



**TRABAJO DE TITULACIÓN EN LA MODALIDAD
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

TEMA:

**“EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES. ESTUDIO DE CASOS EN EL
CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE LA PARROQUIA TARQUI. AÑO 2017”**

AUTORA:

SONIA MARIBEL HERRERA PARRALES

TUTORA:

LIC. PATRICIA LÓPEZ MERO, Mg.

AÑO LECTIVO

2017 - 2018

CERTIFICADO DE REVISIÓN DEL TUTOR

Certifico haber realizado el asesoramiento y revisión prolija del trabajo de investigación titulado: **“Embarazo precoz en adolescentes. Estudio de casos en el Centro de Salud San José de la Parroquia Tarqui. Año 2017”**

Manta, agosto del 2017

Lic. Patricia López Mero, Mg.

TUTORA DE INVESTIGACIÓN

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

“Embarazo precoz en adolescentes. Estudio de casos en el Centro de Salud San José de la Parroquia Tarqui. Año 2017”

SOMETIDA A CONSIDERACIÓN DE LA AUTORIDAD DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DE LA UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ COMO REQUISITO PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL.

APROBADO:

Lic. Patricia López Mero, Mg.
DECANA DE LA FACULTAD

Lic. Patricia López Mero, Mg
TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Dejo constancia que el presente trabajo de investigación cuyo tema es: **“Embarazo precoz en adolescentes. Estudio de casos en el Centro de Salud San José de la Parroquia Tarqui. Año 2017”** es de exclusiva responsabilidad de mi autoría.

Manta, agosto del 2017

Sonia Maribel Herrera Parrales

AGRADECIMIENTO

“La gloria máxima de un pueblo provienen de sus maestros”

Expreso mis sinceros agradecimientos a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí y a sus distinguidas autoridades por brindar la oportunidad a los estudiantes manabitas de enriquecer nuestras experiencias a través de la realización de permitir elaborar el proyecto para mi titulación de Licenciada en trabajo social, lo que me permite mejorar intelectual y profesionalmente. A mi tutora de proyecto Licenciada Patricia López Mero por su valioso aporte para que este proyecto se cumpla a cabalidad, maestra verdadera en la docencia, talentosa y motivadora, que potencializo mi conocimiento y elevo mi autoestima.

Sonia Maribel Herrera Parrales

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a las personas impulsadoras que me permitieron iniciar la Licenciatura y la orientación adecuada para llevar a cabo la culminación con mucha satisfacción. A mi esposo e hijos con mucho amor a quienes me impulsaron para culminar con éxito esta etapa de mi vida profesional. A Dios el ser supremo que me ilumina cada día de vida. A mis padres quienes me dieron la vida, a mis hermanos que me encaminaron por el sendero del bien.

Sonia Maribel Herrera Parrales

ÍNDICE

CERTIFICADO DE REVISIÓN DEL TUTOR.....	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO.....	iii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA.....	vi
TEMA.....	x
RESUMEN.....	1
SUMARY EJECUTIV	2
CAPITULO I.....	3
1.- Introducción	3
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Formulación del problema.....	6
1.3 Línea de Investigación	6
1.4 Objetivos.....	6
1.5 Hipótesis	7
1.6 Justificación	7

CAPITULO II.....	8
2.- Diseño teórico	8
2.1. Antecedentes de la investigación.....	8
2.2 Fundamentación teórica.....	11
2.2.1. La Adolescencia	11
2.2.1.1. Teorías de la adolescencia	12
2.2.1.2. Etapas de la adolescencia	13
2.2.2. El embarazo en la adolescencia.....	18
2.2.3 Trabajo Social.....	37
2.2.3.1. El Trabajador Social	37
2.2.3.2. Funciones de los Trabajadores Sociales	38
2.2.3.3. Áreas del Trabajo Social.....	40
2.2.3.4 El rol del Trabajador Social en el Área de Salud	42
2.3. Fundamentación legal	46
CAPITULO III	49
3.- Diseño metodológico	49
3.1 Tipo de Investigación.....	49
3.2 Nivel de Investigación	50

3.3	Métodos de Investigación	50
3.5	Población y Muestra	51
3.5.1.	Población	51
3.5.2.	Muestra	51
3.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	51
CAPITULO IV		52
4.	Análisis y presentación de resultados	52
4.3	Recomendaciones	61
4.4	Referencias bibliográficas	62
4.5	Anexos.....	65
Anexo No. 1.....		65

TEMA

“EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES. ESTUDIO DE CASOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE LA PARROQUIA TARQUI. AÑO 2017”

RESUMEN

La presente investigación cuyo tema es: “Embarazo precoz en adolescentes. Estudio de casos en el Centro de Salud San José de la Parroquia Tarqui. Año 2017” para la cual se planteó como objetivo general: Determinar la incidencia del embarazo precoz en adolescentes menores de 15 a 19 años de edad, de los casos registrados en el centro de Salud “San José” de la Parroquia Tarqui – Manta. Se utilizó los métodos Inductivo y Deductivo, analítico y sintético que permitió realizar el análisis de los resultados obtenidos en las encuestas que se aplicaron a las adolescentes embarazadas y la entrevista realizada a la directora. Al final de la investigación se plantearon las siguientes conclusiones: Se identificó que existe un alto índice de adolescentes que se atienden en el centro de salud San José debido a que es el único que existe en el lugar (Barrio San José); Las condiciones socioeconómicas que presentan las adolescentes es de la media hacia abajo, viven en los barrios que están ubicados alrededor del centro de salud, el jefe de hogar se dedican a la pesca, comercio eventual, mecánica automotriz y como obreros en las fábricas de pescado; Los problemas que enfrenta las adolescentes embarazadas son: abandono de la pareja, rechazo de los padres por lo tanto , viven con los abuelos; deserción escolar, abandono del ámbito laboral, la falta de comunicación con los padres en temas de sexualidad y métodos anticonceptivos.

Palabras Claves:

Embarazo precoz adolescente socioeconómicas educación

SUMARY EJECUTIV

The present research whose theme is: "Early pregnancy in adolescents. Case study at the San José Health Center in Tarqui Parish. Year 2017 "for which it was proposed as a general objective: To determine the incidence of precocious pregnancy in adolescents younger than 15 to 19 years of age, of the cases registered in the" San José "Health Center of the Tarqui - Manta Parish. We used the methods Inductive and Deductive, analytical and synthetic that allowed the analysis of the results obtained in the surveys that were applied to the pregnant adolescents and the interview made to the director. At the end of the research the following conclusions were made: It was identified that there is a high rate of adolescents who attend the San José health center because it is the only one that exists in the place (Barrio San José); The socioeconomic conditions presented by adolescents are from the average down, living in neighborhoods that are located around the health center, the head of household are engaged in fishing, casual trade, automotive mechanics and as workers in fish factories ; The problems faced by pregnant teenagers are: abandonment of the couple, rejection of the parents therefore living with the grandparents; dropping out of work, lack of communication with parents on issues of sexuality and contraceptive methods.

Keywords:

Pregnancy precocious teen socioeconomic education

CAPITULO I

1.- Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

El trabajo de investigación “Embarazo precoz de las adolescentes”, ha sido escogido por cuanto existen preocupantes estadísticas en las que se puede apreciar que los jóvenes inician su actividad sexual cada vez en menor edad, debido a diversos factores entre los cuales están la desinformación, presiones de tipo social y hasta sus propias parejas. En este devenir de circunstancias, los adolescentes en muchas ocasiones, debido a la desinformación, no aplican métodos anticonceptivos cuando mantienen relaciones sexuales, teniendo como consecuencia inmediata el embarazo no deseado y sus consecuentes problemas. Este tema que tiene que ver con la época en que inician las relaciones sexuales, mantiene su complejidad, porque tiene mucho que ver el entorno, especialmente con la formación familiar.

Dentro de este tema se debe considerar a la familia, pilar importante de la sociedad, ya que es en este círculo social en donde se empieza el verdadero aprendizaje, en todos los aspectos, incluyendo los aspectos afectivos y de valores: se aprende a amar, se aprende a reír, a valorar a los seres querido y aún a aquellos que no forman nuestro círculo social inmediato, de ahí la importancia que tiene en la formación de la personalidad y de obtener en ella las herramientas para desenvolverse en el mundo social.

La adolescencia es una de las etapas más difíciles para los seres humanos, ya que es un estado de inmadurez en donde se busca una madurez, en la que corremos el riesgo de fracasar o cometer errores que dejarán huella en nuestra vida futura.

Para los psicólogos la problemática radica en el seno familiar. “Vivimos en una sociedad acelerada, les demos o no el preservativo, los jóvenes van a tener sexo. El problema es que no hay educación familiar, generalmente las madres adolescentes son hijas de padres adolescentes, de baja condición económica, que no tienen una preparación académica.

