentes dentro de la organización familiar, en la solución de conflictos y en el área emocional, en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo Febrero - Junio 2016

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- a. Identificar la influencia del funcionamiento de la estructura familiar de las gestantes adolescentes en la organización familiar. Hospital Regional de Pucallpa, período Febrero - Junio 2016.
- b. Conocer la influencia del funcionamiento de la estructura familiar de las gestantes adolescentes en la solución de conflictos. Hospital Regional de Pucallpa periodo Febrero – Junio 2016.
- c. Establecer la influencia del funcionamiento de la estructura familiar de las gestantes adolescentes en el área emocional. Hospital Regional de Pucallpa período Febrero - Junio 2016.

### **1.5. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES**

#### **a) Variable independiente:**

Funcionamiento de la Estructura Familiar

#### **b) Variable dependiente:**

Gestante Adolescente.

### **1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.6.1. Tipo de Investigación**

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, observacional, para determinar la Influencia del funcionamiento de la estructura familiar en el embarazo adolescente.

#### **1.6.2. Nivel de Investigación**

El nivel de investigación fue básico, porque se realizó para mejorar el conocimiento y la investigación en el campo de la Obstetricia.

## 1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.7.1 Población.

Son todas las gestantes adolescentes de 16 a 19 años de edad, que acuden a la consulta externa del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Febrero - Junio del año 2016.

### 1.7.2 Muestra.

El tamaño de la muestra se halló con una fórmula que es aplicable para población finita y es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 * (0.7) * (0.3)}{(0.1)^2}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

p = Probabilidad de éxito 70% (0.7)

q = Probabilidad de fracaso 30% (0.3)

E = Es el margen de error considerado por el investigador y es de 10% (0.1)

Z = Valor de la distribución Normal para un intervalo de confianza del 95% cuyo valor es 1.96

Entonces:

$$\underline{n = 80.6}$$

Tomando la decisión de redondear a 81 encuestas para contrarrestar los errores no muestrales. La elección de los 81 elementos de la muestra se realizó mediante muestreo aleatorio simple.

## **1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **1.8.1 Técnica.**

a. Para el tratamiento de los datos se usaron los siguientes procedimientos:

- Se elaboraron cuadros de doble entrada.
- Se generaron gráficos estadísticos para la presentación de los hallazgos.

b. Técnica de análisis e interpretación de datos. El análisis estadístico de las diferencias se hizo utilizando la prueba de Contingencia.

### **1.8.2 Criterio De Inclusión**

Todas las gestantes adolescentes de 16 a 19 años que acudieron a la Atención Prenatal en el Hospital Regional de Pucallpa en el período de estudio.

### **1.8.3 Criterio De Exclusión**

Todas las gestantes adolescentes menores de 16 años que acudieron a la Atención Prenatal.

Gestantes que no desearon participar en el estudio.

### **1.8.2 Instrumento.**

Los datos se recopilaron mediante el registro a través de la encuesta y se consolidaron en una matriz de recolección de datos, instrumentos que fueron elaborados de manera previa a la intervención. Se aplicó una prueba piloto de la encuesta, correspondiente al 10% del tamaño de la muestra, para validar el instrumento.

## 1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

### Justificación.

La presente investigación se justifica en la observación del incremento de embarazos en adolescentes en el Hospital Regional de Pucallpa, como consecuencia de múltiples factores, tanto familiares como personales. El embarazo en adolescente, llamado embarazo precoz, debe evitarse ya que la adolescente aún no ha alcanzado la suficiente madurez biológica y psicológica necesaria para llevar un embarazo adecuado.

Según la ENDES 2013, se estima a nivel mundial cada año unos 14 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz. Los resultados de ENDES 2013, del total de adolescentes de 15 a 19 años el 13.9% ya estuvo alguna vez embarazada. Los mayores porcentajes de maternidad adolescente se presentan entre las mujeres con educación primaria (36.2%), en las residentes de la Selva (23.7%), entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (23.9%) y en el área rural (20.3%) (10).

En el Perú 21% de la población total es adolescente, y la edad promedio de la relación sexual es entre los 13 - 14 años en varones y 15 años en mujeres; 13.7% de las adolescentes peruanas están embarazadas o ya son madres en el país. Hay más de 500 mil nacimientos por año, 20% de estos se da en adolescentes. Generalmente 3 de cada 10 sexualmente activas ya son madres o están gestando. Más del 50% de las adolescentes gestantes no deseaban tener a sus hijos. Los departamentos con mayor porcentaje de adolescentes embarazadas son: Loreto (34,4%), Ucayali (27%), Amazonas (26,5%), Huancavelica (24,9%), Madre de Dios (23,6%), Ayacucho (21,3%), Apurímac (20,4%) y Moquegua (7,1%).(11)

Siendo de gran preocupación el incremento del índice de morbilidad mortalidad materno del Perú, y al consecuente impacto psicosocial del embarazo, que se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja e ingresos inferiores de por

vida, que tienden a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria”. Siendo de gran preocupación el alto índice de embarazos adolescentes.

Muchas adolescentes abandonan la escuela al quedarse embarazadas, lo cual tiene consecuencias a largo plazo tanto para ellas mismas como individuos, como para sus familias y comunidades.

Además que en el funcionamiento familiar es preocupante desde el ámbito de la formación de familia, ya que se puede dar la ausencia física de uno o ambos progenitores, implicando la falta de figuras necesarias en el desempeño de acciones vitales para el grupo familiar, lo cual produce en ocasiones desestabilización que, unida al proceso de transformaciones por lo que atraviesa el adolescente, le acarrea confusiones.

La presente investigación pretende ampliar nuestros conocimientos y entender mejor la relación existente entre el funcionamiento familiar y el embarazo adolescente, lo cual permitirá diseñar estrategias para prevenir esta condición y así mejorar el estado de salud en la adolescente, contribuyendo también de esta manera a mejorar la calidad de las relaciones interpersonales dentro de la familia.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1 ANTECEDENTES.

###### Nacionales.

- a. **Calderón J. y cols. “Estudio cualitativo sobre las relaciones de pareja y familiares vinculadas al embarazo en adolescentes”, Lima. 2006.** Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico, con el fin de determinar las causas, perspectivas y decisiones del embarazo en adolescentes, para lo cual se realizaron ocho grupos focales y una entrevista en profundidad, a adolescentes que acudían a realizarse el control del embarazo, o se encontraban hospitalizadas en sala de Obstetricia. Se empleó para el análisis, el programa para la investigación cualitativa NUD\*IST 5.0, para generar los nodos y las clasificaciones, encontrándose los siguientes resultados. Que el embarazo en adolescentes, no es un proceso en donde el medio influya para que se produzca un embarazo, en este contexto existe falta de cariño y comunicación familiar, soledad y desintegración familiar, que influyen en el hecho de que la adolescente busque el cariño de una pareja, con la que tiene relaciones sexuales y que luego por motivos de desinformación y poco acceso a los métodos, o por decisión propia decide embarazarse.

- b. **Urreta M. “Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. 2008.** El presente estudio titulado: “Relación entre el Funcionamiento Familiar y el Embarazo de las Adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho”, tuvo como objetivos determinar la relación entre funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes; e identificar las áreas principales. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todas las adolescentes embarazadas usuarias del HSJL. La muestra fue seleccionada por el muestreo probabilístico aleatorio simple conformada por 78. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los resultados fueron que de 78 (100%), 40 (51.3%) poseen un funcionamiento familiar funcional y 38 (48.7%) disfuncional. Respecto al área estructura de 78 (100%), 41 (52.6%) tiene una estructura familiar funcional y 37 (47.4%) disfuncional. Acerca del área solución de conflictos de 78 (100%), 41 (52.6%) tiene una capacidad de solución de conflictos funcional y 37 (47.4%) disfuncional.
- c. **Gualpa V. y Cols. “Ambiente social familiar asociado a embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal”. Lima. 2012.** El objeto de determinar si el ambiente social familiar se relaciona con el embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal; se realizó una investigación no experimental, analítico de asociación y de corte transversal; la muestra lo constituyeron 140 adolescentes de las cuales 70 eran embarazadas del Instituto Nacional Materno Perinatal y 70 eran no embarazadas de la Institución Educativa Honorio Delgado. El estudio encontró que el 75,71 % de las adolescentes embarazadas tienen un ambiente social familiar inadecuado mientras que el 24,29 % tienen un ambiente social familiar adecuado, por otro lado, el 35,71 % de las adolescentes no embarazadas tienen un ambiente social familiar inadecuado mientras que el 64,29 % tiene un ambiente social familiar adecuado. Los

resultados sugieren que la adolescente con un ambiente social familiar inadecuado tiene mayor riesgo de un embarazo no planificado es por ello que se recomienda impulsar programas que fortalezcan los lazos familiares, así como crear programas dirigidos exclusivamente a adolescente, para poder brindar información necesaria que ayude a resolver sus dudas y a tomar decisiones adecuadas.

#### **INTERNACIONALES.**

- d. **Bernardita B. y cols. “Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región”. Chile. 2007.** El estudio tuvo como objetivo comprender los factores relacionados con el embarazo no planificado en las adolescentes, desde la perspectiva de las escolares nuligestas. Estudio cualitativo de casos, en mujeres entre 15 y 19 años, pertenecientes a dos establecimientos educacionales, con altos índices de embarazo, en la ciudad de Temuco, Chile. Se realizaron cuatro grupos focales, constituidos por 14 adolescentes no embarazadas, identificándose factores en las dimensiones individuales, familiares y sociales. Para el análisis se utilizó el programa ATLAS-ti 4,1. Se trianguló por investigador en la ejecución del estudio y análisis de los datos. Como resultados se encontró que en la dimensión individual aparecen como relevantes factores de riesgo que favorecen el embarazo (FFE): "amor romántico", no uso de métodos anticonceptivos, baja autoestima, irresponsabilidad masculina y falta de conocimiento en sexualidad. En la dimensión familiar destacan los factores: límite estrecho familiar y negligencia paterna. Surgen factores percibidos por las adolescentes como protectoras del embarazo no planificado (FPE), en la dimensión individual destacan: capacidad reflexiva y proyecto de vida; en la dimensión familiar: "familia cuidadora" y límites claros; y en la dimensión social la categoría o factor con mayor peso es "sanción social". Conclusiones: Entre los hallazgos destacan como FFE relevantes el "amor romántico" y los límites polares familiares. Como FPE, la capacidad de reflexión y "familia cuidadora". Estos elementos debieran

ser considerados en la prevención del embarazo no planificado en población adolescente.

- e. ***Cabral I y cols. "Percepción de la funcionalidad familiar desde la perspectiva de la embarazadas adolescentes que se atienden en tres centros de salud de la ciudad de Montevideo". Uruguay. 2012.***

La presente investigación permitió determinar el funcionamiento familiar desde la percepción de las adolescentes embarazadas primigestas de entre 15 y 19 años que asisten a tres Centros de Salud del Primer Nivel de Atención del sector público de Montevideo en el período comprendido entre el 28 de Marzo al 13 de Abril de 2012. La caracterización de la población y la percepción de la funcionalidad familiar, se efectuó un cuestionario que tuvo dos partes. Uno para la propia caracterización y el otro, fue una adaptación del cuestionario realizado por Smilkestein Test de APGAR familiar.

Los mismos se realizaron durante la entrevista a 32 adolescentes embarazadas primigestas de entre 15 a 19 años de edad. Dentro de los resultados se destaca un predominio de familias nucleares en un 68 % y estar cursando el tercer trimestre de embarazo en un 53%. En cuanto al resultado del Test de APGAR obtuvimos que, el 75% de las mismas percibieron su núcleo familiar como funcional, un 22% como disfuncional moderado y un 3% disfuncionalidad severa. Podríamos concluir que la percepción de las adolescentes acerca de la funcionalidad familiar podría estar relacionado directamente con el tipo de familia que las mismas tienen (Familia Nuclear) y con el trimestre de embarazo que cursa (2do. y 3er. trimestre) debido a que todas atravesaron la crisis normativa que genera la noticia del embarazo. Con los resultados obtenidos, podríamos decir que la composición familiar nuclear sumado al tiempo de gestación que cursa, favorecen a que la adolescente perciba, mayor contención y aceptación por parte de la familia.

- f. ***Gualpa V y cols. "Impacto familiar, social y psicológico del embarazo en las adolescentes que asisten a consulta del Centro de***

**Salud N° 2 José María Astudillo”. Ecuador. 2013.** La presente investigación permitió determinar el “impacto familiar, social y psicológico del embarazo en las adolescentes que asisten a consulta del “Centro de salud N° 2” José María Astudillo. Cuenca, 2013. Material y Métodos: es un estudio descriptivo. Se trabajó con un universo finito de 17 adolescentes embarazadas que asistieron a la consulta del Centro de Salud N° 2 José María Astudillo, a quienes se les aplicó la encuesta estructurada que recogió información sobre: la edad, estado civil, instrucción, ocupación, planificación del embarazo, uso de métodos anticonceptivos, edad de inicio de las relaciones sexuales, factores de riesgo y proyecto de vida. Los datos fueron procesados y analizados mediante los programas de Microsoft office Word, Excel, SPSS y son presentados en tablas de 2 x 2. Resultados: El 88,2% de las familias aceptaron el embarazo de las adolescentes, 5,9% fueron rechazadas y el 5,9% no tuvo ninguna reacción. El 76.5% de las adolescentes consideran que después tener a su hijo es estudiar y trabajar. El 17.6% piensa trabajar para cubrir con las necesidades de su familia, el 5,9% piensa solo trabajar. El 82.4% aceptaron su embarazo, el 11.8% no lo admitieron, por lo que esto conlleva a la adolescente a una gran cantidad de problemas psicológicos para el nacimiento de su hijo. Mientras que el 5.9% no tienen ningún problema. Conclusiones: el embarazo en la adolescencia es considerado de alto riesgo, por lo que la frecuencia de factores de riesgo es elevada y contribuye a la mayor probabilidad de complicaciones; tanto en el embarazo, parto y recién nacido.

