



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Tesis de Grado

Previo a la obtención del Título de Psicólogo Mención Clínica.

TEMA:

**RELACIONES FAMILIARES DEFICIENTES Y ANSIEDAD PREPARTO
EN JOVENES EMBARAZADAS, MATERNIDAD DANIEL ACOSTA
ROSALES, MANTA, 2012.**

Autores:

Luis Emilio Moreira Romero

C.I. 131146660-9

Nury Pricila Cantos Molina

C.I. 131026247-0

Directora de Tesis:

Ps. Clínica Katty Villavicencio Navia

MANTA

MANABÍ

ECUADOR

2013

CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.

En mi calidad de Director de la Tesis en Educación Superior, nombrado por la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

CERTIFICO:

Que he analizado la tesis presentado por los estudiantes **CANTOS MOLINA NURY PRICILA Y MOREIRA ROMERO LUIS EMILIO** como requisito previo para optar por el grado de Tesis, cuyo problema es:

“RELACIONES FAMILIARES DEFICIENTES Y ANSIEDAD PREPARTO EN JOVENES EMBARAZADAS, MATERNIDAD DANIEL ACOSTA ROSALES, MANTA, 2012”

Considero aprobado en su totalidad.

Firma Director _____

Ps. Clínica Katty Villavicencio Navia

C.C

Manta, Septiembre del 2013



AUTORÍA

Los pensamientos, ideas, opiniones y la información obtenida a través de este trabajo de titulación, son de exclusiva responsabilidad de los autores. Se han reproducido ideas de trabajos autorizados, exclusivamente para refrescar la misma investigación, sin fines especulativos.

Para constancia, firma de responsabilidad.

F. _____

NURY CANTOS MOLINA
C.I. 131026247-0

F. _____

LUIS MOREIRA ROMERO
C.I. 131146660-9

Manta, Septiembre del 2013



APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Sometido a consideración de las Autoridades de la Facultad de Trabajo Social, Escuela de Psicología y Señores Miembros del Tribunal de Sustentación de la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”, como requisito a la obtención del Título de Psicóloga Clínica.:

APROBADO

DECANA DE LA FACULTAD

DIRECTOR DE LA ESCUELA

DIRECTORA DE TESIS

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA DE LA ESCUELA



DEDICATORIA

"La soledad es necesaria para gozar de nuestro propio corazón y para amar, pero para triunfar en la vida es preciso dar algo de nuestra vida al mayor número de gentes."

Stendhal (Beyle, Henri).

Dedicamos este trabajo con mucho esfuerzo y cariño primero que todo a Dios, como fuente de fortaleza espiritual.

A nuestros progenitores por su inmensa contribución a nuestro desarrollo, al reconocer que, en cada uno sus sacrificios continuamente tienen el pensamiento en sus hijos, por ser ese soporte emocional sobre el cual nos supimos erigir.

A nuestros docentes, quienes supieron brindarnos lo mejor de sus conocimientos para avanzar en esta ardua tarea de seguir cultivándonos como mejores seres humanos.

A nuestros familiares más cercanos, que siempre permanecen pendientes de cada uno de nuestros logros personales; hermanos, abuelos, tíos, primos y sobrinos; a todas aquellas personas que nos aportaron con sus palabras de aliento y motivación para realizar este proyecto.

De similar manera a todas y cada una de las personas que han intervenido en para llevar a cabo este labor investigativa; a la comunidad, y a los pacientes, pues a ellos nos deberemos siempre.



AGRADECIMIENTO

“Las palabras nunca alcanzan cuando lo que hay que decir desborda el alma”

Julio Cortázar.

Es nuestro más profundo deseo agradecerlos primero que todo a nosotros mismos, por el empeño que cada uno coloco en esta labor; a Dios quien nos brindo luces de fortaleza para continuar cuando las cosas se tornaban confusas.

Los más sinceros agradecimientos a nuestros padres; Gracias por haber fomentado el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

Nuestra gratitud, para todas las autoridades, docentes y demás personal de la Facultad de Trabajo Social, Escuela de Psicología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, por la oportunidad de crecer profesionalmente y por las enseñanzas impartidas en las aulas que nos formaron en este continuo camino hacia la profesionalización.

Agradecemos de manera muy especial a nuestra Directora de tesis, Psi. Cl. Katty Villavicencio Navia, quien nos ha orientado en todo momento y sus aportaciones contribuyeron de manera positiva en nosotros; de forma similar a la Dra. Vita Franco García, qué, en su desempeño como Directora del Centro de Salud 24 Horas Diarias Cuba Libre, nos brindo toda la apertura necesaria en nuestras pasantías, seminternado e investigación. A todas y cada una de las personas que nos acompañaron en este largo, y hermoso caminar. ¡MUCHAS GRACIAS!



INDICE.

CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.....	ii
AUTORÍA	iii
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
INTRODUCCIÒN.....	1
CAPÍTULO I EL PROBLEMA.....	3
1.- TEMA:.....	3
1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2.2.- PREGUNTAS DIRECTRICES.....	7
1.2.3.- FORMULACIÒN DEL PROBLEMA.....	8
1.2.4.- DELIMITACIÒN.....	8
1.3.- OBJETIVOS.....	9
1.3.1.- OBJETIVO GENERAL.....	9
1.3.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
1.4.- JUSTIFICACIÒN.....	9
2.- MARCO TEÒRICO.....	11
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÒN.....	11
Definición De Familia.....	13
Función De La Familia.....	15
Tipos De Familia.....	17
Modos De Ser Familia (Personalidad De La Familia).	19
Las Familias Disfuncionales.	20
Definición De Familia Disfuncional.	21
Adolescencia.....	28
¿Qué es la adolescencia?.....	28
El adolescente y la familia.....	29



El Embarazo Adolescente.....	30
Ansiedad.....	31
¿Qué es la Ansiedad?	31
Ansiedad Normal.....	32
Ansiedad Patológica.....	32
El embarazo y ansiedad.....	34
Ansiedades Maternas.....	35
FUNDAMENTACION LEGAL	37
LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA.....	37
2.5.- Hipótesis.....	38
2.6.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES.....	38
2.6.1.- Variable Independiente	38
2.6.2.-VariableDependiente	38
CAPITULO III.....	39
MARCO METOLOGICO.....	39
3.- METODOLOGIA	39
3.1.-DISEÑO METODOLÓGICO.....	39
3.2.- TIPO O NIVEL DE INVESTIGACION.....	39
3.3 METODOS Y TÉCNICAS.....	40
3.3.1.- METODOS.....	40
3.3.2.- TÉCNICAS.....	41
3.3.3.- INSTRUMENTOS.-	41
3.4.- POBLACION MUESTRA Y TAMAÑO.....	42
3.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	42
3.6.- RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION.....	44
3.7.-PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	44
CAPITULO IV.....	45



4. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	45
4.1.1 ANALISIS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LAS JOVENES EMBARAZADAS DE LA MATERNIDAD “DANIEL ACOSTA ROSALES” (CENTRO DE SALUD CUBA 24HD)	45
CAPITULO V	69
5.1.- COMPROBACION DE HIPOTESIS	69
CAPITULO VI.	71
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	71
CAPITULO VII	73
7.- PROPUESTA. Prevención e Intervención en Salud Mental	73
7.1.6.- INTRODUCCIÓN DE LA PROPUESTA.....	74
7.2.- ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	74
7.3.- OBJETIVOS	75
7.4.- JUSTIFICACION	76
7.5.- FUNDAMENTACION	77
7.6.- METODOLOGIA. PLAN DE ACCION.....	78
METODOLOGIA.....	78
TIPO O NIVEL DE INVESTIGACION.....	78
METODOS Y TÉCNICAS.	78
METODOS.	78
TÉCNICAS.	79
INSTRUMENTOS.-	79
7.7.- ADMINISTRACIÓN	81
7.8.- PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	82
CAPITULO VIII	83
8.1.- BIBLIOGRAFIA.....	83
8.2- ANEXOS.....	85



INTRODUCCIÓN

Las relaciones cercanas y afectuosas son una de las necesidades fundamentales de los seres humanos, nuestra capacidad de expresar lo que pensamos y sentimos y la seguridad en nosotros mismos depende mucho de la forma como nos relacionamos con las otras personas.

Construir una relación duradera y buena se ha convertido en uno de los mayores problemas de nuestro tiempo. Las familias del pasado solían ser bastante grandes, generalmente estas familias estaban formadas por los abuelos, algunos tíos y tías, la madre, el padre y muchos hijos, a veces hasta quince y más; la mayor parte del tiempo estas familias se apoyaban y ayudaban mucho entre ellas además compartían los trabajos tanto de la casa como del campo.

Las familias modernas casi no cuentan con la ayuda de otros familiares, ni con la de sus vecinos. Generalmente tienen que enfrentar solas los problemas que se les van presentando; por eso, la vida se les hace mucho más difícil y a veces se sienten más solas.

El cansancio, el exceso de trabajo, la baja autoestima, la falta de afecto, los problemas económicos, entre otros, dan como resultado los pleitos y las malas relaciones familiares.

Las relaciones entre sus distintos miembros, llegan en ocasiones a construir un problema serio y preocupante, cuando no se logra establecer los vínculos afectivos que se desean con los demás. El convivir en armonía se ha



constituido en todo un arte, que muchos no cultivan, en ocasiones por no considerarlo importante; si al fin de cuentas a la familia hay que soportarla y punto; y otras veces no se está dispuesto a destinarle el esfuerzo e interés que demanda una tarea así, cuyos resultados quizá no son apreciables ni cuantificables pero que indudablemente van a enriquecer profundamente nuestra vida personal y emocional.

Ahora, en el orden de la adolescencia, ser joven y estar embarazada crea ya en sí signos de ansiedad, más aun cuando se vive dentro de una familia desorganizada, disfuncional o deficiente, donde no se cumplen los roles familiares como tales. El pertenecer a una familia por un largo tiempo, además del grado de intimidad diaria de la que disfrutamos con ella parecería ser garantía de relaciones armoniosas y estables entre todos sus miembros. Pero la realidad es otra.

La ansiedad en la actualidad es uno de los más comunes y serios problemas de salud mental que enfrenta la sociedad hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven en este medio de ansiedad.

En el Ecuador en los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria y dentro del marco del buen vivir; detalla la atención y prevención en salud mental, se hace imprescindible atender a un grupo de riesgo como son las jóvenes embarazadas entendiéndose que la ansiedad en el embarazo podría desencadenar problemas preparto es prioritario que se investigue si los conflictos familiares son causas de ansiedad antes del parto.



CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1.- TEMA:

“Relaciones Familiares Deficientes y Ansiedad Preparto en Jóvenes Embarazadas, Maternidad Daniel Acosta Rosales, Manta, 2012.”



1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1.- CONTEXTUALIZACIÓN

La sociedad de hoy poco a poco ha desencadenado la creación de familias disfuncionales, donde prevalece la falta de comunicación y falta la debida atención a los miembros; el reconocimiento de estos conflictos se presenta como un reto principal para los psicólogos ya que desde la familia se preceden los diferentes tipos de conductas que presentan las personas, pues es el primer contacto en sociedad, así sucede con las jóvenes quienes al ir avanzando en sus etapas de vida van presentando también los cambios físicos, emocionales y conductuales propios y normales para su edad, que hacen que estos conflictos afecten con mayor intensidad su estado emocional, lo cual podría ser causa para buscar afecto fuera de la familia.

Cuando se presenta una situación como el embarazo en una joven, genera distintas emociones, así los conflictos de estas pueden desencadenar en un aumento de ansiedad preparto, que se podría mostrar como una patología frecuente en las jóvenes que acuden a los centros de salud pública

La ansiedad preparto y los cambios de humor en el embarazo pueden deberse al miedo a afrontar el embarazo y el sentimiento de desorientación ante el nuevo papel de madre.

Entonces es importante demostrar si las relaciones familiares deficientes en las jóvenes embarazadas desencadenarían en una de la ansiedad preparto.

1.2.1.1.- Macrocontexto

La familia a nivel mundial constituye el principal núcleo de la sociedad; la deficiente relación entre los integrantes de la misma conlleva a conflictos emocionales y conductuales en sus miembros, por tal motivo en muchos países tienen como principal prioridad establecer leyes para disminuir las causas de violencia intrafamiliar lo cual podría ser la principal causa para abando del hogar en jóvenes.



La mayoría de los países de Suramérica están aplicando programas de prevención del embarazo en adolescente lo cual es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las jóvenes a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas.

De cada 10 consultas psicológicas, hasta 6 tienen su origen en la ansiedad, a nivel mundial, se estima que el 20% de la población la padece. El problema que observan los expertos es que usualmente no se diagnostica y por ende no se trata. En las jóvenes embarazadas el problema de adaptación psicosocial tiene que ver con las asociaciones entre la relación con la madre, aceptación del embarazo y la preocupación por el bienestar de ella y su bebé. Esto apoya el argumento de Lederman (1996), al decir que las jóvenes cuando tienen una relación deficiente con su madre, afectará como se percibe ella como madre, lo que al sentirse insegura incrementará su preocupación sobre el bienestar de ellas y su bebé, por lo que aumentará su ansiedad.

1.2.1.2.- Mesocontexto.

La actual constitución del Ecuador en su artículo 37, indica que, “El Estado reconocerá y protegerá a la familia como célula fundamental de la sociedad y garantizará las condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Esta se constituirá por vínculos jurídicos o de hecho y se basará en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes”. Por lo que el gobierno inserta programas para mejorar el núcleo familiar y erradicar la violencia intrafamiliar, que es causada a la vez por una deficiente relación en el hogar.

Ecuador posee la tendencia a la fecundidad más alta en la región subandina, pues dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez. De estas, el 45% no estudia, ni trabaja. La Encuesta Demográfica y de Salud Materno-Infantil sostiene que en el país, dos de cada 10 adolescentes que tienen relaciones sexuales iniciaron sus experiencias entre los 12 y 14 años. Ante esta realidad, las autoridades de Salud



intensifican las campañas de prevención de embarazos prematuros, ya que estas están ligadas a una deficiente comunicación familiar.

Por carecer de estudios estadísticos es difícil tener un número exacto en la incidencia de la ansiedad preparto en jóvenes embarazadas con una deficiente relación familiar a nivel nacional,

1.2.1.3.- Microcontexto

En la ciudad de Manta existe un aumento en la incidencia de jóvenes embarazadas, según datos estadísticos del Distrito de Salud N.2 la incidencia de embarazos precoz es del 36% en adolescentes cuyas edades comprende entre 10 a 19 años de edad. En la parroquia Eloy Alfaro los números son similares, durante el año 2012 acudieron a consultas a la maternidad Dr. Daniel Acosta 645 embarazadas en atenciones por primera vez, de estas 225 son jóvenes, lo que equivale a 39%. De esta población en estudio nuestro trabajo investigativo consiste en determinar el porcentaje de jóvenes con relaciones familiares deficiente y como esta influyen en aumentar la ansiedad preparto.

1.2.1.4.- Análisis crítico

La problemática de relaciones familiares deficientes son un problema social a nivel mundial en escalas que impresionan. Antes existían familias más numerosas con mayor comunicación; ahora con la modernidad el número de integrantes en la familia se ha reducido así como su comunicación, las malas relaciones familiares proliferan en cualquier contexto, desde países industrializados hasta países en vías de desarrollo, y nadie está exento de sufrir de esta problemática social; En Latinoamérica existen graves conflictos a nivel social y por ende familiar, sin omitir al Ecuador, donde la existencia de maltrato intrafamiliar, la falta de afecto, comunicación, el incumplimiento de roles individuales en el núcleo familia, etc, son algunos de tantos; así las malas relaciones familiares desembocan en inseguridades y muchos factores más.



En Manabí las creencias culturales conjugan otro papel importante, pues los padres creen poseer el derecho para ser mal tratantes, y fundan en sus hijos muchas dificultades afectivas; Particularmente en la parroquia Eloy Alfaro del cantón Manta se realizara la investigación en las jóvenes embarazadas de la maternidad Daniel Acosta Rosales (Centro de Salud Cuba Libre 24HD), para determinar si las relaciones familiares deficientes llegan a provocar ansiedad preparto en las jóvenes; asumiendo que se trata de un problema social y de salud mental.