En la actualidad el embarazo y maternidad de adolescentes son más frecuentes de lo que la sociedad quisiera aceptar. “Es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto”. (Álvarez, 1991).

Los embarazos en las adolescentes en la mayor parte del mundo, son el resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado. Sabemos que es característica de todas las sociedades que mujer tenga menos acceso o ejerza menos control de los recursos de valor que el hombre; por ejemplo, en los países en vías de desarrollo, generalmente a ellas se les niega la educación y las habilidades para competir. Así, “la maternidad se presenta como el único modo de alcanzar un lugar en la sociedad”. (Escobar y Muñoz 1995).

El Embarazo en la adolescencia constituye un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, que últimamente se ha expandido considerablemente en nuestro país.

En el Ecuador, las cifras de embarazos precoces registrados en niñas y adolescentes de 10 a 14 años son preocupantes, tanto para padres de familia como para autoridades y organizaciones sociales e internacionales.

De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda, realizado en 2010, en el país hay 346 700 niñas, de las cuales 2 080 ya han sido madres. Si bien la cifra representa menos del 1% del total, da cuenta de un incremento del 74% en los 10 últimos años. A ello se suma una alta tasa de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años. (DIARIO HOY, Publicado el 27/Febrero/2012).

En efecto, de 705 163 adolescentes censadas en el Ecuador, 121 288 jóvenes, es decir el 17,2%, ha sido madre. Estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes.

En Manta según datos estadísticos del Distrito de Salud N.2 la incidencia de embarazos precoz es del 36% en adolescentes cuyas edades comprende entre 10 y 19 años de edad.

El Hospital recibió en el año 2012 a 137 adolescentes embarazadas, pero no se tienen registros de la situación familiar en las que viven dichas jóvenes. Este trabajo busca conocer de primera mano las implicaciones que tiene en la familia el hecho de tener a una adolescente embarazada, tomando como referencia los casos que se han presentado entre enero y junio de 2013.

El centro de salud “San José” reporta 151 casos de adolescentes embarazadas desde enero a julio del 2017, no obstante esta cifra es menor a 299 adolescentes que se atendieron en el año 2016.

1.2 Formulación del problema

¿De qué manera incide el embarazo precoz en las adolescentes menores de 15 a 19 años de edad que asisten al Centro de Salud San José de la parroquia Tarqui?

1.3 Línea de Investigación

Familia, género y generación

1.4 Objetivos.

Objetivo General

Determinar la incidencia del embarazo precoz en adolescentes menores de 15 a 19 años de edad, de los casos registrados en el Centro de Salud “San José” de la Parroquia Tarqui – Manta.

Objetivos Específicos

- Identificar el índice de embarazos adolescentes de menores de 15 a 19 años registrados en el Centro de Salud “San José” de la Parroquia Tarqui - Manta.
- Diagnosticar las condiciones socioeconómicas y familiares en las que viven las adolescentes embarazadas.
- Reconocer la problemática que enfrentan las adolescentes que se embarazan precozmente.

1.5 Hipótesis

¿El embarazo precoz incide en adolescentes menores de 15 a 19 años de edad, de los casos registrados en el Centro de Salud “San José” de la Parroquia Tarqui – Manta?

1.6 Justificación

La presente investigación fue de gran importancia realizarla debido a los casos de jóvenes embarazadas que fueron atendidas en el centro de Salud “San José” y que crea preocupación por parte de los padres y familiares por las consecuencias que genera en la sociedad.

Su aporte radica en el conocimiento que se obtiene y que se utilizará por los profesionales de la institución para aplicar propuestas que erradiquen el problema y contribuir con la sociedad a través de programas de prevención, involucrando a las familias de las jóvenes para evitar el embarazo a temprana edad.

Por otro lado, atender oportunamente a quienes están embarazadas para evitar consecuencias fatales, ya que no todas aceptan con beneplácito su embarazo.

Esta investigación demuestra su originalidad al no encontrar otros estudios y más bien se sustenta en estudios variados acerca del embarazo precoz que se han realizado en otras instituciones de salud.

Fue factible realizarla porque se contó con la participación de las jóvenes embarazadas que se atienden en el centro de salud “San José” y la autorización de los directivos de la institución para llevar a efecto la investigación.

Los beneficiarios directos son las jóvenes embarazadas y beneficiarios indirectos las familias y por ende, la sociedad.

CAPITULO II

2.- DISEÑO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Ramírez (2012) realizó una tesis de grado titulada "El Embarazo en Adolescentes del Estado Aragua" de la Universidad Central de Venezuela (2009, Septiembre 11), con el objetivo de diagnosticar las causas del mismo. La investigación se adaptó a la modalidad de un trabajo de campo, con una población de 103 jóvenes embarazadas comprendidas entre los 11 y 18 años. La recolección de datos se realizó mediante encuestas y censos. Plantea las siguientes conclusiones: Las adolescentes embarazadas por lo general poseen bajo nivel socioeconómico, La edad promedio del embarazo fue de los 16 años (moda), la mayoría de ellas con un deficiente grado de instrucción, con escasos conocimientos, en su mayoría dependiente del núcleo familiar de donde procedía, los cuales permitieron concluir que la mayoría de las adolescentes embarazadas presentan una invasión cultural distorsionada, facilitada por la televisión, las revistas pornográficas, la violencia, etc. En contraposición a la falta de programas oficiales sobre educación sexual, han hecho que estas adolescentes se adelanten en su vida reproductiva sin culminar su educación y capacidad para enfrentarse a un futuro más prometedor.

En la Universidad Estatal de Bolívar, Ecuador, se plantea el estudio: Evaluación de la aplicación del programa de atención de salud integral y diferenciada de las adolescentes de 14 - 19 años, en relación al embarazo precoz que acuden a consulta externa del centro de salud "caluma" del área nº 2 de San Miguel de Bolívar de noviembre del 2010 a marzo del 2011", y entre sus conclusiones más relevantes está: Las adolescentes que acuden al Centro de Salud Caluma en su mayoría desconocen el Programa de Atención Integral y

Diferenciada, que oferta el Ministerio de Salud Pública; Se concluye que no existe la participación de las adolescentes en talleres sobre los riesgos del embarazo lo cual incide en que este se convierta en un factor para que se embaracen sin conocer los riesgos.

(Sánchez A. A., 2015) En la Universidad Regional Autónoma de los Andes “UNIANDÉS” realizó un estudio cuyo título es “Embarazos en la adolescencia y factores de riesgos maternos en el hospital Provincial General de Latacunga en el periodo 2015”. Planteó las siguientes conclusiones: El embarazo en la adolescencia es un problema de gran importancia por lo que es necesario el desarrollo de políticas serias de salud sobre todo en educación sexual y sanitaria que ayude a disminuir las tasas de embarazos en este grupo etáreo, lo que garantizará un mejor estilo de vida tanto para la madre como para su hijo teniendo así una respuesta positiva en el desarrollo futuro de la sociedad.

(Torres, 2015) En la Universidad de Loja área de Salud Humana realiza un estudio sobre Complicaciones del embarazo en adolescentes usuarias del Hospital General Macas y plantea las conclusiones que se detallan a continuación; De acuerdo a las características de la población en estudio, la edad promedio de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital General Macas es de 16 - 19 años de edad, con el 60,00% con el 62,50% pertenece al grupo indígena, su procedencia es de la zona rural en un 72,50%, la ocupación de las adolescentes en el 50,00% son estudiantes, son madres solteras el 42,50%. La prevalencia de embarazo con complicaciones en adolescentes es de 80,00% de la población de adolescentes embarazadas. La complicación materna más frecuente es la Infección de Vías Urinarias con el 37,50%. Las principales complicaciones identificadas en el Recién Nacido fueron: Ictericia Neonatal y Bajo Peso al Nacer; la edad gestacional en la adolescente investigada fue a término en 70,00%. Los factores de riesgo predisponentes del embarazo es

el desconocimiento en el 42,50%, la falta de dialogo entre padre e hijos con el 47,50%, obtuvieron aceptación por parte de la familia el 55,00%, el 8,00% fueron producto de abuso sexual. Los factores que influyen en las complicaciones del embarazo es el desconocimiento de riesgos con el 47.50%, siendo un alto índice de adolescentes que desconocen las complicaciones que conllevan al quedar embarazada. Fue necesaria la intervención de un plan de enfermería con la finalidad de contribuir en la prevención de embarazo en adolescentes con lo cual se mejoraría la vida de las adolescentes.