- g. **Agudelo Sarmiento, Carlos. “Caracterización de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes en una comunidad urbana del municipio de malambo (Atlántico)”. Colombia. 2014.** El presente trabajo permitió describir la funcionalidad familiar en las familias con adolescentes gestantes, en la Comunidad de Mesolandia del Municipio de Malambo, (Atlántico), en el primer semestre del 2010 , desde la perspectiva teórica de la Organización Sistémica de Marie L. Friedemann Diseño metodológico: Estudio descriptivo de corte

transversal realizado mediante la aplicación de dos instrumentos: Ficha Sociodemográfica y Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E), a 80 familias con adolescentes gestantes residentes en la Comunidad de Mesolandia de Malambo (Atlántico).2010. Resultados: La muestra estudiada destaca el predominio de las familias que viven en unión libre (74%), con 4 y 6 integrantes (68%), en ciclo familiar con preescolar (47%), con un ingreso mensual de un salario mínimo (42%), la mayoría de los integrantes de las familias han alcanzado el grado de escolaridad secundaria completa (38%) incompleta (27%). El 78% profesan mayoritariamente la religión católica. En cuanto al nivel de efectividad de la funcionalidad familiar, predomina el nivel intermedio con un (63.75 %) seguido por el nivel alto (23.75%) y un nivel bajo de (12.5%). Conclusiones: Predomina el nivel intermedio en la funcionalidad familiar, con un 63.75%, lo que nos podría indicar que éstas familias pueden presentar inflexibilidad ante las nuevas experiencias que viven sus adolescentes gestantes, y un (12.5%), con un nivel bajo de funcionalidad familiar posiblemente relacionado con serias dificultades para suplir las necesidades físicas, emocionales y sociales en su núcleo.

## **2.1.2 BASES TEÓRICAS**

### **LA FAMILIA.**

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos, en su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras Familiares que hacen difícil una definición exclusiva de ella. Más allá de las diversas estructuras familiares, es posible entender a la familia como la célula social básica, ya que en toda sociedad es posible identificar una familia, es por tanto, un componente esencial de la estructura social más amplia. (12)

La Comisión Nacional de la Familia (CNF) define que la familia es “un grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adaptativa) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables. (12)

Las funciones que cumple la familia son múltiples y esenciales para el desarrollo de la persona y para la sobrevivencia y estabilidad de la sociedad. El grupo familiar inmediato imprime su sello indeleble en la formación personal y se constituye en el eslabón fundamental del sistema social. La construcción de la realidad y sus experiencias serán percibidas, interpretadas y enjuiciadas en función del marco familiar, y gran parte de los recursos que el individuo posee para manejarse en el mundo provienen de la familia. (12)

La naturaleza de las funciones familiares y el grado en que éstas son compartidas por otras instituciones son variables en el tiempo y en las diferentes culturas. No obstante, un núcleo familiar cumple básicamente las siguientes funciones:

- a. Satisfacción de necesidades biológicas tendientes a la reproducción, crianza y cuidado de los hijos.
- b. Satisfacción de necesidades psicológicas que generan una matriz de experiencias afectivas y vinculares que van gestando la vivencia de pertenencia sobre la cual se desarrolla la identidad personal. Estos lazos afectivos establecen responsabilidades mutuas y sentimientos de pertenencia que hacen que cada grupo familiar adquiera características supra-individuales, es decir, se constituye en una totalidad distinguible y única.
- c. Funciones de socialización, dado que la familia es la principal transmisora de la cultura, ya que enseña las creencias, valores, normas y conductas deseables de su grupo social.

- d. Funciones económicas, dado que la unidad familiar se constituye en un sistema de producción y compra de servicios y bienes para lograr la subsistencia de sus integrantes.
- e. Cumple también una función de mediadora con diferentes estructuras sociales ya que relaciona a los integrantes de la familia con otras unidades del sistema social.

Se puede afirmar que la familia es un sistema integrativo que cumple básicamente la función de sustento emocional para el desarrollo de los hijos, otorga estabilidad a los adultos y es fuente de apoyo social para todos sus integrantes. (12)

Por lo que la familia es una organización social primaria que se caracteriza por vínculos de consanguinidad y de relaciones afectivas de intimidad y significado, siendo un subsistema del sistema social más amplio. Los miembros de la familia cumplen roles al interior de ésta y le permiten vincularse con otros sistemas sociales, tales como el trabajo, la escuela, el barrio, etc. La familia es el contexto en que se aprenden los valores y se transmite la cultura, siempre pasada por el filtro de las orientaciones propias de cada sistema familiar. (12)

En ese sentido, es que se considera a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por varios subsistemas de funcionamiento interno, e influido por una variedad de sistemas externos relacionados. (12)

Por otra parte, la familia es un sistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, conforma un microgrupo, en el cual existen dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad de sus componentes. En ese sentido, frente al problema clínico de una determinada persona no es suficiente que sea entendido como un fenómeno individual e interno, sino que los problemas de las personas pueden ser entendidos en conjunto con su contexto relacional. (12)

Además se considera a la familia como una totalidad, ya que, tomada en su conjunto, trasciende las características de cada uno de sus miembros y posee una complejidad propia, es decir, es más que la suma de las partes. También a la familia se la entiende como una unidad, ya que el comportamiento de un miembro refleja las características y modelos del grupo y no sólo los que posee cada individuo. (13)

Como la familia es un sistema donde sus miembros están interrelacionados, cuando uno de los hijos llega a la adolescencia, se modifica el equilibrio previo y tales cambios afectan a los padres y hermanos. La familia tendrá que cambiar y ajustarse a las nuevas circunstancias. Cuando esta es funcional, tiene menos dificultad para reajustarse y cambiar, mostrando su flexibilidad. Cuando es rígida, hay mayor dificultad para hacer reajustes en las relaciones entre los miembros, lo que puede dar lugar a conflictos serios. Otros aspectos de la funcionalidad de la familia son el grado de cohesión entre sus miembros y el clima emocional que existe en la familia, que puede variar entre la frialdad y distanciamiento hasta una relación cálida y de participación psicológica. (14)

Durante este periodo de transición, que dura un promedio de siete años, tanto los adultos como sus hijos adolescentes llegan al fin de una etapa y, entran en crisis, unos de separación de la estructura familiar y otros en la llamada crisis de la Edad Media”, en que los padres reevalúan sus metas y aspiraciones. La congruencia de ambas crisis hace a adolescentes y padres más vulnerables. (13)

La adolescencia afecta el ciclo familiar y el estilo de vida de ella más que ninguna otra edad, la familia sana logra un equilibrio con los hijos escolares, la llegada de la adolescencia en que los hijos inician la búsqueda de su identidad desestabiliza el sistema y obliga a hacer ajustes para mantener las relaciones y la salud mental. Si la familia está distante, con problemas sin resolver, relaciones parenterales poco claras, desorganización familiar y relaciones interpersonales

defectuosas entre los miembros familiares este periodo será caótico, sustituyendo entonces el apoyo al adolescente por el conflicto. (12)

La familia no existe en el vacío sino inserta en una sociedad. El desarrollo del adolescente será el producto de todos los componentes del ambiente en el cual el adolescente funciona. Los padres deben usar todos los recursos del medio para solucionar los dilemas planteados para guiar a la familia en este periodo. Las familias con hijos adolescentes con relaciones familiares rígidas y que no se adaptan a las nuevas tareas del desarrollo tendrán crisis intensas, pues es en este periodo del ciclo vital, que las tareas propias de él, exigen plasticidad y flexibilidad en las relaciones familiares que permitan readecuar los roles. El adolescente debe definir su rol y su identidad, la familia debe ofrecer oportunidades que le permitan ejercitar el rol del adulto y darle la oportunidad de asumir la responsabilidad de definir su plan de vida. Los padres no pueden limitarse a imponer su voluntad, debe recordar que su hijo necesita su guía, orientación y apoyo para ejercer libremente sus decisiones y no los ideales o sueños paternos no realizados. (12)

La enfermedad del adolescente puede ser consecuencia de una crisis, determinada por incapacidad de la familia de brindarle la posibilidad de adquisición de algún aspecto imprescindible en su desarrollo. Si el sistema familiar no es adecuado, el adolescente tendrá problemas para progresar hacia una adultez responsable.

## **EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU IMPACTO EN LA SALUD DEL ADOLESCENTE.**

Para comprender el funcionamiento familiar es necesario analizar su estructura, los procesos y su filosofía familiar. (Constantine, 1986) Diferentes autores han desarrollado teorías y enfoques que enfatizan o profundizan diferentes aspectos del funcionamiento familiar. Cada una de ellas aportan conceptos y describen cuales son las características de las familias funcionales, tanto en relación a su estructura, procesos y

paradigmas familiares. No hay, por lo tanto, una teoría unitaria sobre la familia. (12)

Por los mismos motivos, tampoco es fácil ni consistente postular un modelo de familia normal y patológica. Por el contrario, hay más bien un acuerdo que el concepto de “normalidad” es muy relativo y utilizarlo lleva a equívocos y confusiones más que a acuerdos u orientaciones útiles. Por lo tanto, se habla más bien de funcionalidad o disfuncionalidad familiar, en el sentido de cuáles son las estructuras, procesos y paradigmas que mejor permiten a las familias cumplir con sus funciones esenciales, vale decir, lograr el desarrollo integral de las personas en el contexto familiar, en sus diferentes etapas del ciclo evolutivo, y favorecer el proceso de socialización. (13)

El funcionamiento familiar es la atmósfera psicosocial del hogar familiar, varía notablemente entre un hogar y otro. Ciertos hogares gozan de un buen clima interno y en otros sucede lo contrario, hay una tercera categoría de hogares en los que el clima es cambiante. El clima puede variar de uno a otro momento para un individuo determinado. En general, es más probable que el clima hogareño sea insatisfactorio para el adolescente joven en razón de que las fricciones con los componentes del núcleo se hallan en su punto máximo en ese periodo de su vida. (14)

El entorno familiar es el escenario de todo tipo de vivencias. En la vida familiar se inicia la socialización y la formación de valores y elementos necesarios para una formación integral de la persona. Las relaciones interpersonales que se dan en el hogar han de ser fruto de un clima de armonía, cariño, respeto y amor. Estas relaciones perduran en el adolescente durante toda su vida. La comunicación sincera, sencilla y oportuna entre padres y adolescentes fortalecerá las relaciones familiares. Muchas conductas sociales negativas que presentan los adolescentes, son el fruto del mal manejo de las relaciones interpersonales, pues no se respeta al adolescente como persona. (15)

El tipo de relaciones que se establece entre los miembros de la familia es de capital importancia. La funcionalidad o disfuncionalidad de dichas relaciones depende el grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus integrantes. Para entender su funcionamiento se requiere conocer también sus relaciones interpersonales, pues las acciones de cada uno de ellos producen reacciones y contra reacciones en los demás y en ellos mismos. En otras palabras, las características de la familia son las propias de un sistema abierto. Dentro de este sistema actúan fuerzas tanto positivas como negativas, que determinan el buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural. Jackson dio a este conjunto de fuerzas el nombre de dinámica familiar y le atribuyó un papel fundamental en el constante cambio y crecimiento de la familia. (15)

Los factores psicosociales básicamente las relaciones interpersonales y los procesos que se dan dentro de la familia constituyen una influencia determinante en el origen de muchas conductas de riesgo en el adolescente. Esto hace necesario determinar qué interacciones del núcleo familiar son disfuncionales, ya sea que dieron lugar a la formación de tales conductas o porque promueven su mantenimiento. El proceso de discriminación entre las interacciones funcionales y las disfuncionales exige de parte del clínico la investigación de ciertos parámetros, que pueden quedar integrados en tres áreas principales del funcionamiento global de la familia: la organización o estructura, la solución de problemas y el clima emocional. (15)

## **1. ORGANIZACIÓN O ESTRUCTURA FAMILIAR.**

Está constituida por las interacciones que se establecen entre los integrantes de la familia, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca y reiterativa. La estructura le da “la forma” a la organización, constituyendo los arreglos de los componentes internos y su regulación con el ecosistema. (15)

Minuchin (1977), principal exponente del modelo estructural, define la estructura familiar como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”. Estas pautas o reglas establecen como, cuando y con quien, cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de los miembros de ella. (16)

#### **TIPOS DE FAMILIA.**

- a. **La familia nuclear o elemental:** Es la unidad base de toda sociedad, la familia básica, que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos.
- b. **La familia extensa o consanguínea:** Se compone de más de una unidad nuclear siempre y cuando coexistan bajo un mismo techo, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.
- c. **La familia monoparental:** Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes, ya sea porque los padres se han separado y los hijos quedan al cuidado de uno de los padres, por lo general la madre, excepcionalmente, se encuentran casos en donde es el hombre el que cumple con esta función; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.
- d. **La familia de madre soltera:** Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

- e. **La familia de padres separados:** Familia en la que los padres se encuentran divorciados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.
- f. **Familia adoptiva:** Es aquella que recibe a un niño por el proceso de adopción.
- g. **Familias reconstituidas:** compuestas por un progenitor con hijos que se une con una persona soltera sin hijos. De estas proviene la figura de los padrastros o madrastras.
- h. **Familia sin vínculos:** Un grupo de personas, sin lazos consanguíneos, que comparten una vivienda y sus gastos, como estrategia de supervivencia.(16)

Las dimensiones de la estructura familiar además son la jerarquía, alianzas, límites o fronteras, funciones o papeles y formas de control del comportamiento. En la diferenciación y mantenimiento de las funciones.