1.2.2.- PREGUNTAS DIRECTRICES

1. ¿Qué tipo de situaciones conflictivas se evidencia dentro de las familias disfuncionales?
2. ¿La deficiente relación familiar conlleva a un abandono del hogar y/o embarazo en las jóvenes?
3. ¿Con qué frecuencia los padres dejan de brindar apoyo a las jóvenes embarazadas?
4. ¿Cuáles son los principales factores que afectan psicológicamente a jóvenes embarazadas?
5. ¿Las relaciones familiares conflictivas promueven reacciones psicósomáticas en los miembros que la padecen?
6. ¿El conflicto familiar en la joven embarazada aumenta sus niveles de ansiedad?
7. ¿Qué síntomas de ansiedad presentan las adolescentes embarazadas?
8. ¿Cómo incide la ansiedad en la preparación del parto?
9. ¿Cuál es el impacto inicial del embarazo en la situación familiar de la adolescente?



1.2.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia de ansiedad preparto en jóvenes embarazada con deficiente relaciones familiares en la maternidad Dr. Daniel Acosta Rosales, Manta 2012?

1.2.4.- DELIMITACIÓN

1.2.4.1.- Delimitación del contenido.

- **CAMPO:** Psico-social.
- **ÀREA:** Psicología Clínica.
- **ASPECTO:** Programa relación con la Salud Mental / Salud Mental en los sectores: familiar, social.
- **TEMA:** Relaciones familiares deficientes y ansiedad preparto en jóvenes embarazadas de la maternidad Daniel Acosta Rosales (Centro de salud cuba libre 24HD).
- **PROBLEMA:** El alto índice de relaciones familiares deficientes como un problema de salud social, podría generar aumento de ansiedad preparto en las jóvenes embarazadas

1.2.4.2.- Delimitación Espacial: La investigación se llevará a cabo en la maternidad Daniel Acosta Rosales (Centro de salud cuba libre 24HD)

1.2.4.3.- Delimitación Temporal.

Muestra obtenida de octubre a diciembre del 2012.



1.3.- OBJETIVOS

1.3.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar cómo las relaciones familiares disfuncionales inciden en la ansiedad de las adolescentes embarazadas.

1.3.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar los niveles de ansiedad preparto en las jóvenes.
- Conocer que síntomas de la ansiedad son más repetitivos en las adolescentes.
- Describir los motivos que las adolescentes tuvieron para alejarse de su familia de origen y que tipos de problemas presentaban las familias.

1.4.- JUSTIFICACIÓN

Actualmente el Ecuador tiene una de las tasas más altas de embarazo en adolescentes en América Latina. De acuerdo al Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas. El embarazo entre adolescentes es mayor entre estratos socioeconómicos bajos, grupos de menor nivel educativo, y quienes viven en áreas rurales. Se hace imprescindible tratar de apaciguar esta movilización indiscriminada hacia la fecundidad cada vez más precoz en nuestros adolescentes.

Al producirse el embarazo en la adolescencia en un contexto de desaprobación y rechazo, hace que se convierta en una situación difícil y problemática. Para resolverla, los jóvenes realizan un proceso orientado a ajustar la propia identidad. El embarazo se convierte así en un tiempo y en un espacio para recuperar el valor perdido y ganar aceptación social.¹

¹ MARÍN ALVARES JAIME OSWALDO, SALAZAR JARAMILLOJUAN FELIPE, (2005), realizaron un estudio “análisis demográfico y diagnóstico social” con el apoyo del DANE.



Se han estudiado los múltiples factores socioculturales que influyen en el embarazo en adolescentes tales como inicio temprano de relaciones sexuales; pobreza, la interacción familiar limitada o disfuncional, la desestructuración familiar, el nivel educativo bajo, proyecto de vida poco claro o centrado en la maternidad, la falta de educación de la sexualidad, las interacciones sociales deficientes, los factores psicológicos, como las limitadas habilidades para tomar decisiones, el poco acceso a métodos de anticoncepción, entre otros.² Este es un problema de salud pública con prevalencia que oscila entre un 10 y 15% en la literatura mundial, se tratara de evidenciar esta problemática en la Ciudad de Manta en la Parroquia Eloy Alfaro específicamente en la Maternidad Daniel Acosta Rosales (centro de salud cuba libre 24HD) con las jóvenes embarazadas que se encuentran en etapa de parto, siendo un trabajo innovador pues no se tiene registro de investigaciones similares en el pasado, y que posee toda la factibilidad, ya que para llevar a cabo este trabajo investigativo se necesita la contribución principal de la maternidad la misma que se encuentra de acuerdo para que la investigación se realice en sus instalaciones tomando en cuenta que será un trabajo que contribuirá en beneficio de sus miembros, la comunidad, a la universidad y a los investigadores.

² Santelli OPS/OMS 1995; Portillo 1992;



2.- MARCO TEÒRICO

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Sabemos que el embarazo toma de mucha responsabilidad a quienes lo viven toda vez que se trata de traer al mundo un ser sano con todas sus facultades mentales. Para ello se requiere que la futura madre reúna una serie de requisitos para salir embarazada, llevar el embarazo exitosamente durante 9 meses y por último dar a luz.

Entre esos requisitos se requiere que la futura madre sea debidamente madura orgánica como mentalmente; en lo primero que su organismo y sobre todo su útero esté en condiciones óptimas para albergar el feto; y en lo segundo que esté preparada psicológicamente y con conocimientos de cómo alimentarse, tener cuidado en su salud; y sobre todo cómo cuidar y proteger a su futuro hijo.

Alrededor del mundo se han realizado numerosas investigaciones en el campo concerniente al embarazo en adolescentes; así ha llegado a ser determinado como un problema de índole social en el occidente, pero en otras culturas es totalmente natural y hasta se arreglan matrimonios a tempranas edades. En nuestra sociedad el embarazo precoz ha sido considerado como un tema de salud médica y psicológica. Un informe reciente de UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) determinó que la maternidad a una edad temprana constituye una amenaza al desarrollo educativo de la mujer y que, además, los embarazos de adolescentes interrumpidos por medio de abortos no seguros conllevan a complicaciones e incluso a la muerte.

Es así que en los países denominados Tercer mundistas, entre ellos el nuestro, muestra una realidad expresada en altos índices de embarazo en las adolescentes asociados a morbimortalidad por alto riesgo obstétrico con repercusiones sociales muy graves. Es un problema que ya no permanece oculto, y cada vez es más frecuente observar jóvenes embarazadas en colegios o también aquellas que dejan el colegio para tomar cargo de su embarazo, algunas



que siguen viviendo con sus padres y la otra gran mayoría que abandona el hogar para formar un nuevo compromiso.

La OMS estima que el riesgo de morir a consecuencia de problemas relacionados con el embarazo es el doble para las mujeres entre 15 a 19 años, y para las de 10 a 14 años, (adolescencia temprana). Las tasas de mortalidad materna pueden llegar a superar hasta cinco veces la de las mujeres embarazadas que tienen entre 20 a 24 años³.

Estas jóvenes que llegan al embarazo en ocasiones presentan dificultades en su desarrollo, así como relaciones familiares disfuncionales, las que merman su capacidad de discernir entre lo que es recomendable a su edad y lo que no. Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela, la comunidad, educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual que incluyen: embarazo, infecciones de transmisión sexual y efectos psicosociales.

Pero también los conflictos en el hogar son determinantes para estas jóvenes embarazadas como el maltrato, la violencia, la presencia de alcohol y drogas en el hogar, falta de comunicación familiar, falta de afectividad, etc.

A estas complicaciones se adjuntan las consecuencias de estas relaciones familiares deficientes y de entre ellas tomaremos la ansiedad; la ansiedad es un término general que abarca varias formas diferentes de un tipo de enfermedad mental, caracterizada por miedo y ansiedad anormal y patológica⁴. Se trata de una función adaptativa natural en el ser humano pero en ocasiones esta función adaptativa ingresa a términos de la anormalidad es allí cuando hablamos de la experimentación de una patología.

Los estudios llevados a cabo sobre ansiedad en el parto alrededor del mundo son muy variados pero en nuestro medio es bastante reducido, en general, un

³Notas: p. 111-113. Contenido: El embarazo en adolescentes: una aproximación social. Las adolescentes: ellas desde las cifras.

⁴ <http://www.saludalia.com/urgencias/transtorno-de-ansiedad>



embarazo trae consigo una carga de ansiedad y preocupación, pero cuando esas preocupaciones se convierten en cotidianas y merman nuestra capacidad de interactuar con los demás debemos decir q estaríamos afrentándonos a una patología, esta investigación intentara descubrir la existencia de ansiedad preparto en jóvenes embarazadas en la maternidad Daniel Acosta Rosales (Centro de Salud Cuba Libre 24HD) Manta.

Definición De Familia

En el sentido técnico-jurídico, la familia, es el conjunto de personas entre las cuales median relaciones de matrimonio o de parentesco (consanguinidad, afinidad o adopción) a las que la ley atribuye algún efecto jurídico. La familia se considera como la unidad social básica, donde el individuo se forma desde su niñez para que en su edad adulta se conduzca como una persona productiva para la sociedad donde se desarrolla.⁵

Desde la perspectiva que nos ocupa, y aunque se integre en un sistema más amplio, la familia se define como un sistema, es decir: “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”, (Minuchin, 1986, Adolf, 1993; Musitu et al., 1994, Rodrigo y Palacios, 1998). A partir del enfoque sistémico los estudios de familia se basan, no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, como características estables temporal y situacionalmente, sino más bien en el conocimiento de la familia, como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones.

Esta definición de familia supone un gran avance para el estudio de la organización familiar, y de ella extraemos las características del sistema, conjunto, estructura, personas, interacción; y otras atribuibles a los sistemas sociales, abierto, propositivo, complejo; además de las características específicas del

⁵PALACIOS, JESÚS.(2002). Familia y Desarrollo Humano. Madrid: Alianza Editorial, S. A.



sistema familiar, intergeneracional, larga duración, facilitador del desarrollo personal y social de sus miembros.

Son muchas las definiciones que hay de familia pero la mayoría plantea que es la estructura social básica donde padres e hijos/as se relacionan. Esta relación se basa en fuertes lazos afectivos, pudiendo de esta manera sus miembros formar una comunidad de vida y amor. Esta familia es exclusiva, única, implica una permanente entrega entre todos sus miembros sin perder la propia identidad. Entendemos de esta manera que lo que afecta a un miembro afecta directa o indirectamente a toda la familia; por ello entonces que hablamos de sistema familiar, de una comunidad que es organizada, ordenada y jerárquica y muchas veces relacionada con su entorno.⁶

Es una institución que influye con valores y pautas de conducta que son presentados especialmente por los padres, los cuales van conformando un modelo de vida para sus hijos enseñando normas, costumbres, valores que contribuyan en la madurez y autonomía de sus hijos. Influyen de sobremanera en este espacio la religión, las buenas costumbres y la moral en cada uno de los integrantes más pequeños. Por ello, los padres son modelos a seguir en lo que dicen y en lo que hacen. La importancia de valores morales como la verdad, el respeto, la disciplina, la autonomía, etc. hace que los hijos puedan enfrentar el mundo que les rodea de manera madura y protagónica.

La familia está orgánicamente unida a la sociedad, en este sentido, transforma la sociedad, es revolucionaria al provocar cambios sustanciales. En la familia se hacen ciudadanos, y éstos encuentran en ella la primera escuela de las virtudes que engendran la vida y el desarrollo de la sociedad, constituyendo el lugar natural y el instrumento más eficaz de humanización de la sociedad; colabora de manera original y profunda en la construcción del mundo, haciendo una vida propiamente humana, en particular protegiendo y transmitiendo las virtudes y valores.

⁶ARTOLA A. PIEZZI RAMÓN (2000). La familia en la sociedad pluralista. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Espacio.



Está fundada en el amor, y esto es lo que mueve a todos sus miembros a construir día tras día una comunidad siempre renovada, en la cual todos tienen igual dignidad e importancia; el amor hace que la unidad familiar se dé basándose en la entrega de cada uno en favor de los demás. Es por ello que la familia es el lugar por excelencia donde todo ser humano aprende a vivir en comunidad con actitudes de respeto, servicio, fraternidad y afecto.

Función De La Familia.

En cuanto a las funciones de la familia, vemos que, independientemente del tipo de familia que se trate, ésta cumple ciertas características básicas que están relacionadas con lo que la familia hace. De hecho, como institución primordial de la sociedad, la familia desempeña ciertas funciones básicas que le son propias; éstas pueden variar en la forma cómo se expresen en el tiempo, pero en todas las épocas las familias las han ejercido.

En líneas generales, la familia se preocupa de la reproducción y del cuidado físico de sus miembros y está a cargo del bienestar y desarrollo psicológico y social de cada uno de ellos.

Hacerse adulto en familia supone el establecimiento de un compromiso de relaciones íntimas y privilegiadas con, al menos otra persona. En esa relación hay elementos que la diferencian tanto de la dependencia que se tenía cuando se vivía en el hogar de los padres, cuando de la independencia que caracteriza otras formas de agrupamiento.

Cuando se considera a los padres no solo como promotores del desarrollo de sus hijos, sino principalmente como sujetos que están ellos mismos en proceso de desarrollo, se consideran algunas de la familia tales como:

Un escenario donde se construyen personas adultas con una determinada autoestima y determinado sentido de sí mismo, que experimentan un cierto nivel de bienestar psicológico en la vida cotidiana frente a los conflictos y situaciones estresantes.



Es un ambiente de preparación donde se aprende a afrontar retos, así como asumir responsabilidades y compromisos que orientan a los adultos hacia un futuro pleno de realizaciones y proyectos.

Es un contexto de encuentros entre generaciones donde los adultos crean una relación familiar y un puente hacia el pasado con la generación de los abuelos y hacia el futuro con la generación de los hijos.

Es una red de apoyo social para las diversas transiciones que ha de realizar el adulto: búsqueda de pareja, de trabajo, de vivienda, de nuevas relaciones sociales, jubilación, vejez.

La familia es un núcleo que puede dar problemas y conflictos, pero que también constituyen un elemento de apoyo ante dificultades surgidas fuera del ámbito familiar y un punto de encuentro de encuentro para tratar de resolver las tensiones surgidas en el anterior.

Para realizar un análisis de la familia como agente de crianza y socializando de los hijos, es necesario hacer referencia a los que significa ser padre y ser madre que comprende básicamente tres cosas:

En primer lugar, convertirse en padre significa poner en marcha un proyecto vital, educativo, que supone un largo proceso que empieza con la transición a la paternidad y la maternidad; de crianza y socialización de niños pequeños, después con el sostenimiento y apoyo de los hijos durante la adolescencia, luego con la salida de los hijos del hogar, y finalmente un nuevo encuentro a través de sus nietos.

En segundo lugar, convertirse en padre y madre significa un cambio personal y emocional que exige adaptarse a las nuevas capacidades adultas y del esfuerzo puesto al servicio de proyecto educativo recién aludido.

En tercer lugar, ser padre y madre significa llenar de contenido ese proyecto educativo durante todo el proceso de crianza y educativo de los hijos. Esta tarea se hace en relación con una serie de funciones básicas que la familia debe cumplir



frente a la crianza y socialización infantil; funciones que están medidas en las manos de los padres y que son su responsabilidad.

Estas son las funciones básicas de la familia en relación con los hijos, particularmente hasta el momento en que estos están ya en condiciones de un desarrollo plenamente independiente de las influencias familiares directas⁷

Tipos De Familia.⁸

Ofrecer una definición exacta sobre la familia es una tarea compleja debido a enormes variedades que encontramos y al amplio espectro de culturas existentes en el mundo. "La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo de la persona, la cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento". No se desconoce con esto otros tipos de familia que han surgido en estas últimas décadas, las cuales también enfrentan desafíos permanentes en su estructura interna, en la crianza de los hijos/as, en su ejercicio parental o maternal. Por mencionar algunas, la familia de madre soltera, de padres separados las cuales cuentan con una dinámica interna muy peculiar.

Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido cuatro tipos de familias:

a) La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

b) La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

⁷ MARIA JOSE RODRIGO, JESUS PALACIOS "FAMILIA Y DESARROLLO HUMANO" PSICOLOGIA Y EDUCACION Cap. 1.4 pag 34

⁸RIOS JOSE A.(1994) Manual de Orientación y Terapia Familiar. Madrid, España: Instituto Ciencias del Hombre.



c) La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

d) La familia de madre soltera: Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

e) La familia de padres separados: Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as; se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.

Aunque en nuestra sociedad muchas de sus actividades tradicionales hayan pasado parcialmente a otras, todavía quedan sociedades en las que la familia continua ejerciendo las funciones educativas, religiosas protectoras, recreativas y productivas.

No falta quien la acuse de incapacidad para la misión encomendada, de que no cumple con su deber, sea por negligencia deliberada o por torpeza moral, pero, evidentemente, esas recriminaciones son absurdas, porque la familia no es una persona ni una cosa, sino un comunidad. Ahora bien, algo de esto hay de cierto al reconocer que no siempre los adultos, en específico los padres, cuentan con todos los elementos que les permitan educar de manera correcta a sus hijos. No es lejana la realidad de la violencia intrafamiliar, abusos sexuales, abandonos de los hijos, problemas de comunicación y comprensión que llevan a los más débiles de



la familia, los hijos, a ser vulnerables a un sin fin de riesgos como las drogas, la violencia, y otros delitos contra la sociedad.

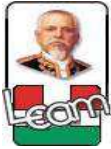
En ocasiones algunos padres transfieren a otras instituciones las tareas familiares, no porque la familia sea incapaz de cumplir con su deber, sino porque las actividades que realizan en la actualidad requieren del apoyo de otras instituciones que les proporcionen un medio eficaz de conseguir los mismos propósitos. Entre las más importantes se señala a la escuela.

Modos De Ser Familia (Personalidad De La Familia).⁹

Como ya se ha analizado, hay diversos tipos de familia y por ello son múltiples las formas en que cada uno de sus miembros se relacionan y viven cotidianamente. Para entender un poco mejor los modos de ser familia a continuación conocerán algunas de sus características más importantes.

- **Familia Rígida:** Dificultad en asumir los cambios de los hijos/as. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. No admiten el crecimiento de sus hijos. Los Hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios.
- **Familia Sobreprotectora:** Preocupación por sobreproteger a los hijos/as. Los padres no permiten el desarrollo y autonomía de los hijos/as. Los hijos/as no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en "infantiloides". Los padres retardan la madurez de sus hijos/as y al mismo tiempo, hacen que estos dependan extremadamente de sus decisiones.
- **La Familia Centrada en los Hijos :** Hay ocasiones en que los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos; así, en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, como si entre ellos fuera el único tema de conversación. Este tipo de

⁹ MINUCHIN S. (1980). Familias y Terapia Familiar, Madrid: Ediciones Gedisa



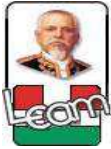
padres busca la compañía de los hijos/as y depende de estos para su satisfacción. En pocas palabras "viven para y por sus hijos".

- **La familia Permisiva:** En este tipo de familia, los padres son incapaces de disciplinar a los hijos/as, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia observamos que los hijos mandan más que los padres. En caso extremo los padres no controlan a sus hijos por temor a que éstos se enojen.
- **La Familia Inestable:** La familia no alcanza a ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, les es difícil mantenerse unidos resultando que, por su inestabilidad, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos-dependientes, incapaces de expresar sus necesidades y por lo tanto frustrados, llenos de culpa y rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan.
- **La Familia Estable:** La familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos/as, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil mantenerse unidos por lo tanto, los hijos/as crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto y cuando adultos son activos y autónomos, capaces de expresar sus necesidades, se sienten felices y con altos grados de madurez e independencia.

Las Familias Disfuncionales.

En todas partes del mundo y en toda clase social podemos encontrar familias disfuncionales.

Aunque la institución de la familia ha sido parte de toda la historia, siempre en donde hay relaciones entre personas, también habrá conflictos. Cuando la familia ha llegado a ser reemplazada por otros modelos de menos fidelidad como base,



por ejemplo vivir como conyugues, seguir siempre las emociones del momento, etc., se pone a prueba el concepto de la familia; y así también llegamos a ver el aumento de casos de familias disfuncionales.

Las familias son sistemas sociales, que tienen reglas, elementos que la componen, roles, necesidades, etc., como ocurre en todo sistema. Las reglas de cada familia nos dan la pauta para saber si es una familia funcional o disfuncional. No existe nada más hermoso que las relaciones, cuando estas se rompen caemos en este término tan usado como es la disfuncionalidad familiar.¹⁰

Definición De Familia Disfuncional.

En realidad es difícil llegar a definir bien la familia disfuncional, al saber que las diferentes ciencias llegarán a definirlo de diferentes formas porque lo ven con diferentes lentes. También se debe considerar la gran diferencia entre las familias disfuncionales. Algunos tienen grandes problemas emocionales, otros drogadicción, otros falta de tiempo, otros falta de empatía, otros sufren de infidelidad, y así se puede entender que son tantos los casos y razones por lo cual un grupo de personas puede ser considerado disfuncional como entidad.¹¹: Al final se ha llegado a ver una definición psicológica que parece interesante; al relacionarse con su membrecía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas.

El patrón que se menciona trata de que uno o varios de los integrantes de la familia tengan conductas desadaptativas e indeterminadas, lo cual significa que su conducta no se adapta a un ambiente de crear buenas relaciones, y que hace daño al grupo familiar y también a los diferentes miembros.

Cuando dice de manera permanente, esto quiere decir que no es una familia disfuncional sólo porque uno ha estado inestable por un pequeño tiempo, por ejemplo en una crisis, pero se trata de cuando es una conducta constante y que a través del tiempo hace más y más daño a la familia al cual pertenece.

¹⁰ Nicolás Omar Díaz, Familia disfuncional, artículo recuperado el 28 de junio del 2011 de <<http://www.tumatrimoniosaludable.org/includes/Familia%20Disfuncional.pdf>>

¹¹ Familia funcional y disfuncional, recuperado 26 de junio del 2011 de <<http://www.e-socrates.org/mod/forum/view.php?id=7162>>



Uno o varios integrantes muestra que la familia disfuncional varía acerca de cuantos de sus miembros son los que causan la disfuncionalidad. Puede ser por ejemplo por una persona adicta, o los dos padres sin empatía, todos los niños como rebeldes, o también todos los integrantes como violentos.

Entonces se puede ver que si esta familia al relacionarse con su membrecía, es decir, que cuando la familia vive junto con estos problemas que puedan tener, se llega a generar un clima propicio, como un clima de disfuncionalidad dentro de la familia.

El resultado de este clima de disfuncionalidad es entonces patologías específicas e inespecíficas, surgen problemas que se pueden identificar pero también problemas que no llegan a la superficie pero que siguen afectando a la familia de forma negativa. Se puede entonces a través de esta definición identificar la familia disfuncional, y a su vez llegar a tomar en cuenta estos diferentes factores que son parte de la familia disfuncional a nivel psicológico. Se debe resaltar que existe una disfuncionalidad familiar desde una perspectiva teológica también. Desde este punto de vista la disfuncionalidad incluye el pecado como factor que tiene la capacidad de destruir las relaciones interpersonales de la familia nuclear. Por ejemplo se podría decir desde este punto de vista que la disfuncionalidad familiar no constituye la violencia familiar sino, es el marco en el cual es cometida la violencia familiar¹²

Cuatro tipos de familias disfuncionales

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

¹²Wieland 2011: 7



Familias disfuncionales de adicciones (adictogénicas)¹³

Existen familias que tienen problemas de adicción. Dentro de este tema se podría ver que es bastante amplio el tipo de adicción. Puede ser la adicción de sustancias químicas legales (alcohol, tabaco, medicamentos, azúcares), adicción de sustancias químicas ilegales (cocaína, marihuana, etc.), y también otros tipos de adicciones más atípicos (fornicación, televisión, internet, comida, etc.). El adicto sería en estos casos el patrón con una conducta constante, pero al mismo tiempo la situación afecta a toda la familia. Se puede ver que la adicción del patrón es algo que se vuelve una adicción a toda la familia, por esta razón en ocasiones para el adicto no es suficiente ir a rehabilitación, porque al regresar a casa la disfuncionalidad de la familia que ya estaba acostumbrada a la adicción, no le permitiría salir de su adicción. Dentro de estas familias adictogénicas es también muy probable que lleguen a ser adictos de alguna forma otros miembros de la familia también. Esto muestra la necesidad de no solo trabajar con el adicto en una familia, sino con toda la familia para poder salir de los círculos viciosos en los cuales viven.

Familias disfuncionales de desórdenes mentales (psicopatogénicas)¹⁴

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

Familias disfuncionales por abuso (psicotigénicas)

¹³ "Familia funcional y disfuncional" Recuperado el 27 de junio del 2011 de <<http://www.e-socrates.org/mod/forum/view.php?id=7162>>

¹⁴ Tipos de familiar disfuncionales, recuperado el 28 de junio del 2011 de <<http://realisticrecovery.wordpress.com/2009/07/23/types-of-dysfunctional-families/>>



En estas familias podemos ver que existe algún tipo de abuso, sea sexual, psicológico o físico.

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

Familias disfuncionales de irrealidad (neurotínicas)

En estas familias hay un comportamiento neurótico de parte de algunos miembros de la familia.

El ser un neurótico se trata, de que uno aunque no niega la realidad, simplemente no quiere saber nada de ella. Dentro de esta neurosis se puede encontrar la histeria, las neurosis de angustia, las neurosis obsesivas, y las fóbicas.

Características de familias disfuncionales

Ahora que se ha visto que las familias disfuncionales son muy distintas, y que están dentro de diferentes problemas como negación, problemas psicológicos, abuso y adicción. También vemos que cualquier familia disfuncional puede tener ciertas características presentes en su ambiente familiar. Veremos ahora con más profundidad, algunas de las características más notorias en familias disfuncionales.

Relación disfuncional entre padre y madre

Desde perspectivas humanas, psicológicas y obviamente biológicas surge la relación entre padre y madre como algo crucial para el surgimiento de una familia. La base de una familia será siempre la unión de dos personas, los cuales puedan tener hijos y criarlos, aunque últimamente se ha visto que varias alternativas, como concubinas, parejas homosexuales, o personas que quieren hijos pero no una pareja; éstos son ejemplos de que se piensa que es innecesario tener esta



relación entre padre y madre para tener una familia. Aunque haya diferentes interpretaciones, veremos aquí la definición de familia como la relación entre una mujer y un hombre que se unen y que en muchos casos lleguen a tener hijos también. Esta relación entre el hombre/padre y la mujer/madre es fundamental para cualquier familia. Si los padres están bien, es mucho más probable que los hijos también estén bien, y al contrario si los padres no tienen una buena relación, es obvio que sería difícil para los hijos estar bien. Presentamos en este cuadro una imagen de cómo se puede entender una familia que tenga hijos. Como pueden ver la relación que hay entre los padres y los hijos en ambas direcciones en coherencia con la relación entre los dos padres es lo que llega a definir la atmósfera funcional dentro de la familia.

Si las relaciones no están bien, la atmósfera funcional será muy pobre. En cualquier momento que exista cambios en este modelo, por ejemplos si la relación entre padre y madre no es igual, o si uno de los hijos llega a tomar el puesto de los padres, o si hay una ruptura entre la relación entre los hijos y los padres. Cualquier problema que tengan los padres será algo que afecte a los niños, por eso una de las características más fundamentales dentro de las familias disfuncionales lo encontramos en los hogares donde no hay una buena relación entre padre y madre.

Machismo

En el ambiente latinoamericano encontramos un factor que muchas veces llega a influenciar a la familia, y este es conocido como el machismo. El machismo, es conocido también como androcentrismo (el varón como centro), supone una actitud de menoscabo, desprecio y discriminación hacia la mujer. Ideológicamente sostiene que el varón es superior y la mujer debe estar unilateralmente sometida al mundo masculino. No hay base sostenible para dicha idea; por lo tanto, se trata de una construcción cultural.¹⁵

¹⁵ Miguel Ángel Núñez, El machismo, discriminación de género, 6 de enero del 2010, recuperado el 28 de junio del 2011
de <<http://www.suite101.net/content/el-machismo-a8016>>



Hemos visto en la primera característica que hay una gran necesidad de un respeto mutuo entre los padres, pero muy al contrario no existe este respeto en el machismo, y se trata más de un sometimiento el uno al otro, y la mujer como inferior al hombre. Algunas de las creencias que existen en el machismo es que el hombre tiene poder de decisión y elección, él es quien manda y ordena, y tiene un concepto de conquistar a la mujer, o también a las mujeres. Dentro del machismo la mujer debe servir a su hombre; y aunque la conducta del hombre no sea correcta, la mujer no lo debe criticar. En casos de crítica el hombre machista se puede ver obligado a exigir respeto de la mujer a través de las palabras fuertes o por violencia. En cuanto a sus hijos el machista no asume el rol como un padre de cariño y guía en la educación. Estos son tareas para la mujer, y el hombre machista sólo se enfoca en hacer a su hijo un hombre a través de conocer la vida sexual, como conquistar y controlar a las mujeres, y enseñarle a trabajar duro. El hombre machista tiene muy poco contacto con sus emociones, y se siente incómodo cuando otras personas compartes sus emociones también. Su respuesta a las emociones es muchas veces que se pone más duro, justo por el ideal del machismo, pero más por su propia experiencia de haber sido criado como un machista que no debe llorar ni mostrar su debilidad.

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

Existe un gran acuerdo en la literatura ecuatoriana que la creencia que más influye en la violencia familiar es el machismo. Es decir, comúnmente se piensa que el origen de la violencia familiar está en el machismo y por lo tanto es un “problema”



del hombre latino, y se trata de una creencia ampliamente extendida y arraigada en las culturas, quizá a todas las culturas de América del Sur.¹⁶

El círculo vicioso de las generaciones

Muchas veces se puede ver que de una familia disfuncional surgen nuevas familias disfuncionales también. Por ejemplo en el caso de padres adictos, es muy probable que algunos hijos también lleguen a ser adicto, y transmiten el mismo problema de su crianza a la propia familia que están por edificar. En el caso de violencia también se puede ver que muchos de los maltratados se vuelven personas que maltratan cuando crean su propia familia. Parte de este círculo vicioso tiene una respuesta genética, en que por ejemplo una adicción alcohólica puede ser un problema de herencia más que ambiental. También se debe considerar que muchas personas de familias disfuncionales tienen estos defectos de su niñez como parte de su identidad. Por ejemplo se puede ver que el maltratado tiene el maltrato como parte de su identidad. Cuando entonces empieza su propia familia, será muy probable que al haber tomado el rol del poderoso en una familia, llegue a volverse una persona que maltrata, especialmente si no ha podido enfrentar y discernir el maltrato que ha sufrido y de esta forma sacarlo de su identidad.

Violencia

Son innumerables las formas de la violencia familiar. Puede pensarse en violencia hacia los mayores, entre cónyuges, hacia los niños, las mujeres, los hombres, los discapacitados, y más.

Además siempre es difícil precisar un esquema típico familiar debido a que la violencia puede ser física o emocional, y ocurre en todas las clases sociales, culturas y edades. Pero en la mayoría de las veces se trata de los adultos hacia uno o varios individuos. Principalmente los que maltratan suelen ocupar un lugar de mayor poder hacia quienes son, se piensan a sí mismos como de menor poder. Dentro de la familia son entonces los más vulnerables que mayormente sufren el

¹⁶ Wieland 2011: 13



maltrato. Las estadísticas muestran claramente que las mujeres son las más maltratadas, y que después vienen los niños.

Hay diferentes formas de violencia, en las cuales el abuso físico es el más conocido, pero se debe tomar en cuenta que muchas veces la violencia o el maltrato emocional es el más usado. Este tipo de maltrato se puede por ejemplo ver en el rechazo (abandonar), aterrorizar (amenazas), ignorar (falta de disponibilidad), aislar al menor (no permitir relaciones sociales), y someter al niño a un medio donde prevalece la corrupción (pedir actos de conducta antisocial, por ejemplo al tomar parte en un robo). También debemos tomar en cuenta el maltrato de negligencia, en donde se priva al niño de los cuidados básicos, aun teniendo los medios

Adolescencia

¿Qué es la adolescencia?