(Aquino, 2013) Realiza un estudio sobre “ Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 q 18 años en Maternidad Mariana de Jesús” plantea las siguientes conclusiones: En cuanto a los meses de investigación el mayor porcentaje de adolescente embarazadas de 12 a 18 años se presentó en el mes de septiembre 26%, seguido de octubre 20%, y enero 16%, mientras que el menor porcentaje se presentó en el mes de febrero con 10%; En cuanto al rango de edad el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje lo presento las pacientes de 12 a 14 años con el 10%. ; De acuerdo al estado civil el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes del unión libre 51%, seguido de solteras 21%, y separadas 19%, mientras que el menor porcentaje se presentó en pacientes casadas 9%. ; El mayor porcentaje de adolescentes embarazadas en la maternidad Mariana de Jesús de acuerdo a la residencia, es Urbano Marginal 37%, seguido de Urbano Central 30%, mientras que el menor porcentaje se presentó en pacientes de residencia Rural 15%.; En cuanto a factores de riesgos que predispones a problemas obstétricos en adolescentes embarazadas, corresponde a IVU con 47%, seguido de vaginosis 21%, y exceso físico 17%, mientras que el menor porcentaje fue traumatismo 15%.; Dentro de las causas psico - sociales el mayor porcentaje lo presenta la

falta de educación sexual 30%, luego problemas familiares 23%, seguido de maltrato familiar y pobreza con el 20% cada uno, y 7% abuso sexual.

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. La Adolescencia

En los adolescentes hay un periodo de transición y se va a caracterizar por la presencia de cambios biológicos, psíquicos, comportamiento social del joven.

Los cambios biológicos se deben al aumento de secreción de hormonas. Va a aparecer en los jóvenes los caracteres sexuales secundarios, crecimiento y desarrollo de los músculos, sistema respiratorio, circulatorio, gónadas, órganos reproductores. (enfermería, 2012)

En la mujer el proceso de crecimiento se inicia entre los 9 y 10 años, alcanzando los máximos valores ente 12 y 13 años. En los varones se inicia entre los 14 y 15 años. Los profesionales de la salud tienen a cargo la evolución biológica de los adolescentes que le van a permitir, conocer de una forma amplia el crecimiento normal, diversidad de factores que influyen en el crecimiento, entre ellos tenemos los ambientales y las condiciones nutricionales. (Galvez, 2011)

La evaluación integral del crecimiento y desarrollo se basa en los aspectos: 1) elaboración de una buena historia, 2) evaluación antropométrica, 3) examen paraclínico. 4) interpretación de los hallazgos (orientación diagnósticos). El profesional de salud para conocer el crecimiento de estos jóvenes adolescentes debe tener dimensión corporal.

2.2.1.1. Teorías de la adolescencia

Los distintos enfoques, de las distintas teorías, creemos que son importantes manejarlas para poder tener un mejor dominio del proceso abordado en el presente trabajo, por tanto a continuación daremos un esbozo de los principales teóricos o corrientes que tratan el tema.

Teoría psicoanalítica de FREUD: Según esta teoría la adolescencia es un estadio del desarrollo en el que brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo genital. Supone, por un lado, revivir conflictos edípicos infantiles y la necesidad de resolverlos con mayor independencia de los progenitores y, por otro lado, un cambio en los lazos afectivos hacia nuevos objetos amorosos. (Galvez, 2011)

Teoría de la adolescencia de ERIKSON: la adolescencia es una crisis normativa, es decir, una fase normal de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles.

Visión psicosociológica: Esta visión subraya la influencia de los factores externos. La adolescencia es la experiencia de pasar una fase que enlaza la niñez con la vida adulta, y que se caracteriza por el aprendizaje de nuevos papeles sociales: no es un niño, pero tampoco es un adulto, es decir, su estatus social es difuso. En este desarrollo del nuevo papel social, el adolescente debe buscar la independencia frente a sus padres. Surgen ciertas contradicciones entre deseos de independencia y la dependencia de los demás, puestos que se ve muy afectadas por las expectativas de los otros.

Escuela de Ginebra. PIAGET: Este autor señala la importancia del cambio cognitivo y su relación con la afectividad. El importante cambio cognitivo que se produce en estas edades

genera un nuevo egocentrismo intelectual, confiando excesivamente en el poder de las ideas.
(Galvez, 2011)

Teoría de ELKIND: Como autor de orientación piagetiana, habla de dos aspectos de ese egocentrismo adolescente: “la audiencia imaginaria”, que es la obsesión que tiene el adolescente por la imagen que los demás poseen de él, y la creencia de que todo el mundo le está observando; y “la fábula personal” que es la tendencia a considerar sus experiencias como únicas e irrepetibles.

Teoría focal de COLEMAN: Este autor toma a la adolescencia como crisis, si bien los conflictos se dan en una secuencia, de tal forma que el adolescente puede hacerlos frente y resolver tantos conflictos sin saturarse. (Galvez, 2011)

2.2.1.2. Etapas de la adolescencia

La adolescencia, es el período comprendido entre los 12 y 19 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 11 años en las niñas y a los 12 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende desde los 15 a los 19 años. Para los jóvenes comprende desde los 10 a los 24 años, incluyendo por tanto la adolescencia (de 10 a 19 años) y la juventud plena (de los 19 a los 24 años).
(Menacho, 2005)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004)) afirma que:

Se estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren al año. La OMS define la adolescencia como la etapa que va entre los 10 u 11 años hasta los 21 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15

años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años. Sin embargo, la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere.

Sin embargo, la palabra adolescencia procede del verbo latino "adolescere", que significa crecer, aproximarse a la madurez. De acuerdo con esto, se denomina así a la etapa de la vida humana que se interpone entre "infancia" y la edad "adulta". Cronológicamente abarca de los 11 a los 18 o 20 años en las muchachas, y de los 13 a los 19 o 21 en los muchachos.

Etapas de la Adolescencia

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

- Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.
- Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.
- Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.
- Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años)

- Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.
- Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

- Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.
- Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.
- Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes". (Menacho, 2005)

Desarrollo afectivo del adolescente

Dentro del desarrollo afectivo del adolescente, tomaremos como rasgos principales y fundamentales de comprensión para el objetivo del presente trabajo dos temas.

La Identidad Personal

La adolescencia es un momento de búsqueda y consecución de la identidad personal. Esta identidad es de naturaleza psicosocial y contiene importantes ingredientes de naturaleza cognitiva. "El adolescente se juzga a sí mismo de la misma forma de cómo es percibido por

los otros, y se compara con ellos. Estos juicios pueden ser conscientes o inconscientes, con inevitables connotaciones afectivas, que dan lugar a una conciencia de identidad exaltada o dolorosa, pero nunca afectivamente neutra.” (Menacho, 2005)

El auto concepto es el elemento central de la identidad personal, pero integra en sí mismo elementos corporales, psíquicos, sociales y morales.

Los cambios fisiológicos obligan a revisar y rehacer la imagen del propio cuerpo. La preocupación por el propio físico pasa a primer plano. Pero no sólo la imagen del propio físico, sino la representación de sí mismo pasa a constituir un tema fundamental. El adolescente tiene una enorme necesidad de reconocimiento por parte de los otros, necesita ver reconocida y aceptada su identidad por las personas (adultos, compañeros) que son significativas para él. Es este reconocimiento y aceptación lo que asegura un concepto positivo de sí mismo.

La Conducta Sexual

Con la pubertad ha comenzado la capacidad sexual propia del organismo humano maduro, con la instauración de la genitalidad. En todos los tiempos y en todas las sociedades, la adolescencia parece haber sido una etapa de peculiar actividad sexual. Lo que varía de unas épocas a otras, de unas sociedades a otras, son los modos o patrones de ejercer esa sexualidad. (Mera, 2009)

La actividad más característica entre adolescentes suele ser la conducta heterosexual de caricias íntimas, dentro de un marco de encuentro, que puede dar lugar a desarrollar distintos tipos de sentimientos y comportamientos: desde la mera simpatía y amistad, hasta el enamoramiento propiamente dicho. (García, 2008)

Desarrollo Psicológico

El adolescente para el crecimiento normal hay cambios rápidos, notables en la conducta, manera de pensar, comprensión, hay crecimiento corporal, incluye la capacidad de reproducción. Presenta un proceso de aprendizaje acerca de si mismo, intimidad emocional, integridad, independencia, toma de decisiones con la responsabilidad de un adulto. (Berger, 2006)

Aspectos psicológicos

Como factores de índole psicológica, hay que considerar que las adolescentes generalmente se involucran en relaciones sexuales por razones no sexuales, como una manera de independizarse de los adultos y sus valores asociados a un sentimiento de rechazo hacia las figuras de autoridad, o bien las realizan como un medio de satisfacer aquellas necesidades afectivas, "Se ha encontrado algunos factores de personalidad que facilitan el embarazo adolescente, como son la necesidad de establecer metas apropiadas y gratificarse a sí misma por sus propios logros; escasa tolerancia a la frustración; labilidad emocional; falta de control de los impulsos; afectividad empobrecida; y escaso nivel de madurez emocional". Otro factor de personalidad es la presencia de una autoestima disminuida, por lo que ellas buscarían en el sexo llenar una necesidad de autoafirmación.