- a. **JERARQUÍA.** La jerarquía se refiere a los diferentes niveles de autoridad de los individuos y los subsistemas dentro del grupo familiar. El buen funcionamiento de la familia se facilita cuando el subsistema de los padres ostenta la mayor jerarquía o autoridad dentro del grupo. Esto no excluye la conveniencia de tomar en consideración las opiniones de los hijos y otros familiares, pues aunque es deseable que la familia siga una tendencia democrática, no debe ser una organización sin líderes. Haley y Minuchin postulan que una de las causas del surgimiento de síntomas psicopatológicos es el desarreglo de los niveles de autoridad dentro de la familia. Esto ocurre, por ejemplo, cuando los progenitores no ejercen sus funciones de autoridad frente a un hijo que asume un poder excesivo porque lo tratan con demasiada indulgencia, sin corregirlo cuando debieran hacerlo. (16)

La jerarquía de poder existente en el sistema familiar podría ser un factor de riesgo para la maternidad precoz, ya que se ha observado que las madres de adolescentes embarazadas suelen ser madres dominantes en el hogar, lo que hace difícil para la hija su identificación con ella. Así, para la adolescente, el embarazo podría a menudo significar la resolución de un conflicto entre ella y sus padres, especialmente con una madre de estas características.

- b. LAS ALIANZAS** son asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más familiares. La alianza fundamental que constituye la base del buen funcionamiento del grupo es la que se establece entre el padre y la madre, sobre todo en lo que se refiere a las reglas de la convivencia y la educación de los hijos. Si esta alianza no existe debido a la discordia conyugal es posible que los hijos resientan los efectos, especialmente si uno o ambos progenitores buscan apoyarse en ellos para obtener ventajas en la lucha contra la pareja. En ocasiones, los padres desvían sus problemas conyugales a la relación con el hijo, ya sea acercándose a él en exceso y sobreprotegiéndolo, o agrediendo motivados por sus frustraciones afectivas.(16)

La alianza que tiene por objeto perjudicar a un tercero se llama coalición o triángulo perverso y puede manifestarse en diversas formas, como la de la madre y el hijo en contra del padre (triángulo edípico), la del padre y la abuela en contra de la madre, etc. Cuando el hijo se siente presionado por uno o ambos progenitores que luchan por obtener su alianza se produce el fenómeno de la triangulación, que suele generar en el hijo complejo de lealtad al sentir que no puede acercarse a uno de sus padres sin traicionar al otro. En términos generales, las alianzas más funcionales son abiertas y se forman entre familiares de la misma generación y el mismo sexo. Las alianzas más disfuncionales tienden a ser encubiertas, persisten en forma rígida y se establecen en contra de otros familiares. (16)

### **c. FRONTERAS O LÍMITES**

Los límites o fronteras se refieren a aspectos de cercanía o distancia entre diversas personas o subsistemas. Se trata de membranas imaginarias que regulan el contacto con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía, etc. Su función consiste en marcar las diferencias entre los subsistemas, y su claridad es necesaria para el buen funcionamiento de la familia. Los límites firmes determinan cierta separación y promueven la autonomía relativa. Sin embargo, los límites funcionales también conservan cierta permeabilidad para permitir acercamientos, expresiones de afecto, etc. Existen buenos límites generacionales cuando los padres se comportan como padres y los hijos como hijos. Los límites entre la madre y el hijo se violan cuando aquella es excesivamente cariñosa con este y mantiene con él un exagerado contacto físico en busca del afecto que no recibe de su pareja. Los límites que rodean a la familia nuclear también requieren ser respetados en consonancia con las costumbres propias de cada contexto sociocultural. (12)

Uno de los problemas que con mayor frecuencia tienen los padres es cómo mantener los límites con sus hijos, y cómo establecer las nuevas normas en una fase caracterizada por el conflicto entre la necesidad del adolescente por incrementar su autonomía, y la de los padres por mantener un cierto control y por evitar comportamientos desviados, sin que se resienta demasiado la relación parento – filial. (15)

Por otro lado, muchos estudios parecen coincidir en que la familia de la adolescente embarazada se caracteriza por una relación sobre dependiente con la madre, combinada con una relación distante o ausente con el padre. Se ha encontrado que muchas de estas adolescentes carecen de una relación cálida con su padre, siendo éste definido en términos muy negativos o como ausente. (15)

En algunos sistemas o subsistemas familiares los límites interpersonales son difusos, la distancia psicológica entre sus integrantes es escasa, frecuentemente unos responden por otros y la familia parece una masa amorfa. Este tipo de relación, en la que hay un elevado sentido de pertenencia se conoce como relación fusionada o amalgamada y suele ser fuente de problemas, pues siempre es deseable mantener una cierta distancia, aun con las personas amadas.

Otras familias o subsistemas promueven límites tan marcadas o rígidos que dificultan la comunicación, incluso la afectiva. Se habla entonces de relaciones desvinculadas, en las que el sentido de pertenencia es escaso. (15)

En una familia con límites funcionales existen entre los familiares lealtad suficiente para mantenerlos unidos con flexibilidad a pesar de las diferencias individuales. También se estimula el desarrollo personal y se respeta la autonomía. (15)

#### **d. FUNCIONES O PAPELES**

Las funciones o papeles son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas entre los familiares. El desempeño funcional de los papeles es requisito indispensable para la realización de las tareas que hacen posible la vida en familia. La funcionalidad de los papeles en general depende de su consistencia interna, la cual existe si cada familiar se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay acuerdo sobre lo que se espera de él. También se requiere que los papeles sean suficientemente complementarios para que funcione bien el sistema familiar. (15)

Lo deseable es que los papeles desempeñados faciliten el mantenimiento de la familia como grupo y que al mismo tiempo promuevan el desarrollo individual de cada uno de sus integrantes. También es deseable que haya suficiente flexibilidad en la asignación de las funciones, de manera que sea posible hacer modificaciones cuando sea necesario. (15)

## **e. CONTROL DEL COMPORTAMIENTO**

El control del comportamiento, especialmente el de los hijos, es una dimensión necesaria para que los papeles y las tareas de la vida diaria se desempeñen satisfactoriamente. Un control flexible es el más deseable o funcional, en el que se combinan lo predecible con lo constructivo. Su consistencia, basada en la claridad de las reglas, permite a los familiares saber qué esperar los unos de los otros sin sacrificio de la individualidad y espontaneidad. El control funcional es benévolo, pero también efectivo, descansa o se apoya en el consenso con el hijo cuando esto es posible, pero también refuerza los límites si es necesario. (15)

En relación con la crianza de los hijos, las formas no funcionales de control incluyen la sobreprotección parental, la supervisión inadecuada o negligencia, la privación experiencial y otras presiones parentales desviadas. (15)

En relación con los estilos disciplinarios, se ha señalado que el mayor grado de permisividad en una familia, unida a un alto índice de castigo, es un factor que influye notoriamente en el embarazo adolescente. En estas familias existen generalmente contenidos de socialización ambiguos o contradictorios, en los que se transfieren a las hijas modelos de virginidad y castidad, teniendo el matrimonio como la única meta posible. Sin embargo, el modelo que transmiten los padres muchas veces evidencia un conflicto al tratar de ajustar el mensaje y el modelo, pudiendo resolver finalmente esta disonancia a través de un embarazo. (15)

La iniciación sexual temprana se distribuye entre todos los niveles socioeconómicos. En el entorno social, entre las fuentes importantes para la iniciación sexual precoz se encuentran factores familiares como la tensión en las relaciones familiares y la falta de cohesión familiar, dificultades relacionadas con la búsqueda de autonomía y de independencia del joven respecto a los padres y viceversa. (15)

## **2. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS O RESPUESTA ANTE LOS PROBLEMAS.**

Para la solución de conflictos se necesita que los integrantes de la familia tengan la habilidad para comunicarse, negociar las diferencias y adaptarse al estrés. Esta habilidad se pone a prueba en las situaciones de crisis, ante las cuales la familia puede actuar con rigidez (repitiendo los patrones de conducta habituales, sin adaptarse a las nuevas circunstancias) o con flexibilidad. Por ejemplo, en una familia razonablemente funcional se pasan por alto los desacuerdos menores para evitar fricciones innecesarias. (17)

Cabe añadir que una familia que funciona bien no se diferencia de otra disfuncional por la existencia o ausencia de conflictos, sino por el modo de resolver de las diferencias inevitables en toda convivencia humana. (17)

El sistema familiar intenta mantener un funcionamiento balanceado usando sus capacidades (recursos y comportamientos de afrontamiento) para satisfacer las demandas (estresores y tensiones). El significado que la familia adscribe a las demandas que experimenta y las capacidades que tiene para manejarlas son los factores cruciales para alcanzar un funcionamiento balanceado. El resultado del esfuerzo familiar para mantener el equilibrio se conceptualiza como ajuste familiar y adaptación familiar, siendo ambos procesos un continuo separado por las crisis familiares. (18)

La respuesta de la familia a cualquier estresor se comprende mejor en el contexto de las múltiples demandas que confronta la familia en un momento dado. La familia prioriza demandas, se acumulan otras y muchas veces son “las pequeñas cosas” de la vida cotidiana las que terminan por provocar estrés. Hay una interacción permanente entre los estresores específicos y la acumulación de tensiones que tiene la

familia, producto de los cambios del desarrollo, cambios situacionales, culturales y sociales. (18)

Las familias que funcionan con un nivel de ajuste alto, en que su razón entre capacidades y demandas están balanceadas, pueden considerarse como familias resilientes. Un buen nivel de ajuste se refleja en: una adecuada salud física y mental de los individuos, un funcionamiento óptimo de los miembros de la familia en sus respectivos roles y una mantención de la unidad familiar que permita cumplir las tareas del ciclo de vida. Algunas familias son más vulnerables que otras, presentando crisis recurrentes dado su pobre nivel de ajuste. Estas familias vulnerables se caracterizan por miembros sintomáticos o interacciones conflictivas. Las crisis familiares se producen cuando hay un desbalance entre las demandas que aumentan y persisten- y las capacidades de la familia, produciéndose entonces una desorganización del sistema familiar. La crisis implica un desequilibrio severo y la familia no puede funcionar física y psicológicamente en los niveles óptimos. La familia conforma un sistema de relaciones en cual la conducta de uno afecta a todos y a cada uno de sus miembros. El vehículo de estas manifestaciones observables de la relación es la comunicación. (19)

La comunicación es el núcleo fundamental de la relación interpersonal. Las relaciones familiares positivas, expresión en gran medida, de pautas de comunicación adecuadas, se correlacionan con una menor probabilidad de presentar problemas de conducta en general, y de consumo de sustancias en particular. (19)

### **3. ÁREA EMOCIONAL**

El clima emocional dentro de la familia depende del tipo y expresión de los sentimientos entre sus componentes, así como del interés mutuo y de la calidad de la vida sexual. En cuanto a la expresión de los sentimientos, una familia funcional permite que los familiares expresen

no solo sus sentimientos negativos, sino también los positivos. En una familia se considera funcional la expresión de sentimientos tales como ambivalencia, rechazo, tristeza y angustia, que son normales en cualquier relación humana, sin sentir que se corre el riesgo de perder el cariño, pues se tiene la confianza básica de ser aceptada. (16)

Existen cinco clases de interés afectivo: indiferente, interesado sin sentimientos, narcisista, fusionado y empático. (16)

- a. En las familias con interés de tipo indiferente, el grado y la calidad de la afectividad son bajos, lo cual genera frustración en sus miembros y alienta la separación emocional prematura y la falsa independencia. No se tolera intimidad y se favorece la inseguridad y la escasa autoestima. (16)
- b. En las familias con interés vacío de sentimientos se observa una relación interpersonal en la cual la intensidad y la calidad del interés afectivo son solo ligeramente mayores que en el tipo anterior. En estas familias el involucramiento interpersonal parece derivar más de un sentido del deber que de una empatía genuina. Si bien se puede generar un sentido de pertenencia entre sus integrantes, la ausencia de empatía verdadera generalmente da lugar a frustración, inseguridad y dudas sobre la identidad y la autoestima. (16)
- c. En la familia narcisista el involucramiento afectivo tiende a ser de calidad destructiva y de alto grado, pues existe solo para satisfacer ciertas necesidades individuales sin un interés real en los demás. Este tipo de relación es el que se mantiene cuando solo se trata de satisfacer ciertas necesidades sociales de apariencia. (16)
- d. En la familia amalgamada o fusionada se establecen relaciones simbióticas, con fronteras difusas, en las cuales las relaciones interpersonales son muy cercanas, pero interfieren con la maduración y el desarrollo de la autonomía. Generalmente implican la existencia de tolerancia y colusión de parte de los integrantes de la familia. (16)

- e. En la familia empática se mantiene un alto grado de involucramiento afectivo mientras simultáneamente se acepta y apoya la autonomía de los integrantes del grupo. Estos experimentan la seguridad de ser queridos por sí mismos y así pueden desarrollar un sentido de autonomía y autoestima adecuado. La familia de tipo empático mantiene el equilibrio entre las necesidades autónomas de los individuos que la componen, con la cohesión necesaria para poder funcionar efectivamente como una unidad solidaria. (16)
- f. Con respecto al estado anímico y ajuste personal, algunos autores sugieren que el embarazo en la adolescencia surge a raíz de sentimientos de rechazo, abandono y soledad, a veces crónicos, y otros aparentemente con relación a una pérdida (real o ficticia) y enfermedad crónica de un ser querido o ambas. (16)

La carencia afectiva entendida como la necesidad de compañía por parte de la adolescente y en la cual el embarazo se constituye como un medio para obtener afecto, pertenencia y otorgarle sentido a su vida. Además, incluye el amor romántico como manifestación característica de la afectividad de pareja propia de la adolescencia. Este tipo de amor estimula fuerte emociones y sentimientos intensos, caracterizada por una irresistible atracción sexual y un deseo de contacto físico. (16)