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil



preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente.

Por la misma inestabilidad emocional, por desconocimiento, temor, experimentar una nueva vivencia o falta de una toma de decisión adecuada y en ocasiones combinado con una baja autoestima, es una etapa para una gran parte de ellos muy susceptible de tomar una conducta Inadecuada, que puede tratarse desde las relacionadas con los hábitos alimenticios (trastornos de la conducta alimenticia), alteración en la relación personal o conductas más dañinas auto destructibles como hábito del tabaco, alcohol u otro tipo de droga.

Esta situación nos lleva a la reflexión de que la labor de padres inicia desde la misma planeación de estructurar una familia. El proporcionar el afecto y los cuidados necesarios en cada una de las etapas de su desarrollo son parte fundamental en la formación de su personalidad, esto llevará al adolescente, que en cualquier escenario, la toma de decisiones es la correcta y que es congruente con su integridad.

El adolescente y la familia.

La actitud y el comportamiento de los adolescentes siempre han creado conflictos generales originados por él y los adultos

Generalmente cuando los hijos entran en la adolescencia la organización en el ámbito familiar sufre un desajuste.

La adolescencia constituye la etapa decisiva de la separación gradual de padres e hijos. La crisis familiar que sobreviene, es una etapa normal del desarrollo, no una tragedia, es necesaria para la afirmación de la identidad del adolescente. Esta situación puede agravarse por la actitud de los padres.

El adolescente se encuentra en un continuo conflicto entre el deseo de ser independiente de sus padres y al darse cuenta de todo lo dependiente que es la realidad. Los padres intentan hacer adoptar al adolescente la conducta que a ellos les agrada, y si ese deseo no cumple los padres se sienten ofendidos. Están convencidos de que intentan cambiar al joven por su propio bien, pero inconscientemente buscan que su hijo responda al ideal que ellos marcan



El Embarazo Adolescente.

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. “se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad”, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo.

Una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación de la voluntad, además de la erotización ambiental y la pseudo valoración de la sexualidad sin compromiso podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el riesgo de un embarazo inesperado. Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias.

“Al ser requeridas sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado”¹⁷.

La situación ocurre en un contexto afectivo en un periodo denominado como pololeo y que culmina con relaciones sexuales de poca ocurrencia. En la fase culminante, y una vez conocida la notificación del embarazo, se desencadena una conflictiva emocional grave, con consecuencias personales en la propia adolescente y socio-familiares a nivel de la familia de origen y entorno intermedio inmediato.

Como factor de índole biológico se puede señalar que actualmente la pubertad se produce a edades más tempranas. Científicamente se ha comprobado que hay un adelanto de casi un año en la menarquia (primera menstruación), esta situación se sitúa como promedio a los 12 años.

Esta parcial madurez fisiológica trae como consecuencia la emergencia de las relaciones sexuales más tempranas (se calcula en un adelanto de tres años con respecto a las generaciones anteriores). Los adolescentes desconocen, por lo tanto, riesgos médicos de un embarazo a temprana edad, implicancias de la

¹⁷ <http://psikolibro.blogspot.com/psicologia>.



menarquía, como también el conocimiento de métodos anticonceptivos con sus ventajas y desventajas.

En relación con los factores de riesgo de carácter sociocultural, es importante señalar la influencia que tienen los medios de comunicación de masas sobre la población adolescente. Estos ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como la seudo valoración de este como placer, es decir sin compromiso afectivo.

Ansiedad.

¿Qué es la Ansiedad?¹⁸

La ansiedad es un síntoma y puede llegar a ser un indicador de un conflicto emocional originado por cómo nos relacionamos con nosotros mismos o con los demás, es decir por cómo está estructurada nuestra personalidad.

Aunque en realidad la ansiedad es una respuesta universal, común y necesaria para la supervivencia. Se convierte en patológica cuando el estado de ansiedad continúa en el tiempo y hace sufrir a la persona.

Todos los seres humanos tenemos ansiedad y gracias a ella podemos dar respuesta adecuada a situaciones personales y laborales. Es ese estado de activación que nos permite afrontar una entrevista de trabajo, hablar en público, realizar una tarea, etc.

La ansiedad patológica comienza cuando se superan ciertos niveles de activación. En ese momento ya no es operativo, en vez de estar más concentrado, se pueden llegar a tener sensaciones de ahogo, de falta de concentración, de temblor, mareo, etc.

¹⁸<http://www.propsicologia.com/ansiedad.html>



Ansiedad Normal.

Se manifiesta en episodios poco frecuentes, su intensidad suele ser leve o media, con duración limitada. Básicamente responde frente a un estímulo o situación estresante claramente detectable.

No interfiere con la vida cotidiana de las personas, sino al contrario puede ayudar a ser más resolutivas y alcanzar un nivel de eficiencia alto.

Ansiedad Patológica.

Se manifiesta reiteradamente, su intensidad es elevada y de prolongada duración. Consiste en una reacción desproporcionada frente a un estímulo o situación estresante, e interfiere significativamente con la vida de quien la padece, incapacitándolo cada vez más, por lo cual, requiere tratamiento específico.

Psicopatología de la ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.

Los trastornos que pueden producirse cuando la ansiedad es muy elevada tradicionalmente se dividen en:

- Trastornos físicos
- Trastornos mentales

Entre los trastornos físicos que normalmente atiende el médico se encuentran los Llamados trastornos psicofisiológicos:

- Trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.),
- Trastornos digestivos (colon irritable, úlcera),
- Trastornos respiratorios (asma),



- Trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema), y otros trastornos psicofisiológicos (cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.).
- La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide.

También encontramos niveles altos de ansiedad en trastornos crónicos que amenazan la calidad de vida, en los trastornos en los que el dolor juega un papel importante, etc.

Entre los trastornos mentales los más frecuentes son sin duda los trastornos de ansiedad, sin embargo, también encontramos niveles de ansiedad elevados en muchos otros desórdenes mentales, entre ellos:

- los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, etc.),
- las adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína, etc.),
- Los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia),
- Trastornos del sueño,
- Trastornos sexuales,
- Trastornos del control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía, etc.),
- Trastornos somatomorfos (hipocondría, somatización, conversión, etc.)

Para conocer los trastornos de ansiedad es necesario acudir a los criterios diagnósticos

Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada¹⁹

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

¹⁹ http://pendientedemigracion.ucm.es/diag/Trastornos_de_ansiedad_segun_el_DSMIVtr.



1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

El embarazo y ansiedad.

El embarazo es un proceso bio-psicológico complejo, en el que se llevan a cabo cambios importantes en la mujer, a nivel fisiológico, psicológico y social, entre los fisiológicos se encuentran los cambios hormonales que propician diversos síntomas entre ellos, náusea, vómito, cloasma facial, entre otros. Estos cambios hormonales no solo afectan la fisiología de la mujer, sino que propician cambios a



nivel emocional, entre ellos al estado de ánimo, la mujer podría sentir ambivalencia hacia su embarazo, ya que por un lado en ocasiones sentiría alegría de ser madre y por otro miedo por el desconocimiento del desenlace final del embarazo. En lo social, la mujer advierte el cambio de rol que tendrá, como madre y esposa, sobre todo cuando es el primer hijo, porque empieza a preguntarse si es capaz de cuidar y ser buena madre (Burroughs).

El proceso de cambio incrementa el nivel de ansiedad en forma gradual en el transcurso de su embarazo, aunque cada trimestre de la gestación tiene sus propias características psicosociales, Este cambio de rol, genera ansiedad y la mujer deberá desarrollar el proceso de adaptación a través de los nueve meses del embarazo. En relación a esto Torres (2004) afirma que en el embarazo un cierto nivel de ansiedad es necesario, debido a que estimula a la mujer a encontrar herramientas en su interior y exterior, para enfrentar este proceso, sin embargo en algunas situaciones la mujer se siente inútil, en su forma de pensar y en su forma de actuar y puede interferir seriamente en las actividades diarias de la vida, ser incapaz de enfrentar el embarazo y el cuidado de su persona, lo que puede tener repercusiones tanto en la salud física y mental de ella como de su bebe.

Respecto a ello algunos autores, han encontrado que la ansiedad puede ocasionar abortos, partos prematuros, mayor riesgo de cesárea y alteraciones en el desarrollo fetal (Dolé y Roesch, 1996), lo que favorece a que la mujer busque ayuda. La mujer embarazada con signos de ansiedad, presenta cada vez más nerviosismo pensamientos distorsionados sentimientos de inconformidad y se siente atrapada y sin salida (Salvatierra, 1999). Al respecto Spielberger y Guerrero (1995) mencionan que cuando se pierde el control de las emociones se presenta ansiedad. La cual es clasificada en dos tipos la Ansiedad Estado y la Ansiedad Rasgo. Para fines de este estudio solo se abordará la ansiedad estado.

Ansiedades Maternas.

No hay duda que el estado de ánimo de una persona influye en todo su organismo.



La tensión nerviosa, los disgustos o preocupaciones, repercuten sobre su salud. Los vínculos que se establecen entre la madre y el bebé durante el embarazo son tan estrechos que el bebé reacciona según el estado de ánimo de su mamá. Si la gestante se siente triste, feliz, angustiada, enfadada, preocupada, el feto recibe estas emociones. No quiere decir que toda preocupación, duda o ansiedad ocasional o fugaz que tenga una mujer repercutirán sobre su hijo; estos sentimientos son naturales e inofensivos, los que realmente repercuten son los patrones o sentimientos profundos, constantes, y bien definidos: «la ansiedad crónica o la intensa ambivalencia con respecto a la maternidad pueden dejar una profunda marca en la personalidad de un niño no nacido» Estos sentimientos que se podrían describir como crónicos, intensos y difíciles de librarse pueden afectar al niño por que la madre los siente como un tormento o una carga permanente. En estas situaciones es recomendable la ayuda profesional para poder eliminarlos. «Por otro lado, las emociones intensas como la alegría, el regocijo, pueden contribuir significativamente al desarrollo emocional de un niño sano»

Las emociones intensas de la madre como la ira, liberan adrenalina, el miedo y la ansiedad extrema liberan catecolaminas, estas se originan en las suprarrenales y cuando atraviesan la barrera de la placenta, también le perturban al bebé. Esta oleada de hormonas le arranca de su estado normal en el útero, y el feto trata de dar explicación a lo que sucede. Gradualmente, a medida que su cerebro y sistema nervioso maduran, él comenzará a encontrar respuestas a los estados emocionales de su madre, de manera que el niño en el sexto o séptimo mes, podría realizar discriminaciones con relación a las actitudes y sentimientos de su madre e incluso responder a ellos. Si el bebé es feliz, se fortalecerá físicamente gracias a la estabilidad de su ambiente, así mismo, si su ambiente es inestable e inseguro él se volverá enfermizo y emocionalmente inestable.

En 1970, el Doctor Dennis Stott estudió las reacciones de los bebés a las emociones maternas. Los datos, demostraron que contratiempos prolongados, intensos y a largo plazo que no afectaban directamente la seguridad emocional de



la mujer, como la enfermedad de un miembro próximo de la familia o un pariente lejano, no afectaron a los bebés.

Consideró que otros dos elementos debían caracterizar a dichas presiones: tendían a ser constantes, propensas a estallar en cualquier momento o ser imposibles de resolver. La diferencia radicó en que, aunque los niños pudieron sentir la aflicción de su madre, esta no era amenazadora para ninguno de los dos. En estos casos fue más importante el amor hacia el bebé, y al percibirlo, se formó a su alrededor una especie de escudo protector que disminuyó neutralizó el impacto de las tensiones del exterior.

FUNDAMENTACION LEGAL

- Art. 18.- Exigibilidad de los derechos.- Los derechos y garantías que las leyes reconocen en favor del niño, niña y adolescente, son potestades cuya observancia y protección son exigibles a las personas y organismos responsables de asegurar su eficacia, en la forma que este Código y más leyes establecen para el efecto.
- Art. 25.- Atención al embarazo y al parto. El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.
- Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA.

- Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.



El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

- Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:
 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
 2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

2.5.- Hipótesis

Si las relaciones familiares son disfuncionales entonces las adolescentes embarazadas experimentan ansiedad preparto.

2.6.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES.

2.6.1.- Variable Independiente

Relaciones familiares deficientes

2.6.2.-Variable Dependiente

Ansiedad preparto en jóvenes embarazadas



CAPITULO III

MARCO METOLOGICO

3.- METODOLOGIA

Este trabajo de investigación se va a orientar en el enfoque cuanti-cualitativo, cuantitativo porque los resultados serán sometidos a análisis estadístico, y cualitativo porque se busca establecer si las relaciones familiares deficientes son causa de una ansiedad preparto en las jóvenes embarazadas de la Parroquia Eloy Alfaro de la maternidad Daniel Acosta del Cantón Manta.

3.1.-DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación corresponde a un diseño no experimental porque no se ha establecido grupos de control ni tampoco se han aislado las variables, sino que se estudiaron las variables de acuerdo a como se presentaron en la naturaleza

3.2.- TIPO O NIVEL DE INVESTIGACION

3.2.1.- DESCRIPTIVA.

Es descriptiva porque se describen las características del fenómeno estudiado tanto en la variable independiente (relaciones familiares deficientes) y de la variable dependiente (ansiedad preparto en jóvenes embarazadas)

3.2.2.-CORRELACIONAL.

Es correlacional porque se establece la relación entre que existe entre la variable independiente y la variable dependiente

3.2.3.- DE CAMPO.

Es de campo porque la información fue recolectada por los investigadores en el sitio de los hechos, es decir en la “Maternidad Daniel Acosta Rosales”.



3.2.4.-EXPLICATIVA.

Es explicativa porque explica los factores causales relacionados con las relaciones familiares deficientes y ansiedad preparto en jóvenes embarazadas.

3.3 METODOS Y TÉCNICAS.

3.3.1.- METODOS.

3.3.1.1.- MÉTODOS EMPÍRICOS.

Este trabajo investigativo fue sometido a comprobación empírica a través de la aplicación de encuestas, observación, teste de ansiedad de Hamilton.

3.3.2.- MÉTODOS TEÓRICOS.

Entre los métodos teóricos usados en esta investigación están los siguientes:

3.3.2.1.- DEDUCTIVO.

Porque este método permite obtener información partiendo de manera general, es decir desde los profesionales de la familia de los expediente clínicos, para luego obtenerla de manera particular, es decir de las jóvenes embarazadas, por eso se utilizó el método deductivo.

3.3.2.2.- INDUCTIVO.

Porque permitió obtener información directamente desde el objeto de estudio es decir de las jóvenes embarazadas para posteriormente correlacionarla con la información generalizada.

3.3.2.3.- ANALÍTICO.

Porque fue a través del cual se realizó un análisis de cada una de las partes que conforman el objeto de estudio

3.3.2.4.- SINTÉTICO.



Por qué permitió obtener una síntesis global de toda la información analizada anteriormente.

3.3.2.5.- BIBLIOGRÁFICO.

Porque a través de este método se logró sustentar el marco teórico a través de la revisión de textos, folletos, libros, revistas científicas, artículos científicos, internet, entre otros.

3.3.2.6.- ESTADÍSTICO.

Porque la aplicación de este método permitió el análisis e interpretación de los resultados a través de tablas de gráficos.

3.3.2.- TÉCNICAS.

En este trabajo de investigación se utilizaron las siguientes técnicas:

3.3.2.1 ENCUESTA.-

Dirigida A Las Jóvenes Embarazadas.

3.3.2.2 OBSERVACIONES.-

Dirigida a jóvenes embarazadas y los registros clínicos.

3.3.2.3 TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON.-

Dirigido A Jóvenes Embarazadas

3.3.3.- INSTRUMENTOS.-

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Cuestionario para entrevistas y encuestas
- Guía de observación
- Formulario para test
- Cámara fotográfica y de video



3.4.- POBLACION MUESTRA Y TAMAÑO.

3.4.1.- POBLACION

JOVENES EMBARAZADAS	20
TOTAL	20

FUENTE: Nury Cantos y Luis Moreira

3.4.2.- MUESTRA.-

En esta investigación se trabajó con el total de la población por tratarse de un universo finito y manejable.

3.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

3.5. 1.- Variable Independiente (Relaciones Familiares Deficientes).

