

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Dr. Luis E. Aybar
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

GRADO DE FUNCIONABILIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA
MARZO - MAYO, 2021.



Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante

Dra. Carina Beatriz Espinosa Sánchez

Asesora

Dra. Claridania Rodríguez (Metodológico)

Dra. Lucina Llaugel (Clínico)

Los conceptos expuestos en el presente anteproyecto de tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante

Distrito Nacional: 2021

CONTENIDO

I. Introducción	1
I.1. Antecedentes	3
I.2. Justificación	6
II. Planteamiento del problema	7
III. Objetivos	9
III.1. General	9
III.2. Específicos	9
IV. Marco teórico	10
IV. 1. La Familia	10
IV.1.1. Concepto	10
IV.1.2. Tipos de familia	10
IV.1.3. Funcionalidad familiar	12
IV.1. 4. Funcionamiento Asintomático	13
IV.1.5. Funcionamiento familiar Promedio	13
IV.1.6. La familia y el adolescente	13
IV.1.7. Funcionamiento familiar según los procesos transaccionales	14
IV.1.8. Funcionamiento familiar óptimo.	15
IV.1.9. Ciclo Vital Familiar	18
IV.1.10. Distintos modelos del ciclo vital familiar.	19
IV.1.11. Modelo de Geyman	19
IV.1.12. Modelo de Duvall	20
IV.1.13. Modelo de Carter y McGoldrick:	21
IV.1.14. Modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	24
IV.2. Adolescencia	27
IV.2.1. Concepto	27
IV.2.2. Clasificación de la adolescencia	27
IV.2.3. Factores de identidad de la adolescencia	28
IV.3. Embarazo	29
IV.3.1. Embarazo en la Adolescencia.	30
IV.3.2. Factores predisponentes del embarazo en el adolescente:	31
IV.4. APGAR Familiar	33

V. Operacionalización de las variables	36
VI. Material y métodos	38
VI.1. Tipo de estudio	38
VI.2. Área de estudio	38
VI.3. Universo	38
VI.4. Muestra	38
VI.5. Criterios	38
VI.5.1. Criterios de inclusión	38
VI.5.2. Criterios de exclusión	39
VI.6. Instrumento de recolección de datos	39
VI.7. Procedimiento	39
VI.8. Tabulación	40
VI.9. Análisis	40
VI.10. Principios éticos y bioéticos	40
VII. Resultados	41
VIII. Discusión	48
IX. Conclusiones	51
X. Recomendaciones	52
XI. Referencias	53
XII. Anexos	59
XII.1. Cronograma	59
XII.2. Consentimiento informado	60
XII.3. Instrumento de recolección de datos	61
XII.4. Costos y recursos	63
XII.5. Evaluación	64

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo con el objetivo de determinar la funcionabilidad familiar en adolescentes embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - mayo, 2021. El universo estuvo conformado por 1,153 adolescentes embarazadas y la muestra fue de 100 escogidas de forma aleatoria simple. Se reporta que de las 100 adolescentes embarazadas encuestadas, en el 84.0 por ciento de los hogares existía disfunción familiar, el 54.0 por ciento se encontró entre 17-19 años de edad, un 57.0 por ciento vivía en unión libre, el 17 por ciento tenía 2 embarazos, un 77.0 por ciento de las adolescentes embarazadas encuestadas tenían un nivel medio de escolaridad, un 39.0 por ciento presentó un test de APGAR con disfunción leve y el 43.0 por ciento de las adolescentes embarazadas encuestadas presentaron un ciclo vital familiar de extensión completa.

Palabras clave: Funcionabilidad familiar, adolescente, embarazo, APGAR familiar

ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach was carried out with the objective of determining family functionality in pregnant adolescents who attend the outpatient clinic of the Nuestra Señora de la Altagracia Maternity Hospital, marzo - mayo, 2021. The universe was made up of 1,153 pregnant adolescents and the sample was of 100 chosen in a simple random way. It is reported that of the 100 pregnant adolescents surveyed, in 84.0 percent of the households there was family dysfunction, 54.0 percent were between 17-19 years of age, 57.0 percent lived in a common-law union, 17 percent had 2 pregnancies, 77.0 percent of the pregnant adolescents surveyed had a medium level of education, 39.0 percent presented an APGAR test with mild dysfunction, and 43.0 percent of the pregnant adolescents surveyed presented a full-length family life cycle.

Keywords: Family functionality, adolescent, pregnancy, family APGAR

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por ser guía y fortaleza, porque me permites sonreír ante mis logros que son el resultado de tu gran amor y misericordia, gracias por estar presente en todas las etapas importantes de mi vida.

A mis Padres:

Quienes a través de su amor y buenos valores ayudan a trazar mi camino.

A las docentes de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria del HLEA:

Quienes con sabiduría, conocimiento, mano dura y apoyo guiaron mi formación.

A mis Asesoras:

Dra. Lucina Llaugel y Dra. Claridania Rodríguez, por su tiempo, su apoyo y guía en la elaboración de esta investigación.

DEDICATORIA

A Dios:

Por derramar sus bendiciones sobre mí, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por poner personas en mí camino que han sido soporte y compañía.

A mis Padres:

Por enseñarme el valor de luchar día a día para alcanzar mis sueños.

A mi Esposo:

Por ser apoyo incondicional, quien con su amor y respaldo ayuda alcanzar mis objetivos.

A mis Hijas:

Por ser el motor de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para ustedes. Me han enseñado y me siguen enseñando muchas cosas de la vida.

I. INTRODUCCIÓN

La familia es una unidad biopsicosocial y una de sus funciones más importantes es contribuir a la salud de todos sus miembros a partir de la transmisión de creencias y valores de padres a hijos, esta pasa por fases evolutivas, predecibles, regulado tanto por factores internos: biológicos y psicológicos, como por factores externos: expectativas culturales y posibilidades sociales, donde se presenten momentos de transición que producen tensiones que exigen cambios en la organización familiar para adaptarse a las necesidades cambiantes de sus miembros. Cada vez que el sistema comienza una nueva etapa en su ciclo se presenta una amenaza para el equilibrio familiar, estos cambios se conocen como ciclo vital familiar, estos momentos serán más o menos estresantes según sea la resolución de las crisis vitales, la cohesión familiar, la adaptabilidad.^{1,2}

Durante la adolescencia ocurren cambios importantes que se reflejan en todas las esferas del individuo, presentándose problemas no tan graves de salud relacionados con dudas sobre su crecimiento normal y problemas habituales en esta etapa como las consultas vinculadas a su crecimiento y desarrollo, las relacionadas con la prevención de conductas de riesgo, el uso y abuso de sustancias, suicidio y depresión, accidentes sean de tránsito o accidentes en el hogar, entre otros. Todo esto trae consigo tensiones que alteran su ingreso a la sociedad; se considera desde el punto de vista sociológico como un período de transición entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma.^{2,3}

El embarazo en adolescentes es un fenómeno multidimensional, motivado por diferentes causas que afecta la generación de capacidades y oportunidades de las personas. En nuestro país así como en otros países de la región, el embarazo en las adolescentes es de preocupación y alta prioridad por su impacto en el desarrollo y la calidad de vida de las jóvenes, su familia y de la comunidad. Los datos disponibles indican que en la República Dominicana, el 22% de las mujeres entre doce y diecinueve años han estado embarazadas, tasa que es 34% más alta del promedio de

los países de Latinoamérica y el Caribe. Así mismo las evidencias disponibles señalan que el país registra la tasa más alta de embarazo en adolescente más alta entre los países de Desarrollo Humano Alto (PNUD 2016).⁴

La disfunción familiar se asocia con resultados negativos durante la adolescencia, como embarazos no planeados, consumo de sustancias, enfermedades de transmisión sexual y trastornos depresivos.^{5, 6}

Hay varios instrumentos disponibles para valorar el funcionamiento familiar. Entre éstos se encuentra la escala de APGAR familiar, que fue diseñada en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar.⁷ El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares.⁸

Las familias constituyen asociaciones fundamentales para el desarrollo psicológico, la interacción emocional y mantenimiento de la autoestima de los adolescentes, ya que es en la familia donde se experimentan los amores y odios, como también las satisfacciones y las frustraciones más intensas. La mayoría de las familias recorre una secuencia más o menos ordenada de sucesos previsibles, pero también sucesos extraordinarios, es decir, no esperados que podrían afectar a algunas.

Es de nuestro interés conocer el grado de disfunción familiar, así como también, en qué etapa del Ciclo Vital Familiar en que se encuentran estas adolescentes, pues, tiene gran importancia, ya que genera un empuje que ayuda a que las familias y sus miembros transiten el camino del desarrollo y la diferenciación.²

No existen investigaciones de este test aplicado a las adolescentes embarazadas en la población Dominicana, conocer las características de una escala como el APGAR familiar en adolescentes embarazadas es un requisito fundamental y permitirá contar

con una forma breve de evaluación el grado de funcionalidad familiar en relación con la aparición de un embarazo en la adolescencia.

I.1. Antecedentes

Castro E., llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo con el objetivo de determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Jerónimo Montería, Argentina 2017. Resultados: El promedio de edad de las embarazadas es de 15 años con un 66.0 por ciento, familias que viven en unión libre 50.0 por ciento, conversación con los padres sobre sexualidad nunca con un 72.0 por ciento, la educación sobre sexualidad era recibida del colegio 36%, presentaban antecedentes de fumar y beber licor, 72.0 por ciento de consumo de sustancias alucinógenas, 6.0%, edad de la primera relación sexual fue de 14 años con un 38.0 por ciento, no utilizando ningún método de planificación en un 54.0 por ciento, no conocían los métodos anticonceptivos en un 50.0 por ciento. En cuanto al nivel de efectividad de la funcionalidad familiar, predomina el nivel bajo con un 68.0 por ciento.⁹

Cayotopa S., realizó un estudio cualitativo, descriptivo, y trasversal con el objetivo de determinar el grado de funcionalidad familiar en adolescentes gestantes del Hospital Provincial Docente Belén, Perú. Los resultados mostraron que el mayor porcentaje de adolescentes tenía entre 12-13 años (39%); predominó el grado de instrucción primaria incompleta (31%), el 56.0 por ciento convive con su pareja, 49.0 por ciento era la menor de los hermanos. En relación a la funcionalidad familiar se encontró que todas las dimensiones estaban afectadas severamente (adaptación 67.0 por ciento, participación 73.0 por ciento, crecimiento 54.0 por ciento, recursos 76.0 por ciento y afecto 52.0 por ciento; mientras la funcionalidad global presentó que el 75.0 por ciento de adolescentes vivían en una familia con disfunción familiar severa. Concluyendo que el mayor porcentaje de adolescentes pertenecían a familias con disfuncionalidad severa, hecho que según la contrastación con otros estudios se puede convertir en factor predisponente para el embarazo precoz.¹⁰

Medina L., presentó el estudio “Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes de la comunidad. Boqeron K`ASA.” Bolivia 2018. Estudio cuantitativo descriptivo transversal cuyo objetivo fue objetivo: “determinar el grado de funcionalidad familiar existente en las gestantes adolescentes de la comunidad Boqeron k’asa”. Cuyos resultados mostraron que el 93.0 por ciento de gestantes adolescentes tienen una familia disfuncional, encontrándose afectadas las dimensiones de adaptación 77.0 por ciento, participación 83.0 por ciento, crecimiento 70.0 por ciento, afecto 90.0 por ciento, y 7 recursos el 83.0 por ciento. Concluyendo que la mayoría de adolescentes embarazadas tenía una disfuncionalidad leve familiar.¹¹