Psicológicamente la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios en los planos intelectual, emocional y social, conjuntamente con las transformaciones propias de este periodo. (Bolívar, 2005)

Cambios en la adolescencia

Cambios intelectuales:

El pensamiento desarrollado en esta edad se vuelve más flexible, puede manejar un mayor número de operaciones mentales, comprender y aceptar una gama más amplia de situaciones sociales y teorizar sobre aquellas que no son comprendidas en forma directa; comienzo del empleo de la lógica para solucionar problemas, el pensamiento adopta el método hipotético inductivo, puede realizarse planificaciones y elaborar proyectos a largo plazo. Las operaciones mentales incluyen conceptos abstractos, los cuales permiten desligar al pensamiento de la realidad perceptible. (Guijarro, 2011)

Cambios emocionales:

García (1992), refiere que los adolescentes deben enfrentarse a conflictos de primera infancia, los cuales no han sido totalmente resueltos entre ellos, la búsqueda de la propia identidad y el concepto de sí mismo, la aparición de la genitalidad como posibilidad real de procreación, la necesidad de identificación de entonces el tema central de la adolescencia. Des ubicación temporal, el ansia de satisfacción de las necesidades es apremiante; Ideación omnipotente, el yo se ha constituido en el eje central de la conflictiva adolescente.

Cambios sociales:

Critica de las normas o valores familiares, especialmente aquel proveniente de los padres
Por extensión se cuestiona también la autoridad y la disciplina externa. (Erikson, 1972)

2.2.2. El embarazo en la adolescencia

La adolescente alcanza la maduración sexual en esta etapa de la vida, manifiesta cambios en los patrones de comportamiento sexual, con la tendencia al inicio de la actividad sexual, por lo tanto, se enfrenta a un nuevo rol, el de la procreación. Al adquirir esta capacidad, mientras

más temprano la adolescente comience su vida sexual, es más probable la presencia de consecuencias negativas, tanto en el corto como en el largo plazo. (Gavilanes, 2011)

Durante la adolescencia un embarazo es un evento no esperado, que afecta el desarrollo particularmente de la adolescente, debido al contexto sociocultural y económico que enmarca esta situación. Por lo tanto, es fundamental conocer los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia y las implicaciones que encierra este fenómeno, considerado como un problema social, por las repercusiones que conlleva en el plano individual, y en la sociedad, que generalmente no brinda las mejores oportunidades para que las adolescentes vivan su embarazo en buenas condiciones.

El embarazo en el adolescente tiene muchos factores tanto de incidencia como de consecuencias, desde el aspecto médico, embarazarse durante la adolescencia trae serias consecuencias:

- Un problema que se presenta en este tipo de embarazos es la falta de atención médica desde el inicio del embarazo, debido a que generalmente las chicas no avisan pronto a sus padres, tardan en decirles de su situación de 4 a 5 meses, los cuales pasan sin revisión alguna.
- Las mujeres de 16 años o menos corren el riesgo de pre eclampsia y eclampsia.
- El bajo peso al nacer de los lactantes hijos de adolescentes aumenta y probablemente se debe a causas orgánicas tales como anomalías placentarias, nutrición deficiente, tabaquismo y consumo de drogas. (Monsalve, 2010)
- La mortalidad materna en ésta etapa, incluso en numerosas naciones en vías de desarrollo figura dentro de las causas más frecuentes de muerte en las adolescentes, la mayoría se deben a embolia, enfermedad hipertensiva, embarazos ectópicos
- Algunas chicas optan por el aborto a veces clandestino que pone su vida en peligro debido a sepsis y hemorragias presentadas durante el proceso.

Aspecto psicosocial

-Algunas jóvenes madres optan por la adopción que les crea una gran culpa y arrepentimiento, sobre todo en etapas más maduras de su vida.

- Hay quienes deciden tener soltera al hijo, enfrentándose a grandes carencias y dificultades. Su proyecto de vida se ve frenado, sufren agresiones por parte de su familia y del entorno y tienen menos oportunidades de conseguir un empleo (cuando lo obtienen es mal remunerado), sin olvidar que deben educar a su hijo en medio de un ambiente desfavorable.

(Victoria)

- Otras jóvenes madres deciden (si es que la pareja responde) casarse. Sin embargo existen altas probabilidades de que su matrimonio no resulte porque los chicos se enfrentan a un evento inesperado, sorpresivo; no son capaces en esos momentos de llevar una vida de pareja independiente económicamente, no están lo suficientemente maduros para que su relación perdure, ni están preparados para recibir un hijo y mucho menos cuidarlo.

Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente

Es posible sostener que existen varios factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia, rara vez estará involucrado un único factor. Entre los más significativos encontramos:

Factores psicológicos:

Dentro del contexto individual, es importante reconocer las características psicológicas más sobresalientes de la adolescente, que tiene mayor tendencia a presentar un embarazo en esta etapa:

- La falta de proyecto de vida asociado a escasas expectativas hacia el futuro, incluido el bajo logro educativo.

- Baja autoestima, relacionada con sensaciones de incompetencia, ansiedad, depresión.
- Sentimientos de soledad asociados a ausencia afectiva
- Tendencia a la impulsividad
- Problemas de comportamiento
- Alta tendencia a asumir conductas de riesgo, asociadas a una percepción de invulnerabilidad.
- Menor nivel intelectual
- Percepción menos realista con respecto a la maternidad, el amor y el matrimonio

Factores sociales y familiares:

En primer lugar, podemos citar “los factores relacionados con la desestructuración y/o disfuncionalidad familiar, comunicación inadecuada y falta de apoyo familiar” (Carranza, 2013), estos rasgos caracterizan a familias que no cuenta con una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, como el de brindar protección a sus miembros y promover sus potencialidades. La familia al no cumplir adecuadamente con sus funciones, limita la satisfacción de necesidades básicas, afectivas y de desarrollo, en consecuencia, podría ser éste, un ambiente potencial para el surgimiento de conductas de riesgo en las adolescentes. La tensión familiar está asociada a mayor frecuencia de relaciones sexuales entre adolescentes.

Así mismo, la actitud parental frente a los comportamientos sexuales de las adolescentes, con alta tendencia a la permisividad, influirán significativamente en la ocurrencia de embarazos durante esta etapa.

Por otro lado, “algunos estudios determinan como factor de riesgo para embarazos en adolescentes el haber sufrido abuso sexual durante la infancia y/o adolescencia” (Gavilanes, 2011) este tipo de violencia sexual se reproduce sistemáticamente en estos grupos, por lo que una menor abusada sexualmente, advierte un alto riesgo de embarazo.

Se estima que otro factor relacionado con el embarazo adolescente, responde a las limitaciones e insuficiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a la información y la educación en materia de sexualidad.

Como se hizo referencia en el capítulo de anticoncepción en la adolescencia, se señaló que esta población está menos expuesta a estos servicios, creando una demanda insatisfecha en el uso de métodos anticonceptivos efectivos.

Factores socioeconómicos:

Por otra parte, existen factores socioeconómicos relacionados con la incidencia de embarazos en la adolescencia. Según el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador “el embarazo adolescente también expresa las enormes brechas socioeconómicas prevalecientes con relación a los niveles de ingreso y educación, así como las desigualdades entre las zonas urbanas y rurales” (MD, 2011), esto hace referencia a que en el Ecuador, dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez, en tanto, alrededor del 30% de las adolescentes del quintil más pobre son madres, mientras el 10% de las adolescentes de mayor nivel de ingresos son madres o se embarazan.

Además, la fecundidad adolescente en áreas rurales son 30% más altas que en áreas urbanas, lo que podría responder a la realidad sociocultural de las áreas rurales, donde existen

importantes proporciones de población indígena, que consideran al embarazo adolescente como parte de sus prácticas culturales.

Implicaciones del embarazo en la adolescencia

Desde una perspectiva general, el embarazo adolescente es a la vez causa y producto significativo de las desigualdades socioeconómicas, generacionales y de género. Este acontecimiento se relaciona con importantes implicaciones sociales y económicas, que incluyen procesos de socialización precarios, dificultades para asumir la responsabilidad de una familia, problemas y falta de oportunidades para la formación académica y laboral, rechazo o pérdida de redes sociales como la familia, ausencia o falta de apoyo de la pareja. Esta serie de aspectos limitan las posibilidades de desarrollo humano y social. (BLANCA MARITHZA LEÓN CONTRERAS, 2012)

En el plano individual, afecta de manera determinante el futuro y el proyecto de vida de los/as adolescentes, pero particularmente el de ellas. Las repercusiones son más evidentes y de mayor impacto para la chica que para el chico, producto de la inequidad de género. El embarazo en la adolescente produce efectos en el aspecto psicológico. (Palacios, 2011)

Entre las implicaciones más significativas se destacan: inestabilidad emocional; efectos adversos para la salud de la joven y su bebé, incluyendo riesgo de aborto; consecuencias educativas, pudiendo llegar al abandono escolar; la inserción precaria en el mercado laboral, sea este presente o futuro; la reproducción intergeneracional de la pobreza; además, el riesgo de una formación deficiente para los hijos/as de la madre adolescente, ya que la gran mayoría de éstas jóvenes, se encuentran en una perspectiva de exclusión y marginación. (Victoria)

Riesgo en el embarazo y en el parto de las adolescentes.