Las familias de las adolescentes embarazadas de los sectores más pobres tienden con más frecuencia a ser familias incompletas o irregulares, es decir, familias con ausencia de uno o de ambos padres y con sucesivas convivencias y rupturas de vínculos afectivos. Como ya se mencionó anteriormente, en ellas el embarazo puede ser deseado por la adolescente, consciente o inconscientemente, como una forma de llenar carencias afectivas. (16)

## **GRADOS DE FUNCIONALIDAD Y DISFUNCIONALIDAD**

El funcionamiento familiar no es un asunto de todo o nada, por lo que muchas veces se hace necesario cuantificarlo desde el grado óptimo hasta el más funcional. Según la Escala de Evaluación Global de la Actividad

Relacional (EEGAR) en una familia con funcionamiento satisfactorio existe acuerdo en las rutinas diarias y flexibilidad para implementar los cambios necesarios. Los conflictos se resuelven mediante la comunicación y negociación. Hay acuerdo respecto a las funciones o tareas y una atmósfera cálida donde se expresan libremente los sentimientos, se comparten valores y hay relaciones sexuales satisfactorias. (19)

De acuerdo con los lineamientos derivados de las escuelas estructural y estratégica, una familia funcional posee las siguientes características:

1. La jerarquía consta de un subsistema parental especialmente fuerte, pues aunque la tendencia de la familia sea democrática el liderazgo pertenece a uno o ambos padres, quienes se apoyan mutuamente en sus actitudes respecto a la crianza.
2. Los límites o fronteras entre los individuos y los subsistemas son claros y flexibles, no difusos ni rígidos.
3. Las alianzas interpersonales se basan en afinidades y metas comunes, no en el propósito de perjudicar a nadie.
4. Los papeles son complementarios y tienen consistencia interna. No son inmutables y experimentan variaciones de acuerdo a las circunstancias cambiantes.
5. La comunicación entre los integrantes del sistema tiende a ser clara, directa y congruente, y se utiliza en la búsqueda de soluciones de los problemas comunes, no para agredirse mutuamente.
6. Existe una actitud de apertura que permite la formación de redes de apoyo con otros grupos y personas fuera del núcleo familiar.
7. Hay la flexibilidad suficiente para garantizar la autonomía e independencia de los integrantes del grupo y para procurar tanto el crecimiento individual de estos como el mantenimiento del sistema.

8. Se favorece la continuidad y también la adaptabilidad ante las demandas de cambio internas (las propias del desarrollo), como las externas o ambientales. (19)

Las familias “adaptativas” o “funcionales” son aquellas no sólo capaces de cambiar, sino que al hacerlo mantienen un adecuado grado de cohesión. Ellas poseen límites y jerarquías bien definidos, aun cuando permeables y flexibles, se muestran abiertas a los intercambios con otros subsistemas de su entorno. (16)

Los padres disponen del poder y se ocupan de la crianza de los hijos, a quienes van transfiriendo poder y autonomía a medida que se desarrollan, a la par que los nutren afectivamente y satisfacen sus necesidades interpersonales. De este modo constituyen redes familiares y sociales de soporte que, tal como su nombre lo indica, prestan un valioso apoyo al sistema familiar, especialmente cuando éste pasa por momentos de crisis. (16)

Por el contrario, las familias “inadaptativas” o “disfuncionales” son aquellas en las que límites y jerarquías se hallan pobremente definidos. Se trata de familias denominadas “aglutinadas”, en las que la cohesión prevalece sobre la autonomía, hecho que dificulta el proceso de separación- individuación, o aquellas en las que los límites y jerarquías pecan de excesiva rigidez, bloqueando el contacto interpersonal y los intercambios afectivos entre sus miembros. Se trata de familias “desapegadas”, en las que los miembros más jóvenes se sienten desorientados, a menudo carentes de referentes valorativos y con tendencia a satisfacer sus necesidades afectivas fuera del ámbito familiar, en el grupo de pares. (19)

Desde la perspectiva sistémica, el funcionamiento de la familia no podría ser entendido cabalmente por el simple proceso de comprensión de cada una de sus partes. El todo es más que la suma de las partes, y la manera cómo se relacionan los diferentes miembros de la familia, cómo se comunican y satisfacen sus necesidades complementarias, y los patrones

interaccionales que los caracterizan nos informan más apropiadamente de su organización y funcionamiento.(19)

No existe un solo tipo de funcionamiento familiar sano como tampoco hay uno solo de funcionamiento malsano. El enfoque relacional considera prioritario el aspecto de la disfuncionalidad del núcleo familiar respecto de la especificidad del síndrome. En este sentido puede explicarse las similitudes entre las reglas de funcionamiento de la familia con un miembro toxicómano con otras familias que tienen un miembro anoréxico, psicosomático o psicótico. No hay culpables ni inocentes, solo hay víctimas de un sistema familiar que funciona disfuncionalmente. Dicho de otra forma, la elección del síntoma con que la familia se expresa tiene un valor secundario respecto a las reglas y la organización del sistema familiar. (19)

Por lo tanto, el síndrome debe estar siempre en función de la realidad de la familia de la cual surge. Pero esta relación funcional del sistema familiar puede tener características graves y además niveles distintos según una serie de factores que definen el clima familiar, entendiendo por clima familiar la configuración de la estructura y dinámica familiar. Estos factores pueden ser: la fase evolutiva del individuo, el ciclo vital familiar, duración de la incluida sintomática, implicación del paciente en la dinámica familiar y lo conyugal de la pareja. Es decir, el grado de necesidad recíproca entre el paciente y la familia para mantener su precario equilibrio homeostático, es decir, a no cambiar (Loletti 1987). (19)

Los estudios que ponen de relieve la calidad de la relación paterno-filial consideran que los adolescentes que tienen relaciones distantes con sus padres tendrán mayor riesgo, hay autores que hablan de un patrón estable en el funcionamiento de las familias de adolescentes con conductas problemáticas, otros, por el contrario, consideran que no existe un patrón único pero sí unas características comunes entre las familias de dichos adolescentes como es el caso de los dependientes a las drogas. Aun así, los patrones interaccionales descritos como más características hablan de una madre que adopte una conducta sobreprotectora y un padre periférico que se desentiende del problema del hijo. Por el contrario, Espina y

colaboradores (1996) descubrieron a ambos progenitores como sobreprotectores, controladores y rechazantes, y que muestran poco afecto. También difieren los resultados de Vecino (1990) que hablan de una relación distante entre madres e hijos, mientras que los padres estaban más cerca de los hijos o en mayor alianza. En cambio Schweitzer y Lawton (1989) señalan alianza madre-hijo. (20)

## **ADOLESCENTE**

La OMS define como adolescente al periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es especial, es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años". (12)

Paralelamente con este tenemos también la juventud que comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad, es una categoría psicológica que coincide con la etapa post puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere. (12)

Normalmente, la adolescencia es un periodo de elevadas necesidades nutricionales, debido al rápido crecimiento y desarrollo del organismo. La gestación impone unas demandas nutricionales adicionales a ese organismo en crecimiento que puede deplecionar rápidamente sus ya limitadas reservas. La mayor incidencia de mala nutrición entre las adolescentes debida a las limitaciones en los recursos económicos, los malos hábitos alimentarios y la falta de conocimiento con respecto a la nutrición se han relacionado directamente con la mayor incidencia de niños de bajo peso que son en sí mismo susceptibles de una mayor mortalidad, así como de minusvalías neurológicas y del desarrollo. (12)

Entre los 10 y los 19 años de edad se produce una serie de transformaciones amplias, rápidas y variadas que trascienden el aspecto físico y afectan las características psicológicas y el comportamiento social. Dada la inmadurez biológica de la adolescente, el organismo está mal preparado para mantener un embarazo y ofrecer un parto seguro al recién nacido. (12)

La OMS estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren cada año (18).

La OMS define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera tres fases: la adolescencia temprana, de los 10 a 13 años, adolescencia media de 14 a 16 años, y la adolescencia tardía de los 17 a los 19 años. (17)

## **ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA**

### **Adolescencia temprana (10 a 13 años):**

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (17)

### **Adolescencia media (14 a 16 años):**

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen

conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. (17)

### **Adolescencia tardía (17 a 19 años):**

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (17)

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las 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 que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes". (17).

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social. Sin embargo, no puede generalizarse, ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico, la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo, etc. (18)

## **FISIOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA**

### **Conceptos de pubertad femenina:**

Entendemos por pubertad la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta de madurez sexual en que se realizan los cambios morfológicos y funcionales del organismo que conducen al inicio de la fertilidad. La adquisición de esta capacidad de engendrar se conoce con el

nombre de nubilidad. Las principales modificaciones, entre los cambios globales corporales que en esta época se registran, se podrían resumir en:

1. Reactivación del sistema liberador de gonadotropinas hipofisarias inhibido desde la vida intrauterina.
2. Incremento en la velocidad del crecimiento óseo.
3. Maduración del aparato genital.
4. Desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.(16)

A ellas deben añadirse los relevantes cambios en la esfera psíquica, que se traducen en notables cambios en el comportamiento social. Todo el período en que se realiza el conjunto de cambios morfológicos y psicológicos suele conocerse como adolescencia, y dentro de la misma podrían distinguirse tres etapas:

- I. Prepuberal: en que se inician los cambios en la morfología.
- II. Puberal (o pubertad propiamente dicha): en que se completa la maduración del aparato genital.
- III. Postpuberal: en que acaba el desarrollo somático y psicosexual.

En cuanto a la cronología de la pubertad, transcurre en las mujeres aproximadamente entre los 10 y los 16 años, y en ellas existe un marcador que es la aparición de la primera regla o menarquia. De la misma manera que la menstruación es el síntoma más objetivo del ciclo femenino, la menarquia lo es de la pubertad femenina. En el último siglo ha habido una tendencia al adelanto de la pubertad, objetivado por el adelanto de la menarquia, que se ha cifrado en unos 2 ó 3 meses por cada 10 años en los últimos 100 ó 150 años. Se conoce este hecho como "tendencia secular" del adelanto de la pubertad. (21)

## **FENÓMENOS PRINCIPALES DE LA PUBERTAD**

**Gonadarquia:** Define el inicio del desarrollo funcional de los ovarios. Las gonadotropinas aumentan el tamaño de las gónadas, estimulan los

cambios estructurales que determinan la formación de folículos y activan su secreción estrogénica. Ésta a su vez ejerce su capacidad de retroalimentación negativa sobre hipotálamo e hipófisis. En los niños de ambos sexos circulan pequeñas cantidades de estrógenos que se incrementan fuertemente hacia los 10-11 años. En las niñas se acentúa cada vez más el aumento hasta alcanzar el patrón tipo menstrual. (17)

**Adrenarquia:** La secreción por las suprarrenales de los andrógenos dehidroepiandrosterona (DHEA) y sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S) precede a la pubertad, comenzando a elevarse varios años antes del ascenso de las gonadotropinas, incluso a partir de los 6 años, sin que se conozca a ciencia cierta qué mecanismos lo controlan. A la Adrenarquia se atribuyen ciertos cambios característicos de la pubertad: comienzo del desarrollo del vello pubiano (pubarquia), piel grasa, olor corporal, pelo axilar, acné. De todas formas se estima que se trata de un fenómeno no imprescindible de la pubertad, pues pacientes tratadas por enfermedad de Addison experimentan una pubertad normal, porque probablemente los andrógenos ováricos son capaces de desarrollar eventualmente acciones similares a los de las suprarrenales.(16)

**Telarquia o desarrollo mamario:** El inicio del crecimiento de la mama es casi siempre el fenómeno clínico que más precozmente se reconoce en la pubertad. (16)

**Menarquia o primera regla:** En un momento dado los estrógenos segregados por el ovario serán suficientes para producir una proliferación del endometrio que, por fenómenos esporádicos de depravación hormonal, conducirán a la descamación endometrial con hemorragia menstrual cíclica, más o menos irregular. Sólo cuando el pico de LH sea capaz de producir una ovulación los ciclos comenzarán a ser regulares. En los dos primeros años después de la menarquia los ciclos suelen ser anovuladores en una proporción que oscila, según las estadísticas, entre un 55 y un 90%. Después de 5 años sólo un 20% continúan siendo anovuladores. (16)

Normalmente se produce entre los 9 y los 17 años de edad, ha originado a través de generaciones, mitos y creencias populares que provocan frecuentemente angustia y temor a las niñas púberes e inclusive a sus madres y familias. La aparición del primer periodo menstrual es considerada por las mujeres como el comienzo y no la culminación del proceso de maduración. (16)

Hay que insistir en su carácter natural, en la importancia y aspectos positivos de este fenómeno, para que la niña lo acepte sin trabas. Con la menarquia aparecen cambios físicos obvios en los órganos genitales internos y externos, pues ha habido maduración del aparato reproductor. (16)

Todas las partes del útero participan en el crecimiento, si bien el fondo aumenta en mayor grado que el cuello uterino, el endometrio se engruesa, se desarrollan sus glándulas y la vascularización se completa, el miometrio aumenta de tamaño y adquiere el sistema contráctil intracelular de acto miosina, creatinina, fosfato y trifosfato de adenosina. Las glándulas endocervicales comienzan a funcionar, el nivel de estrógenos cada vez mayor, también modifican la vagina que al perder su carácter infantil adquieren un epitelio más profundo, un pH ácido y una población constante de bacilos de Doderlein. Esta última substituye al tipo mixto de flora bacteriana característica de la vagina de la preadolescente. (21)