El estudio de Soto F, León I y Castañeda O. titulado “Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México” México 2015; buscó “determinar la calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas atendidas en la unidad de medicina familiar (umf) No. 1 de Ciudad Obregón, Sonora, México”. Estudio transversal y descriptivo. Los resultados mostraron que el 12.3 por ciento de adolescentes presentaron disfunción familiar severa, 38.5 por ciento, disfunción moderada y 49.2 por ciento tenía una familia funcional. Concluyendo que posterior al embarazo la familia se mantuvo funcional en cerca de la mitad de los casos.¹²

Marchán L, Noriega E., presentó el estudio “Funcionalidad Familiar Y Depresión En Gestantes Adolescentes Atendidas En El Puesto De Salud Gerardo Gonzales Villegas – Tumbes 2018” Tumbes 2018; estudio de tipo descriptivo correlacional cuyo objetivo fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo González Villegas, Tumbes 2018; cuyos resultados encontraron que el 69.2 por ciento de las gestantes adolescentes tienen una familia disfuncional, 27.7 por ciento una familia moderadamente funcional. Concluyendo que no existe una relación significativa entre funcionalidad familiar y depresión.¹³

Mellado M, Ninacivincha S., realizó el estudio “Funcionamiento familiar en adolescentes embarazadas; Hospital Goyeneche, servicio de Gineco-Obstetricia. Arequipa, 2016; Arequipa 2016; estudio descriptivo – transversal, cuyo objetivo fue determinar el grado de funcionamiento familiar en adolescentes embarazadas, obteniendo que el 70.9 por ciento de adolescentes estaba entre 17 y 19 años, dedicándose el 39.7 por ciento a las labores del hogar y el 33.1 por ciento estudiaba, el 49.5 por ciento tenía secundaria incompleta, el 58.9 por ciento era conviviente, el 34.4 por ciento inició relaciones sexuales entre los 12-15 años, el 64.0 por ciento de adolescentes tenían antecedentes de embarazos en la adolescencia en su familia. En relación a las dimensiones del funcionamiento familiar se encontró: dimensión de adaptación (70.6% tienen disfunción familiar severa); en la dimensión participación (100% presentan disfunción familiar severa); en la dimensión de crecimiento y desarrollo (66.88% disfunción familiar severa); en la dimensión de afecto (64.98% disfunción familiar severa) y en la dimensión de recursos (65.95% disfunción familiar severa); encontrando además que el 99.7 por ciento de las adolescentes presentan familias con disfuncionalidad.¹⁴

Chávez M., formuló la investigación: Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016. Lima, Perú, 2016. El objetivo fue: Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016. Los resultados mostraron la disfuncionalidad familiar del 81.4 por ciento adolescentes. Así mismo se encontró una asociación entre una menor edad de inicio de relaciones ($p=0,015$) sexuales y la disfuncionalidad familiar. Concluyendo que el uso de métodos anticonceptivos de barrera, haber presentado alguna ITS y la edad de inicio de relaciones sexuales como expresión de la conducta sexual se asociaron a la disfuncionalidad familiar.¹⁵

I.2. Justificación

La República Dominicana ocupa el quinto lugar en embarazos de niñas y adolescentes entre los países de América Latina y el Caribe. Según la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2018) una de cada 10 adolescentes de 15 a 19 años ha tenido hijos nacidos vivos (13.8%), el 2.3% ha tenido pérdidas o abortos y 3.0% estaban embarazadas por primera vez al momento de la encuesta.¹⁶

La salud reproductiva es considerada un tema importante para los adolescentes en sus diferentes etapas de vida, debido a los cambios que va adoptando en su conducta a nivel sexual. En las adolescentes la gestación favorece un proceso de maduración psicológica muy diferente del propio de esta edad ya que el rol de madre no es fácil para una mujer adulta y mucho menos para una persona en proceso de maduración y afianzamiento de su personalidad.

Los resultados de este estudio serán beneficiosos para incrementar conocimientos para la buena convivencia familiar con adolescentes, de esta manera lograr un buen desarrollo emocional y cognitivo y así favorecer el fortaleciendo de los vínculos afectivos de todos sus miembros. Por ello el desarrollo de esta investigación es relevante debido a que las familias intervienen de manera directa en las acciones y manifestaciones de la sexualidad del adolescente y su entorno logrando que ellos adopten estilos de vida saludable.

El objetivo del presente estudio será determinar el grado de funcionalidad familiar, en adolescentes mediante la aplicación del test Apgar familiar, el cual evalúa cualitativamente factores como: adaptación, participación, crecimiento, afectividad, y resolución, considerados como determinantes en la interrelación familiar. Por consiguiente, los resultados del tema de investigación servirán de base a futuras investigaciones de interés social, con la finalidad de desarrollar programas y modelos que trabajen en la mejora del funcionamiento familiar y la prevención del embarazo adolescente.

II. Planteamiento del Problema

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros, con base en que la familia cumpla o deje de cumplir de forma eficaz sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.¹⁷

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.

El embarazo en adolescentes constituye un problema desde el punto de vista médico y social. Los factores contribuyentes son múltiples y las soluciones a los mismos no parecen ser fáciles de resolver a corto plazo. Por lo anterior, el seguimiento de la gestación debe contemplar no sólo la asistencia obstétrica como tal, sino adoptar un enfoque integral que atienda además, las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia.

Según la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), la maternidad en la adolescencia es un problema que afecta y amenaza el avance de siete de algunos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en especial los referentes a la educación primaria, la mortalidad infantil, la salud materna y la equidad de género. En sus estadísticas las adolescente con edades entre los 15 y los 19 años tienen dos veces más probabilidades de morir durante el embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 30 años de edad. Para las menores de 15 años, los riesgos son cinco veces mayores. Por cada adolescente que muere en el parto, hay muchas más que padecen lesiones, infecciones y discapacidades prolongadas, como la fístula obstétrica. (Rico, 2013)

Existen ciertas condiciones riesgosas que pueden considerarse contribuyentes al embarazo en adolescentes como son: la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación familiar, sobre todo con la figura materna, el abandono de la escuela, la menarquía precoz, baja autoestima, con la consiguiente carencia de proyectos de vida, el poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos, familias disfuncionales, madre o hermana embarazadas en la adolescencia, padre ausente, nivel socioeconómico bajo, integración precoz al área laboral, amigas que han iniciado vida sexual.^{18,19.}

La problemática a investigar es el grado de disfunción familiar cuando una adolescente miembro de la familia queda embarazada, pues desde tiempos pasados se ha concebido la unidad familiar como factor clave en el crecimiento y normal desarrollo de las personas, es a través de ella como el adolescente trata de reconocerse a sí mismo y apropiarse de su proyecto de vida; de manera tal que cualquier suceso que altere la dinámica familiar puede obstaculizar el sano desarrollo de los adolescentes.

Todo esto nos lleva a hacernos la siguiente pregunta:
¿Cómo es la funcionalidad familiar en familias con adolescentes embarazadas que acuden a la consulta de obstetricia, del Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora dela Altagracia, marzo - mayo, 2021.

III. Objetivos

III.1. Objetivo General

- Determinar la Funcionalidad Familiar en las Familias de las Adolescentes Embarazadas que acuden a la consulta de Obstetricia, del Hospital Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora dela Altagracia, marzo - mayo, 2021.

III.2. Objetivos específicos

- Determinar la edad.
- Indicar su estado civil.
- Identificar el nivel de instrucción.
- Establecer número de embarazos.
- Test de APGAR Familiar.
- Identificar el grado de disfunción familiar.
- Determinar el ciclo vital familiar.

IV. Marco Teórico

IV.1. Familia.

IV.1.1. Concepto.

La familia se concibe como el grupo social primario y dinámico, constituido por dos o más personas, que forman un núcleo de convivencia y que están unidas por lazos de sangre, legales o consensuales y afectivos, cuyas relaciones se caracterizan por la intimidad, la solidaridad y la duración. Por tanto, las relaciones familiares y la red de apoyo socio familiar constituyen un factor de relevancia.^{20, 21, 22.}

Pino y Poupin,²³ definen familia como un sistema, un conjunto de elementos en interacción dinámica, donde el estado de cada uno de ellos está determinado por la situación que ocupa cada uno de los otros. Desde esta visión sistémica se concibe a la familia como un sistema con una organización abierta, separada del exterior por sus fronteras y estructuralmente formados por subsistemas, demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad, y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos.²⁴ El aporte de la teoría de sistemas mencionada permite comprender que la familia está conformada por subsistemas: el subsistema conyugal, parental y filial. En caso de que aparezca la enfermedad o situación, todos los subsistemas se ven afectados.²⁵

IV.1.2. Tipos de familia.

Dar una definición puntual sobre la familia es muy complejo por la diversidad existente y por el amplio espectro de culturas existentes en el mundo. Con esto, no se desconoce otros tipos de familia que han surgido en los últimos años, las cuales también enfrentan desafíos permanentes en su estructura interna, en la crianza de los hijos/as, en el ejercicio parental o maternal. Se puede mencionar, la familia de madre soltera, de padres separados las cuales cuentan con una dinámica interna muy peculiar. (Saavedra, 2007).

Los tipos de familia se pueden clasificar en función a varias de sus características, entre ellas podemos describir:

- **En base a su Estructura:**

- Nuclear: padre, madre e hijos.
- Extensa: más abuelos.
- Extensa compuesta: más otros consanguíneos o de carácter legal, (tíos, primos, yernos, cuñados)
- Monoparental: padre o la madre y los hijos.

- **En base a su Desarrollo:**

- Primitiva: clan u organización tribal.
- Tradicional: patrón tradicional de organización familiar.
- Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones.

- **En base a su Integración:**

- Integrada: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente
- Semi-integrada: no cumplen sus funciones
- Desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio.

- **En base a su Demografía:**

- Urbana
- Rural
- Suburbana

- **En base a su Ocupación:**

- Campesina, obrera, empleada

- Profesional, Comerciante (Suarez, 2006).

IV.1.3. Funcionalidad Familiar

Familia funcional: aquella familia que convive en armonía, con buen clima emocional, donde los miembros se apoyan entre si y prima la confianza.

El funcionamiento es la capacidad de convivir en un ambiente donde cada uno de los miembros de la familia cumple eficazmente sus funciones y sean capaces de superar y enfrentar a los problemas por las que puedan pasar. Hay que señalar que ningún estilo familiar individual es inherentemente normal o anormal.²⁶ Ante la presencia de un embarazo adolescente dentro de la familia es necesario reestructurar las funciones y reconocer los aspectos de debilidad que puedan ser frustrantes y dañen la homeostasis de la familia.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante. (Land, 2013). Hace referencia a la buena convivencia entre todos los integrantes lo cual les permite desarrollarse en un ambiente armonioso, que les brinda seguridad, crecimiento individual y colectivo, está dirigida a brindar estabilidad emocional durante las etapas de vida del adolescente y direccionarlos al logro de sus metas los que les permitirá la satisfacción y unión del grupo familiar.²⁷

El fenómeno funcionamiento familiar es muy complejo, puede ser evaluado de diferentes maneras, pero se debe definir inicialmente lo que se considera como “normal” al referirnos al funcionamiento familiar. El concepto de normalidad o salud se puede agrupar en cuatro perspectivas básicas, de acuerdo de Offer y Sabshin (1966, 1971). Las familias normales pueden definirse en términos de funcionamiento

asintomático y funcionamiento promedio, funcionamiento de procesos transaccionales y funcionamiento óptimo:

IV.1.4. Funcionamiento Asintomático

En esta perspectiva, la familia se considera normal al no haber síntomas recientes de disfunción o psicopatología en los miembros de una familia. En esta definición la ausencia de síntomas equivale a salud. Esta es una definición negativa, ya que si una familia “sana” tiene un miembro emocionalmente enfermo no será una familia “sana”. Este concepto ha sido utilizado básicamente para comprender mejor el funcionamiento de las familias básicamente “normales” como un subgrupo homogéneo, comparándose con familias emocionalmente perturbadas, evitando otras definiciones o criterios selectivos que carecen de validez empírica. (Jacob, 1974; Riskun y Faunce 1972). Riskin (1976) prefiere el término de familias no clínicas o sin terapia.