El proceso del embarazo y el parto de una adolescente son de muy alto riesgo físico. Existe una gran probabilidad de que durante el mismo se presenten complicaciones cuanto menor es la edad de la embarazada. (Victoria)

El riesgo durante el parto es mayor si no se tiene una adecuada nutrición que, en la mayoría de los casos, es escasa en nutrientes y minerales que afectan tanto a la madre como al niño. El bajo peso del niño y el parto antes del tiempo, son mayores en los partos de las adolescentes debido a la inmadurez hormonal de la adolescente y a que el útero no ha completado su desarrollo. Los bebés que vienen al mundo con peso bajo pueden tener problemas de salud durante los primeros meses de vida. Por ello es necesario que exista un adecuado control del pediatra desde su nacimiento. Una vez que nace el niño, la vida de la joven madre da un gran giro, ya que el bebé requiere de muchas atenciones básicas y tendrá que asumir la responsabilidad además de adquirir capacidades para la crianza.

Se ha comprobado, que los bebés nacidos de adolescentes suelen tener menores resultados académicos y menos habilidad motora, pero a pesar de estas dificultades si la madre recibe la ayuda y el entorno adecuado él recién nacido puede tener un adecuado desarrollo y un comportamiento normal.

2.2.3. La familia

A lo largo de la historia el hombre ha sobrevivido en grupos, siendo una condición inherentemente humana, ha actuado y participado en ellos, con el fin de satisfacer necesidades bio-psico sociales, considerándose el más importante, la familia, por su aporte a la sociedad, se ha institucionalizado como el escenario en el que se promueven las

necesidades básicas del individuo, en particular de los hijos, quiénes encuentran ahí respuesta a sus necesidades y las condiciones para convertirse en adultos autónomos. (Gavilanes, 2011)

Para algunos autores, el origen etimológico de la palabra familia es muy incierto. Unos sostienen que proviene de la voz latina *fames* ("hambre"); otros afirman que proviene de la raíz latina *famulus* ("sirviente" o "esclavo doméstico") que se utilizaba para designar el conjunto de esclavos de un romano. En un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. En la estructura original romana la familia era regida por el pater familiaris, quien detentaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte, no sólo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos.

No se puede dar una definición exacta de familia puesto que cada tipo de familia requiere su propia definición. Aunque si conocemos una definición histórica aplicable a todas las familias. Según la enciclopedia Larousse “una familia es un conjunto de personas de la misma sangre, del mismo linaje, de la misma casa”. (Gavilanes, 2011)

También se podría definir como “la unión de personas por medio de lazos emocionales y sociales, sin tener en consideración los rasgos sanguíneos”

La familia, para las ciencias sociales, es un grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio, presente en todas las sociedades. Idealmente la familia proporciona a sus miembros, protección, compañía, seguridad y socialización.

La familia constituye un elemento fundamental de la persona como tal puesto que nos formamos en una identidad desde el seno de una familia, lo vivido en el seno de un ambiente familiar ejerce su influencia para la identidad personal de los componentes de esa familia. (Ramírez, 2012)

Tipos de familia

Existen varias formas de organización familia y de parentesco, entre ellas se puede distinguir las siguientes:

Familiar 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.

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 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.

Familia monoparental, es aquella 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.

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 en 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.

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.

Como se ha podido apreciar, hay diversos tipos de familia, y por ello son múltiples las formas en que cada uno de sus miembros se relaciona y viven cotidianamente. Para entender un poco mejor los modos de ser familia a continuación veremos 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. (Dalan, 2008)
- **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 dependen 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 padres, busca la compañía de los hijos/as y depende de estos para su satisfacción. En pocas palabras "viven para y por sus hijos". (Dalan, 2008)
- **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 y 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, por lo tanto, se sienten felices y con altos grados de madurez e independencia. (Dalan, 2008)

Funciones básicas de la familia

La familia cumple dos funciones básicas: el desarrollo personal de los hijos y la socialización. Las tareas básicas de la familia van más allá de la crianza de los hijos, entendida como alimentación y salud física, e incluso más allá de la protección y el afecto. La familia entonces pretende, el desarrollo personal de todos sus miembros y su incorporación activa al entorno social.

El ambiente familiar

La familia es, sin duda, la formación básica de la sociedad humana. Su origen es biológico como alguna de sus esenciales funciones, pero también es un factor cultural de trascendental importancia en la vida del hombre, tanto desde el punto de vista de su ser social, como de su personalidad, sobre la cual ejerce una poderosa influencia, cuya profunda huella ha ido poniendo de manifiesto la psicología contemporánea. (Tomás, 2003)

“Como institución formativa de la personalidad social e individual, la familia desempeña un papel de primordial importancia en la formación del carácter personal y el desarrollo de la sociabilidad.” (Dalan, 2008) En el seno de ella forman sus hábitos de convivencia las nuevas generaciones. Y en cuanto a lo individual, mucho del contenido emocional y de las actividades que dan tono y color a la conducta personal, es infundido en el subconsciente del sujeto por el ambiente familiar en la época de la vida de mayor plasticidad y menor discernimiento crítico, formando una de las modalidades más persistentes de la personalidad.

El modo de ser, los criterios personales y sentimientos, las opiniones y actitudes reflejan en gran medida, con manifestaciones individuales, los de los padres y familiares más íntimos o de mayor prestigio.

La familia constituye también, el vehículo transmisor por excelencia de la herencia cultural en el aspecto normativo y regulador: costumbres, modales personales, sentimientos y desviaciones de lo establecido y secularmente admitido como 'bueno' y socialmente conveniente. (Parraga, 2012-2013)

El ambiente familiar tiene la máxima importancia en la integración de la personalidad, en la estructuración afectiva, es prácticamente la única fuente de experiencias del ser humano durante sus primeros años, es pues notoria la importancia de la organización de la familia respecto al desarrollo físico, psíquico y moral del niño. Es en el ambiente familiar donde los niños pueden recibir algunas perturbaciones provenientes de la disfuncionalidad de sus miembros, esta disfuncionalidad puede presentar las siguientes características:

- Dinámica patriarcal dominante con sumisión de la mujer y los hijos menores o adolescentes hasta cierta edad.
- Irresponsabilidad del padre donde es frecuente que la dinámica familiar sufra un proceso de inversión que obliga a la mujer a asumir toda la responsabilidad del hogar, no sólo en la crianza sino en la adquisición de los recursos materiales para su subsistencia y la de la familia.
- Reemplazo de la figura paterna y viceversa por un nuevo compañero, con un efecto directo en la disciplina y control de los hijos, en su desarrollo afectivo y en la forma como ellos se enfrentan a la sociedad.

- Problemas de alcoholismo, drogadicción, prostitución por parte de alguno de los miembros integrantes de la familia.
- Trastornos de la personalidad y psíquicos como neurosis, psicosis y esquizofrenia.
- ‘Convivencia marital’, común en la estructura familiar del nivel socioeconómico bajo. Un estudio realizado en el Perú por describe la estructura familiar en las barriadas como una institución peculiar, según la autora las parejas se unen para constituir una familia, no solamente por el ideal de vivir juntos con amor, ternura, tener hijos, cuidarlos y protegerlos, sino también por la necesidad de compartir un mismo techo, protegerse de la soledad y de las dificultades e inclemencias de la existencia social de las barriadas. Por eso, la relación de las parejas en estas zonas, generalmente se inician con la ‘convivencia marital’. Las mujeres en esta situación se sienten inseguras y temen ser abandonadas, por eso están siempre controlando sus salidas o llegadas al hogar. De allí que el ambiente del hogar se torne crítico y tenso; ante cualquier incidente se encienden los ánimos y estalla la violencia.

Es innegable la importancia que tiene la familia para el adolescente, especialmente para su desarrollo social, ya que esta representa el primer escenario esencial de la socialización. El sistema familiar provee un espacio psicosocial en el que los niños y las niñas obtienen los elementos distintivos de la cultura y las normas sociales que permiten su integración en la sociedad. (Unidas, 2009)

La calidad de la relación familiar influye de una manera significativa en el desarrollo de la dimensión social, los estudiosos de la psicología reconocen la familia como un factor determinante en los procesos de socialización de la primera infancia. Las características psicosociales e institucionales de la familia y las relaciones interpersonales que se establecen

entre los integrantes de la familia, que involucra aspectos de desarrollo, de comunicación, interacción y crecimiento personal, tienen una influencia directa en el desarrollo social de los hijos y las hijas. (La Intervención Psicosocial, Factor De Cambio Social o Cambio o Un Instrumento De Dominación, 2013)

La familia como contexto primordial es donde el adolescente, consiguen las cualidades primarias de subjetividad que lo diferencian como seres sociales y pertenecientes a un determinado régimen social. La familia es una unidad activa, flexible y creadora, es una institución que resiste y actúa cuando lo considera necesario, es una red de relaciones vividas.