## **Cambios físicos en la pubertad**

### **Crecimiento.**

Se produce en la pubertad un claro aumento de la velocidad de crecimiento. Es el llamado "estirón". En ello intervienen los estrógenos que facilitan la liberación de la hormona de crecimiento (GH) y también el aumento de la concentración plasmática de los factores de crecimiento IGF-1 e IGFBP-3. Con este "estirón" las chicas incrementan su talla unos 25 cm y los chicos unos 28 cm. El inicio del estirón se produce unos dos años más tarde en los varones. La máxima velocidad de crecimiento se alcanza en las mujeres cuando ya se han producido otros cambios

corporales, aproximadamente 1,3 años después de la menarquia. A partir de ésta el crecimiento se enlentece y rara vez superará los 5 cm, pero puede haber un período algo mayor de crecimiento si la menarquia es temprana, mientras que en casos de menarquía tardía el crecimiento posterior es prácticamente nulo. Estos hechos se explican bien por el efecto de los estrógenos sobre el crecimiento óseo, ya que tienen acción directa sobre los condroblastos y osteoblastos de las sínfisis epifisarias determinando su fusión y con ello el cese del crecimiento longitudinal. En conjunto, la talla definitiva de una mujer depende de factores genéticos y, a partir de la altura de los padres, corregida por sexos, pueden determinarse los percentiles del crecimiento esperado para una niña, lo que se llama la altura diana. (22)

### **Cambios corporales**

Al comienzo de la pubertad se incrementó la masa muscular. Mientras en las chicas el máximo incremento coincide con la época de la menarquia para decaer francamente después, en los varones persistirá el aumento durante toda la pubertad. Ello marca bien el diferente aspecto en tamaño y complexión de ambos sexos. En los últimos estadios de la pubertad es notable el incremento de grasa en las mujeres, con su especial distribución femenina que contribuye al redondeamiento de la figura. La grasa juega un papel importante en el metabolismo de los esteroides sexuales sujetos a fenómenos de transformación periférico. Ello tendrá importancia en el establecimiento de la menarquia, y se ha sugerido que ésta se alcanza cuando el peso corporal llega a un punto crítico evaluado en unos 48 Kg, aunque naturalmente ello esté sujeto a variaciones personales y a determinadas proporciones entre la grasa total y su distribución.(22)

### **Genitales externos.**

En directa relación con los cambios de todo el aparato genital, son visibles los experimentados por los genitales externos. Se caracterizan sobre todo por el aumento de los labios menores y el engrosamiento de los labios mayores, con un cambio general de orientación de la vulva. (22)

### **Caracteres sexuales secundarios.**

Los principales caracteres secundarios cuya aparición caracteriza la pubertad femenina son el crecimiento de la mama y la aparición del vello pubiano. El desarrollo de la mama es habitualmente el primer signo femenino del despertar de la pubertad. Sólo en un 15% de los casos suele estar precedido por la iniciación de aparición del vello pubiano. Dos años después del comienzo del desarrollo de éste suele comenzar el del vello axilar. Tanto el desarrollo mamario como el del pelo pubiano suelen durar entre 1,5 y 6 años, con una media de 4,2. Ambos fenómenos se producen de forma más o menos paralela. (22)

### **Secuencia del desarrollo puberal.**

El llamado brote mamario, como respuesta a la acción de los estrógenos en aumento, es el primer fenómeno reconocible. Se va produciendo un crecimiento del útero, más del cuerpo que del cuello, simultáneamente hay desarrollo de los tejidos hormono dependientes (endometrio, endocérvix, mucosa vaginal). Pero puede transcurrir un lapso de tiempo, de uno a dos años, entre la primera manifestación de la telarquía y una evidencia de actividad estrogénica. Los sucesos del desarrollo puberal están correlacionados entre sí. La fase de aceleración del crecimiento sigue un curso paralelo a la aparición sucesiva de telarquía, pubarquia y, por fin, menarquia. La fase de crecimiento en este proceso de la pubertad se divide en tres partes: fase de despegue, pico de velocidad de crecimiento y fase de desaceleración, hasta que se llega a la altura definitiva. (22)

### **MENSTRUACIÓN.**

El periodo menstrual de la mujer marca el comienzo del ciclo menstrual. La cantidad de sangre varía de una mujer a otra y de un ciclo a otro, un sangrado menstrual medio puede durar entre 1 a 8 días. Algunas mujeres experimentan sangrados más abundantes a medida que se aproxima la menopausia y periodos más ligeros las que utilizan anticonceptivos orales. El ciclo se inicia a partir del primer día de la menstruación, contándose los

días de duración, hasta el primer día de la siguiente menstruación. Si no se detiene esto en cuenta, existen frecuentemente equivocaciones en las cuentas. (22)

Es una hemorragia periódica de la mucosa uterina que se produce en las mujeres adultas aproximadamente cada 4 semanas, desde la pubertad hasta la menopausia.

La cantidad de sangre que sale por menstruación es de unos 50 a 175 ml. 24 La menstruación de tipo ovulatorio aparece por acción de la progesterona al mostrar regresión el cuerpo amarillo hay disminución repentina de los esteroides que resultan en la contracción de las arteriolas helicíticas o espirales del endometrio, isquemia, necrosis, hemorragia, colapso estructural, efecto de prostaglandinas y descamación precisa y uniforme del endometrio a través de la capa esponjosa, con un comienzo repentino lo cual culmina en la salida del flujo menstrual. La menstruación es una descarga periódica y fisiológica de sangre, moco y residuos celulares. (22)

### **Trastornos menstruales en la adolescencia.**

**Concepto y clasificación:** Las anomalías menstruales constituyen una de las causas más frecuentes de consulta en la mujer adolescente. Las irregularidades del ciclo y los estados hiperandrogénicos (hirsutismo) suelen iniciarse en esta etapa de la vida y pueden suponer un importante estado de ansiedad en la adolescente y sus familiares. Esta preocupación justifica por sí misma la necesidad de establecer una adecuada valoración del estado general y funcional del eje reproductor, glándula suprarrenal y tiroidea. (22)

Anomalías del ciclo menstrual El ritmo menstrual oscila entre 21-45 días, su duración entre 2-7 días y su intensidad se estima en 30 ml. Cualquier sangrado que no cumpla estos requisitos requiere una cuidadosa evaluación. Las anomalías del ciclo menstrual pueden clasificarse en:

#### **Alteraciones en el ritmo:**

1. Amenorrea (ausencia de menstruación).
2. Oligomenorrea (ciclo de duración superior a los 45 días).
3. Polimenorrea (ciclo inferior a los 21 días).

## **EL EMBARAZO**

A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse, en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que continuarán durante los nueve meses siguientes. Esto es lo que conocemos como un embarazo. (23)

## **EMBARAZO ADOLESCENTE**

Se llama embarazo adolescente o embarazo precoz a aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil, y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen. (24)

El embarazo en una mujer adolescente puede llegar a término, produciéndose el nacimiento, o interrumpirse por aborto, ya sea éste espontáneo o inducido, en éste último caso de manera legal o ilegal dependiendo de legislación de cada país. (25)

## GENERALIDADES

En general, y a efectos de estudios epidemiológicos, y estadísticos, se considera como tal a las jóvenes embarazadas por debajo de los 19 años. Durante este periodo se producen cierto número de embarazos, pero todos los autores coinciden que prácticamente el 90% son embarazos no deseados. Aunque se han realizado gran cantidad de estudios y publicaciones sobre distintos aspectos de la reproducción en esta época de la vida, la mayoría de los estudios coinciden en que son más importantes los aspectos sociales, psicológicos y económicos que los estrictamente obstétricos y médicos. (25)

La fecundidad adolescente es más alta en países en vías de desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender aunque para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.(25)

En nuestro país hay una mayoría importante de madres adolescentes que se mantienen solteras, aunque la incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante subregistro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado. El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. (25)

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real. El considerarlo un

"problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes. Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad. (26)

## **ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES**

Estudios han puesto de manifiesto que el embarazo adolescente es un embarazo no deseado. Las consecuencias de estos embarazos trascienden al chico y a la chica tomados individualmente y pueden afectar considerablemente a la relación que ambos mantienen entre sí.

### **MADRE ADOLESCENTE**

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron. También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. Así, por temor a perder lo que cree tener o en la

búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico. El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias. (26)

### **ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD.**

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre. En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos. (26)

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar,

exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de auto cuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo. En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes. En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida. (27)

## **CONSECUENCIAS DE UN EMBARAZO ADOLESCENTE**

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes asumen responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron. La mayoría de las adolescentes por temor a perder lo que creen tener en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el

embarazo es la consecuencia del “abuso sexual”, en la mayoría de los casos por su padre biológico. (28)

El embarazo en la adolescente es una situación muy especial, pues se tratan de madres que por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madre. Esto trae como consecuencia el aumento poblacional, y la posibilidad de que esta madre tenga una familia numerosa lo cual repercutirá en el desarrollo futuro de sus hijos. (28)

### **CONSECUENCIAS SOCIO – ECONÓMICAS**

Las adolescentes embarazadas generalmente abandonan los estudios, frustrando y limitando de esta manera, sus oportunidades para el futuro. Las posibilidades de empleo son pocas y cuando lo logran encontrar, debido a su falta de instrucción o formación técnica y profesional, los salarios que reciben son excesivamente bajos que no les permiten satisfacer las necesidades básicas. (28)

### **CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS**

Rechazo y abandono de sus familiares o pareja lo que conlleva a un fuerte asilamiento y pérdida de la autoestima. Matrimonio forzados que al poco tiempo van al fracaso por su inmadurez, lo que ocasiona una fuerte inestabilidad emocional. Sentimientos de culpa y vergüenza por haber fallado a sus padres, sentimientos que pueden llevar a la joven madre a manifestarlo en rechazo y maltrato a su hijo (a). Conflicto de identidad tanto para la madre y el hijo o hija al verse involucrado en una relación de madre – hermana – padres y abuelos en donde la autoridad la sumen la mamá y él papá de la adolescente. (28)

### **CONSECUENCIAS PARA LA ADOLESCENTE**

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

permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza. (29)

### **CONSECUENCIAS PARA EL HIJO DE LA MADRE ADOLESCENTE**

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos. (28)

Los problemas económicos crean circunstancias adversas para el desarrollo cognitivo de los hijos, al restringir la calidad de estimulación que el niño recibe. Es probable que estos niños no logren terminar sus estudios, en parte por el ingreso precoz al trabajo y en parte por la privación sociocultural a la que ellos están sometidos. (29)

De esta manera, los niños hijos de madres adolescentes están más propensos a presentar mayores problemas de conducta en la infancia, deficiencias de aprendizaje y más desventajas en su coeficiente intelectual con respecto a niños normales. Se puede señalar además, que un gran número de hijos de madres adolescentes son criados por las abuelas maternas, quienes muchas veces no han terminado de criar a sus propios hijos. Esta dependencia de los abuelos expone a estos niños a patrones de autoridad en muchos casos contradictorios y conflictivos. (29)

## **CONSECUENCIAS PARA LA FAMILIA**

Cada familia reacciona a su propia manera ante la noticia del embarazo de una hija adolescente. Sin embargo, generalmente habría un período de rabia, dolor o confusión, que luego sería reemplazado por el apoyo. Algunas familias logran aceptar esta situación con mayor facilidad, en cambio otras se desorganizan totalmente. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el embarazo adolescente es vivido como una situación crítica y aguda, que altera el ciclo vital normal de la familia. (24)

La aceptación del embarazo de la hija adolescente provoca un desajuste en el grupo familiar. Por la incorporación de un nuevo miembro que aumenta los problemas económicos ya existentes. Por otro lado, ocasiona un traspaso de roles, siendo generalmente la abuela la cuidadora primaria del niño, lo cual disminuye la posibilidad de la adolescente de crecer en una relación maternal con su hijo. Si la adolescente se casa o comienza una convivencia con el padre de su hijo, la mayoría de las veces estas relaciones constituyen uniones de mucha exigencia para la joven, quien debe renunciar a muchos intereses juveniles, viendo generalmente frustradas sus expectativas idealizadas de ser esposa y madre. La mayoría de las veces la pareja vive como allegados en la casa de sus padres o suegros, aumentando más todavía las dificultades económicas. Por todas estas razones en muchas ocasiones estos matrimonios son de corta duración. (25)

## **CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS**

"La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve arrojada al mundo adulto sin estar preparada para ello". Esta nueva situación lleva a la adolescente a gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro. Algunos autores llegan a afirmar que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un "síndrome del fracaso", ya que la

adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una vocación y conseguir ser independiente.

Esta situación tal vez explique la baja eficacia personal percibida en estas madres y la mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión, e incluso, de suicidios, todos ellos problemas muchos más frecuentes entre las adolescentes embarazadas que entre sus compañeras no embarazadas. No obstante, no podemos estar plenamente seguros de que estos problemas psicológicos sean consecuencias del embarazo. Tal vez sean causas, o causas y consecuencias a la vez. O puede, incluso, que no sean ninguna de las dos cosas y que exista alguna otra tercera variable a la que se deban estas asociaciones. (25)

### **CONSECUENCIAS EDUCATIVAS**

En las madres adolescentes las posibilidades de llegar a conseguir una buena formación se ven claramente disminuidas, ya que son mucho más frecuentes los problemas escolares y el abandono de los estudios. El menor rendimiento académico y las mayores probabilidades de abandono escolar interfieren seriamente en el proceso de formación. Todo ello puede acarrear importantes consecuencias sociales y económicas. (25)

### **CONSECUENCIAS SOCIO-ECONÓMICAS**

En el caso de que la madre decida quedarse con el hijo, las responsabilidades, su bajo nivel de formación, y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que, o bien no encuentre un trabajo o que, en el caso de encontrarlo este mal pagado. Como consecuencia de ello, muchas de estas chicas viven en hogares con reducidos ingresos, incluso por debajo del nivel de la pobreza. En algunos casos, la situación económica es tan precaria que pasan a depender de la asistencia social. La precariedad económica se mantiene incluso varios años después del embarazo. (25)

## **CONSECUENCIAS SOCIO - RELACIONALES**

Ser madre puede ocasionar a la chica importantes problemas de rechazo social. La adolescente puede ser rechazada, además de por su pareja, por algunos de sus amigos, vecinos o familiares. En casos extremos puede llegar a ser rechazada incluso por sus propios padres. Este rechazo le priva de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo social en ocasiones, también económico, precisamente en el momento en que más las necesita. Por otro lado, esto hace más difícil que la chica se implique en una relación de pareja estable. (25)

## **CONSECUENCIAS ORGÁNICAS**

Durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud. Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos. Las complicaciones durante el parto y el postparto son también muy importantes. La tasa de mortalidad es también más elevada. Tradicionalmente estas consecuencias orgánicas se habían explicado en base a la inmadurez biológica inherente a la edad de la madre. Sin embargo, investigaciones recientes llegan a la conclusión de que la inmadurez biológica es un factor muy importante sólo en las adolescentes más jóvenes (menores de 15 ó 16 años). Por encima de esta edad, parecen ser mucho más relevantes diversos factores de tipo psicológico y social. Entre los factores psicológicos destaca el inadecuado y escaso o nulo cuidado prenatal que suelen tener estas madres. Este escaso cuidado prenatal parece estar motivado, entre otras cosas, por el hecho de que aproximadamente el 80% de estos embarazos no son deseados, lo que favorece la tendencia a ocultarlos, y por los malos hábitos de salud que suelen tener estas madres. (30)

## **RIESGOS Y COMPLICACIONES RIESGOS BIOLÓGICOS**

Es muy frecuente que las adolescentes por desconocimiento de los síntomas del embarazo, por la irregularidad de los ciclos menstruales a esa edad por temor, vergüenza, sentimientos de culpa o por otras razones no acuden al control prenatal y si lo hacen es de manera tardía.