IV.1.5. Funcionamiento familiar promedio.

En esta perspectiva, la definición de “normalidad” es estadística. Las familias en el rango medio de funcionamiento están más cerca de lo “normal”. Las familias cuyo funcionamiento familiar es óptimo están tan desviadas de la norma como las severamente disfuncionales. Ya que la mayoría de las familias tiene problemas ocasionalmente, un problema por sí solo no implica que la familia no sea normal.

IV.1.6. La familia y el adolescente

La relación de una familia en la etapa adolescente se enfrenta a intensos cambios de uno a más de sus miembros, por lo que necesariamente también cambia su propio funcionamiento. Es una etapa en la cual la homeostasis se reajusta en un nuevo funcionamiento, más apropiado para el desarrollo de sus miembros. Hay interacciones que muestran que la retroalimentación positiva predomina sobre la negativa, es decir, se producen cambios que a su vez activan nuevos cambios.

En esta etapa las tareas parentales son más difíciles. Los padres deben aceptar el crecimiento y desarrollo de su hijo y darle progresivamente las condiciones para que se desarrolle y pueda llegar a decidir personalmente su futuro laboral, sexual y familiar. Las decisiones que el adolescente toma en algunos momentos pueden coincidir o no con la de los padres, lo que ocasiona conflictos que para muchas familias son difíciles de manejar y aceptar. A veces los padres se cierran y asumen una actitud controladora que retarda la independencia del joven. Idealmente deben reaccionar apoyando a sus hijos, manteniendo una comunicación abierta y dando las posibilidades emocionales y materiales para que el joven comience una vida independiente exitosa.

También es posible que tengan una postura desinteresada o impotente, manifestada en una excesiva permisividad, y que también tiene consecuencias negativas para el desarrollo adolescente. Es en este contexto donde el adolescente negocia permanentemente con los padres la posibilidad de romper los lazos de dependencia infantil y llegar a ser persona.

La familia debe ofrecer al adolescente oportunidades reales de encontrar nuevos roles que le permitan ejercitarse en el papel de adulto que tiene que asumir, alcanzando así una autonomía suficiente para su funcionamiento adulto. (Carrasco, 2012).

IV.1.7. Funcionamiento familiar según los procesos transaccionales.

En esta perspectiva, las familias normales se conceptualizan en términos de procesos generales característicos de todos los sistemas. Los procesos básicos implican la integración, mantenimiento y crecimiento de la unidad familiar en relación con los sistemas individual y social. Lo normal se define en contexto temporal y social y varía con las diferentes demandas, ya sea interna o externa, que se requieren para la adaptación mediante el ciclo vital de la familia.

IV.1.8. Funcionamiento familiar óptimo.

En este enfoque de la normalidad se define a la familia exitosa en términos de características ideales o positivas, las familias con funcionamiento óptimo se encuentran en el extremo más alto de un continuum, las familias promedio en el rango medio y las familias severamente disfuncionales en el extremo más bajo (Walsh 1982). En cuanto a familia sana generalmente se refiere a una familia ideal adaptada a un modelo basado en resultados, en términos de cumplimiento de tareas familiares, principalmente el desarrollo exitoso de la descendencia (Solnit 1980). Los modelos basados en la praxis, como los desarrollados por el grupo Timberlawn (Lewis, Beavers, Gossett y Phillips, 1976) y el equipo de McMaster (Epstein, Bishop y Levin, 1978) han proporcionado datos más sólidos para evaluar las habilidades familiares. Estos modelos familiares reflejan definiciones diferentes y sobrepuestas de normalidad familiar, pero la orientación familiar sistémica, en general, se basa en la perspectiva de la normalidad como proceso o como un sistema transaccional que opera con el transcurso del tiempo.

Los modelos estructurales de Minuchin (1974), Montalvo (1967) y Aponte (1981), los estratégicos de Haley (1978), el equipo de Milan y el grupo del MRI de Palo Alto (Weakland y Fich, 1974 Weakland y Bodin 1974) y los conductuales de Liberman, Patterson y Alexander (1981) citados en Walsh (1982) ven la “normalidad” en términos funcionales; así, una familia normal es aquella que no promueve o refuerza síntomas psicológicos en ninguno de sus miembros. Aunque reconoce que hay un proceso de desarrollo familiar a lo largo del tiempo, estos modelos centran su interés en los patrones actuales como los directamente responsables de la salud o de algún síntoma, sin poner énfasis en los antecedentes históricos. El objetivo terapéutico se limita a cambiar las interacciones vigentes para reducir los síntomas, más que para promover al crecimiento hacia algún ideal.

A pesar de que conceptualmente los modelos difieren en muchas formas en su definición de normalidad, en esencia no se contradicen. La diferencia entre cada uno

son debidas a que centran su atención en un aspecto particular de funcionamiento familiar, ya sea en los patrones estructurales, en los procesos de comunicación o en dinámicas de relación. Aunque reconocen que el nivel óptimo es inalcanzable en la mayoría de las familias, las metas terapéuticas se dirigen hacia el crecimiento y la actualización del potencial individual hacia este ideal.²⁸

El modelo de funcionamiento familiar McMaster es un marco teórico que estudia dicho funcionamiento que no pretende cubrir todos los aspectos del mismo, pero identifica un gran número de dimensiones que han resultado ser de utilidad en la evaluación de las familias en tratamiento. La definición de las áreas o dimensiones de funcionamiento familiar, que para la completa evaluación de una familia es necesario identificar, son las siguientes:

- **Resolución de problemas:** Se refiere a la habilidad de una familia para resolver problemas a un nivel que mantenga un funcionamiento familiar efectivo. sin embargo todas las familias enfrentan más o menos las mismas dificultades, pero las eficientes solucionan sus problemas, mientras que las ineficientes no son capaces de manejarlos.
- **Comunicación:** Alude al intercambio de información en la familia, evalúa dos aspectos de la comunicación: comunicación clara con relación a la comunicación difusa y comunicación directa con relación a la indirecta.
- **Roles:** esta dimensión se refiere a los patrones de conducta, por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares.
- **Involucramiento afectivo:** Se refiere al grado en que la familia, como un todo, muestra interés y valora las actividades e intereses de cada miembro de la familia.

- **Respuestas afectivas:** Alude a la habilidad de una familia para responder con sentimiento adecuado a un estímulo, tanto en calidad como en cantidad.
- **Control de conducta:** Se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento en tres situaciones:
 - Situaciones que implican un peligro físico.
 - Situaciones que implican enfrentar y expresar necesidades psicológicas, biológicas e instintivas.
 - Situaciones que implican socialización, entre los miembros de la familia y con la gente fuera del sistema familiar.
- **Crisis y problemas familiares:** en cuanto a las crisis y problemas que enfrenta la familia podemos clasificarlas en cuatro categorías:²
 - **Desgracias inesperadas:** aquí la tensión es extrínseca, temporal y habitualmente aislada. En las desgracias inesperadas las familias pueden unirse para resolver el problema o producir extrema separación, necesitan ayuda. (Ejemplo desastres naturales, un asalto)
 - **Crisis normativas o universales:** son crisis previsibles. Están relacionadas con el ciclo vital familiar. La tensión puede ser manifiesta y real, pero puede tener rasgos ocultos.
 - **Crisis estructurales:** son crisis concurrentes en las cuales se exacerban las fuerzas internas de las familias, la crisis es una exacerbación de una pauta intrínseca. La tensión suele ser oculta y ocurre en familias patológicas.
 - **De desvalimiento:** es la que se producen en familias en las cuales existe uno o más miembros muy dependientes y requieren cuidados constantes.

Para un buen funcionamiento familiar, saludable debe existir adaptabilidad, flexibilidad, cohesión, clima emocional, comunicación asertiva, buen afrontamiento y resolución de problemas entre todos sus miembros. De acuerdo con ello, Agintzari S. Coop. de Iniciativa Social, (2007) habla de una familia funcional cuando alcanza un

nivel de adaptabilidad a determinados cambios, crisis o conflictos y puede adecuar sus roles, normas y actitudes para encontrar soluciones posibles a la situación problemática. En este sentido, la dinámica familiar es un conjunto de fuerzas positivas o negativas que afectan al comportamiento de cada miembro de la familia haciendo que esta funcione bien o mal como unidad.

IV.1.9. Ciclo Vital Familiar

Se llama Ciclo Vital Familiar, a la secuencia de estadios por los que atraviesa la familia desde su formación hasta su disolución. Este ciclo está constituido por etapas de complejidad creciente a las que siguen otras de simplificación familiar; además, las características sociales y económicas varían desde su formación hasta su disolución.

La familia tiene una historia natural que la hace recorrer por sucesivas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que, de alguna manera, son previsibles, por atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidas. Cuando el ciclo vital familiar se distorsiona o se interrumpe, o cuando la familia tiene dificultades para cumplir las tareas específicas que exige cada etapa, se producen situaciones que alteran la homeostasis familiar y que, si no se resuelven de forma satisfactoria, desembocarán en una crisis del sistema. Algo parecido ocurre con los ajustes y reajustes a los que se somete la familia en el tránsito de una etapa del ciclo a otra. Estas transiciones requieren cambios de roles, tareas y conductas a las que no todas las familias pueden adaptarse. La inadaptación, cuando se mantiene, conduce a la crisis familiar.

En las familias, tres o cuatro generaciones deben de acomodarse simultáneamente a las transiciones del Ciclo Vital Familiar, ya que lo que ocurre en una de ellas tiene efecto en las relaciones y las conductas de las otras. Mientras que, por ejemplo, una pareja atraviesa por diferentes estadios, los abuelos, tíos, hijos y nietos también siguen distintas secuencias evolutivas, unidas todas ellas por el nexo común de las relaciones.

Atendiendo a este criterio, podemos conceptualizar el ciclo familiar como una espiral en la que tienen lugar, al mismo tiempo, acontecimientos que afectan a distintas generaciones. De esta manera, mientras algunos miembros de la familia entran en la espiral, otros llevan cierto trecho recorrido y algunos están cada vez más cerca de la salida.

IV.1.10. Distintos modelos del ciclo vital familiar.

El modelo básico de la familia nuclear se ha generalizado bastante y comprende sustancialmente una etapa de formación, otra de expansión, seguida de la de contracción y una final de disolución. Atendiendo a distintos criterios y utilizando distintos referentes para señalar el inicio de cada etapa, se han propuesto diferentes modelos de Ciclo Vital Familiar:

IV.1.11. Modelo de Geyman

En este modelo se reconoce cinco etapas que inician con el matrimonio, continúa a las siguientes fases según avanza el primer hijo, hasta que todos los hijos maduren o la pareja quede sola nuevamente y termina al producirse la disolución.

FASE	INICIA	TERMINA
MATRIMONIO	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
EXPANSION	Nacimiento del primer hijo	Cuando el primer hijo alcanza la madurez
DISPERSION	Cuando el primer hijo alcanza la	Cuando todos los hijos alcanzan la

	madurez	madurez
INDEPENDENCIA	Cuando todos los hijos alcanzan la madurez	Cuando los padres se retiran del trabajo o se separan (divorcio, muerte)
RETIRO Y MUERTE	Cuando los padres se retiran del trabajo o se separan (divorcio, muerte)	Cuando los dos miembros de la pareja mueren

IV.1.12. Modelo de Duvall

Este es uno de los modelos más conocidos y utilizados en las áreas que investigan la familia (sociología, psicología, social, medicina). En este se distingue ocho fases, a las que Duvall les asigna posiciones a los miembros y asignaciones para el desarrollo en las etapas críticas.