Los padres han sido reconocidos como los principales protagonistas y la familia como el primer escenario de la socialización del niño y la niña. Son muchas las teorías sobre la socialización que exaltan la presencia de una fuerte asociación entre el tipo de relaciones padres-hijos-hijas existente en la familia y el desarrollo de los hijos e hijas. En la familia los factores contextuales de apoyo impulsan la competencia y adaptación del niño y la niña en distintos ambientes y niveles evolutivos, mientras que los factores adversos conciernen con un aumento de la probabilidad de que se presenten disfunciones conductuales.

Una de las principales funciones de la familia es la socialización, el sistema familiar proporciona a estos el espacio psicosocial en el que obtener, percibir y someter a prueba los componentes particulares de la cultura y las normas sociales que posibilitan su integración en la sociedad y en ella se establece una interacción bidireccional, donde las acciones de unos, y los efectos que tuvieron éstas, intervendrán siempre en las acciones de los otros. En el seno familiar se consiguen los valores, creencias, normas y formas de conducta ajustados a la

sociedad. Así, la familia presenta a los niños y las niñas, los diversos elementos propios de la cultura, determinando en cierta medida el éxito social de estos. Sin embargo, los infantes no actúan en dicho proceso como sujetos pasivos; la socialización es un proceso interactivo mediante el cual se transfieren los contenidos culturales que se incorporan en forma de conductas y creencias a la personalidad de los seres humanos. La participación activa del niño y la niña se afirma por el aprendizaje y la interiorización de la estructura social en la que se encuentran inmersos. (La Intervención Psicosocial, Factor De Cambio Social o Cambio o Un Instrumento De Dominación , 2013)

La familia desde una perspectiva ecológica se considera como uno de los entornos primarios de mayor influencia en el individuo; es decir, como un microsistema, el cual se caracteriza por exhibir entre sus miembros un ínter juego de actividades, roles y relaciones. Este tipo de relaciones de primer nivel, se convierte en el foco para comprender los cambios evolutivos, tanto de los hijos y las hijas como de los padres o adultos que conforman la familia.

La familia permite en principio las relaciones inmediatas cara a cara, que para Cooley representan no sólo relaciones de inmediatez física, sino de persona total a persona total y dentro de un espacio afectivo, relaciones que son las ideales por su eficacia socializadora. La familia se configura como un grupo primario, según Cooley en un microgrupo, en donde la interacción es directa y profunda, informal y difusa, y su meta es interna. En la familia existe una diferenciación de los roles en función de las posiciones y situaciones desempeñadas. Cada miembro de la familia actuará de acuerdo con el lugar que ocupa y a través de estas situaciones se irá socializando y por tanto adquiriendo valores, normas y creencias.

La familia cumple la primera y más importante función de socialización en la vida del niño, de manera que “el clima social de la familia en la que educan los hijos y las hijas resultan fundamental para explicar su nivel de adaptación. En el núcleo familiar se proporcionan interrelaciones entre los miembros de la familia donde se dan aspectos de comunicación e interacción. Guerra y Kemper cuando hablan de familia, referencia a las características psicosociales e institucionales de un determinado grupo estable sobre un ambiente, lo que instituye un caracterizan la familia por las relaciones interpersonales que se fundan entre los integrantes de la familia, lo que implica aspectos de desarrollo, de comunicación, interacción y crecimiento personal, lo cual puede ser impulsado por la vida en común. También consideran la estructura y organización de la familia, así como el grado de control que regularmente ejercen unos miembros sobre los otros.

2.2.4 Consecuencia psicosocial del embarazo adolescente

Al contrario de lo que pudiera pensarse muchas adolescentes quedan embarazadas voluntariamente. Este hecho se manifiesta regularmente familias de clases marginales, donde la droga, la violencia y la pobreza forman parte de lo cotidiano de sus vidas. No obstante, la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas no lo desean y la decisión de tener ese hijo trae consigo una gran responsabilidad.

En este caso es fundamental el respaldo emocional y afectivo que le pueda brindar su círculo social inmediato como son: su familia, pareja y amigos, aunque lo más frecuente es que se encuentren con aspectos como: el rechazo de la familia, la ausencia de su pareja, que no desea saber nada del tema, y con el aislamiento de su círculo de amigos.

Lo más frecuente también, es el abandono de los estudios cuando se confirma que la adolescente está embarazada o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras

expectativas de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal. También le será muy difícil lograr empleos adecuados con beneficios sociales. (Hendry, 2003)

Las parejas adolescentes se caracterizan por su inestabilidad y por ser de menor duración, lo que suele ser más grande por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por la situación del embarazo y luego paternidad.

Reacciones psico-emocionales más frecuentes en una adolescente.

-La primera reacción que se manifiesta, de acuerdo al proceso psicológico, es la negación. Es decir, no admiten el problema. En este caso la mayoría no desea tener el bebé y por lo tanto la situación se convierte en un problema de difícil aceptación.

-Normalmente hay un rechazo hacia el neonato. No quieren tenerlo. En este caso es muy frecuente el sentimiento de culpabilidad, pérdida de autoestima, anorexia, tristeza y depresión.

-El conflicto de contárselo a la familia. Puede que la circunstancia se dé un embarazo previamente planificado, es el caso de niñas o adolescentes tengan el deseo de salir del entorno familiar, o que desean tener el bebé para así tener a alguien a su lado, en tal caso el único problema consciente al que se enfrentan es el de comunicárselo a sus familias.

-Sienten miedo ante la presencia de una nueva situación, el hecho de entrar en otra etapa de su vida, saltando por la adolescencia, con esto se adentran en el mundo de los adultos para el cual aún no están preparadas, tienen que afrontar el problema con responsabilidad y surge el miedo. (Arteaga, 2014)

¿Sabré hacerlo? - Miedo al rechazo social, se sienten juzgadas, criticadas, relegadas, aisladas.

Como es la vida del niño de una madre adolescente.

Los niños de una madre adolescente tienen un mayor riesgo de tener bajo peso al nacer, dependiendo de los factores en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de lo que se conoce como "muerte súbita". Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a adecuados beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

El hijo de madre adolescente tiene alto riesgo de maltrato y abandono, con frecuente cesión de adopción. (Alava, 2012)

El futuro de una madre adolescente.

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

Es muy frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza. (Valentini, 2010)

2.2.3 Trabajo Social

El trabajo social se conoce como el manejo de técnicas y estrategias que permitan al educando una manifestación como persona en el conocimiento de todo este aparato normativo al que tiene que acomodarse partiendo del encuentro de aspiraciones hacia los que se desea enrumbar una carrera, una vida y atravesando por un análisis consensuado de los recursos que en el orden económico, social y afectivo. (López, 2001, p.44)

Puede decirse, por lo tanto, que el trabajo social está orientado a las relaciones que los sujetos mantienen con sus ambientes. La finalidad de este oficio es que cada ser humano pueda desarrollarse de forma plena: por extensión, el trabajo social logra cambios en las comunidades.

Consecuentemente se revertirá en un desenvolvimiento social más seguro y consciente de la propia conducta ajena, enseñándole al mismo tiempo a ampliar los horizontes de pensamientos y fines que los capacitará para enfrentar las contradicciones.

El trabajo social articula los recursos sociales que se precisan para superar las situaciones de crisis personal y familiar. El trabajo de este profesional se desarrolla en todos los servicios de atención a personas y familias

2.2.3.1. El Trabajador Social

El trabajador social es una persona que tiene la capacidad de ejecutar síntesis utilizando teorías y métodos sociales en cuanto a la investigación estudiada, buscando los índices para mejorar el estado de vida de las personas, grupos y sociedades, donde se comprometen a poder ayudar a las personas en su pleno potencial resarcido los errores sociales e injusticias. (Walsh, 2004, p.205)

Como lo muestra Froma Walsh (2004), que el trabajador social labora directamente con individuos, familias, grupos y organizaciones, ayudando de manera directa con los

problemas en su vida cotidiana, incluida la crisis médica, vivienda, familia y desafíos, como también puede relacionarse de manera efectiva con personas que tengan discapacidades con el fin de obtener un bien común para poder ayudar a estas personas mediante grupos de apoyo a través de desafíos a corto plazo.

El trabajador social es un profesional de la acción social que se ocupa de fomentar el bienestar del ser humano y la prevención y atención de dificultades y/o carencias sociales de las personas, familias, grupos y del medio social en el que viven.