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES
Las relaciones familiares deficientes eran vista desde la disfuncionalidad, entonces se puede afirmar que se trata de que uno o varios de los integrantes de la familia tengan conductas des adaptativas e indeterminadas, lo cual significa que su conducta no se adapta a un ambiente de crear buenas relaciones, y que hace daño al grupo familiar y también a los diferentes miembros.	CAUSAS	Maltrato físico Maltrato psicológico Consumo de alcohol y drogas Falta de comunicación Falta de afectividad
	CONSECUENCIAS	Abandono del hogar Ansiedad Conducta delictiva Embarazo precoz

FUENTE: Nury Cantos y Luis Moreira



3.5.2.- Variable Dependiente (Ansiedad Preparto en Jóvenes Embarazadas).

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES
<p>El proceso de cambio incrementa nivel de ansiedad, en forma gradual en el transcurso de su embarazo, aunque cada trimestre de la gestación tiene sus propias características psicossociales, Este cambio de rol, genera ansiedad y la mujer deberá desarrollar el proceso de adaptación a través de los nueve meses del embarazo. Torres afirma que en el embarazo un cierto nivel de ansiedad es necesario, debido a que estimula a la mujer a encontrar herramientas en su interior y exterior, para enfrentar este proceso, sin embargo en algunas situaciones la mujer se siente inútil, en su forma de pensar y en su forma de actuar y puede interferir seriamente en las actividades diarias de la vida, ser incapaz de enfrentar el embarazo y el cuidado de su persona, lo</p>	Síntomas psíquicos.	<p>Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.</p> <p>Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.</p> <p>Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.</p> <p>Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.</p>
	Síntomas físicos.	<p>Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).</p> <p>Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.</p> <p>Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y</p>



que puede tener repercusiones tanto en la salud física y mental de ella		calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).
---	--	--

FUENTE: Nury Cantos y Luis Moreira

3.6.- RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION

La información fue recolectada en el lugar de los hechos por los investigadores mediante encuestas, entrevistas, observación, test de ansiedad, dirigido a las jóvenes embarazadas y profesionales de la maternidad Daniel Acosta Rosales.

3.7.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

La información fue procesada a través del programa Excel mediante la utilización de tablas y gráficos.



CAPITULO IV

4. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

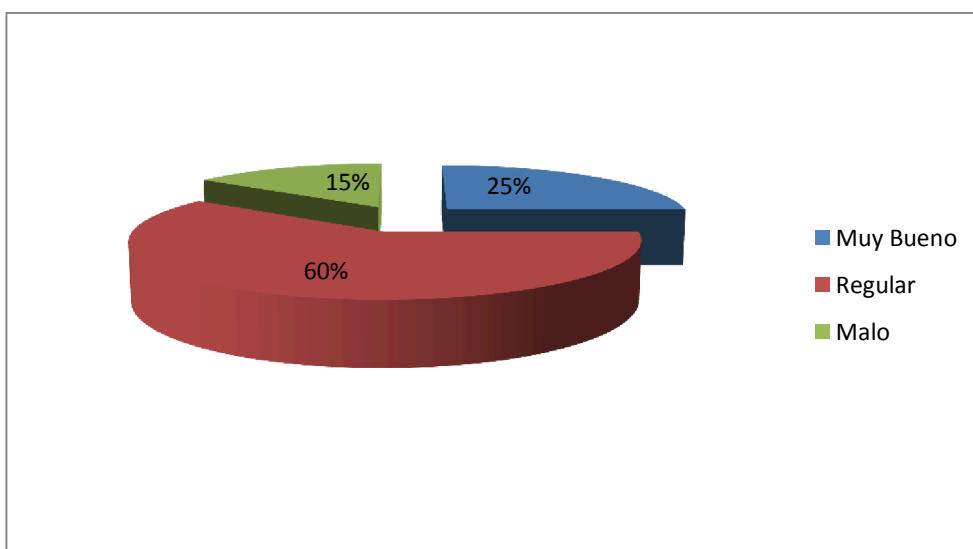
4.1.1 ANALISIS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LAS JOVENES EMBARAZADAS DE LA MATERNIDAD “DANIEL ACOSTA ROSALES” (CENTRO DE SALUD CUBA 24HD)

TABLA N° 1

“LA RELACION CON TUS PADRES ANTES DE TU EMBARAZO O COMPROMISO FUE “

ORDEN	ALTERNATIVA	NUMERO	PORCENTAJE
1	Muy Bueno	5	25
2	Regular	12	60
3	Malo	3	15
	TOTAL	20	100%

FUENTE: Nury Cantos y Luis Moreira





ANALISIS E INTERPRETACION

En relación a la tabla y gráfico que explican la relación de las adolescentes con sus padres antes del embarazo o compromiso, se interpreta que doce (12) jóvenes embarazadas que equivalen al 60 % de la población encuestada mantenían una relación regular con sus padres antes de su embarazo o compromiso, por otro lado cinco (5) de las jóvenes embarazadas que representan el 25 % manifestaron tener una muy buena relación con sus padres antes del embarazo o compromiso posterior, por último tres (3) jóvenes embarazadas equivalentes al 15 % dijeron haber tenido una mala relación con sus progenitores antes de su embarazo o compromiso.

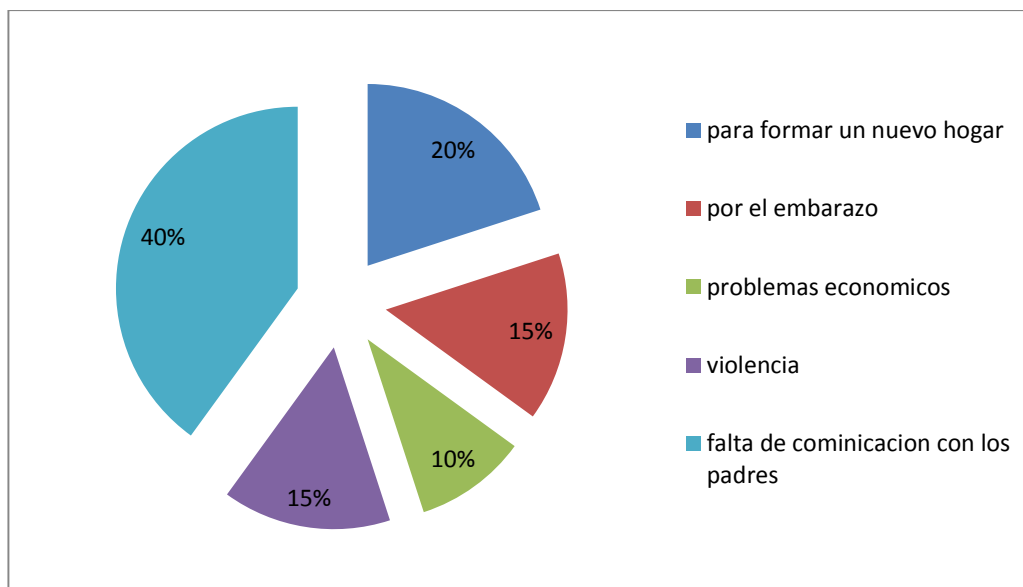


TABLA N°2.

“EL MOTIVO PARA ALEJARSE DE SU HOGAR DE ORIGEN”

ORDEN	ALTERNATIVA	NUMERO	PORCENTAJE
1	Para Formar un Nuevo Hogar	4	20
2	Por El Embarazo	3	15
3	Problemas Económicos	2	10
4	Violencia	3	15
5	Falta de Comunicación con Padres	8	40
	TOTAL	20	100

FUENTE: Nury Cantos y Luis Moreira





ANALISIS E INTERPRETACION.

En relación a la tabla y grafico N°2 que explican el motivo para alejarse de su hogar de origen están, 8 de las jóvenes embarazadas representadas en el 40 por ciento de la población que tomo como motivo para alejarse de su hogar de origen la falta de comunicación con su padres, otras 4 embarazadas que son el 20 por ciento indicaron como motivo formar un nuevo hogar, y 3 adolescentes, (15 %) tuvieron como motivo en la violencia que se vivía en el mismo, el mismo número de jóvenes embarazadas (3) que representan el otro 15 % se encuentran las que salieron de su hogar por el embarazo, y por último se encuentran 2 jóvenes embarazadas que justifican el 10 por ciento final y tuvieron como motivo los problemas económicos para alejarse de su hogar.

El psicoanalista y especialista boliviano en materia familiar, Álvaro Barrios, señaló que la violencia psicológica y física en el hogar; además de la falta de comunicación, son las principales causas para que los adolescentes abandonen el hogar momentáneamente o definitivamente.

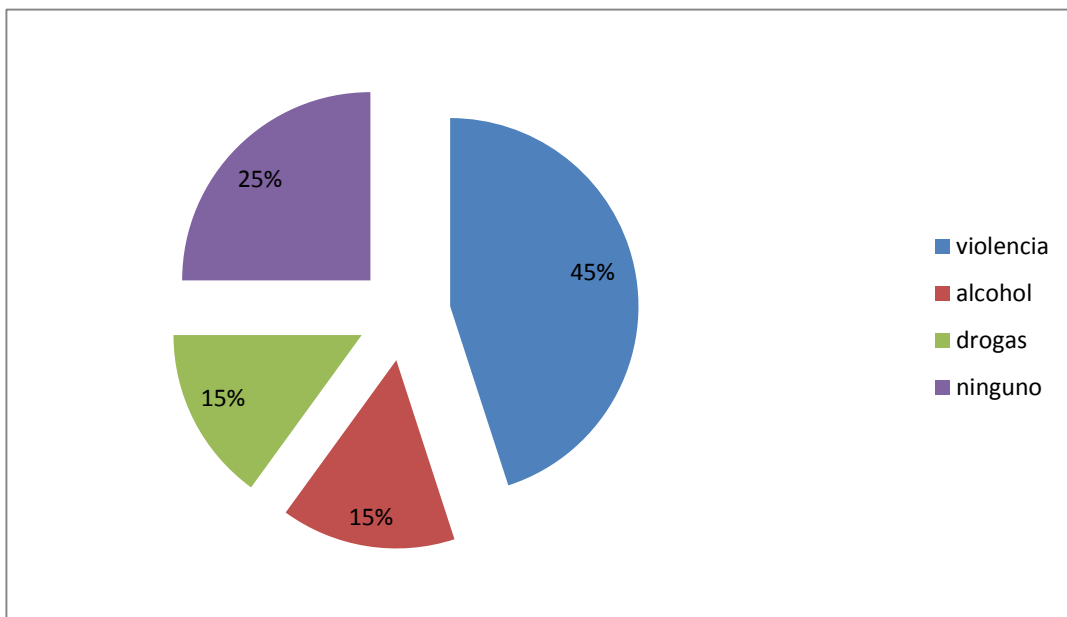


Tabla N°3.

“EN TU HOGAR DE ORIGEN EXISTEN PROBLEMAS”

ORDEN	ALTERNATIVA	NUMERO	PORCENTAJE
1	violencia	9	45
2	alcohol	3	15
3	drogas	3	15
4	ninguno	5	25
	TOTAL	20	100

FUENTE: Nury Cantos y Luis Moreira





ANALISIS E INTERPRETACION.

En relación a la tabla y grafico N°3 que explican la existencia de problemas en el hogar da a notar que existe un mayor porcentaje de respuesta en la alternativa N°1, se evidencia entonces que la mayoría de las jóvenes embarazadas vivían en un hogar con violencia representadas en 9 jóvenes que indican un 45% de la población encuestada.

Principalmente los que maltratan suelen ocupar un lugar de mayor poder hacia quienes son, se piensan a sí mismos, como de menor poder. Dentro de la familia son entonces los más vulnerables que especialmente sufren el maltrato. Las estadísticas muestran claramente que las mujeres son las más maltratadas, y que después vienen los niños.



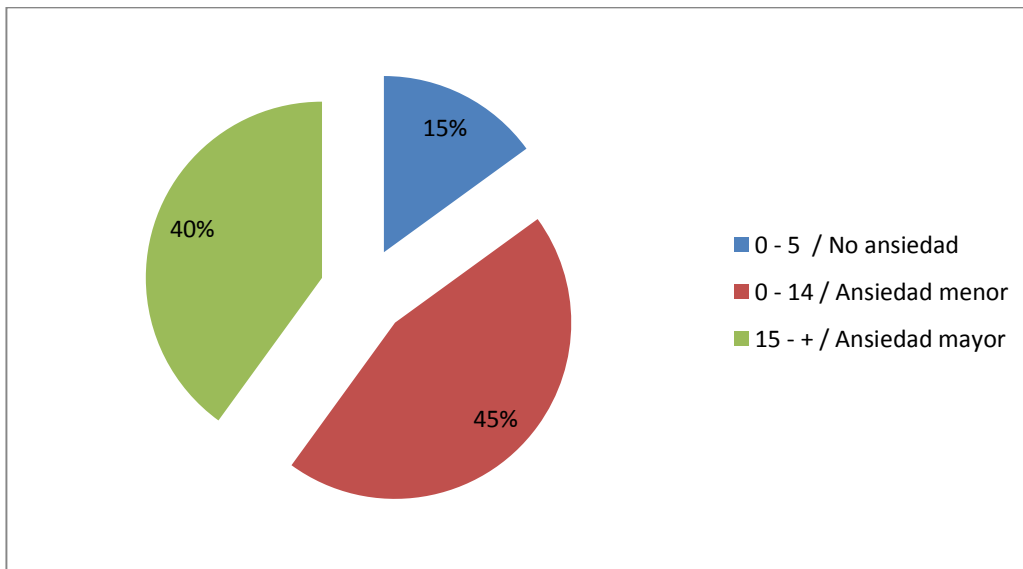
4.1.2 ANALISIS DEL TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON.

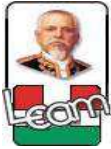
Tabla N°4.

Resultado De Niveles De Ansiedad.

ORDEN	ESCALA	NUMERO	PORCENTAJE
1	0 - 5 / No ansiedad	3	15
2	0 - 14 / Ansiedad menor	9	45
3	15 - + / Ansiedad mayor	8	40
	TOTAL	20	100

FUENTE: Nury Cantos y Luis Moreira





ANALISIS E INTERPRETACION.

En relación a la tabla y grafico N°4 que explican los resultados de los niveles de ansiedad presentes en las jóvenes embarazadas se obtuvo que un total de 45% que equivale a 9 jóvenes embarazadas mantenía ansiedad menor seguido por un 40% que serían 8 jóvenes con ansiedad mayor y un 15 % (3 jóvenes) que no presentaban ansiedad.

TEST DE ANSIEDAD

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítems una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.



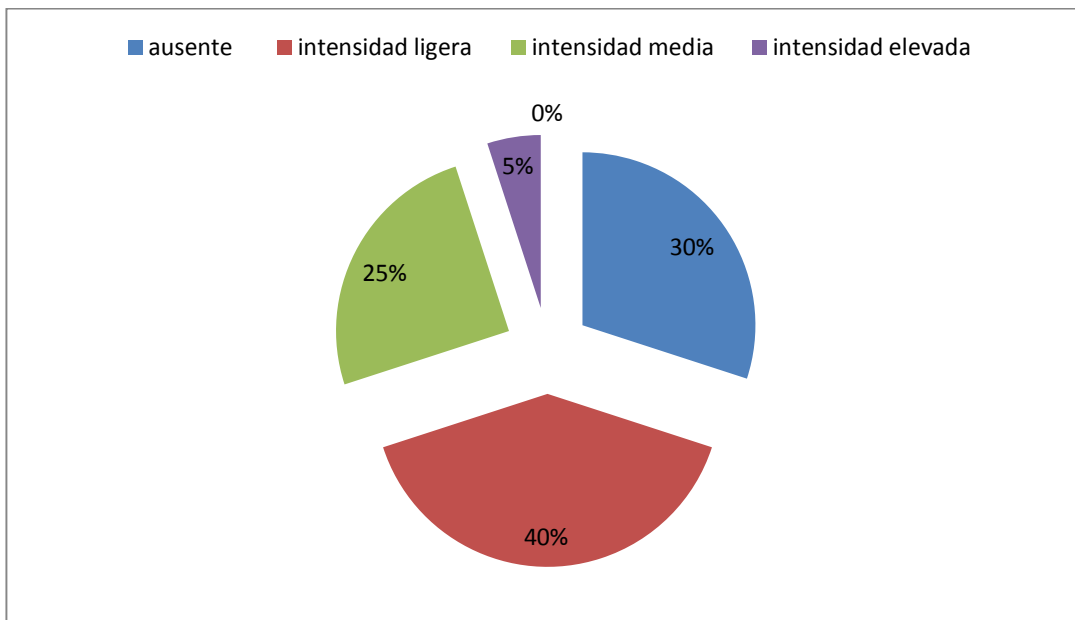
Tabla N°5.

SÍNTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES:

Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.

ORDEN	ALTERNATIVA	NUMERO	PORCENTAJE
1	ausente	6	30
2	intensidad ligera	8	40
3	intensidad media	5	25
4	intensidad elevada	1	5
	TOTAL	20	100

FUENTE: Nury Cantos y Luis Moreira





ANALISIS E INTERPRETACION.

La tabla y gráfico No. 5 que analiza los síntomas somáticos musculares experimentados por las adolescentes se presenta un 40% que equivale a 8 jóvenes embarazadas con un grado de intensidad ligera.

Síntomas somáticos: un síntoma somático es aquel cuya naturaleza es eminentemente de este tipo (corpórea), a diferencia de los síntomas psíquicos.²⁰

Síntomas físicos producto de una enfermedad psiquiátrica, como cansancio, dolores y malestares, cambios en el apetito y los patrones de sueño.

²⁰ Definición de somático - Qué es, Significado y Concepto <http://definicion.de/somatico>.



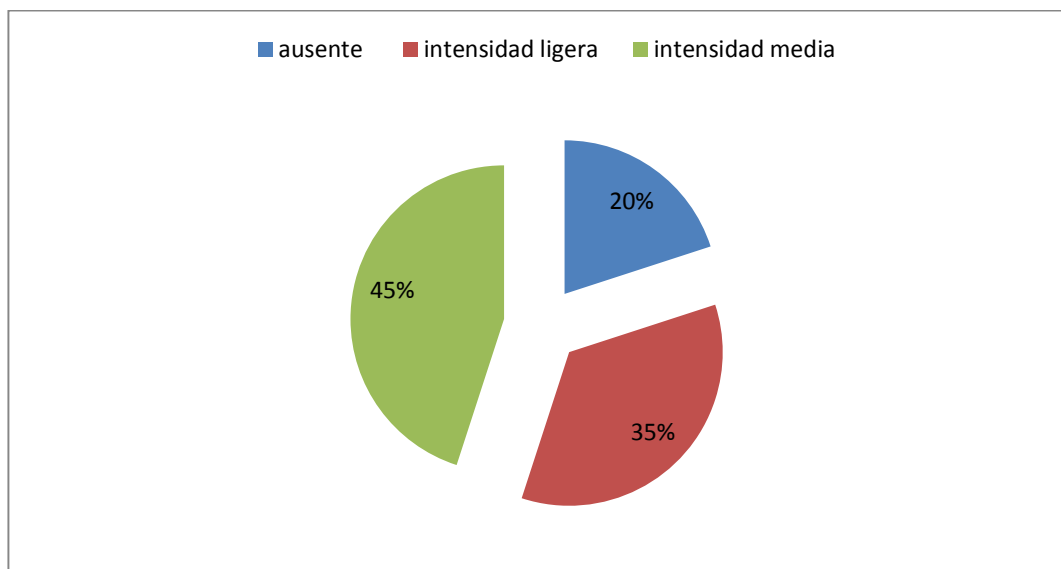
Tabla N°6.

SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES

Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor o frío, sensación de debilidad, sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).

ORDEN	ALTERNATIVA	NUMERO	PORCENTAJE
1	ausente	4	20
2	intensidad ligera	7	35
3	intensidad media	9	45
	TOTAL	20	100

FUENTE: Nury Cantos y Luis Moreira





ANALISIS E INTERPRETACION.

La tabla y grafico No.6 que analiza los síntomas somáticos generales experimentados por las jóvenes se evidencia un 45% que equivalente a 9 embarazadas con un grado de intensidad media.

Los síntomas somáticos son aquellos que corresponden a situaciones en las que el cuerpo asume y carga con un malestar de origen emocional. Cuando el malestar emocional no puede ser reconocido o expresado aparece una disfunción de tipo biológico que, en su proceso evolutivo, ha perdido el contacto y la conciencia con el dolor mental correspondiente.



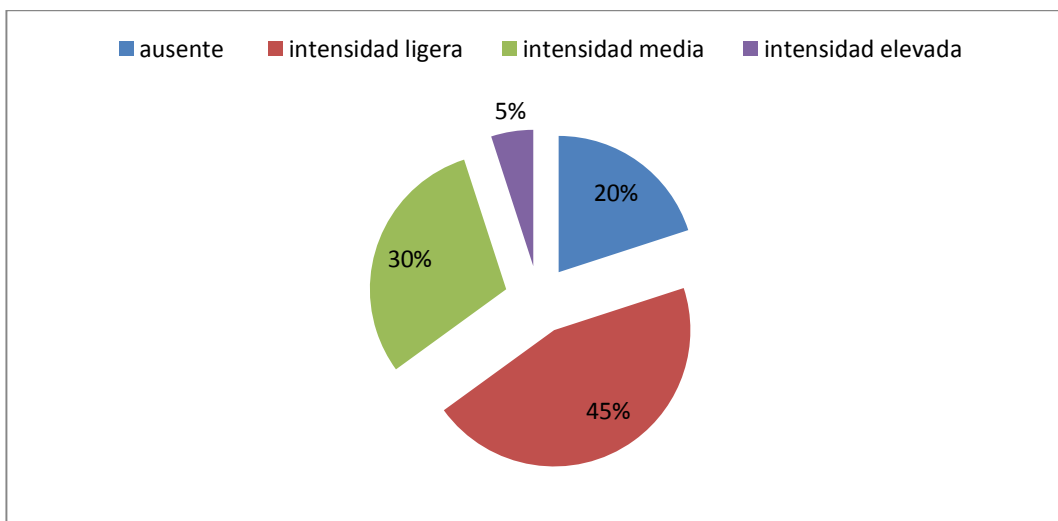
Tabla N°7.

SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES

Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de “baja presión” o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).

ORDEN	ALTERNATIVA	NUMERO	PORCENTAJE
1	ausente	4	20
2	intensidad ligera	9	45
3	intensidad media	6	30
4	intensidad elevada	1	5
	TOTAL	20	100

FUENTE: Nury Cantos y Luis Moreira





ANALISIS E INTERPRETACION:

La tabla y grafico No.7 que analiza los síntomas cardiovasculares se observa que están presentes con una intensidad ligera en 9 jóvenes embarazadas lo que equivale a un 45 por ciento del total de la población.

Las reacciones cardiovasculares, como palpitaciones aceleradas, son un síntoma muy común en quienes padecen ansiedad. Sin embargo, por la misma ansiedad estos síntomas causan mucho temor y son muy difíciles de ignorar.



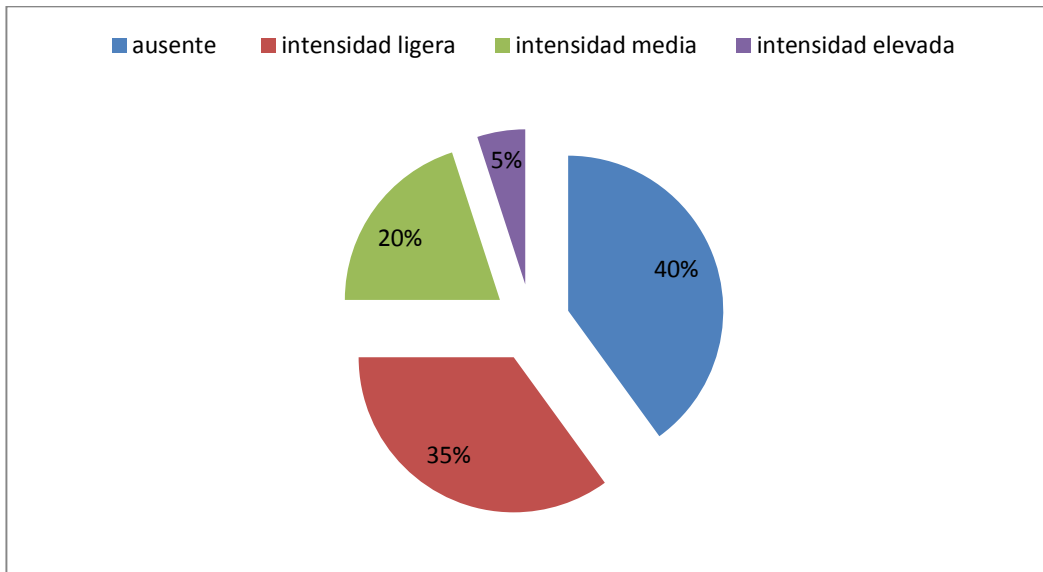
TABLA N°8.

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).

ORDEN	ALTERNATIVA	NUMERO	PORCENTAJE
1	ausente	8	40
2	intensidad ligera	7	35
3	intensidad media	4	20
4	intensidad elevada	1	5
	TOTAL	20	100

FUENTE: Nury Cantos y Luis Moreira





ANALISIS E INTERPRETACION.

La tabla y grafico No.8 que analiza los síntomas respiratorios se distingue la presencia mayoritaria del 40% (8 adolescentes) que no presentan estos síntomas y con una intensidad ligera 7 jóvenes embarazadas que representan el (35%) de la población.

Los síntomas respiratorios son señales de alarma, acudir de inmediato a un medico nos podría ayudar a aclarar dudas.

- Dolor de pecho y dificultad para respirar.
- Silbidos al respirar.
- Respiraciones rápidas y poco profundas, con sensación de ahogo.
- Fiebres altas y/o convulsiones.
- Dolores musculares.

Son algunos síntomas que alertan sobre una salud desmejorada.



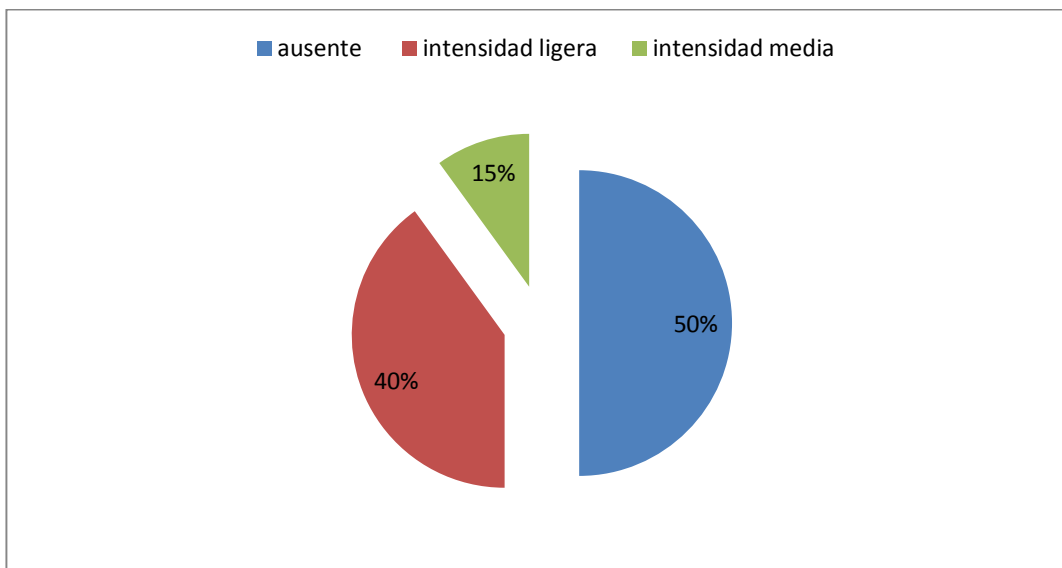
Tabla N°9.

SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES

Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.

ORDEN	ALTERNATIVA	NUMERO	PORCENTAJE
1	ausente	10	50
2	intensidad ligera	8	40
3	intensidad media	2	15
	TOTAL	20	100

FUENTE: Nury Cantos y Luis Moreira





ANALISIS E INTERPRETACION.

La tabla y grafico No.9 que analiza los síntomas gastrointestinales se observa que están ausentes en el 50% de la población representadas en 10 jóvenes embarazadas pero también se presenta en un 40% con intensidad ligera (8 jóvenes embarazadas).

Las enfermedades gastrointestinales ocupan una de las primeras causas de consulta médica y son también una de las primeras causas de muerte en México y en el mundo.

No perdonan a nadie ni por edad ni por condición social, aunque el grupo más vulnerable a sus síntomas son los niños pequeños y los ancianos.

Son ocasionadas por varios motivos que pueden ser desde orgánicos y psicológicos.



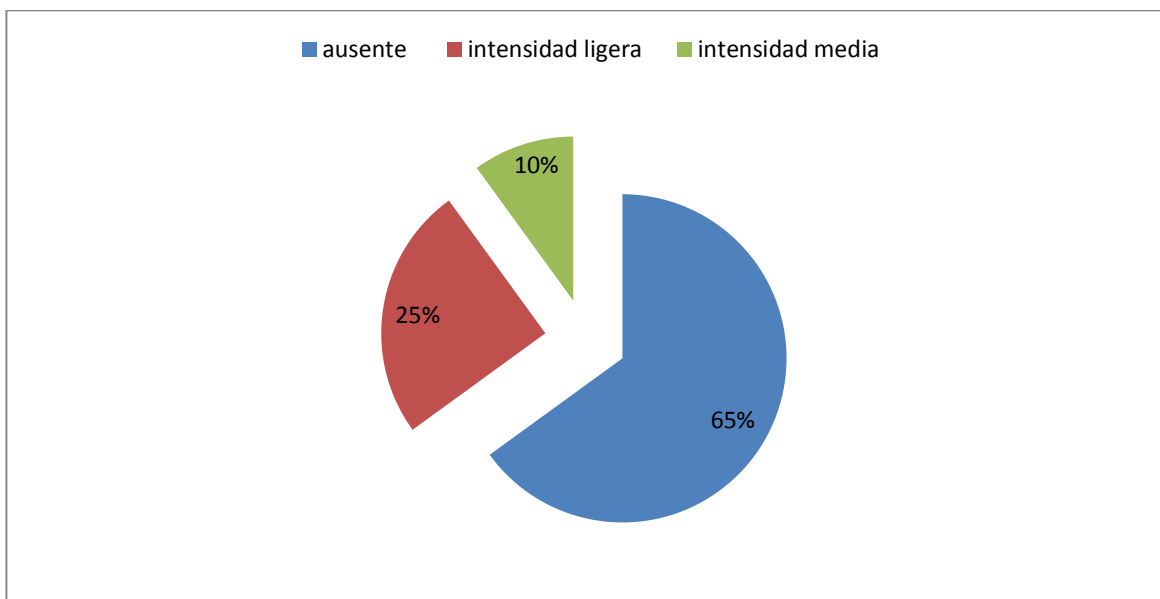
Tabla N°10.

SÍNTOMAS GENITOURINARIOS

Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.

ORDEN	ALTERNATIVA	NUMERO	PORCENTAJE
1	ausente	13	65
2	intensidad ligera	5	25
3	intensidad media	2	10
	TOTAL	20	100

FUENTE: Nury Cantos y Luis Moreira





ANALISIS E INTERPRETACION.

La tabla y grafico No.10 que analiza los síntomas genitourinarios se observa que están ausentes en el 65% de la población representadas en 13 jóvenes, aunque también tiene una prevalencia del 25% (5 jóvenes) que presentan estos síntomas con una intensidad ligera.

Muchas personas tienen quejas genitourinarias de motivo psicológico o emocional. En otros, síntomas orgánicos pueden aumentar en severidad durante estados de tensión. Por lo tanto, es importante buscar pistas que den evidencia del estrés emocional.

En las mujeres, la relación entre la menstruación y el dolor de los uréteres o de la vejiga debe ser identificada, aunque la menstruación puede aumentar las dificultades orgánicas y funcionales de la vejiga y de los riñones.