FASE	INICIA	TERMINA
I. Familia que comienza (nido sin usar)	Cuando se conforma la pareja. Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
II. Crianza inicial de los hijos	Nacimiento del primer hijo	Cuando el primer hijo cumple 30 meses

III. Familia con hijos preescolares	Cuando el primer hijo cumple 30 meses	Cuando el primer hijo cumple 6 años
IV. Familia con hijos escolares	Cuando el primer hijo cumple 6 años	Cuando el primer hijo cumple 13 años
V. Familia con hijos adolescentes	Cuando el primer hijo cumple 13 años	Cuando el primer hijo cumple 20 años
VI. Familia con punto de partida (plataforma de colocación)	Cuando el primer hijo cumple 20 años	Cuando todos los hijos han partido del hogar
VII. Familia madura (nido vacío)	Cuando todos los hijos han partido del hogar	Retiro del trabajo (jubilación) o separación de la pareja (muerte o divorcio)
VIII. Familia anciana	Retiro del trabajo (jubilación) o separación de la pareja (muerte o divorcio)	Fallecimiento de ambos miembros de la pareja

IV.1.13. Modelo de Carter y McGoldrick:

Este es uno de los enfoques con mayor aceptación y su uso se ha extendido rápidamente en la investigación familiar. Estos autores parten del supuesto de que las familias, al igual que los individuos, pasan por ciertas etapas predecibles, donde cada fase de la vida familiar requiere que sus miembros desarrollen nuevas habilidades y hagan arreglos para encarar retos diferentes. Esta concepción lleva implícito que en cada etapa se realicen una serie de adaptaciones en la conducta y en el pensamiento, necesario para funcionar en el nuevo nivel de desarrollo. La adaptación exitosa a

cualquier etapa requiere que la familia haya aceptado el principio clave de cada una y dominado las tareas de las fases precedentes. Este modelo describe un conjunto de seis estadios continuados presentes en la familia a lo largo de su desarrollo normal.

Etapas del ciclo vital familiar	Proceso emocional de transición: Principios Clave	Cambios de segundo orden en el estatus familiar requeridos para proceder de un modo que propicie el desarrollo
1. Entre familias: Desapego de los adultos jóvenes	Aceptación de la separación de padres-descendientes	<ul style="list-style-type: none"> a. Diferenciación del sí mismo en relación con la familia de origen b. Desarrollo de relaciones de intimidad con compañeros c. Establecimiento del sí mismo en el trabajo
2. Conformación de familias mediante el matrimonio: La pareja de recién casados	Compromiso con un nuevo sistema	<ul style="list-style-type: none"> a. Formación de un sistema marital b. Reajuste de las relaciones con la familia política y los amigos para integrar al conyugue
3. Familia con niños pequeños	Aceptación de nuevos miembros dentro del sistema	<ul style="list-style-type: none"> a. Adaptación del sistema marital para hacer espacio para el (los) hijo(s) b. Asunción de los roles de la paternidad c. Reajuste de las relaciones con la familia política para integrar los roles de padres y abuelos

<p>4. Familia con adolescentes</p>	<p>Aumento en la flexibilidad de los límites familiares para dar lugar a la independencia de los hijos</p>	<p>a. Cambio de las relaciones padres-hijos para permitir a los adolescentes entrar y salir del sistema b. Reenfoque marital de la mitad de la vida y de los asuntos relacionados con la carrera c. Iniciación del cambio hacia las preocupaciones de las personas de más edad</p>
<p>5. Desprendimiento de los hijos y abandono del hogar</p>	<p>Aceptación de multitud de salidas y de entradas al sistema familiar</p>	<p>a. Renegociación del sistema marital como una diada b. Desarrollo de relaciones de adulto a adulto entre los hijos que ya han crecido y sus padres c. Reajuste de relaciones para integrar nueras, yernos y nietos d. Enfrentarse con las discapacidades y muerte de los padres (abuelos)</p>
<p>6. Familia en etapa avanzada de la vida</p>	<p>Aceptación de los cambios en los roles generales</p>	<p>a. Mantenimiento del funcionamiento propio y/ o de la pareja y los intereses al encarar la declinación fisiológica; exploración de nuevas opciones para los roles familiares y sociales b. Apoyo para un papel más destacado de la generación intermedia</p>

		<p>c. Reajuste en el sistema para la sabiduría y experiencia de los de mayor edad; apoyo a la generación de los mayores, sin sobreprotegerlos.</p> <p>d. Enfrentarse con la pérdida del conyugue, parientes y otros compañeros y preparación para la propia muerte. Revisión de la vida e integración.</p>
--	--	--

IV.1.14. Modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La Organización Mundial de la Salud define seis etapas en el Ciclo Vital Familiar:

En este modelo se inicia con el matrimonio y caracteriza las etapas subsiguientes en función del incremento (extensión) de los hijos por el nacimiento o disminución (contracción) de los mismos por emancipación hasta la disolución por fallecimiento de un conyugue.³² Este modelo es el que se utilizara en estudio.

ETAPA	INICIA	TERMINA
Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
Extención	Nacimiento del primer hijo	Nacimiento del ultimo hijo

Extención completa	Nacimiento del ultimo hijo	Primer hijo abandona el hogar
Contracción	Primer hijo abandona el hogar	Ultimo hijo abandona el hogar
Contracción completa	Ultimo hijo abandona el hogar	Muerte del primer conyugue
Disolución	Muerte del primer conyugue	Muerte del conyugue sobreviviente

I. Formación Del Matrimonio

“Esta etapa se caracteriza por una permanencia del vínculo, en que se suman vida afectiva, relaciones sexuales, intercambio económico, deseo de compartir el futuro junto a un proyecto vital que les da sentido y que determina el establecimiento de dependencias cualitativamente diferentes de las que pueden darse en cualquier otro vínculo” (Feinstein).

II. Extensión

En esta etapa se crean cambios tanto en la relación de pareja como en toda la familia, unión normal y necesaria para la buena evolución de toda la familia. Se redefine la relación en términos sexuales y sentimentales, nuevos roles y funciones: función materna y función paterna, las funciones de los padres se diferencian para poder brindarle al niño la atención y cuidados que necesita. Se formará una relación afectiva de madre a hijo identificando las demandas de cuidado y alimentación de este último.

III. Extensión Completa.

Es una etapa importante en la evolución de la familia, ocurre la primera separación del niño del seno familiar, inicia su apertura al mundo externo, se relaciona con otros adultos significativos, vivencias que pueden ser transmitidas al niño como algo bueno, donde el crecimiento tiene una connotación positiva o pueden ser vividas como una pérdida o un abandono, dificultando su adaptación.

IV. Etapa De Contracción (parcial)

Estas últimas etapas tienen en común la producción de pérdidas, tanto por la salida de los hijos del hogar, como de funciones.

La partida de los hijos tiene una duración aproximada de 20 a 30 años, dependiendo del número de hijos de la pareja. Es importante destacar que en las familias con hijo único, esta etapa es más traumática debido al paso brusco de la etapa de extensión al nido vacío, aquí los esposos deben aprender a vivir nuevamente en independencia. En muchas ocasiones se producirá una situación de crisis debido a los cambios de roles y funciones.

V. Contracción Completa (Etapa Del nido vacío)

Se inicia con la partida del último hijo del hogar. Aquí se observa el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban la fase del matrimonio con la incertidumbre y la nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada en esta fase del desarrollo familiar. Los problemas de salud en esta etapa son numerosos, aunque muchas dolencias son producto del proceso de envejecimiento normal.

VI. Disolución. (Fallecimiento de los cónyuges)

En esta etapa el ciclo vital familiar concluye. Cuando ocurre la muerte del cónyuge, el sobreviviente se enfrenta a la soledad. Pueden acentuarse enfermedades preexistentes o también la aparición de nuevas. La persona adopta una actitud pasiva y expectante.

IV.2. Adolescencia.

IV.2.1. Concepto.

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como una etapa fundamental de crecimiento y desarrollo humano donde se dan cambios primarios y secundarios a nivel biopsicosocial los cuales van a ser manifestaciones propias de su edad que lo encaminan a su transformación en adulto. Es la etapa de transición entre la niñez y la etapa adulta. Comprende la década desde los diez hasta los veinte años y representa un periodo del ciclo vital con características particulares.²

La adolescencia, es un período de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y prenuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.²⁹

Durante la adolescencia los jóvenes experimentan diversas transformaciones psicológicas, físicas y emocionales y sociales. Es una época caracterizada por la aparición de la pubertad, el establecimiento de la independencia de los padres, la búsqueda de la identidad y el desarrollo de procesos cognoscitivos. A medida, que los adolescentes experimentan estos cambios, pueden probar muchos comportamientos de riesgo entre los que se encuentran la actividad sexual.

Los cambios más evidentes durante esta etapa son físicos. La edad de inicio en las niñas empieza entre los diez y los once años y los niños aproximadamente entre los once y trece años y su inicio depende de factores genéticos, socioculturales, nutricionales y económicos. Hay quienes pueden empezar estos cambios antes o después. Sin embargo, si alrededor de los 15 años no han comenzado, es necesario consultar un médico. (Profamilia, 2015).

IV.2.2. Clasificación de la adolescencia

Pre Adolescencia: (a partir de los nueve años)

Necesitan diferenciarse del sexo opuesto, las niñas comienzan el desarrollo corporal y consideran a los varones anidados, algunos niños pueden experimentar esta etapa con una gran ansiedad y presentan síntomas como tartamudeo, onicofagia, aumento de peso, etc.

Adolescencia Temprana: (once a catorce años)

Caracterizada por una rápida aceleración del crecimiento y de la maduración física, extrema curiosidad por su cuerpo, la aceptación de los pares es primordial, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina y los padres ya no tienen el valor indiscutible que tenían hasta ese momento. 30

Adolescencia Intermedia: (15 - 17 años)

Marcada por un desarrollo puberal casi completo, aumenta el interés por la sexualidad, se inician las primeras experiencias sexuales. Existe un deseo de establecer distancia con respecto a los padres, desafiando la autoridad parental como forma de afirmar la individualidad y la independencia. Aumentan las conductas de riesgo.

Adolescencia Tardía: (18 a 20 años)

Se caracteriza por una maduración física completa, pasan de estar en grupos a estar en parejas, hay necesidad de autoafirmación y diferenciación. Afirman la identidad personal y el sistema de valores, se esclarecen las preferencias vocacionales buscando la inserción laboral y la independencia económica. ²

IV.2.7. Factores de identidad de la adolescencia

Para formar una identidad, el ego organiza las habilidades, necesidades y deseos de una persona y la ayuda a adaptarlos a las exigencias de la sociedad. Durante la adolescencia la búsqueda de "quién soy" se vuelve particularmente insistente a medida que el sentido de identidad del joven comienza donde termina el proceso de identificación.³¹ Relacionando estos niveles de identidad con características de la personalidad con ansiedad, autoestima, razonamiento moral y patrones de comportamiento; Marcia clasificó a las personas en una de cuatro categorías:

Exclusión:(compromiso sin ninguna crisis) nivel de identidad descrito por Marcia, en el cual una persona que no ha dedicado tiempo a considerar alternativas, es decir, que no ha estado en crisis, se compromete con los planes de otra persona para su vida.

Moratoria: (crisis sin compromiso) nivel de identidad descrito por Marcia, en el cual una persona considera alternativas (está en crisis) y parece dirigirse hacia un compromiso.