2.2.3.2. Funciones de los Trabajadores Sociales

“Las funciones que desarrollan los trabajadores sociales como guías en función social ante cualquier situación que se detecte en los individuos, tanto por cuenta propia como ajena” (Trigueros & Mondragón, 2005, p.206)

Como lo muestra Isabel Trigueros & Jasone Mondragón (2005) que las funciones del trabajador social como una profesión y disciplina se encarga de los problemas sociales a través de cambios en las situaciones carenciales, en la misma que se pueden mencionar la función preventiva, de atención directa, de planificación, docente, de promoción, de mediación, de supervisión, de evaluación, gerencial, de investigación y coordinación, las mismas que se muestran a continuación:

- a) **“Función preventiva:** Actuación temprana del trabajador social ante las causas que generan problemáticas individuales y colectivas, derivadas de las relaciones humanas y del entorno social.
- b) **Función de atención directa:** Dar respuesta a la atención de individuos o grupos que presentan, o están en riesgo de presentar problemas de índole social, teniendo

como objeto potenciar un desarrollo de las capacidades de cada persona para dar solución a los problemas pudiendo integrarse a la sociedad de manera efectiva.

- c) **Función de planificación:** Realizar acciones de ordenar y conducir mediante planificaciones y objetivos determinados según los análisis de la realidad en cuanto a las evoluciones interviniendo de manera microsocia y macrosocia.
- d) **Función docente:** Tiene como fin impartir enseñanzas teóricas y prácticas de Trabajo Social y de Servicios Sociales, en cualquier margen académico educativo para impartir la docencia en las materias de Trabajo Social y servicios sociales.
- e) **Función de promoción e inserción social:** Se efectúan ante actuaciones encaminadas a restablecer, conservar y mejorar las capacidades y el funcionamiento individual o colectivo, en reforma a las políticas existentes sociales favoreciendo de manera directa al actuar social según las necesidades sociales.
- f) **Función de mediación:** En la función de mediación el diplomado en Trabajo Social/asistente social actúa como catalizador, posibilitando la unión de las partes implicadas en el conflicto con el fin de posibilitar con su intervención que sean los propios interesados quienes logren la resolución del mismo.
- g) **Función de supervisión:** Realizar procesos dinámicos de capacitación, para mejorar la ejecución de una parte del programa de un servicio social a las personas que deben recibir la colaboración y ayuda de un profesional del Trabajo Social con la finalidad de aprovechar de la mejor forma posible sus conocimientos y habilidades y perfeccionar sus aptitudes de forma que ejecuten sus tareas profesionales de un modo más eficiente y con mayor satisfacción, tanto para ellos mismos como para el servicio.

- h) **Función de evaluación:** Se manifiesta con el fin de poder constatar los resultados obtenidos en las distintas actuaciones, en relación con los objetivos propuestos según los daños que se puedan manifestar ante la sociedad, determinando la dialéctica de la intervención. Indica errores y disfunciones en lo realizado y permite proponer nuevos objetivos y nuevas formas de conseguirlos. Favorece las aportaciones teóricas al trabajo social.
- i) **Función gerencial:** En ejecución del trabajador social ante las responsabilidades y el cumplimiento de las normas legales en base a la planificación de centros, organización, dirección y control de programas sociales y servicios sociales.
- j) **Función de investigación:** El trabajador social mediante procesos metodológicos de descubrir, describir, interpretar, explicar y valorar una realidad, a través de un trabajo sistematizado de recogida de datos, establecimiento de hipótesis y verificación de las mismas, donde emplean sus conocimientos ejerciendo técnicas adecuadas para una intervención y/o acción social planificada.
- k) **Función de coordinación:** Se muestra esta función en base a las metodologías ante un grupo de profesionales, para poder organizar mediante técnicas y recursos, a fin de determinar una línea de intervención social y objetivos comunes con relación a un grupo poblacional, comunidad o caso concreto” (Sánchez I. , 2008).

2.2.3.3. Áreas del Trabajo Social

Las áreas que dedican profesionalmente el trabajador social donde contribuye a mejorar el desarrollo e incremento del bienestar social y la calidad de vida de las personas interviniendo de forma crítica y constructiva, tratando de potenciar la

realización del ser humano incrementando sus potencialidades personales y de promover los recursos comunitarios disponibles y las políticas, (Padilla, 2009).

A continuación se exponen las áreas profesionales del trabajador social:

- a) **Asistencial:** Mediante la detección y tratamiento psicosocial de las necesidades sociales individuales, grupales, familiares y de la comunidad, los trabajadores sociales gestionan los recursos humanos y organizativos, contribuyendo así a la administración de las prestaciones de responsabilidad pública, su distribución, y la protección de las poblaciones.
- b) **Preventiva:** El trabajador Social interviene como rector para prevenir la constante reproducción de la marginalidad, de la exclusión social, de la desafiliación, de la pobreza y de la desintegración social, fenómenos todos productos de la estructura del sistema económico capitalista, fuente de desaliento, protesta y violencia social, afectando así a la convivencia ciudadana.
- c) **Promocional-Educativa:** No se puede comprender la función de prevención sin una labor educacional que ayude a las personas y los grupos sociales a hacer uso de las oportunidades que existen a su disposición.
- d) **Mediación:** en la resolución de los conflictos que afectan a las familias y los grupos sociales en el interior de sus relaciones y con su entorno social. Incluye también la relación entre las instituciones y la ciudadanía.
- e) **Transformadora:** Mediante cualquier método de investigación o la investigación (pues se entiende que éste es uno más de los métodos disponibles) el trabajador social aumenta su conocimiento para tratar de modificar las prácticas sociales que crean desigualdad e injusticia social.

- f) **Planificación y Evaluación:** (La primera no es posible sin la segunda y viceversa) en los macro y microsistemas mediante el diseño, el desarrollo y la ejecución de planes, programas y proyectos sociales.
- g) **Rehabilitación:** El trabajador social contribuye al bienestar y posibilita la integración social de aquellas personas y colectivos que por razones personales o sociales se encuentran en una situación de desventaja social.
- h) **Planificación, análisis de procesos sociales y necesidades y evaluación:** A partir del conocimiento y análisis de procesos sociales y necesidades, el trabajador social trabaja en la planificación y evaluación en los microsistemas mediante el diseño y ejecución de planes, programas y proyectos sociales.
- i) **Gerencia y Administración:** El trabajador social trabaja en la gerencia y administración de los servicios sociales, mediante la organización, dirección y coordinación de los mismos.
- j) **Investigación y Docencia:** El trabajador social estará obligado no sólo a la investigación inherente a las funciones señaladas sino a las que se relacionan con su propio trabajo profesional para revisarlo permanentemente y buscar nuevas formas de enfocar y afrontar los problemas vitales a que debe dar respuesta.

2.2.3.4 El rol del Trabajador Social en el Área de Salud

Los trabajadores sociales médicos tienen muchas funciones y responsabilidades en función del tipo de caso que están trabajando. He aquí un breve resumen de algunas de las cosas que estas personas hacen:

Evaluaciones. Los trabajadores sociales médicos comienzan por la evaluación de las necesidades y la salud de sus pacientes, tanto mental como físicamente. Esta evaluación inicial de las necesidades orienta el proceso de la atención de principio a fin.

Coordinar los recursos y apoyos. Una gran parte del trabajo es ayudar a los pacientes a encontrar los recursos sanitarios o apoyos comunitarios que se necesitan para mejorar su situación. Esto puede implicar el manejo de diferentes herramientas como el conocimiento y contacto con otros servicios públicos o de ONG que puedan colaborar.

Asesoramiento al paciente. En ocasiones el sistema de salud puede ser confuso, los trabajadores sociales en salud ayudan a explicar las diversas opciones o políticas a los pacientes, para que puedan tomar buenas decisiones.

Referencias profesionales. En algunos casos, los trabajadores sociales se refieren pacientes especialistas y otros profesionales de la salud para recibir un seguimiento adicional de atención.

Intervención en crisis: En el Hospital los trabajadores sociales a menudo hacen frente a situaciones de emergencia que requieran la intervención y la atención inmediata.

Consejería y terapia. Cuando los pacientes y sus familias tienen problemas para hacer frente, un trabajador social puede brindar asesoramiento o terapia para ayudarles con situaciones y decisiones difíciles.

La planificación del alta. Cuando los pacientes están listos para ser dado de alta del hospital, el trabajador social médico maneja los detalles de este proceso.

Trabajar con el equipo de tratamiento. Los trabajadores sociales médicos son siempre parte de un equipo más grande que puede incluir a médicos y otros especialistas, todos trabajando juntos para proporcionar un tratamiento integral.

Representación. Trabajadores sociales en salud son la voz de sus pacientes. Depende de ellos para asegurarse de que se cumplan todas sus necesidades mentales, emocionales y físicas.