Muchos pacientes reconocen que el estado de sus "nervios" tiene un efecto directo sobre sus síntomas. Muchas veces reconocen que su "cistitis" apareció después de un episodio de tensión o de ansiedad en sus vidas personales u ocupacionales.



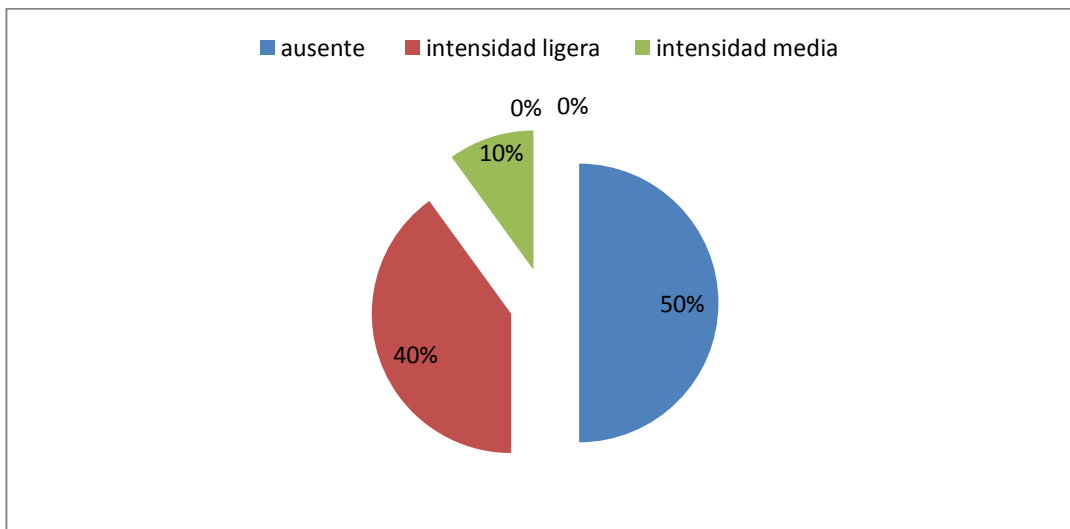
Tabla N°11.

SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.

ORDEN	ALTERNATIVA	NUMERO	PORCENTAJE
1	ausente	10	50
2	intensidad ligera	8	40
3	intensidad media	2	10
	TOTAL	20	100

FUENTE: Nury Cantos y Luis Moreira





ANALISIS E INTERPRETACION.

La tabla y grafico No.11 que analiza los síntomas del sistema nervioso autónomo se observa que están ausentes en el 50% de la población representadas en 13 jóvenes, pero también evidencian tener estos síntomas con una intensidad ligera el 40% de la población representada en 8 jóvenes embarazadas.

El sistema nervioso autónomo es la parte de su sistema nervioso que controla las acciones involuntarias, tales como los latidos cardíacos y el ensanchamiento o estrechamiento de los vasos sanguíneos. Cuando algo malo ocurre en este sistema, puede causar problemas serios, entre ellos:

- Problemas con la presión arterial
- Problemas cardíacos
- Dificultad en la respiración y la deglución
- Disfunción eréctil en los hombres

Los trastornos del sistema nervioso autónomo pueden presentarse aislados o como resultado de otras enfermedades tanto físicas como psicológicas.

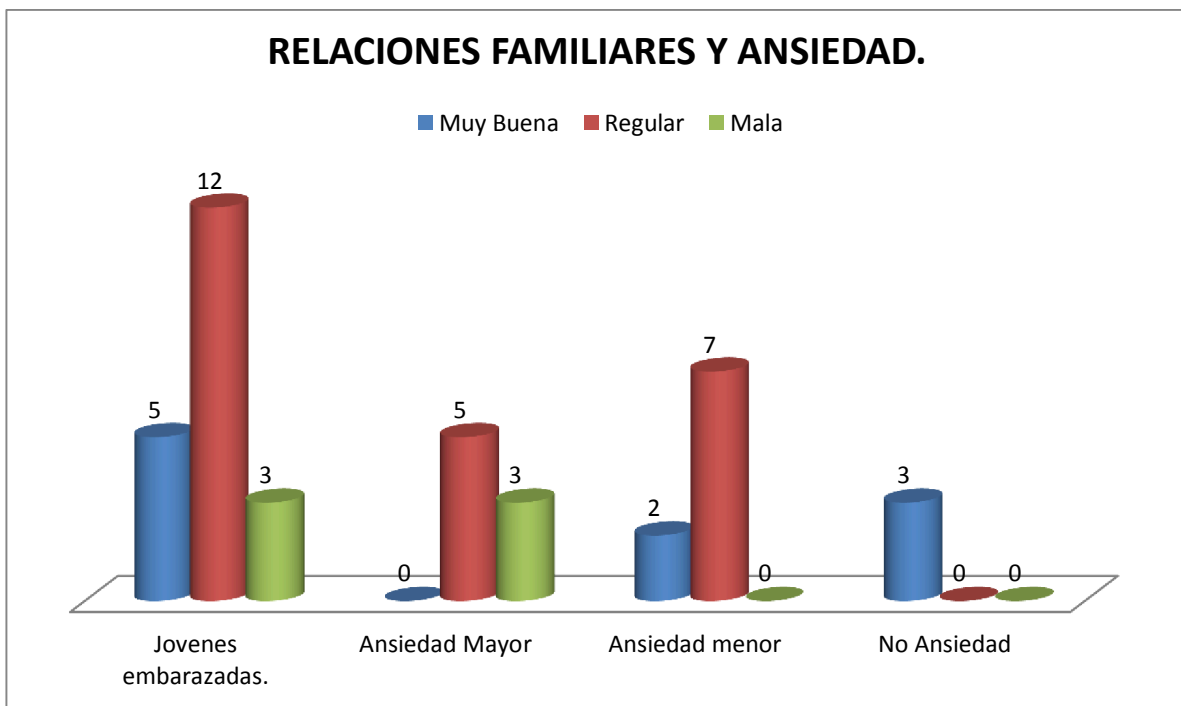


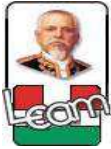
TABLA N°12

RELACIONES FAMILIARES Y ANSIEDAD.

RELACIONES FAMILIARES	Jóvenes embarazadas.	Ansiedad Mayor	Ansiedad menor	No Ansiedad
Muy Buena	5	0	2	3
Regular	12	5	7	0
Mala	3	3	0	0

FUENTE: Nury Cantos y Luis Moreira





ANALISIS E INTERPRETACION.

La tabla y grafico N°12 que analiza las relaciones familiares y la ansiedad en las jóvenes embarazadas muestra que 15 de las adolescentes mostraron relaciones familiares valoradas como disfuncionales.

Tres de ellas, presentaban malas relaciones y a su vez todas mostraron ansiedad mayor; así mismo de quienes presentaron relaciones familiares regulares (12), 5 presentaron ansiedad mayor y 7 ansiedad menor por último todas quienes revelaron relaciones familiares disfuncionales presentaron ansiedad menor y mayor.

Y por ultimo 5 jóvenes de la población total mostraron buenas relaciones familiares pero aun así 2 presentaron ansiedad menor y 3 no presentaron ningún tipo de ansiedad.



CAPITULO V

5.1.- COMPROBACION DE HIPOTESIS

Para la investigación propuesta se realizó la siguiente hipótesis:

SI LAS RELACIONES FAMILIARES SON DISFUNCIONALES ENTONCES LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EXPERIMENTAN ANSIEDAD PREPARTO.

Se utilizarán las siguientes tablas y gráficos para la comprobación de la misma:

Cuadro No. 1, en el que se analiza la relación de las adolescentes con sus padres, se obtuvo como resultado que 12 de jóvenes embarazadas que equivalen al 60 % de la población encuestada mantenía una relación regular con sus padres antes de su embarazo o compromiso.

Cuadro No. 4 que analiza los resultados del test de ansiedad de Hamilton, del que se desprende que 8 adolescentes experimentan una ansiedad mayor que representa el 40% de la muestra.

Esto comprobaría que una gran parte de adolescentes que tuvieron problemas familiares experimentaron un grado de ansiedad mayor por lo que la hipótesis resulta positiva.

LOGROS DE LOS OBJETIVOS

Se propuso como Objetivo general lo siguiente:

DETERMINAR COMO LAS RELACIONES FAMILIARES DISFUNCIONALES INCIDEN EN LA ANSIEDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

Este objetivo se logró a través de la tabla y grafico N°12, que al analizarla demuestra que 12 jóvenes que presentaron relaciones familiares regulares tenían



7 ansiedad menor y 5 ansiedad mayor; 3 presentaron malas relaciones familiares y ansiedad mayor; y 5 jóvenes embarazadas que tenían muy buenas relaciones con sus familiares, de las cuales 2 presentaron ansiedad menor y 3 sin ningún tipo de ansiedad.

El Objetivo específico No. 1 “Indagar los niveles de ansiedad preparto en las jóvenes” se logró con el cuadro y gráfico no. 4 en el que se obtuvo el siguiente resultado:

Nueve (9) jóvenes embarazadas que representan el 45 % de la muestra experimentaron un grado de ansiedad menor

Para lograr el objetivo es específico No. 2, que era “Conocer que síntomas de la ansiedad son más repetitivos en las adolescentes.”, se utilizaron los cuadros y gráficos del 5 al 11 de los que se obtiene la siguiente conclusión:

El síntoma somático general que engloba signos como zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor o frío, Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos) fue el más común entre las jóvenes embarazadas entrevistadas con un porcentaje del 45% del total de la población en intensidad media, que es la intensidad determinada para demostrar que existen síntomas de ansiedad.

El objetivo específico No. 3: “Describir los motivos que las adolescentes tuvieron para alejarse de su familia de origen y tipos de problemas que existen en las familias” se comprueba a través de las tablas y gráficos, 2,3 que analizan los motivos para alejarse de su hogar de origen y los problemas que existen en su hogar, se concluyen los siguientes resultados:

La falta de comunicación con los padres de las jóvenes embarazadas se evidenció en el 40% (8) jóvenes de la población de encuestadas y la violencia en el hogar se manifestaba en el 45% (9) jóvenes de las jóvenes embarazadas por lo que estos serían los principales motivos que causarían el abandono temprano del hogar y serían los tipos de problemas y disfuncionalidades más frecuentes en las jóvenes embarazadas.



CAPITULO VI.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1.- CONCLUSIONES.

Luego del trabajo de investigación llevado a cabo en la maternidad Daniel Acosta Rosales (Centro de Salud Cuba Libre 24HD) con las jóvenes embarazadas se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de las jóvenes embarazadas entrevistadas presentaron relaciones familiares regulares con sus progenitores o familiares cercanos antes de tomar la decisión de alejarse de su hogar por el embarazo o por la formación del nuevo compromiso.
2. La mayoría de las jóvenes embarazadas experimentaba ansiedad ligera según el test de Hamilton.
3. Gran parte de las jóvenes embarazadas tuvieron problemas familiares pero no experimentaron un grado de ansiedad mayor
4. La mayoría de jóvenes embarazadas toma como motivo para alejarse de su hogar de origen la falta de comunicación con sus padres y la violencia intrafamiliar.
5. La mayoría de problemas que evidencian las jóvenes embarazadas es la violencia seguido por la presencia de alcohol y drogas.
6. La mayoría de jóvenes embarazadas en la actualidad viven con sus parejas dentro de la casa de sus suegros.
7. La mayoría de las jóvenes embarazadas cuando se alejan de su hogar de origen dejan de recibir apoyo familiar tanto económico como afectivo.
8. El mayor temor de las jóvenes embarazadas en el embarazo es que este se complique o que su hijo tenga dificultades al nacer.



6.2.-RECOMENDACIONES.

1. Implementar en el centro de salud la atención psicológica personalizada para q no solo se ofrezca los servicios para el embarazo sino también la atención global de la joven embarazada.
2. La implementación de talleres dirigidos a las jóvenes embarazadas para tratar la ansiedad con técnicas para relajación.
3. Se recomienda la organización de talleres dedicados a mejorar la comunicación entre las jóvenes embarazadas y sus familiares.
4. Se recomienda ofrecer servicios de atención integral a las jóvenes embarazadas.



CAPÍTULO VII

7.- PROPUESTA. Prevención e Intervención en Salud Mental

7.1.- DATOS INFORMATIVOS

7.1.1.- Título: “TALLERES DE PREVENCIÓN EN RELACIONES FAMILIARES DISFUNCIONALES PARA JOVENES EMBARAZADAS DE LA MATERNIDAD DANIEL ACOSTA ROSALES (CENTRO DE SALUD CUBA LIBRE 24HD), MANTA.”

7.1.2.- Institución: Centro De Salud Cuba Libre 24HD (Maternidad Daniel Acosta Rosales).

7.1.3.- Beneficiarios:

- **Directos:** jóvenes del grupo de embarazadas, cuidadores, familiares y tutor.
- **Indirectos:** comunidad, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, centro de salud cuba libre 24 HD y autores.

7.1.4.- Ubicación: Manabí – Manta - Parroquia Eloy Alfaro.

7.1.5.- Equipo Responsable: Moreira Romero Luis Emilio y Cantos Molina Nury Priscila



7.1.6.- INTRODUCCIÓN DE LA PROPUESTA

Como primer grupo social de interacción la familia juega un rol imprescindible en el desarrollo de cada uno de sus miembros, los roles que cada miembro debe ejercer en ocasiones se notan disminuidos o simplemente no existe quien los ejerza para lo cual las familias disfuncionales se han convertido en un fenómeno sociocultural, donde impera la falta de comunicación entre sus miembros el maltrato la agresión y violencia en ocasiones más graves, lo que en ocasiones genera que los miembros de estas familias disfuncionales (al no poder abandonar el seno familiar por el compromiso de vida que conlleva) deriven en conductas psicopatológicas; la ansiedad como conducta patógena de amplio conocimiento esta vez será integrada a la etapa de parto de jóvenes embarazadas por la familia disfuncional que descarga en ella la frustración de un embarazo precoz. La madre joven deberá lidiar con aquellas conductas nuevas que se generan para protegerse de alguna manera peor que merman su capacidad de bienestar emocional. Se trabajará en un programa de prevención psicológica para tratar de disminuir y en su mayor aplicación tratar de evitar estas disfuncionalidades individuales y familiares, el trabajo será primero con las jóvenes y luego con sus familias.

7.2.- ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

En las investigaciones realizadas en el centro de salud cuba libre 24HD, de la Ciudad de Manta durante el período 2012 correspondiente al problema de jóvenes embarazadas que poseen relaciones de familia poco eficientes y esto desencadena a una ansiedad parto, un problema que siempre ha estado presente pero permanecía oculto y se ha manifestado gracias a esta investigación la cual denota que muchas jóvenes están en posiciones poco favorables, lo que no solo predispone a un embarazo precoz sino que también dentro del embarazo se



pueden presentar problemas tanto físicos y psíquicos relacionado a las relaciones familiares deficientes, perjudicando el bienestar de las jóvenes.

Sabiendo que la adolescencia es una etapa de transición y de muchos conflictos personales y familiares se hace verdaderamente imprescindible tratar de encontrar las herramientas y métodos adecuados para realizar una prevención eficaz.

Es por ello que surge la verdadera necesidad de realizar un programa de prevención psicológica en el área de adolescentes, tomando como referencia el grupo ya conformado por mujeres embarazadas, el cual estará enfocado a fortalecer la identidad del individuo y a reforzar de manera positiva las relaciones familiares de los jóvenes participantes.

La implementación de este programa psicológico provee brindar pautas de prevención a las jóvenes y sus familias implementando la debida información y apoyo emocional a través de los encuentros en cada una de las sesiones.

7.3.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Realizar prevención de relaciones familiares conflictivas en jóvenes embarazadas con sus familias.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Fortalecer los valores y sentimientos familiares
- Crear comunicación fluida entre las jóvenes embarazadas y sus familiares



7.4.- JUSTIFICACION

La Organización mundial de la Salud comienza a estudiar la problemática del adolescente en la década de los 60 y la Organización Panamericana de la Salud a principios de los 70.