Logro de la identidad: (crisis que lleva a compromiso) nivel de identidad descrito por Marcia, que se caracteriza por el compromiso con opciones tomadas después de un período de crisis, un tiempo delicado a pensar en alternativas.

Confusión de la identidad:(sin compromiso, crisis incierta) nivel de identidad descrito por Marcia, que se caracteriza por la ausencia de compromiso y al cual, puede seguir un período de consideraciones de alternativas.³²

IV.3. Embarazo

Embarazo es el término utilizado para describir el período en el que una mujer lleva un feto en su interior. En la mayoría de los casos, el feto crece en el útero. (National Institutes of Health, 2013).

El embarazo dura aproximadamente unos nueve meses considerando desde el primer día de la última menstruación donde el primer trimestre se sufre mayores riesgos de pérdida del feto mientras que el comienzo del tercer trimestre muestra mejores condiciones para el feto como la capacidad de sobrevivir extra útero sin soporte médico.

IV.3.1. Embarazo en la Adolescencia.

Hace referencia a toda gestación que ocurre durante la adolescencia y comprende las mujeres de hasta 19 años, es decir, todo embarazo que ocurre dentro del tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen. El embarazo en la adolescencia se convierte en un problema de salud pública importante por el costo biológico y psicosocial que implica. El embarazo de la adolescente, en oportunidades, no es un hecho sorpresivo, sino que buscado conscientemente como reacción a la falta de cariño, afecto y comunicación con el medio familiar.³³

Las adolescentes que se embarazan, más que cualquier otra adolescente, necesitan apoyo, comprensión y ayuda, ya que está más sensible, insegura y desvalorizada que cualquier otra mujer y con mayor razón para una adolescente, que no se convierte en adulto por el hecho de ser madre. Para comprender como vive el embarazo una adolescente, se debe tener en cuenta que los cambios psicológicos, estarán condicionados por su historia de vida, por la relación con el progenitor de su hijo, por la situación con su familia, por su edad y especialmente por su madurez personal.

El embarazo en la adolescencia cambia la percepción que ella tiene de la vida, más aún si este no ha sido planeado. Surgen emociones fuertes y variadas (tensión, angustia, impacto económico y social), que afectan la adaptación social y la salud mental de los adolescentes.³⁴

El riesgo de problemas durante el embarazo y el parto es muy alto en la adolescente; aumenta la incidencia de bajo peso al nacer y de abortos espontáneos, así como de mortalidad infantil es de 2 a 3 veces más alta, que en las mujeres mayores de 25 años. La adolescente muy joven tiene un riesgo elevado particular durante el embarazo, porque tiende a acudir más tarde a los cuidados prenatales, esta demora, puede ser el resultado del reconocimiento tardío del embarazo, su negación o el desconocimiento de los recursos disponibles.

Las adolescentes menores de 16 años corren mayor riesgo de defunción materna, cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior; según el consultor en salud de los adolescentes James E Rosen, que está a cargo de un estudio de investigación del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS.

IV.3.2. Factores predisponentes del embarazo en el adolescente:

Menarca temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

Familia disfuncional: que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres e hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que impulsan a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

Bajo nivel educativo: cuando hay que priorizar alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

Pensamiento mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

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

Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen mitos respecto a relaciones sexuales o concepción que llevan a conductas inapropiadas de cuidado.

Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía.

Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

La actividad sexual sin emplear de manera correcta algún método anticonceptivo contribuye enormemente al índice tan alto de embarazos en adolescentes en Estados Unidos. La evidencia más reciente indica que las adolescentes pueden utilizar los métodos anticonceptivos de manera tan eficaz como las mujeres maduras solteras e incluso mejor.³⁵

El embarazo en las adolescentes es una preocupación seria para varios sectores sociales tanto desde el ámbito de la salud, por las complicaciones clínicas, como en lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. Desde lo clínico, se ha correlacionado al embarazo adolescente con el aumento de la mortalidad materna, aumento en las cesáreas, en la desproporción fetopelviana, la complejidad del parto, en la cantidad de bebés prematuros y de bajo peso

(menos de un kilo y medio). La dificultad para la aceptación del embarazo de las madres adolescentes generalmente se vincula con una mala nutrición, poco cuidado y falta de control pre-natal del embarazo, que después deriva a las complicaciones antes mencionadas. Además, esta situación puede prolongarse post-parto, hacia un pobre estado nutritivo o lento desarrollo psicomotor del niño por poca estimulación.

Desde lo psicosocial, el embarazo adolescente produce un encadenamiento de problemas. Según Cecilia Correa de la Fundación de Estudio e Investigación de la Mujer, los padres adolescentes generalmente sufren de abandono escolar, inserción laboral prematura y pérdida de vivencias propias de la adolescencia. A veces, la familia de origen rechaza el embarazo y en muchas circunstancias el padre puede desligarse o ser excluido del rol de padres.³⁶

IV.4. APGAR Familiar

Este es un instrumento diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington) y validada en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar.³⁷ A esta encuesta se le nombra «APGAR familiar» por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia Apgar, y porque denota una evaluación rápida y de fácil aplicación.

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es específicamente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten

directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta. Este instrumento también sirve para favorecer una relación médico paciente en toda su extensión.

Con este instrumento el equipo de atención primaria en salud pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas, conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación; el médico familiar cuenta con la preparación para ejecutar dicha ayuda a sus pacientes, ya que no solo realiza la parte clínica sino la psicosocial en la consulta diaria.³⁸ Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y de fácil aplicación, particularmente cuando el especialista está dispuesto a realizarlo en todos su pacientes. Los componentes de este instrumento son cinco elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia, son:

ADAPTACIÓN: es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.

PARTICIPACIÓN: o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

GRADIENTE DE RECURSOS: es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

AFECTIVIDAD: es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.

RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA: es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Cinco elementos que son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía.

El test de APGAR familiar se utiliza en servicios orientados hacia la Medicina Familiar, se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios en la segunda consulta, para ya tener un panorama completo del paciente a quien vamos a cuidar. Es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos:

- Pacientes con muchos síntomas, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosociales de las dolencias, específicamente en la ansiedad o depresión.
- En grupos familiares o pacientes crónicos.
- Cuando se requiere la participación familiar en el cuidado de un paciente.
- A los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir.
- A los miembros de familias problemáticas.
- Cuando es escasa o nula respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.
- En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.
-

La interpretación del puntaje es de la siguiente manera:

- Normal de diecisiete a veinte puntos
- Disfunción leve de dieciséis a trece puntos.
- Disfunción moderada de doce a diez puntos
- Disfunción severa: menor o igual a nueve.³⁹

V. Operalización de las Variables

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio	Años cumplidos	De razón
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Casada/o Soltero Unión libre Viuda/o	Nominal
Nivel de instrucción	Ultimo grado aprobado a nivel de la escala de la universidad	Inicial Básica Media Técnico Superior	Nominal
Numero de embarazo	Cantidad de veces en la que se ha estado embarazada	Primigesta Multípara Gran multípara	Nominal
Test de Apgar Familiar	Medición cualitativa de la satisfacción de los miembros de la familia con cada uno de los componentes básicos de la función familiar.	Normal Disfunción leve Disfunción moderada Disfunción severa.	Nominal
Disfunción familiar	Patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presentan, de manera permanente, uno o varios integrantes de una familia y que al	Familia funcional Familia disfuncional	Nominal

	relacionarse con su membrecía se genera un clima adecuado para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas.		
Ciclo vital familiar	Desarrollo de la familia tomada en su conjunto, a los diferentes momentos por los cuales van atravesando todos los miembros de la familia, quienes van a ir compartiendo una historia común.	Formación Extensión Extensión completa Contracción Contracción completa Disolución	Nominal

VI. Material y Metodos.

VI.1 Tipo de estudio

Se realizará un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal con el objetivo de valorar el grado de disfuncionalidad familiar en adolescentes embarazadas que acuden a la consulta de obstetricia del Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora dela Altagracia, marzo - mayo, 2021.

VI.2. Área de estudio

Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia es una entidad descentralizada del orden departamental, dedicada a la prestación de servicios de salud, de origen público, dotada de personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa Hospital trabaja en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y con el fin de prestar un mejor servicio y ofertar servicios de mejor calidad en la atención a las adolescentes embarazadas. Está localizado en la zona de Gazcue, delimitada al Norte por la Avenida México, al Sur por la Av. Pedro Henríquez Ureña, al Este por la calle Félix M. del Monte y al Oeste por la calle Benito Jiménez.

VI.3. Universo

Estuvo conformado por 1,153 adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - mayo, 2021.

VI.4. Muestra

Estará representada por 100 adolescentes embarazadas escogidas de forma aleatoria simple de las que acudieron a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - mayo, 2021.

VI.5. Criterios

VI.5.1. Criterios de inclusión

Todas las Adolescentes Embarazadas de 10 a 19 años de edad que asisten a la consulta de obstetricia.

Todas las Adolescentes Embarazadas de 10 a 19 años de edad que deseen participar en el estudio.

Firma de consentimiento informado por parte de la adolescente embarazada.

VI.5.2. Criterios de exclusión

Adolescentes Embarazadas de 10 a 19 años de edad, que acudan a la consulta de obstetricia y no se encuentren embarazadas.

Adolescentes Embarazadas de 10 a 19 años de edad, que no deseen ser entrevistadas.

Adolescentes embarazadas que no hayan firmado el consentimiento.

VI.6. Instrumento de recolección de datos

Se aplicó un protocolo de investigación previamente diseñado.

VI.7. Procedimiento

Luego de aceptado el tema, se procedió llevar el perfil de la investigación a la dirección del Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - mayo, 2021. Al director se le explicó en qué consiste y cuál es la importancia del estudio, obtenida la carta de autorización para la realización Pre del estudio de investigación, firmada y sellada por las autoridades del hospital, solicitamos a las adolescentes el permiso de lugar para aplicar el cuestionario.

Las sesiones fueron realizadas en horario de la consulta al momento en que las adolescentes sean atendidas, previo a mi presentación como médica, se les entregó el consentimiento informado para obtener su aprobación. Para la recolección de datos se utilizó el método de la encuesta y se les aplicó el test de Apgar Familiar considerando los puntos de corte admitidos para valorar del grado de disfuncionalidad familiar.

Interpretación del puntaje:

- Normal de diecisiete a veinte puntos
- Disfunción leve de dieciséis a trece puntos.
- Disfunción moderada de doce a diez puntos

- Disfunción severa: menor o igual a nueve.

VI.8. Tabulación

La información obtenida fue tabulada mediante el programa de computadora digital: EPI-INFO-7.2

VI.9. Análisis

La información obtenida se presentaron en cuadros y gráficos, ayudados por el medio electrónico y medios matemáticos-estadísticos, se realizaron cálculos en porcentajes y se representa la información en distribución de frecuencia relativa y en series agrupadas.

VI.10. Principios Éticos y Bioéticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las informativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión por el departamento de Ginecología, departamento de enseñanza y de la Coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, la aprobación del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

Todos los datos obtenidos en este estudio fueron manejados con apego a la confidencialidad, la identidad contenida fue protegida en todo momento. Finalmente toda la información utilizada en este estudio fue justificada por su llamada correspondiente.