### **2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

**Adolescencia.-** Etapa de vida comprendida de los 10 hasta los 19 años de edad.

**Gestante Adolescente.-** Es la persona que tiene entre los 10 a 19 años de edad que se encuentra en cualquier periodo en su primera gestación.

**Funcionamiento familiar.-** Es la respuesta expresada sobre la forma como se relacionan los miembros de la familia principalmente en tres áreas: organización o estructura, solución de conflictos y ambiente emocional.

**Familia.-** es el grupo primario de pertenencia de los individuos, en su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia.

**Organización y estructura de la familia.-** Está constituida por las interacciones que se establecen entre los integrantes de la familia, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca y reiterativa.

**Jerarquía.-** La jerarquía se refiere a los diferentes niveles de autoridad de los individuos y los subsistemas dentro del grupo familiar.

**Alianzas.-** Las alianzas son asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más familiares.

**Funciones o papeles.-** Las funciones o papeles son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas entre los familiares.

**Familia nuclear o elemental.-** Es la unidad base de toda sociedad, la familia básica, que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos.

**Familia extensa o consanguínea.-** Se compone de más de una unidad nuclear siempre y cuando coexistan bajo un mismo techo, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás.

**Familia monoparental.-** Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos.

**Familia de madre soltera.-** Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as.

**Familia de padres separados.-** Familia en la que los padres se encuentran divorciados.

**Familia adoptiva.-** Es aquella que recibe a un niño por el proceso de adopción.

**Familia reconstituida.-** Compuestas por un progenitor con hijos que se une con una persona soltera sin hijos. De estas proviene la figura de los padrastros o madrastras.

**Familia sin vínculos.-** Un grupo de personas, sin lazos consanguíneos, que comparten una vivienda y sus gastos, como estrategia de supervivencia.

## **CAPITULO III**

### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Durante el periodo Febrero – Junio del año 2016, se encuestaron en el Hospital Regional de Pucallpa un total de 81 adolescentes embarazadas que fueron atendidas en la consulta externa del Servicio de Obstetricia, habiéndose seleccionado de forma aleatoria, cuyos hallazgos se presentan a continuación en las siguientes tablas y gráficos.

**TABLA N° 01**

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JUNIO 2016.**

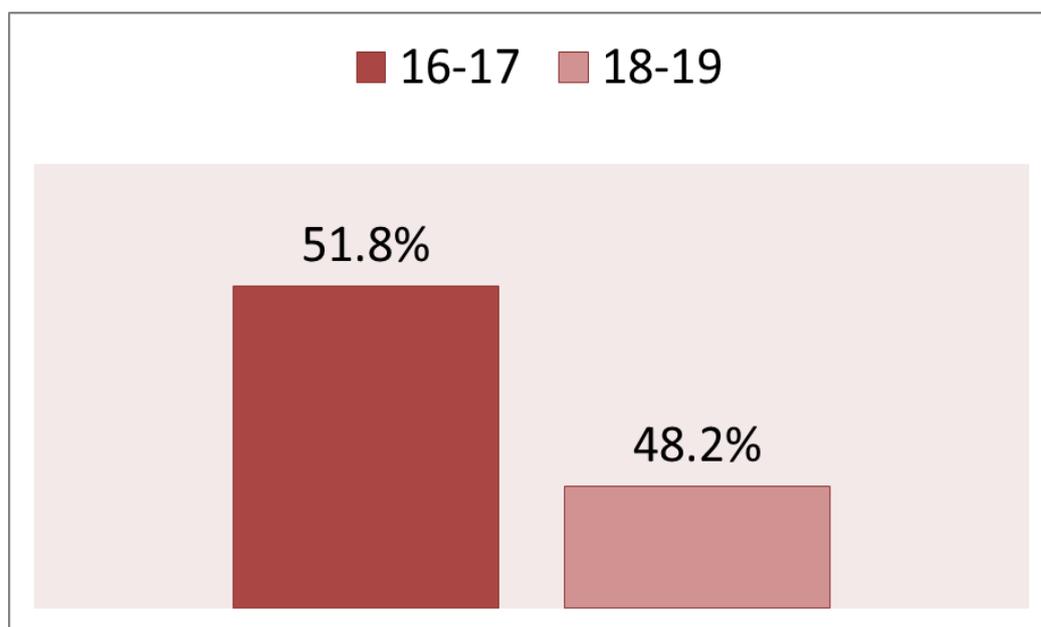
<b>EDAD</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
16-17	42	51.8
18-19	39	48.2
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

**INTERPRETACIÓN**

De los 81 casos de gestantes adolescentes encuestadas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo de febrero a junio del 2016, Se observa que la mayor proporción de gestantes adolescentes se encuentran en el grupo de 16 a 17 años de edad.

**GRÁFICO N° 01**



Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

**TABLA N° 02**

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JUNIO 2016.**

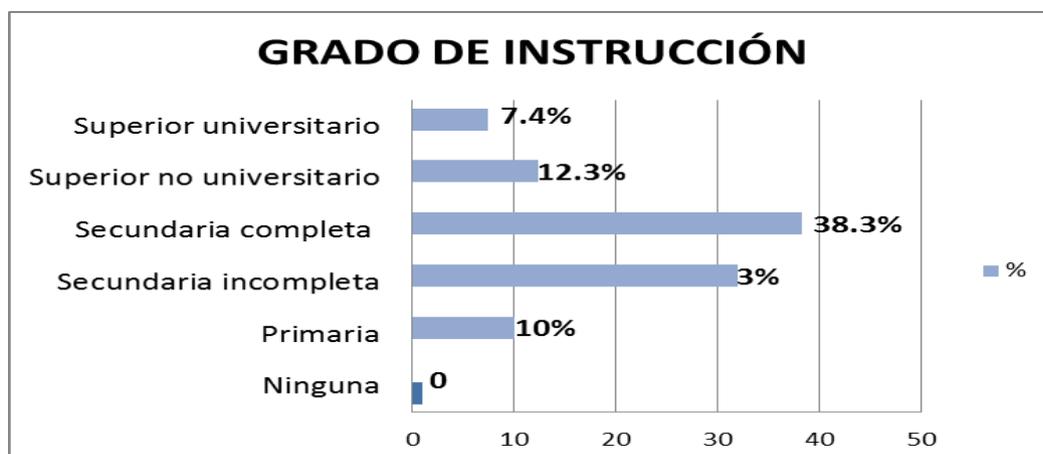
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ninguno	0	0
Primaria	8	10
Secundaria incompleta	26	32
Secundaria completa	31	38.3
Superior no universitario	10	12.3
Superior universitario	6	7.4
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

**INTERPRETACIÓN.**

De los 81 casos de gestantes adolescentes encuestadas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo de febrero a junio del 2016, Se observa que el mayor proporción según grado de instrucción de gestantes adolescentes corresponde a secundaria completa con un 38.3% y de menor porcentaje pertenece a primaria con 10%.

**GRÁFICO N° 02**



Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

**TABLA N° 03**

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JUNIO 2016.**

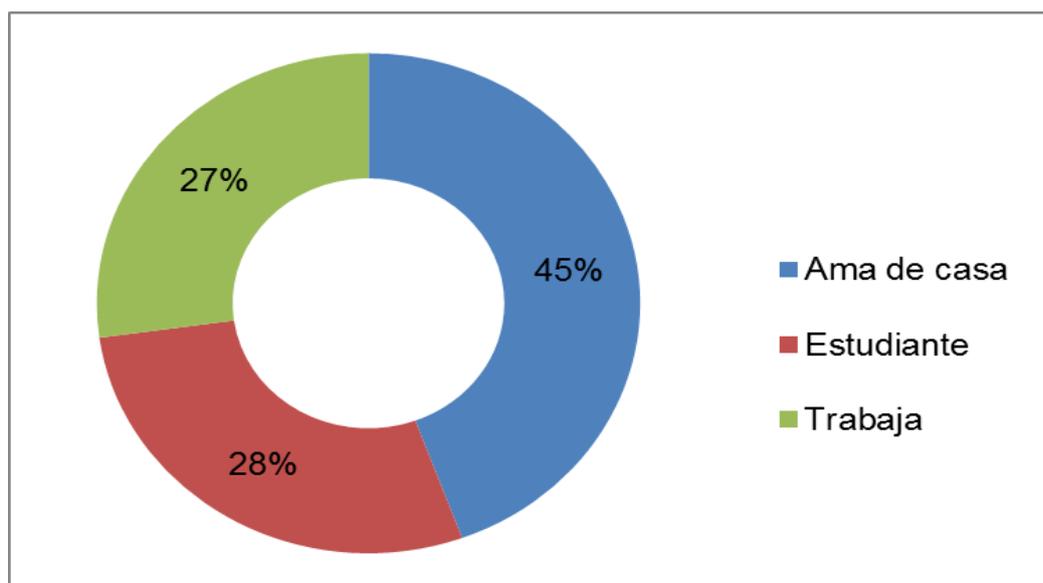
<b>OCUPACIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ama de casa	36	44.4
Estudiante	23	28.4
Trabaja	22	27.2
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

**INTERPRETACIÓN**

De los 81 casos de gestantes adolescentes encuestadas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo de febrero a junio del 2016 en lo que respecta a su ocupación, el mayor proporción tiene como ocupación ser ama de casa con 45%, esto demuestra que al quedar la adolescente embarazada tiende a postergar el estudio y proyectos trazados, además con 28% las gestantes encuestadas en ese momento estudiaban.

**GRAFICO N° 03**



Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

**TABLA N° 04**

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CON QUIEN VIVÍA LA ADOLESCENTE ANTES DE EMBARAZARSE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JUNIO 2016.**

<b>¿CON QUIEN VIVIAS ANTES DE EMBARAZARTE?</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Familia Nuclear	24	29.6
Familia Monoparental	31	38.3
Familia Reconstituido	19	23.5
Familia Sin Vinculo	4	4.9
Otros	3	3.7
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

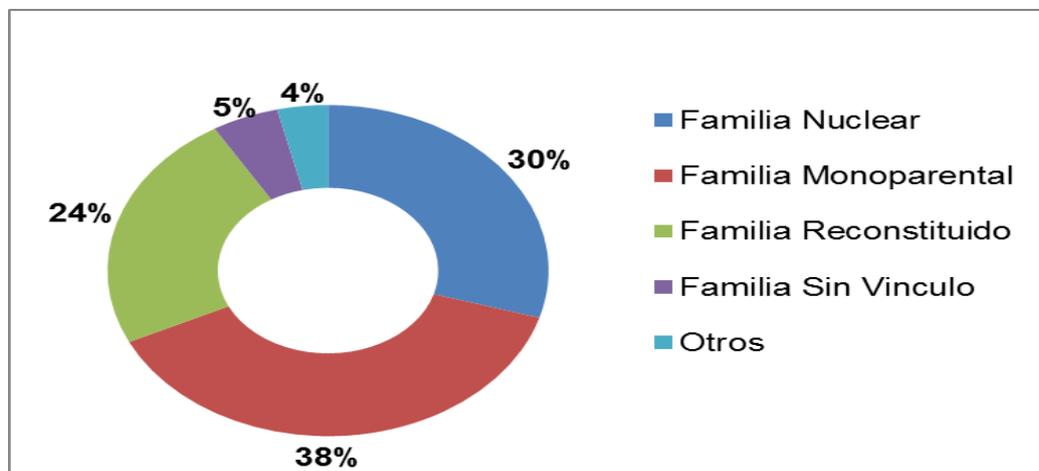
Fuentes: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

**INTERPRETACIÓN.**

De los 81 casos de gestantes adolescentes encuestadas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo de febrero a junio del 2016 en lo que corresponde a con quien vivía la adolescente antes de embarazarse, el 38.3% vivía con mamá o papá es decir una Familia Monoparental y en segundo lugar corresponde a la familia Nuclear con 29.6% constituido por padre, madre e hijos.