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

El grado de vulnerabilidad de un adolescente y una adolescente, depende de varios factores, sumada a la susceptibilidad y/o fortaleza inducida por los cambios biopsicosociales propios de esta etapa, más los efectos positivos y negativos de los microambientes en los cuales se desenvuelve (familia, escuela, lugar de trabajo, recreación, la calle, etc.), la cultura y el contexto socioeconómico y político del país donde vive; todo lo cual genera una combinación de factores de riesgo y protectores dentro de la dinámica del proceso salud enfermedad.

El embarazo en la adolescencia, constituye un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, sobre todo en los países en vías de desarrollo, donde las tasas de fecundidad son muy altas.

El inicio de investigaciones sobre el desarrollo personal de las adolescentes embarazadas, es un aspecto que se enmarca en la grave problemática social que en la actualidad aqueja a la sociedad. Son incalculables las consecuencias reflejadas en los indicadores de salud reproductiva en donde los de mayor daño bio-psico-social es la alta morbilidad materna por causas de abortos criminales, aumento del maltrato infantil y de la niñez abandonada, mayor promiscuidad, delincuencia, pérdida del proyecto de vida de los jóvenes, y en definitiva mayor pobreza.



Dentro de este marco, para los profesionales de desarrollo social, los indicadores psicosociales exhortan a reflexionar sobre el compromiso de dar respuesta a la población de mayor vulnerabilidad, desde tempranas edades, en diferentes contextos: al individuo, grupos familiares y comunidad. La atención integral de los y las adolescentes es un elemento de suma importancia para el desarrollo de los países y el futuro inmediato de la sociedad.

7.5.- FUNDAMENTACION

Tener un hijo durante la adolescencia tiene efectos serios sobre la salud, la educación y la situación económica actual y futura de los padres y madres jóvenes. Las adolescentes tienen menor probabilidad que sus compañeras de completar los estudios de secundaria o de universidad, y algunas investigaciones han demostrado que los padres jóvenes abandonan los estudios antes que otros jóvenes que no son padres. Además, las adolescentes que han dado a luz una vez, corren un riesgo mucho mayor de volver a tener un hijo en su adolescencia. Por su parte, los hijos de adolescentes tienen un alto riesgo de nacer prematuramente y de vivir en un ambiente carenciado económicamente. (Estudio Universidad de Chile, 1993)

Muchos de los jóvenes que se convierten en padres y madres antes de cumplir los 20 años de edad provienen de ambientes caracterizados por situaciones desventajosas en términos sociales y afectivos. Con las tensiones adicionales del embarazo, del parto y de las obligaciones que adquieren como padres y madres, estos jóvenes necesitan mucho apoyo y sólidos modelos de conducta adulta para ayudarles en su transición a la nueva etapa de sus vidas, a fin de que estén en condiciones de criar niños sanos y a mantenerse económicamente a sí mismos y a sus familias. Al respecto, “la Organización de Salud Pro- Joven (2000) que se dedica a brindar ayuda



7.6.- METODOLOGIA. PLAN DE ACCION

METODOLOGIA

Este trabajo de investigación se va a orientar en el enfoque cuanti-cualitativo, cuantitativo porque los resultados serán sometidos a análisis estadístico, y cualitativo porque se busca establecer si las relaciones familiares deficientes son causa de una ansiedad preparto en las jóvenes embarazadas de la Parroquia Eloy Alfaro de la maternidad Daniel Acosta del Cantón Manta.

TIPO O NIVEL DE INVESTIGACION

DESCRIPTIVA.

Es descriptiva porque se describen las características del fenómeno estudiado

CORRELACIONAL.

Es correlacional porque se establece la relación entre que existe entre las variables

DE CAMPO.

Es de campo porque la información fue recolectada por los investigadores en el sitio de los hechos, es decir en la “Maternidad Daniel Acosta Rosales”.

METODOS Y TÉCNICAS.

METODOS.

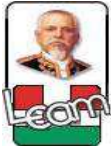
MÉTODOS EMPÍRICOS.

Este trabajo investigativo fue sometido a comprobación empírica a través de la aplicación de encuestas, observación.

MÉTODOS TEÓRICOS.

Entre los métodos teóricos usados en esta investigación están los siguientes:

DEDUCTIVO.



Porque este método permite obtener información partiendo de manera general, es decir desde los profesionales, para luego obtenerla de manera particular, por eso se utilizó el método deductivo.

INDUCTIVO.

Porque permitirá obtener información directamente desde el objeto de estudio para posteriormente correlacionarla con la información generalizada.

ANALÍTICO.

Porque es a través del cual se realizara un análisis de cada una de las partes que conforman el objeto de estudio

SINTÉTICO.

Por qué permitirá obtener una síntesis global de toda la información analizada anteriormente.

TÉCNICAS.

En este trabajo de investigación se utilizaron las siguientes técnicas:

OBSERVACIONES.-

Dirigida a jóvenes embarazadas.

INFORMES

Dirigidos a la directora del centro de salud

INSTRUMENTOS.-

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Cuestionario para entrevistas y encuestas
- Guía de observación
- Formulario para test
- Cámara fotográfica y de video



PLAN DE ACCION.

En las primeras sesiones se informara acerca del planteamiento del taller a lo largo de los encuentros semanales.

En esta sesión tendrán la oportunidad de realizar ejercicios realizados con anterioridad ya que a través de ellos pudieron autoanalizarse y darse cuenta de la importancia que tiene el prestarle atención necesaria a cada uno de los aspectos de su personalidad, así como el significado que tiene el ser padres de un adolescente...

Sesión No. 3

Se inició con la retroalimentación de la sesión anterior y posteriormente se llevó a cabo otro ejercicio de autoconocimiento (Apéndice I) a modo de consolidar el auto concepto de los participantes, en palabras de Bilbao (2010) la base de la autoestima es el autoconocimiento, ya que para quererse uno mismo lo primero que hay que hacer es conocerse. Tener una sana autoestima es importante ya que cuando ésta se encuentra baja impide que la persona se autoevalúe al sentir la necesidad de aprobación o desaprobación de otros dejando su control en manos de estos (González, 2005). Durante el ejercicio se les indicó a los participantes que al concluir cada uno con su intervención personal, los demás lo retroalimentaran para motivarlo a seguir adelante, reforzar su autoaceptación y propiciar su autoapoyo.

Esta sesión fue el cierre de la primera etapa del taller, en la cual se pretendió la integración del trabajo personal del autoconcepto de cada participante, paso previo para iniciar con las estrategias de comunicación. Asimismo se pudieron observar indicios de que los padres se están responsabilizando cada vez más de sí mismos y aceptando y reconociendo aquellos aspectos a mejorar para su crecimiento personal.

Sesión No. 4

Se inicia la sesión haciendo una breve recapitulación de las sesiones anteriores. Posteriormente se llevó a cabo un ejercicio de relajación en el cual tenían que concentrarse en su respiración. Al respecto, Amutio (1998) citado por Guerrero (2006), señala que la respiración es una parte integral de los ejercicios de relajación ya que reduce la tensión muscular, la irritabilidad y la fatiga, dejando una sensación de tranquilidad y bienestar en quien los realiza. La finalidad de llevar a cabo el ejercicio fue que los participantes adquirieran una mayor conciencia de sí mismos e hicieran un contacto más pleno con sus sensaciones. (Zinker citado por Bilbao, 2010)



7.7.- ADMINISTRACIÓN

CRONOGRAMA								
No.	ACTIVIDADES	CALENDARIO 2013						
		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT
1	Elaboración de la propuesta	■						
2	Presentación y aprobación del diseño	■	■					
3	Inicio del taller			■				
4	Periodo de aplicación del taller			■	■	■		
5	Procesamiento y análisis						■	
6	Conclusiones						■	
7	Elaboración de informe							■

FUENTE: Nury Cantos y Luis Moreira



Recursos:

- Proyector
- Videos Documental
- Laptop
- Cámara
- Diapositivas
- Esferos
- Hojas Bond
- Papelógrafo
- Marcadores
- Revistas
- Tijeras
- Goma
- Sillas cómodas de acuerdo a la cantidad de padres que asistan al taller.
- Plantas en la entrada del espacio.
- Una pizarra acrílica.

7.8.- PREVISIÒN DE LA EVALUACIÒN

El programa se dividirá en dos partes, primero será el trabajo unificado con las jóvenes embarazadas durante un mes y quince días, luego intervendrán en ellas los familiares con quienes conviven durante el siguiente mes y quince días, es decir, entonces que los talleres tendrán una duración aproximada de dos meses en reuniones semanales de 2 horas con un receso cada 45 min, en cada reunión se elaboraran talleres que tendrán duraciones diferentes dependiendo de la actividad, se abrirá siempre la participación mediante foros, preguntas y orientación en temas de interés y se evaluara por medio de entrevistas individuales y presentación de informes.



CAPITULO VIII

8.1.- BIBLIOGRAFIA.

MARÍN ALVARES JAIME OSWALDO, SALAZAR JARAMILLOJUAN FELIPE,

ARTOLA A. PIEZZI RAMÓN. (2000). La familia en la sociedad pluralista. Buenos Aires.

PALACIOS, JESÚS. (2002). Familia y Desarrollo Humano. Madrid: Alianza.

SATIR V. (1999) Nuevas Relaciones Humanas en el núcleo familiar. México.

MARIA JOSE RODRIGO, JESUS PALACIOS“FAMILIA Y DESARROLLO.

RIOS JOSE A. (1994) Manual de Orientación y Terapia Familiar. Madrid.

MINUCHIN S. (1980) Familias y Terapia Familiar, Madrid: Ediciones Gedisa.

BURROUGHS, 1999Reeder2007.

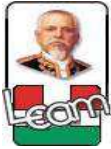
MIGUEL ÁNGEL NÚÑEZ, El machismo, discriminación de género, 6 de enero del 2010, recuperado el 28 de junio del 2011.

NICOLÁS OMAR DÍAZ, Familia disfuncional, artículo recuperado el 28 de junio del 2011.

MINUCHIN, 1986, Adolf, 1993; Musitu et al., 1994, Rodrigo y Palacios, 1998.

SATIR VIRGINIA, Relaciones Humanas En El Núcleo Familiar, EditorialPax – México.

Librería Carlos Cesarman, S.A 1981.Dolé et al., 2003; Relier, 2001; Wadhwa, Dunkel-Schetter, Chicz-De Met, Porto y Roesch, 1996.



Notas: p. 111-113. Contenido: El embarazo en adolescentes: una aproximación social. Las adolescentes: ellas desde las cifras.

<http://www.saludalia.com/urgencias/transtorno-de-ansiedad>.

<<http://www.tumatrimoniosaludable.org/includes/Familia%20Disfuncional.pdf>>
Familia funcional y disfuncional, recuperado 26 de junio del 2011.

<<http://www.e-socrates.org/mod/forum/view.php?id=7162>>
Familia funcional y disfuncional” Recuperado el 27 de junio del 2011.

<<http://www.e-socrates.org/mod/forum/view.php?id=7162>>
Tipos de familiar disfuncionales, recuperado el 28 de junio del 2011.

<<http://realisticrecovery.wordpress.com/2009/07/23/types-of-dysfunctional-families/>>.

<<http://www.suite101.net/content/el-machismo-a8016>>.

<http://psikolibro.blogspot.com/psicologia>.

<http://www.propsicologia.com/ansiedad.html>.



8.2- ANEXOS.

ENCUESTA

EDAD:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDAD:

OCUPACIÓN:

1.- Actualmente vives con:

- a) pareja
- b) padres, suegros
- c) a y b
- d) familiares cercanos
- e) sola
- f) amigos

2.- la relación con tus padres antes de tu embarazo o compromiso fue:

- a) muy buena
- b) regular
- c) mala

3.- El motivo para alejarse de su hogar de origen fue:

- a) para formar nuevo hogar
- b) por el embarazo
- c) problemas económicos
- d) violencia
- e) falta de comunicación con los padres

4.- El apoyo que recibes de tus familiares es:

- a) afectivo
- b) económico
- c) afectivo y económico
- d) no recibe ningún apoyo

5.- Cual es tu mayor temor en el embarazo:

- a) no tengo temores
- a) complicaciones propias del embarazo
- b) que los conflictos familiares afecten a tu embarazo
- c) abandono de su pareja
- d) que tu pareja no quiera al bebe

6.- en tu hogar de origen existen problemas como:

- a) violencia
- b) alcohol
- c) drogas
- d) maltratos

7.- tu hogar de origen está conformado por:

- a) padre-madre
- b) padre-madrastra
- c) madre-padrastra
- d) solo padre o solo madre



Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

0. Ausente

1. Intensidad ligera

2. Intensidad media

3. Intensidad elevada

4. Intensidad máxima (invalidante)

Escala de Hamilton para valorar ansiedad		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de “baja presión” o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestaño.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

FTS-EPS-007-2013

Control de tutoría de Dirección de Tesis

Título del Trabajo: RELACIONES FAMILIARES DEFICIENTES Y ANSIEDAD PREPARTO EN JOVENES EMBARAZADAS, MATERNIDAD DANIEL ACOSTA ROSALES, MANTA, 2012

Estudiante No 1: Moreira Romero Luis Emilio.

Estudiante No 2: Cantos Molina Nury Pricila.

Director(a) Tesis: Ps. Clínica. Katty Villavicencio Navia.

Sesión de tutoría No. 1					
Fecha:	15/Nov/2012	Hora Inicio:	10h00	Hora Final:	12h30
Trabajo Realizado					
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No. 2					
Fecha:	30/Nov/2012	Hora Inicio:	10h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
ANALISIS CRITICO					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	



Sesión de tutoría No. 3					
Fecha:	10/Dic/2012	Hora Inicio:	09h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No. 4					
Fecha:	10/Ene/2013	Hora Inicio:	10h00	Hora Final:	12h30
Trabajo Realizado					
CORRECCIÓN CAPITULO I					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No. 5					
Fecha:	18/Ene/2013	Hora Inicio:	10h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
CAPITULO II					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No. 6					
Fecha:	31/Ene/201	Hora Inicio:	08h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
FUNDAMENTACIÓN LEGAL					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	



Sesión de tutoría No.					7
Fecha:	07/Feb/2013	Hora Inicio:	08h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
METODOLOGÍA					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					8
Fecha:	15/Feb/2013	Hora Inicio:	10h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
CORRECCIÓN CAPITULO II					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					9
Fecha:	25/Feb/2013	Hora Inicio:	10h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
CAPITULO III					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					10
Fecha:	03/Mar/2013	Hora Inicio:	10h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	



Sesión de tutoría No.					11
Fecha:	14/Mar/2013	Hora Inicio:	10h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
CORRECCIÓN DE HIPOTESIS					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					12
Fecha:	21/Mar/2013	Hora Inicio:	10h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
CAPITULO V					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					13
Fecha:	29/Mar/2013	Hora Inicio:	08h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
CAPOITULO VI - PROPUESTA					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					14
Fecha:	01/Abr/2013	Hora Inicio:	09h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
REVISION DEL CAPITULO VI					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	



Sesión de tutoría No. 15					
Fecha:	05/ Abr /2013	Hora Inicio:	08h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
FUNDAMENTACION DE LA PROPUESTA					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No. 16					
Fecha:	09/ Abr /2013	Hora Inicio:	09h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
REVISION FINAL CAPITULO I					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No. 17					
Fecha:	11/Abr/2013	Hora Inicio:	09h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
REVISION FINAL CAPITULO II					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No. 18					
Fecha:	15/ Abr /2013	Hora Inicio:	10h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
REVISION FINAL CAPITULO III					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	



Sesión de tutoría No.					19
Fecha:	17/ Abr /2013	Hora Inicio:	10h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
REVISION FINAL CAPITULO IV					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					20
Fecha:	19/ Abr /2013	Hora Inicio:	10h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
REVISION FINAL CAPITULO V					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					21
Fecha:	22/ Abr /2013	Hora Inicio:	10h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
REVISION FINAL CAPITULO VI - VII					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					22
Fecha:	24/ Abr /2013	Hora Inicio:	10h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
REVISION FINAL CAPITULO VIII					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	



Sesión de tutoría No.					23
Fecha:	26/ Abr /2013	Hora Inicio:	10h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
REVISION FINAL – INDICE- BIBLIOGRAFIA					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					24
Fecha:	29/ Abr /2013	Hora Inicio:	08h00	Hora Final:	12h00
Trabajo Realizado					
REVISION FINAL COMPLETA DE LA TESIS					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Fecha de Entrega Informe: _____