VII. RESULTADOS

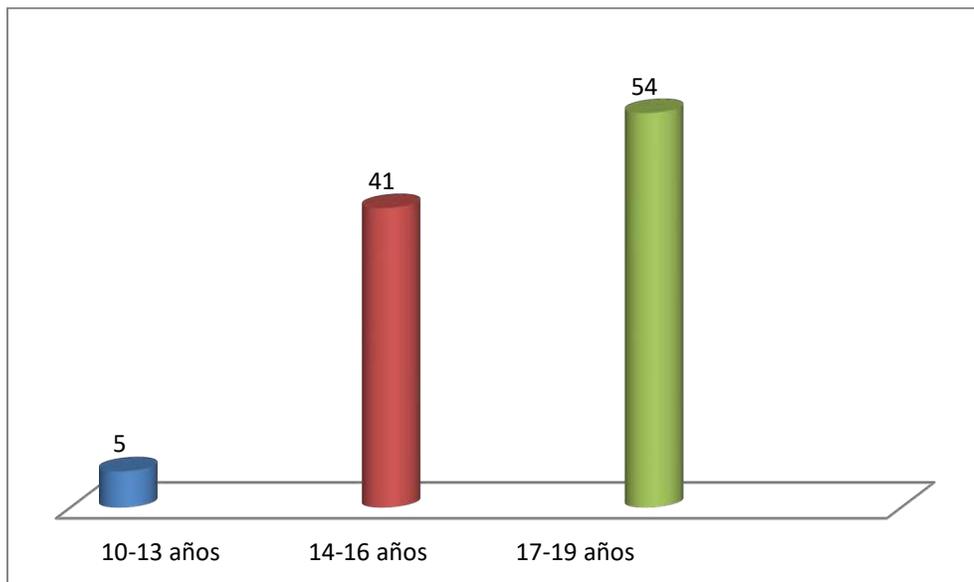
Cuadro 1. Edad de las adolescentes embarazadas en las que existía disfunción de las que acudieron a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - mayo, 2021.

Edad (años)	Frecuencia	%
10 – 13	5	5.0
14 – 16	41	41.0
17 – 19	54	54.0
Total	100	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se observó que el 54.0 por ciento de las adolescentes embarazadas encuestadas se encontraban entre 17-19 años de edad.

Gráfico 1. Edad de las adolescentes embarazadas en las que existía disfunción de las que acudieron a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - mayo, 2021.



Fuente: Cuadro 1

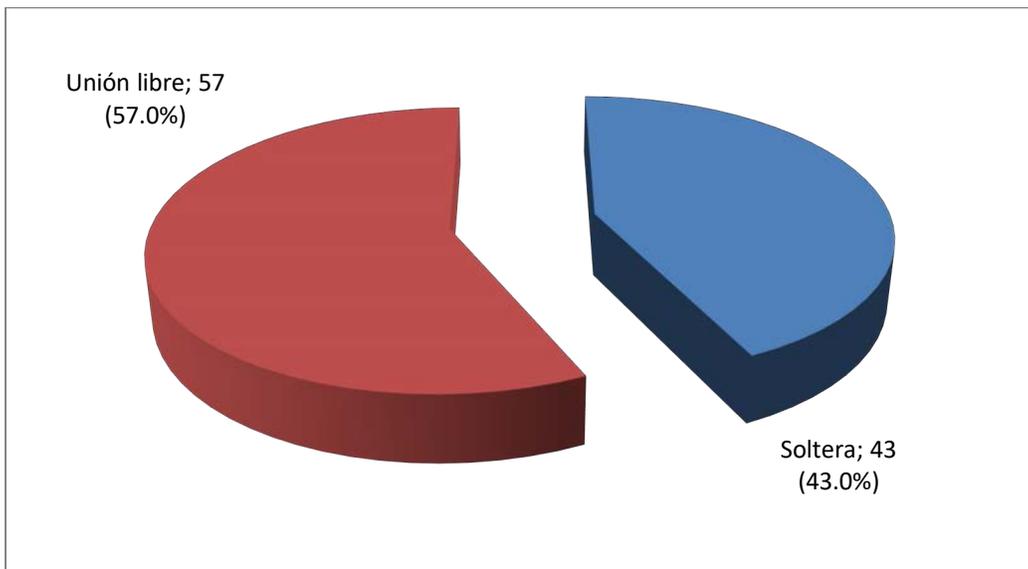
Cuadro 2. Estado civil de las adolescentes embarazadas en las que existía disfunción de las que acudieron a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - mayo, 2021.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	43	43.0
Unión libre	57	57.0
Total	100	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se encontró que un 57.0 por ciento de las adolescentes embarazadas encuestadas vivían en unión libre.

Gráfico 2. Estado civil de las adolescentes embarazadas en las que existía disfunción de las que acudieron a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - mayo, 2021.



Fuente: Cuadro 2

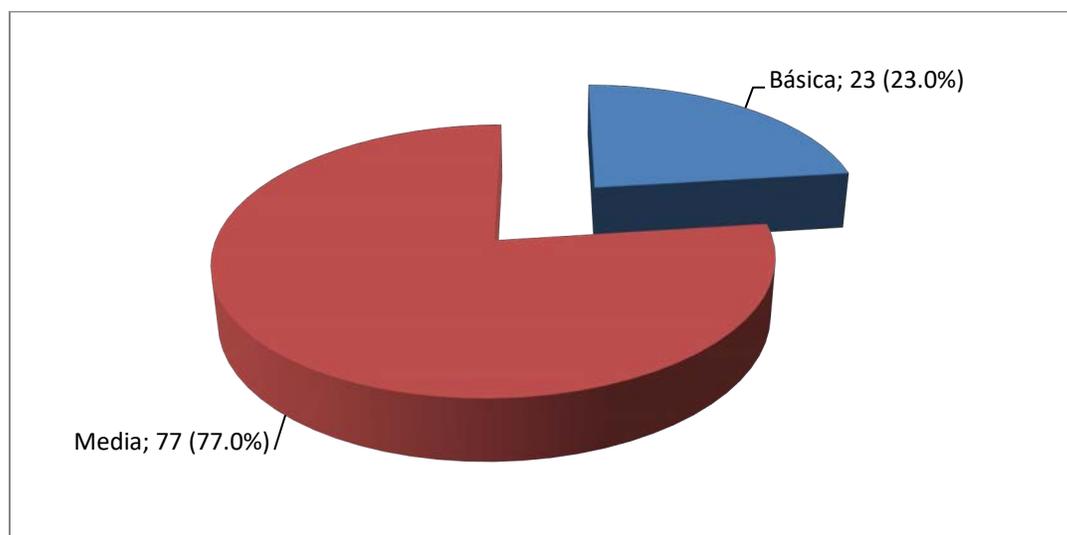
Cuadro 3. Escolaridad de las adolescentes embarazadas en las que existía disfunción de las que acudieron a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - mayo, 2021.

Escolaridad	Frecuencia	%
Básica	23	23.0
Media	77	77.0
Total	100	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se encontró que un 77.0 por ciento de las adolescentes embarazadas encuestadas tenían un nivel medio de escolaridad.

Gráfico 3. Escolaridad de las adolescentes embarazadas en las que existía disfunción de las que acudieron a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - mayo, 2021.



Fuente: Cuadro 3

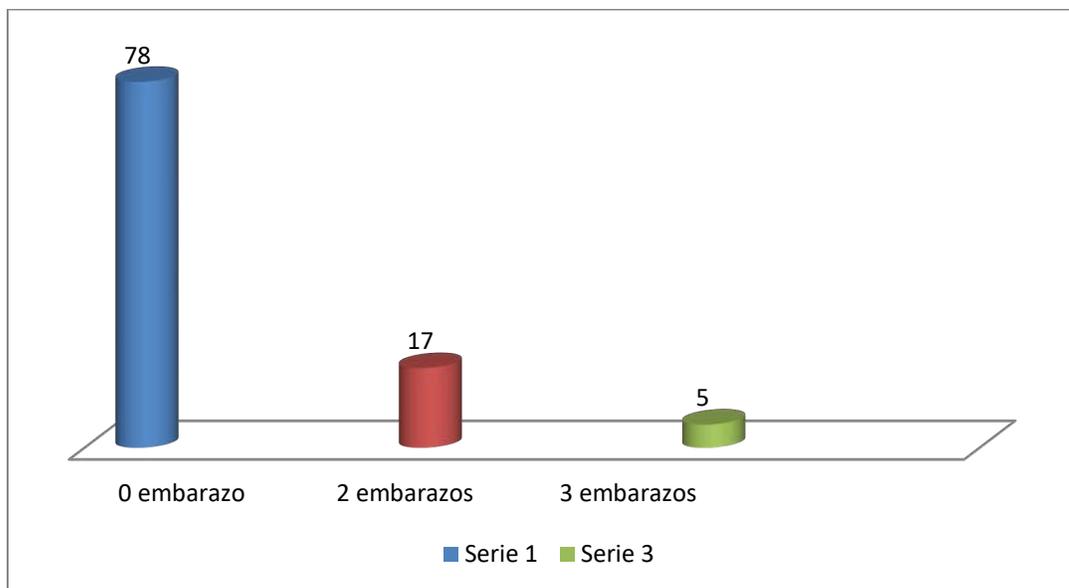
Cuadro 4. Número de embarazo en las adolescentes embarazadas en las que existía disfunción de las que acudieron a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-junio, 2021.

Número de embarazo	Frecuencia	%
0	78	78.0
2	17	17.0
3	5	5.0
Total	100	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se evidenció que el 17 por ciento de las adolescentes embarazadas encuestadas tenían 2 embarazos.

Gráfico 4. Número de embarazo en las adolescentes embarazadas en las que existía disfunción de las que acudieron a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - mayo, 2021.



Fuente: Cuadro 4

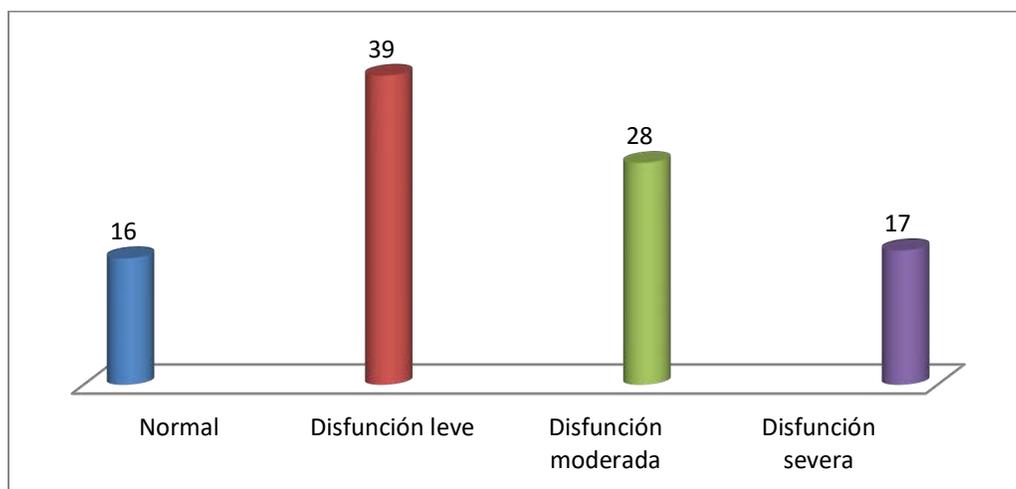
Cuadro 5. Test de APGAR en las adolescentes embarazadas en las que existía disfunción de las que acudieron a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - mayo, 2021.

Test de APGAR	Frecuencia	%
Normal	16	16.0
Disfunción leve	39	39.0
Disfunción moderada	28	28.0
Disfunción severa	17	17.0
Total	100	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se observó que un 39.0 por ciento de las adolescentes embarazadas encuestadas presentaron un test de APGAR con disfunción leve.

Cuadro 5. Test de APGAR en las adolescentes embarazadas en las que existía disfunción de las que acudieron a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - mayo, 2021.