-Urreta Palacios, Marissa, en su trabajo “Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho”, Lima 2008, concluye que de 78 (100%) adolescentes embarazadas, 40 (51.3%) poseen un funcionamiento familiar funcional y 38 (48.7%) disfuncional

**GRAFICO N° 04**



Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

**TABLA N° 05**

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN QUIEN TOMABA LAS DECISIONES EN SU FAMILIA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JUNIO 2016**

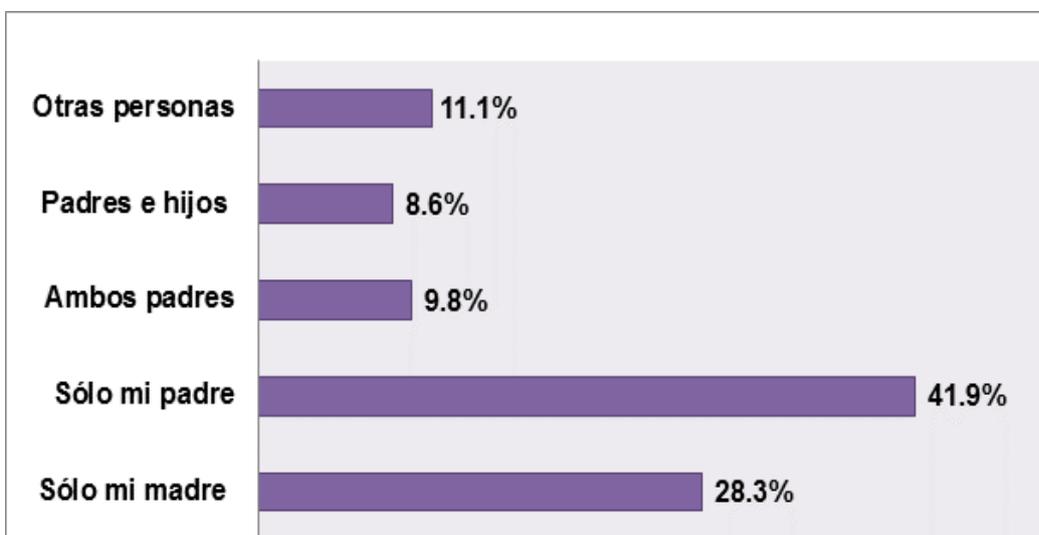
<b>¿QUIEN TOMABA LAS DECISIONES EN TU FAMILIA?</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sólo mi madre	23	28.3
Sólo mi padre	34	41.9
Ambos padres	8	9.8
Padres e hijos	7	8.6
Otras personas	9	11.1
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

**INTERPRETACIÓN.**

De los 81 casos de gestantes adolescentes encuestadas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo de febrero a junio del 2016 en lo que corresponde a quien tomaba las decisiones en su familia, en el 41.9% las tomaba sólo el padre y en el 28.3% las tomaba sólo la madre. Se observa que en la mayor proporción de casos quien tomaba las decisiones en la familia era el padre.

**GRAFICO N° 05**



Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

**TABLA N° 06**

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN COMO SE ENTERARON SUS PADRES DE QUE ESTABA EMBARAZADA LA ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JUNIO 2016.**

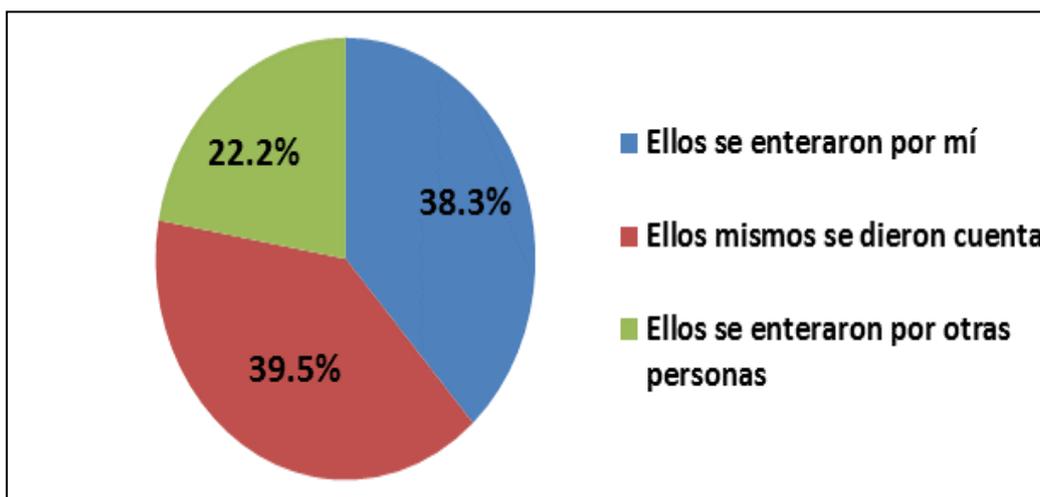
<b>¿CÓMO SE ENTERARON TUS PADRES DE TU EMBARAZO?</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ellos se enteraron por mí	31	38.3
Ellos mismos se dieron cuenta	32	39.5
Ellos se enteraron por otras personas	18	22.2
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

**INTERPRETACIÓN.**

De los 81 casos de gestantes adolescentes encuestadas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo de febrero a junio del 2016 en lo que corresponde a como se enteraron sus padres de su embarazo, en el 39.5% los padres se dieron cuenta por ellos mismos y en el 38.3% se enteraron por la adolescente, siendo en mayor proporción que los mismos padres se dieron cuenta.

**GRAFICO N° 06**



Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

### TABLA N° 07

#### **DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CON QUÉ FRECUENCIA ERA LA COMUNICACIÓN ENTRE LA GESTANTE ADOLESCENTE Y SUS PADRES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JUNIO 2016.**

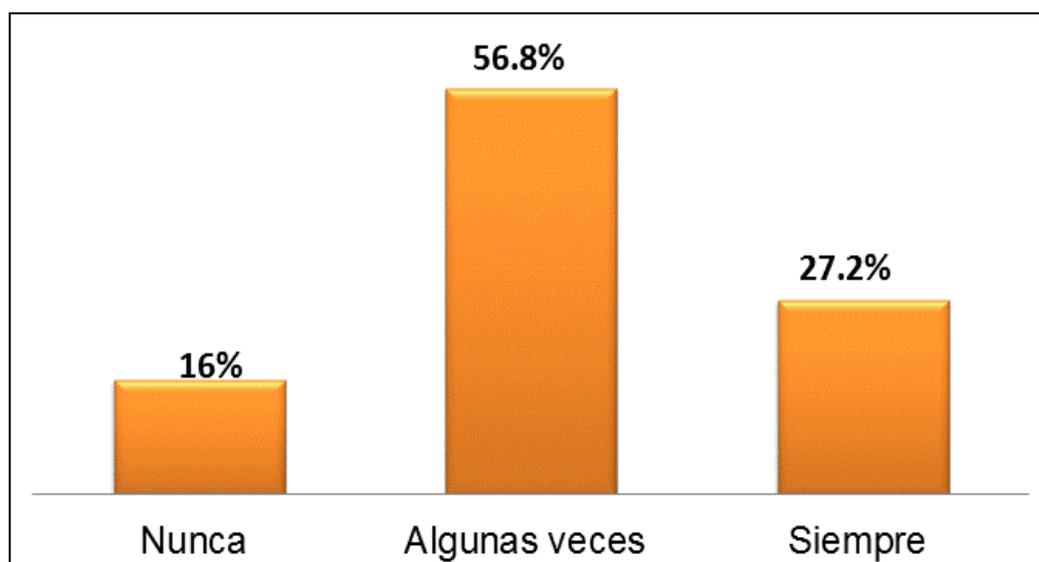
<b>¿CON QUÉ FRECUENCIA ERA LA COMUNICACIÓN CON TUS PADRES?</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Nunca	13	16
Algunas veces	46	56.8
Siempre	22	27.2
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

#### **INTERPRETACION.**

De los 81 casos de gestantes adolescentes encuestadas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo de febrero a junio del 2016 en lo que corresponde a con qué frecuencia era la comunicación entre la adolescente y sus padres, en el 56.8% la comunicación era algunas veces en el 27.2% la comunicación era siempre; siendo mayor la frecuencia de algunas veces.

### **GRAFICO N° 07**



Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

**TABLA N° 08**

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CUANDO ESTUVO  
FRENTE A UN PROBLEMA DE QUIEN RECIBIÓ APOYO  
EMOCIONAL A LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL  
REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO FEBRERO –  
JUNIO 2016.**

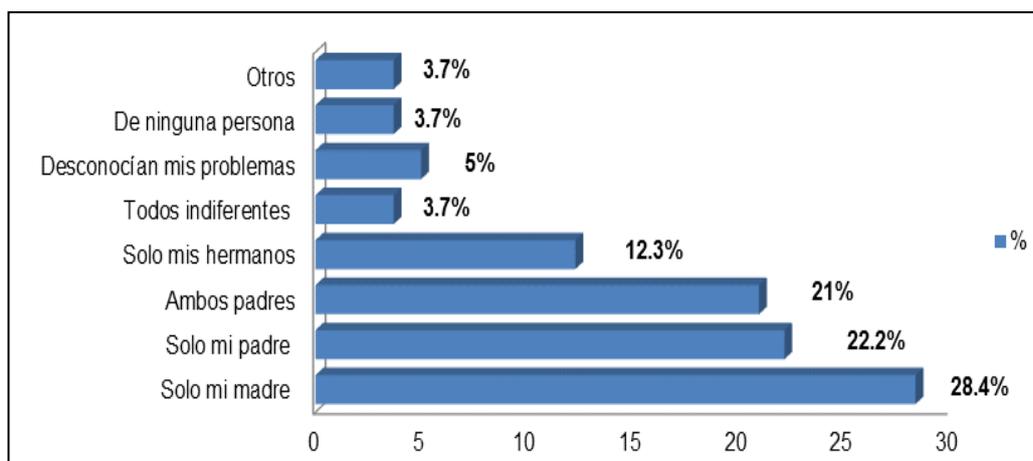
<b>¿CUÁNDO ESTUVISTE FRENTE A ALGUN PROBLEMA DE QUIÉN RECIBISTE APOYO?</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Solo mi madre	23	28.4
Solo mi padre	18	22.2
Ambos padres	17	21
Solo mis hermanos	10	12.3
Todos indiferentes	3	3.7
Desconocían mis problemas	4	5
De ninguna persona	3	3.7
Otros	3	3.7
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

**INTERPRETACION**

De los 81 casos de gestantes adolescentes encuestadas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo de febrero a junio del 2016 en lo que corresponde a cuando estuvo frente algún problema de quien recibió apoyo, se observa que el 28.4% recibió apoyo por parte de su madre, el 22.2% recibió apoyo de su padre.

**GRAFICO N° 08**



Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

**TABLA N° 09**

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CON QUÉ FRECUENCIA LOS PADRES O FAMILIARES LE BRINDABAN CARIÑO Y AFECTO A LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JUNIO 2016.**

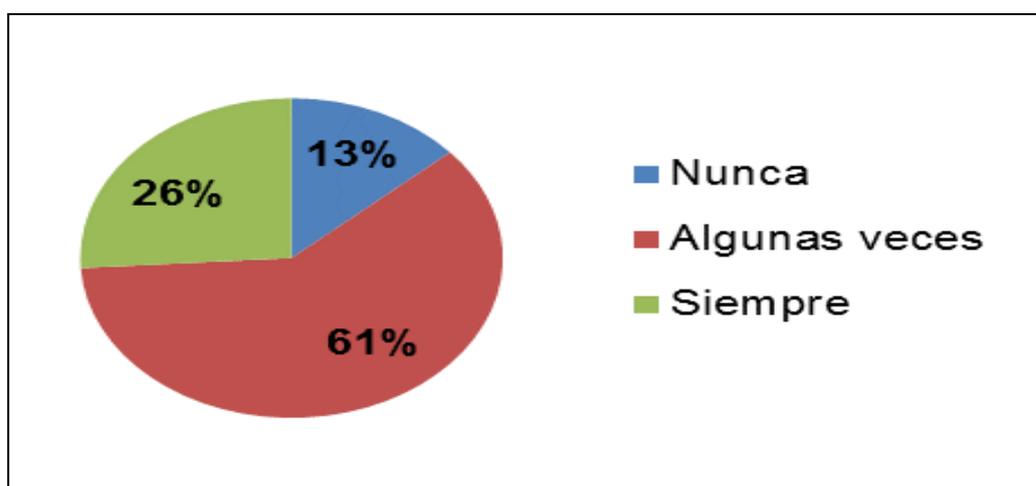
<b>¿CON QUÉ FRECUENCIA TUS PADRES U OTROS FAMILIARES TE BRINDAN CARIÑO Y AFECTO?</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Nunca	11	13.5
Algunas veces	49	60.5
Siempre	21	26
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

**INTERPRETACIÓN**

De los 81 casos de gestantes adolescentes encuestadas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo de febrero a junio del 2016 en lo que corresponde a con qué frecuencia sus padres o familiares le brindaban cariño a la adolescente, el 26% recibía cariño siempre, el 60.5% recibía cariño algunas veces

**GRAFICO N° 09**



Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

**TABLA N° 10**

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SI LLEGO A RESOLVER  
SUS PROBLEMAS CON EL APOYO DE SU FAMILIA LA  
ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE  
PUCALLPA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JUNIO 2016.**

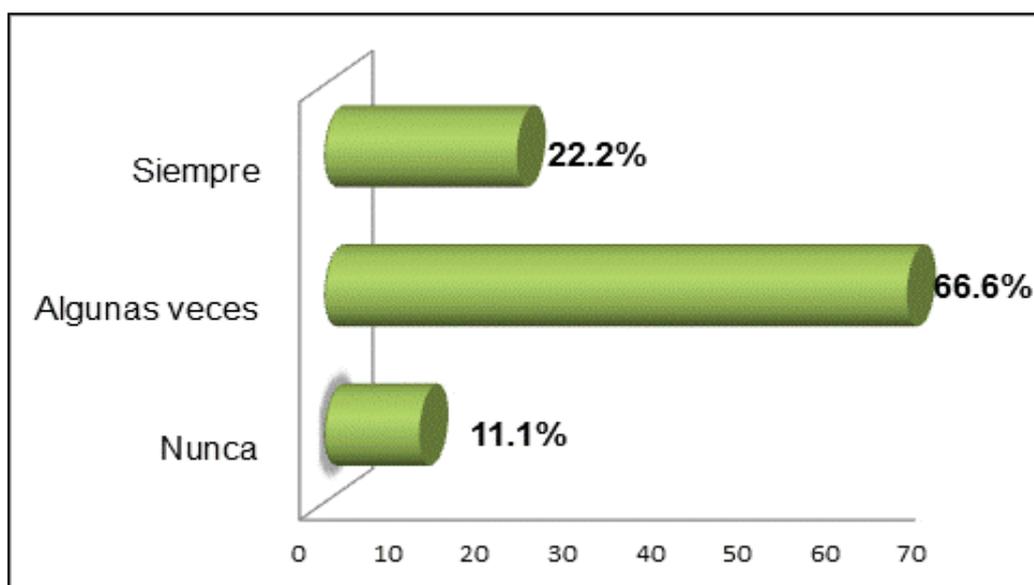
<b>¿LLEGASTE A RESOLVER ALGÚN PROBLEMA QUE TUVISTE CON EL APOYO DE TU FAMILIA?</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Nunca	9	11.1
Algunas veces	54	66.6
Siempre	18	22.2
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016

**INTERPRETACION**

De los 81 casos de gestantes adolescentes encuestadas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo de febrero a junio del 2016, según si llego a resolver sus problemas con el apoyo de su familia, el 66.6% respondió algunas veces y el 22.2% respondió siempre.