Fuente: Cuadro 5

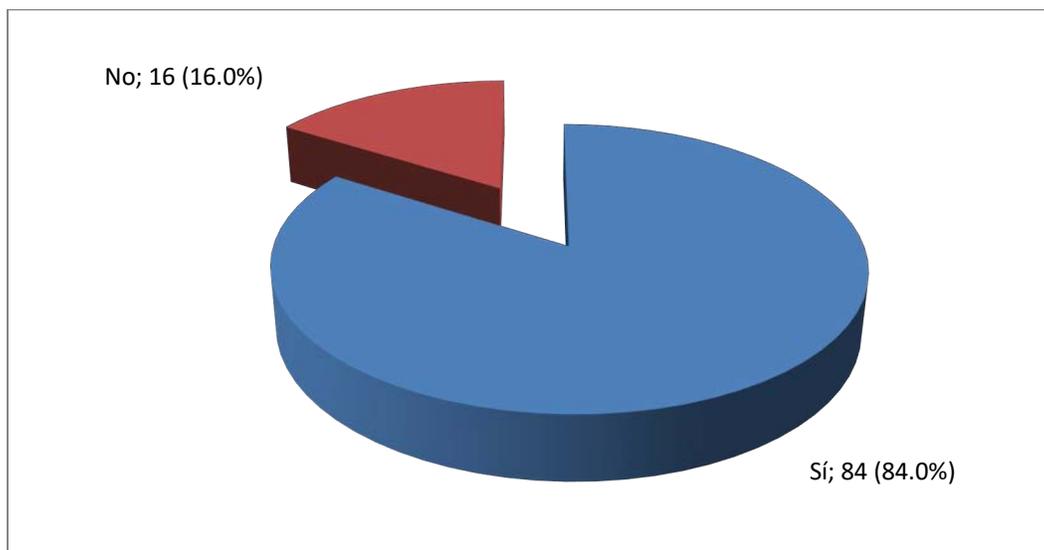
Cuadro 6. Frecuencia de disfunción familiar en adolescentes embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - mayo, 2021.

Disfunción familiar	Frecuencia	%
Sí	84	84.0
No	16	16.0
Total	100	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se evidenció que de las 100 adolescentes embarazadas encuestadas, en el 84.0 por ciento de los hogares existía disfunción familiar.

Gráfico 6. Frecuencia de disfunción familiar en adolescentes embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - mayo, 2021.



Fuente: Cuadro 6

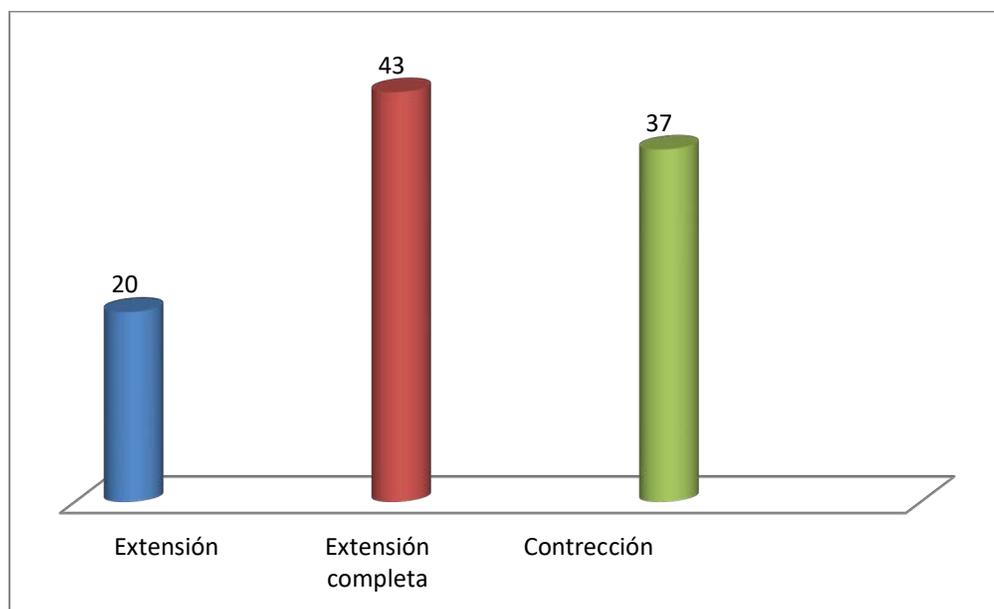
Cuadro 7. Ciclo vital familiar en las adolescentes embarazadas en las que existía disfunción de las que acudieron a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - mayo, 2021.

Ciclo vital familiar	Frecuencia	%
Extensión	20	20.0
Extensión completa	43	43.0
Contracción	37	37.0
Total	100	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se encontró que el 43.0 por ciento de las adolescentes embarazadas encuestadas presentaron un ciclo vital familiar de extensión completa.

Gráfico 7. Ciclo vital familiar en las adolescentes embarazadas en las que existía disfunción de las que acudieron a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - mayo, 2021.



Fuente: Cuadro 7

VIII. DISCUSIÓN

Luego de recolectado los datos, estos fueron procesados y presentados en cuadro y gráficos a fin de realizar el análisis e interpretación respectivo de acuerdo al marco teórico. Así tenemos que de las 100 adolescentes embarazadas, el 54.0 por ciento se encuentran entre los 17 a 19 años de edad, en el 57.0 por ciento viven en unión libre y en un 22.0 por ciento tienen más de 2 embarazos. Hallazgo no coincidente con Castro en su estudio sobre la determinación de la relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Jerónimo Montería, Argentina 2017, quien encontró que el 60.0 por ciento tenía un promedio de 15 años y viven en unión libre para un 50.0 por ciento, así como con Cayotopa en su estudio acerca del grado de funcionalidad familiar en adolescentes gestantes del Hospital Provincial Docente Belén, Perú, quien observó que el 39.0 por ciento de las adolescentes tenían entre 12-13 años.

La etapa de adolescencia tardía comprende entre los 17 a 19 años de edad, en el cual el foco del desarrollo es la consolidación de la identidad y de las relaciones interpersonales, por lo que el embarazo puede ser visto como una forma de consolidar la intimidad y comprometer al varón como un futuro compañero. Además, se destaca el egocentrismo que surge como característica cognitiva propia de la adolescencia en la cual las jóvenes son incapaces de ver las cosas desde el punto de vista de otro, es un entendimiento centrado en sí mismo, realizan evaluaciones erradas respecto al riesgo de embarazo que existe en la mantención de relaciones sexuales, justificado por el sentimiento de invulnerabilidad que les otorga una autopercepción de omnipotencia sobre las consecuencias de sus actos.

Cuando existe un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

Además, es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras aspiraciones de lograr buenos

empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. 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.

Es importante considerar el antecedente de embarazo adolescente en la madre, padre y otras figuras significativas dentro del grupo familiar. Se habla así de una transmisión transgeneracional del embarazo, que viene de preferencia a través de la familia de la madre. En esta repetición se pone en evidencia una compleja interacción entre formas de identificación de modelos y reglas de funcionamiento familiar.

El incremento de la proporción de adolescentes con inicio sexual precoz hace que cada vez sea mayor el número de adolescentes que están expuestas a riesgos de embarazos no deseados y a las consecuencias sociales que esto conlleva. Además, el grupo de pares también ejercen una gran presión, ya que presenta una importante influencia para los adolescentes. Ellos afirman que su principal fuente de información son los amigos, los cuales los guían en pautas de comportamiento sexual.

Por lo expuesto, se puede deducir que la mayoría de las adolescentes embarazadas se encuentran en la etapa de adolescencia tardía, con estudios secundarios incompletos, que inició las relaciones sexuales por decisión propia, presentando un antecedente de embarazo adolescente en la madre y que vivían con ambos padres y hermanos antes de embarazarse, en que el embarazo, a pesar de ser un proceso que irrumpe el desarrollo natural de la etapa, sería un mediatizador afectivo, en el cual el amor romántico surge como eje central al momento de comprender que las jóvenes justifican su embarazo por el amor a su pareja.

En este contexto la relación se idealiza, la adolescente se entrega por completo y la eventualidad de un posible embarazo se proyecta en forma positiva. De esta forma, se valida entre otras cosas, el aceptar la presión que ejerce el hombre para la actividad sexual, aceptación que les permite asegurar la proyección de su relación afectiva.

En cuanto al funcionamiento familiar de las adolescentes embarazadas se evidenció que el 84.0 por ciento procedían de familia disfuncional. Medina en su estudio sobre la funcionalidad familiar en gestantes adolescentes de la comunidad. Boqueron K`ASA. Bolivia 2018, concluyó que la mayoría de adolescentes embarazadas tenía una disfuncionalidad leve familiar. Soto, et al, en su estudio acerca de la calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México” México 2015, encontró que el 49.2 por ciento tenía una familia funcional. Marchán, et al, en su investigación acerca de la funcionalidad familiar y depresión en gestantes adolescentes atendidas en el puesto de salud Gerardo Gonzales Villegas, Tumbes 2018, observaron que el 69.2 por ciento de las gestantes adolescentes tienen una familia disfuncional,

Señala Munarriz en el 2017 y Palomino en el 2015, que las familias funcionales son aquellas que no sólo son 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. 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.

IX. CONCLUSIONES

1. De las 100 adolescentes embarazadas encuestadas, en el 84.0 por ciento de los hogares existía disfunción familiar.
2. El 54.0 por ciento de las adolescentes embarazadas encuestadas se encontraban entre 17-19 años de edad.
3. Un 57.0 por ciento de las adolescentes embarazadas encuestadas vivían en unión libre.
4. Un 77.0 por ciento de las adolescentes embarazadas encuestadas tenían un nivel medio de escolaridad
5. El 17 por ciento de las adolescentes embarazadas encuestadas tenían 2 embarazos.
6. Un 39.0 por ciento de las adolescentes embarazadas encuestadas presentaron un test de APGAR con disfunción leve.
7. El 43.0 por ciento de las adolescentes embarazadas encuestadas presentaron un ciclo vital familiar de extensión completa.

X. RECOMENDACIONES

1. Diseñar e implementar programas que puedan ser aplicados en las comunidades dirigidos al fortalecimiento de la familia como factor protector de la salud del adolescente, contribuyendo así a la reducción del embarazo en la adolescencia.
2. Realizar estudios de tipo cualitativo en las diferentes provincias del país, para profundizar en el tema y conocer diversas realidades.
3. Implementar talleres de sesiones demostrativas con las madres y familiares de las adolescentes
4. Promover la participación y seguimiento de las adolescentes embarazadas que acuden al centro de salud a charlas educativas.
5. Aplicar el cuestionario APGAR Familiar a todas las adolescentes en la primera consulta, con el objetivo de identificar adolescentes en riesgo y así ofrecerles previo asesoramiento y de esta manera intervenir oportunamente.
6. Educar las adolescentes y los adolescentes en todos los niveles educativos, para disminuir los embarazos a edades en las cuales no están preparadas ni física, ni mentalmente, ni económicamente.

VII. Referencias.

- 1- Romer D, Stanton B, Galbraith J, Feigelman S, Black MM, Li X. Parental influence on adolescent sexual behavior in high-poverty setting. Arch Pediatr Adolesc Med. [Internet].1999; [Consultado 20 febrero 2020] 1999; 153(10):1055-1062. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/347936>
- 2- Adolfo Rubinstein, Sergio Terrasa. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da. ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007.
- 3- Calzada R, Altamirano N, Ruiz ML. La adolescencia. Acta Pediatr Mex. 2001; 22:288-91.
- 4- Dr. Washington Omar Guevara Pérez, Prevalencia de Embarazo en Adolescentes y Factores Psicosociales Asociados, en Colegios de Cuenca-Ecuador 2012. Informe sobre el Desarrollo Humano: Desarrollo Humano Para Todas Las Personas (PNUD, 2016).
- 5- McArdle P, Wiergersma A, Gilvarry E, Kolte B, McCarthy S, Fitzgerald M, et al. European adolescent substance use: the roles of family structure, function and gender. Addiction. 2002; 97: 329-36.
- 6- Engels RCME, Vermulst AD, Dubas JS, Bot SM. Long-term effects of family functioning and child characteristics on problem drinking in young adulthood. Eur Addiction Res. 2005; b 11:32-7.
- 7- Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its uses by physicians. J Fam Pract. 1978; 6:12-31.