**GRAFICO N° 10**



Fuente: Encuesta realizadas en el Hospital Regional de Pucallpa 2016.

## CONCLUSIONES

Luego de haber culminado el trabajo de investigación se llega a las siguientes conclusiones:

1. Las gestantes adolescentes incluidas en el estudio para determinar la influencia del funcionamiento de la estructura familiar el 51.8% estuvieron en los rangos de edades de 16 a 17 años, el 38.3% tuvieron el grado de instrucción secundaria completa y el 44.4% tuvieron como ocupación ama de casa.
2. El 70.4% de las gestantes adolescentes provinieron de familias con problemas estructurales de conformación del núcleo familiar tales como: familia monoparental, familia reconstituida, familia sin vinculo y otros (familia madre soltera, familia adoptiva), estas gestantes adolescentes son aquellas pacientes más vulnerables a un embarazo no deseado.
3. En relación a la influencia del funcionamiento de la estructura familiar de las gestantes adolescentes en la solución de conflictos el 41.9% la solución del problema era impartida únicamente por el padre y solo el 8.6 % la solución de problemas era resuelta conjuntamente entre padres e hijos. Referente a la comunicación el estudio reflejo que el 39.5% de los padres se enteraron del embarazo de la adolescente por ellos mismos, el 56.8% demuestro que existe poca comunicación entre progenitores e hijos.

Con todo lo antes señalado podemos concluir que la estructura familiar no ayuda a la solución de conflictos dentro de la estructura familiar de las gestantes adolescentes.

4. En el área emocional la influencia que ejerce la estructura familiar de las gestantes adolescentes el 83.9% recibieron apoyo emocional de los padres y hermanos y el 16.1% expreso que no tuvieron apoyo de ninguna otra persona. El 60.5% refirió que le brindaron cariño y afecto padres y familiares solo algunas veces, el 66.6% indico haber resuelto algunas veces sus problemas con el apoyo familiar.

Lo que demuestra que en el área emocional la familia si influye positivamente en el apoyo que la gestante adolescente lo requiere.

## RECOMENDACIONES

- Difundir a través de los medios de comunicación, información sobre la importancia de mantener el núcleo familiar bien estructurado ya que redundara en el beneficios de cada uno de los miembros a los largo de los años.
- El sector salud y educación deben integrarse para convocar a las instituciones educativas que deben incluir a los padres, tutores, autoridades comunales y a los alumnos en sesiones educativas y talleres dirigidos al fortalecimiento de la familia como factor protector de la salud del adolescente, contribuyendo así a la reducción del embarazo durante esta etapa de vida.
- Que las autoridades de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) además de Implementar servicios diferenciados para adolescentes en los establecimientos de salud, se aseguren de que sean conducidos por profesionales capacitados y entrenados para brindar estos servicios; que proporcionen información sobre el entorno familiar y métodos anticonceptivos para evitar los embarazos no deseados; que sean fácilmente accesibles y confidenciales, así también que incluyan sesiones para los padres de familia.
- Que las autoridades nacionales, regionales y de gobiernos locales, deben aunar esfuerzos conjuntamente con organismos no gubernamentales en la lucha para disminuir los embarazos no deseados que se ven más vulnerados en la etapa adolescente, trabajando armoniosamente con un plan director que pueda ser evaluado periódicamente para lograr los objetivos deseados.
- Continuar con investigaciones sobre el tema planteado para fortalecer los mecanismos que nos conduzcan a la disminución de los embarazos adolescentes en nuestra región.

## FUENTES DE INFORMACION.

1. Gutiérrez y col. "Situación socio familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente" Universidad autónoma de Tamaulipas. Rev. Enferm. 2002; 10:21-25.
2. CLAP – OPS. "El Embarazo Adolescente" Informe 2005. Instituto de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Salud.
3. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. continúa 2004. Informe preliminar. Perú. 2004.
4. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2010-INEI).
5. Dirección regional de salud - Ucayali. Dirección de Epidemiología. 2008.
6. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2009-INEI).
7. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2012.
8. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2009-INEI).
9. Belart A. Una Visión Sistémica de la Familia. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer S.A; 1998
10. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2013-INEI).
11. Rojas SG, La Adolescencia en el Perú. Foro de Salud Regional de Cusco. Perú. [Serial online] 2011. [Citado 05 Jun 2012].
12. Kellogg W. Familia y Adolescencia. Chile: OPS; 1996
13. González, J. Sicopatología de la Adolescencia. México : Manual Moderno, 2001.
14. Hidalgo, C. Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile. 1999.
15. Hurlock, E. Psicología de la Adolescencia. México : Ediciones Paidós, 1994

16. Kellogg, W. Familia y Adolescencia. Chile : OPS, 1996.
17. Rodríguez, M: Adolescencia - Necesidad de creación de unidades de adolescencia (en español). An Pediatr, 2003; 58:104-106. Último acceso 19 de abril de 2008.
18. Dirección General de Información en Salud. Adolescents mortality. Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx. [online]. 2005, 62(3), [Último acceso 19 de abril de 2008], pp. 225-238.
19. Mendoza, A. Guía Metodológica para la Intervención Preventiva con Familias. Perú : DEVIDA, 2004.
20. Saucedo J, Maldonado J. La Familia: su dinámica y tratamiento. Washington : OPS, 2003.
21. Herman - Giddens ME, Slora EJ, Wasserman EC et al. Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice: a study from the Pediatric Research in Office Settings network. Pediatrics 1997; 99: 505-512.
22. Escribano J, Rodea G. y Julia B. Ginecología y Atención Primaria. Problemas clínicos. Capítulo 4. Ciclo menstrual. Cronología y regulación hormonal, pag 29. GRUPO Aula Médica, S.A. Madrid (España). 2001.
23. Santamaria S, El embarazo. Monografía sobre embarazo. [Serial online] 2008. [Citado 01 Jul 2012]
24. IsslerJR, Embarazo en la Adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina. Argentina. [Serial online] 2001. [Citado 01 Jul 2012].
25. Latorre MP, Nivel de conocimiento y actitud hacia el uso que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos. Investigación en adolescentes. Tacna, 2012.
26. Escribano Tórtola, J, J. Ginecología y Atención Primaria. Problemas clínicos. 2001. GRUPO Aula Médica, S.A. Madrid (España).

27. Issler Juan R. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. Revista de Posgrado de la Cátedra de la UNNE. N° 107 – Agosto/2001 Página:11-23.
28. IsslerJR, Embarazo en la Adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina. Argentina. [Serial online] 2001. [Citado 01 Jul 2012].
29. OPS, el enfoque epidemiológico de riesgo en la atención a la salud. Manual sobre enfoque de riesgo en la atención materno infantil. 2° edición. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud. 2000. Capítulo 2 pp 12-36
30. Rojas SG, La Adolescencia en el Perú. Foro de Salud Regional de Cusco. Perú. [Serial online] 2011. [Citado 05 Jun 2012]
31. Reproductive Health Outlook. Embarazo adolescente en el mundo. Biblioteca adolescente en el mundo. Chile. [Serial online] 2011. [Citado 05 Jun 2012].

**ANEXOS:**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

PROBLEMA	OBJETIVOS	OPERACIONALIZACIÓN		MÉTODO
		VARIABLE	INDICADOR	
<p><b>PROBLEMA PRINCIPAL:</b></p> <p>¿Cómo influye el funcionamiento de la estructura familiar de las gestantes adolescentes en el área de organización familiar, área de solución de conflictos y área emocional, en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa?</p> <p><b>PROBLEMAS SECUNDARIOS:</b></p> <p>1. ¿Cómo influye el funcionamiento de la estructura familiar de las gestantes adolescentes en la organización familiar. Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Febrero - Junio 2016?</p> <p>2. ¿Cómo influye el funcionamiento de la estructura familiar de las gestantes en el área de solución de conflictos. Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Febrero - Junio 2016?</p> <p>3. ¿Cómo influye el funcionamiento de la estructura familiar de las gestantes adolescentes en el área emocional. Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Febrero - Junio 2016?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b></p> <p>Determinar la influencia del funcionamiento de la estructura familiar de las gestantes adolescentes dentro de la organización familiar, en solución de conflictos y área emocional, en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Febrero - Junio 2016</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS.</b></p> <p>1. Identificar la influencia del funcionamiento de la estructura familiar de las gestantes adolescentes en la organización familiar. Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Febrero - Junio 2016.</p> <p>2. Conocer la influencia funcionamiento de la estructura familiar de las gestantes adolescentes en la solución de conflictos. Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Febrero - Junio 2016.</p> <p>3. Establecer la influencia del funcionamiento familiar de las gestantes adolescentes en el área emocional. Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Febrero - Junio 2016.</p>	<p><b>Variable independiente:</b></p> <p>Funcionamiento de la estructura familiar.</p> <p><b>Variable dependiente:</b></p> <p>Embarazo adolescente</p>	<p>Gestantes adolescentes de 16 – 19 años.</p> <p>Funcionamiento de la estructura familiar</p> <p>Funcionamiento de la estructura familiar en el Área de solución de conflicto</p> <p>Funcionamiento de la estructura familiar en el Área emocional.</p>	<p><b>Tipo de Estudio:</b> estudio descriptivo simple, de corte transversal, observacional.</p> <p><b>Diseño:</b> estudio descriptivo simple;, M-----O</p> <p><b>Instrumento de Investigación:</b> Los datos se recopilaron mediante su registro en una encuesta y se consolidaron en una matriz de recolección de datos, Se aplicó una prueba piloto, correspondiente al 10% del tamaño de la muestra, para validar el instrumento.</p>

**INFLUENCIA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES DE 16-19 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO FEBRERO - JUNIO DEL 2016**

**Formulario de Recolección de Datos.**

Buenos Días (Tardes).

Se está trabajando en un estudio que servirá para elaboración de una tesis profesional acerca el funcionamiento familiar y embarazo adolescente. Para ello le pediría que fuera tan amable de contestar las preguntas con la mayor sinceridad. Tus respuestas serán confidenciales y anónimas, no hay respuestas correctas e incorrectas. Muchas gracias por su colaboración.

ENCUESTA: N° \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuántos años tienes actualmente?: .....(años)

2. Hasta que año estudiaste (grado de instrucción):

- a. Ninguna (..)
- b. Primaria (..)
- c. Secundaria incompleta (..)
- d. Secundaria completa (..)
- e. Superior no universitario (..)
- f. Superior universitario (..)

3. Ocupación:

- a. Ama de casa (..)
- b. Estudiante (..)
- c. Trabaja (..)

**ESTRUCTURA: COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA**

4. ¿Con quién vivías antes de embarazarte?

- a. Con mamá, papá y hermanos (F. Nuclear) (..)
- b. Con mamá o papá (F. Monoparental) (..)
- c. Con mamá o papá y otra pareja (F. Reconstituida) ( )
- d. Con Amigos (F. Sin vinculo) (..)
- e. Otros(especificar) .....

## **SOLUCIÓN DE CONFLICTOS: COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA.**

5. ¿Quién tomaba las decisiones en tu familia?
- a. Sólo mi madre ( ... )
  - b. Sólo mi padre ( ... )
  - c. Ambos padres ( ... )
  - d. Padres e hijos ( ... )
  - e. Otras personas(especificar) .....
6. ¿Cómo se enteraron tus padres de tu embarazo?
- a. Ellos se enteraron por mí ( ... )
  - b. Ellos mismos se dieron cuenta ( ... )
  - c. Ellos se enteraron por otras personas ( ... )
7. ¿Con qué frecuencia era la comunicación entre tus padres y tú?
- a. Nunca ( )
  - b. Algunas veces ( )
  - c. Siempre ( )

## **AMBIENTE EMOCIONAL: CONSIDERACIÓN DE LA FAMILIA**

8. ¿Cuándo estuviste frente a algún problema de quién recibiste apoyo?
- a. Solo mi madre ( ... )
  - b. Solo mi padre ( ... )
  - c. Ambos padres ( ... )
  - d. Solo mis hermanos ( ... )
  - e. Todos indiferentes ( ... )
  - f. Desconocían mis problemas ( ... )
  - g. De ninguna persona ( ... )
  - h. Otros (especificar) .....
9. ¿Con que frecuencia tus padres u otros familiares te brindan cariño y afecto?
- a. Nunca ( ... )
  - b. Algunas veces ( ... )
  - c. Siempre ( ... )

10. ¿Llegaste a resolver algún problema que tuviste, con el apoyo de tu familia?

- a. Nunca ( )
- b. Algunas veces ( )
- c. Siempre ( )

Gracias por tu Colaboración.