- 8- Dr. Miguel A. Suarez Cuba, Dra. Matilde Alcalá Espinoza. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. Rev. Méd. La Paz. [Internet]. 2014 [Consultado 20 febrero 2020] Vol. 20 no. 1. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
- 9- Castro Fernández, E, López López, L Relación entre el funcionamiento familiar y embarazo en las adolescentes usuarias del Hospital San Jerónimo de Montería, 2017. [Internet]. Montevideo, Uruguay: Universidad de la Republica; 2018-07-25. [Consultado 5 junio 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/943>
- 10- Cayotopa Cerquera, Sofía del Carmen, Grado De Funcionalidad Familiar en Adolescentes Gestantes del Hospital Provincial Docente Belén, Lambayeque 2017. [Internet]. Pimentel – Perú: Universidad Señor de Sipán; [Consultado 5 junio 2021]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6024>
- 11- Medina L. Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes de la comunidad. Boqueron K`ASA. 2018. [Internet]. Bolivia: Universidad Mayor de San Simón. 2018-05-25. [Consultado 5 junio 2021]. Disponible en: <http://ddigital.umss.edu.bo:8080/jspui/handle/123456789/10828>
- 12- Fernando Soto-Acevedo, Iván Alberto León-Corrales, Oscar Castañeda-Sánchez, Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México. Aten. Fam. [Internet]. 2015; [Consultado 28 febrero 2020] 22 (3) :64-67. Disponible en: [file:///C:/Users/John/AppData/Local/Temp/Temp1_ScienceDirect_articles_17Mar2020_20-36-07.769%20\(1\).zip/Calidad-de-vida-y-funcionalidad-familiar-en-adolescentes-embara_2015_Atenci-.pdf](file:///C:/Users/John/AppData/Local/Temp/Temp1_ScienceDirect_articles_17Mar2020_20-36-07.769%20(1).zip/Calidad-de-vida-y-funcionalidad-familiar-en-adolescentes-embara_2015_Atenci-.pdf)

- 13- Marchán L, Noriega E. Funcionalidad Familiar Y Depresión En Gestantes Adolescentes Atendidas En El Puesto De Salud Gerardo Gonzales Villegas – Tumbes 2018. Tumbes 2018:1-6.
- 14- Mellado M, Ninacivincha S. Funcionamiento familiar en adolescentes embarazadas; Hospital Goyeneche, servicio de Gineco-Obstetricia. 2016. [Internet]. Arequipa, Peru. 15-18. [Consultado 5 junio 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/1801>
- 15-Chávez M. Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016, Lima, Perú, 2016:21-24.
- 16- Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR, 2018) <file:///D:/Downloads/Fasciculo%20salud%20sexual%20y%20reproductiva%20adolecentes-ENHOGAR%202018%20web.pdf>
- 17- Maddaleno M. Enfoque familiar y los problemas de salud del adolescente. En: Florenzano R, Horwitz N, Rigeling Y, Venturini G et al, editores. Salud Familiar. 1ª. edición. Division Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago; 1986: 125-141.
- 18- Rodriguez E, Gea A, Gomez M, Garcia J. APGAR questionnaire in the study of family function Ate Primaria 1996; 17(5): 338-341.
- 19- Boyle M, Pickles A. Maternal depressive symptoms and ratings of emotional disorder symptoms in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry 1997; 38(8): 981-992.
- 20- Rolland SJ. Familias, Enfermedad y Discapacidad. 1ª ed. Barcelona: Gedisa; 2000.

- 21- Rodríguez-Rodríguez P. El Apoyo Informal y su complementariedad con los recursos. En: Puyol R, Abellán GA. Una Mirada al Panorama Futuro de la población española. Madrid: Mundial Assistance; 2006.
- 22- Díaz VP. Evaluación del apoyo social. En: Fernández-Ballesteros. El ambiente, análisis psicológico. Madrid: Pirámide; 1987.
- 23- Pino G, Poupin L. Valoración familiar. En: Fernández P, Caballero E, Lira MT. Problemas de salud infantil: intervención de enfermería: Ediciones Universidad Católica; 1999.
- 24- Pérez Testor C. La familia: Nuevas aportaciones. Barcelona: Edebé; 2002.
- 25- Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. Barcelona, Gedisa; 1982.
- 26- Walsh F. Conceptualization of normal family processes. En: Walsh F. Normal Family brocesses. 2 ed. Nueva York: Guilford; 1993.
- 27- Friedemann M. The Framework of Systemic Organization. A Conceptual Approach to Families and Nursing. 3-31. Sage Publications. 1995.
- 28- López J, Atri R, Brizuela V, Calderón A, Cruz I, Espinosa M et al., Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja, Editorial Pax México, Cap. 1, 1ª Edición, México, 2006.
- 29- Calero J. Adolescencia y Salud Reproductiva. Sexología Sociedad. 2017; 2(8):6-8.
- 30- Marte P. Perfil socio-demográfico del embarazo y la maternidad adolescente. Análisis del período 1986-2014. 1a ed. Perú: Aires de Crear S.A.C, 2018:53-58.

- 31-Cynthia Elena, Ciclo Vital de la Familia. [Internet]. MEDICOSFAMILIARES.COM, Creative Commons. [Consultado 21 marzo 2020] Disponible en: <http://www.medicosfamiliares.com/familia/ciclo-vital-de-la-familia.html>
- 32- Gómez Suárez RT, Gran Álvarez MA, Romero Monteagudo E. Adolescencia, sexualidad y cambio de comportamientos. Carta al editor. Medicentro, 2016; 17 (2):8-15.
- 33- Carbajal L. Perfil socio-demográfico de embarazo adolescente en gineco-obstetricia del Hospital Nacional Sergio Bernales durante el año 2017. Perú, 2018:23-25.
- 34- Olivera Carmenates C, Bestard Aranda A, Fell Guerra L, Brizuela Pérez S, Bujardón Mendoza A. Estrategia educativa sobre sexualidad sana en adolescentes. Rev Hum Med. 2014; 14(3):629-45.
- 35- De La Rosa, O, Guzmán, L, Martínez, M y Reyes P. Analizar el perfil socio-demográfico de las adolescentes embarazadas asistidas en una unidad de atención integral de un hospital de Santo Domingo, República Dominicana, durante el período febrero-abril de 2017. Santo Domingo, 2017: 15-18.
- 36-Barrozo Mariela, Pressiani Graciela, Embarazo Adolescente Entre 12 y 19 Años San Martín, Mendoza, Octubre 2011. (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Nacional De Cuyo, Facultad De Ciencias Médicas, Sede San Martín.
- 37- Peláez MJ. Adolescencia y juventud. Desafíos actuales. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2003.p.125-36.

- 38- Castilla H, Caycho T, Shimabukuro M, Valdivia A. Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones*, 2014. 2(1), 49-78
- 39- Dr. Miguel A. Suarez Cuba*, Dra. Matilde Alcalá Espinoza, Apgar Familiar: Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2014; [Consultado 25 marzo 2020] v.20 n.1. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwichra_kr7oAhXkQd8KHXQgBBUQFjAAegQIARAB&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.bo%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1726-89582014000100010&usg=AOvVaw3CD-OOdJUSv2FTLeOmMNAp

VIII. Anexos.

VIII.1. Cronograma.

Actividades	2020				2021										
	Agosto		Septiembre		Marzo		Abril		Mayo		Junio				
	Semana		Semana		Semana		Semana		Semana		Semana				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Delimitación del objeto de estudio			X												
Diseño de anteproyecto					XX										
Entrega de anteproyecto					X										
Recolección de la información								XXXX	XXXX	XXXX					
Procesamiento y análisis de la información															XX
Transcripción y encuadernación															X
Examen de tesis															

VIII.2. Consentimiento Informado.

Yo _____ he recibido información verbal comprensible y clara acerca de la participación voluntaria en la investigación relacionada con el Grado de funcionabilidad familiar en adolescentes embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia entre marzo - mayo, 2021. Llevada a cabo por Carina Beatriz Espinosa Sánchez, para el desarrollo de este estudio se requiere completar la encuesta que contiene aspectos relacionados con la caracterización sociodemográfico de la familia. He obtenido información acerca del objetivo de la investigación relacionada con la caracterización de la funcionalidad familiar de las familias con adolescentes gestantes lo cual no representa ningún riesgo para mi integridad ni el de mi familia y sé que me garantiza que la información consignada será de uso exclusivamente académico y confidencial. Información que ha sido clara y comprendo perfectamente, se me informó que los resultados en este estudio servirán de base para fortalecer y desarrollar proyectos, programas, estrategias que contribuyan al mejoramiento de la funcionalidad familiar y a su vez de la salud de familias con adolescentes gestantes. En constancia firma:

VIII.3. Instrumento de Recolección de Datos.

Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, Hosp. Luis E. Aybar.
Grado de Funcionalidad Familiar en Adolescentes Embarazadas que Acuden a la
Consulta de Obstetricia del Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra
Señora dela Altagracia, marzo - mayo, 2021.

Ficha de Identificación

Edad _____ **Nivel de escolaridad** _____ **Estado civil** _____
Número de embarazos _____ **Ciclo vital familiar** _____
Ocupación _____

Test de APGAR Familiar.

1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?

Nunca Casi nunca Algunas veces
Casi siempre Siempre

2. Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas?

Nunca Casi nunca Algunas veces
Casi siempre Siempre

3. ¿Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades o cambios en mi estilo de vida?

Nunca Casi nunca Algunas veces
Casi siempre Siempre

4. ¿Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor?

Nunca Casi nunca Algunas veces
Casi siempre Siempre

5. ¿Me satisface como compartimos en mi familia: 1. El tiempo para estar juntos, 2. Los espacios en la casa, 3. El dinero?

Nunca Casi nunca Algunas veces
Casi siempre Siempre

6. ¿Usted tiene un amigo (a) cercano (a) a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?

Nunca Casi nunca Algunas veces
Casi siempre Siempre

7. ¿Estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)?

Nunca Casi nunca Algunas veces
Casi siempre Siempre.

VIII.4. Costos y Recursos.

VIII.4.1. Humanos			
Una sustentante Dos asesoras			
VIII.4.2. Equipos y Materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 ½ x 11)	2 resma	250.00	500.00
Paper Graphics-gray 28 (8 ½ x 11)	1 resma	350.00	350.00
Lápices	4 unidades	5.00	20.00
Borras	2 unidades	15.00	30.00
Bolígrafos	2 unidades	10.00	20.00
Sacapuntas	2 unidades	10.00	20.00
Impresora	1 unidad		20.00
Proyector	1 unidad		
Computador	1 unidad		
Cartucho HP			
Calculadoras			
VIII.4.3. Información			
Libros adquiridos			
Revista			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencia)			
VIII.4.4. Económicos			
Papelería (copias)	1200 (copias)	2.00	2,400.00
Encuadernación	8 informes	200.00	1,600.00
Pago de tesis	4	5000.00	20,000.00
Sub total			24,960.00
Inprevistos (10%)			2,496.00
Total			27,456.00.

Evaluación:

Sustentante