Trámites. En cada caso, el trabajador social debe documentar el plan de tratamiento, mantener documentación necesaria puesta al día, y escribir informes o recomendaciones formales.

Los trabajadores sociales médicos tienen muchas funciones y responsabilidades en función del tipo de caso que están trabajando. He aquí un breve resumen de algunas de las cosas que estas personas hacen:

Evaluaciones. Los trabajadores sociales médicos comienzan por la evaluación de las necesidades y la salud de sus pacientes, tanto mental como físicamente. Esta evaluación inicial de las necesidades orienta el proceso de la atención de principio a fin.

Coordinar los recursos y apoyos. Una gran parte del trabajo es ayudar a los pacientes a encontrar los recursos sanitarios o apoyos comunitarios que se necesitan para mejorar su situación. Esto puede implicar el manejo de diferentes herramientas como el conocimiento y contacto con otros servicios públicos o de ONG que puedan colaborar.

Asesoramiento al paciente. En ocasiones el sistema de salud puede ser confuso, los trabajadores sociales en salud ayudan a explicar las diversas opciones o políticas a los pacientes, para que puedan tomar buenas decisiones.

Referencias profesionales. En algunos casos, los trabajadores sociales se refieren pacientes especialistas y otros profesionales de la salud para recibir un seguimiento adicional de atención.

Intervención en crisis: En el Hospital los trabajadores sociales a menudo hacen frente a situaciones de emergencia que requieran la intervención y la atención inmediata.

Consejería y terapia. Cuando los pacientes y sus familias tienen problemas para hacer frente, un trabajador social puede brindar asesoramiento o terapia para ayudarles con situaciones y decisiones difíciles.

La planificación del alta. Cuando los pacientes están listos para ser dado de alta del hospital, el trabajador social médico maneja los detalles de este proceso.

Trabajar con el equipo de tratamiento. Los trabajadores sociales médicos son siempre parte de un equipo más grande que puede incluir a médicos y otros especialistas, todos trabajando juntos para proporcionar un tratamiento integral.

Representación. Trabajadores sociales en salud son la voz de sus pacientes. Depende de ellos para asegurarse de que se cumplan todas sus necesidades mentales, emocionales y físicas.

Trámites. En cada caso, el trabajador social debe documentar el plan de tratamiento, mantener documentación necesaria puesta al día, y escribir informes o recomendaciones formales.

2.3. Fundamentación legal

La constitución de la República del Ecuador en Título 11, DERECHOS, en su Capítulo Tercero, sobre Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, sección quinta, niñas, niños y adolescentes, artículo 45 expresa:

- Niños, Niñas y Adolescentes gozarán de derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad.
- El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluida el cuidado y protección desde su concepción.
- El estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas.

La Constitución de la República del Ecuador en Título 11, Derechos, en su capítulo segundo, sobre Derechos del Buen Vivir, sección quinta, Educación. Artículo 27 establece que: la educación se centrará en el ser humano y garantizará su derecho holístico, en el marco de los derechos humanos, al medio ambiente sustentable y a la Democracia; será participativa, obligatoria, intercultural, democrática, incluyente y diversa, de calidad y calidez: impulsará la equidad de género, la justicia, la solidaridad y la paz, estimulará en sentido crítico, el Arte y la Cultura Física, la iniciativa individual y comunitaria en el desarrollo de competencias y capacidades para crear y trabajar.

La Constitución de la República del Ecuador en Título VII, Capítulo Primero sobre el RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR, sección primera educación Artículo 343.-

El Sistema Nacional de Educación tendrá como finalidad el desarrollo de las capacidades y potencialidades individuales y colectivas de la población, que posibiliten el aprendizaje, y la generación y utilización de conocimientos técnicas y saberes, artes y cultura. El sistema

tendrá como centro al sujeto que aprende y funcionará de manera flexible y dinámica, incluyente, eficaz y eficiente.

El Sistema Nacional de educación integrará una visión intercultural acorde con la diversidad geográfica, cultural y lingüística del país y el respeto a los derechos de la comunidad, pueblos y nacionalidades.

El Código de la Niñez y la Adolescencia vigente, entre otros, manifiesta en los siguientes artículos:

Art. 8.- Corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia.- Es deber del Estado, la sociedad y la familia, dentro de sus respectivos ámbitos, adoptar las medidas políticas, administrativas, económicas, legislativas, sociales y jurídicas que sean necesarias para la plena vigencia, ejercicio efectivo, garantía, protección y exigibilidad de la totalidad de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

El Estado y la sociedad formularán y aplicarán políticas públicas sociales y económicas; y destinarán recursos económicos suficientes, en forma estable, permanente y oportuna.

Art. 9.- Función básica de la familia.- La ley reconoce y protege a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente.

Corresponde prioritariamente al padre y a la madre, la responsabilidad compartida del respeto, protección y cuidado de los hijos y la promoción, respeto y exigibilidad de sus derechos.

Art. 22.- Derecho a tener una familia y a la convivencia familiar.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y desarrollarse en su familia biológica. El Estado, la sociedad y la familia deben adoptar prioritariamente medidas apropiadas que permitan su permanencia en dicha familia.

Excepcionalmente, cuando aquello sea imposible o contrario a su interés superior, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a otra familia, de conformidad con la ley.

En todos los casos, la familia debe proporcionarles un clima de afecto y comprensión que permita el respeto de sus derechos y su desarrollo integral.

El acogimiento institucional, el internamiento preventivo, la privación de libertad o cualquier otra solución que los distraiga del medio familiar, debe aplicarse como última y excepcional medida.

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.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable;
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;
3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten;
4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados;
5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente;
6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios;
7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales

8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional;
9. El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre; y,
10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.

CAPITULO III

3.- DISEÑO METODOLÓGICO

La modalidad básica de esta investigación es **cualitativa** porque que se logró identificar cómo el embarazo precoz en adolescentes afecta al bienestar familiar debido a un sinnúmero de razones, y a la que no están preparados sus integrantes.

3.1 Tipo de Investigación

Bibliográfico: Se utilizó para realizar la investigación en fuentes fidedignas.

De campo, Porque se realizó las encuestas y entrevista en el lugar de los hechos, es decir, en el Centro de Salud San José

Exploratoria: es considerada como el primer acercamiento científico a un problema. Se utiliza cuando éste aún no ha sido abordado o no ha sido suficientemente estudiado, por ejemplo, el problema de embarazos en adolescentes que se han presentado en el centro de salud San José, y cómo éste influye en el entorno familiar

3.2 Nivel de Investigación

Exploratorio.- es considerada como el primer acercamiento científico a un problema. Se utiliza cuando éste aún no ha sido abordado o no ha sido suficientemente estudiado, por ejemplo, el problema de embarazos en adolescentes que se han presentado en el centro de salud San José, y cómo éste influye en el entorno familiar

Descriptivo, ya que la información obtenida en la encuesta y entrevista se detalló y presenta en la exposición de los resultados.

3.3 Métodos de Investigación

Para el cumplimiento de los objetivos planteados se aplicaron los siguientes métodos:

- **Método inductivo:** Este método se utilizó para direccionar la investigación bibliográfica, partiendo de un tema micro hasta todo el conocimiento que permitió argumentar el presente trabajo.
- **Método deductivo:** Este método se lo aplicó para analizar toda la información (macro) investigada y emitir las conclusiones y recomendación.
- **Método analítico sintético:** Permite analizar la información obtenida en las encuestas y entrevista realizadas a las adolescentes embarazadas que se atiende

3.5 Población y Muestra

3.5.1. Población

151 adolescentes embarazadas entre 15 a 19 años de edad

3.5.2. Muestra

50 adolescentes embarazadas

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas que se aplicaron son:

- **La entrevista:** Este instrumento se utilizó para obtener información de parte de la directora, y médicos del centro de Salud San José.
- **Encuesta:** Este instrumento se empleó con las adolescentes embarazadas que se atienden en el centro de salud San José.

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

1.- ¿Cuántos años de edad tiene?

Tabla 1

N°	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	15 AÑOS	32 %
B	16 AÑOS	34%
C	17 AÑOS	12%
D	18 AÑOS	16%
E	19 AÑOS	6%
TOTAL		100%

Fuente: Centro de Salud San José.

Elaborado por: Sonia Herrera Parrales.

Gráfico 1



Análisis e Interpretación.

De acuerdo a la pregunta 1 ¿Cuántos años de edad tiene? Planteada a las adolescentes embarazadas, las respuestas obtenidas están entre 32% de las adolescentes tienen 15 años de edad; el 34% e adolescentes tienen 16 años; el 12% tienen 17 años; el 16 % tienen 18 años y el 6% tienen 19, es importante observar que las adolescentes son madres a temprana edad, como lo indican los porcentajes iniciales a este análisis.

2.- ¿Cuántos hijos tiene?

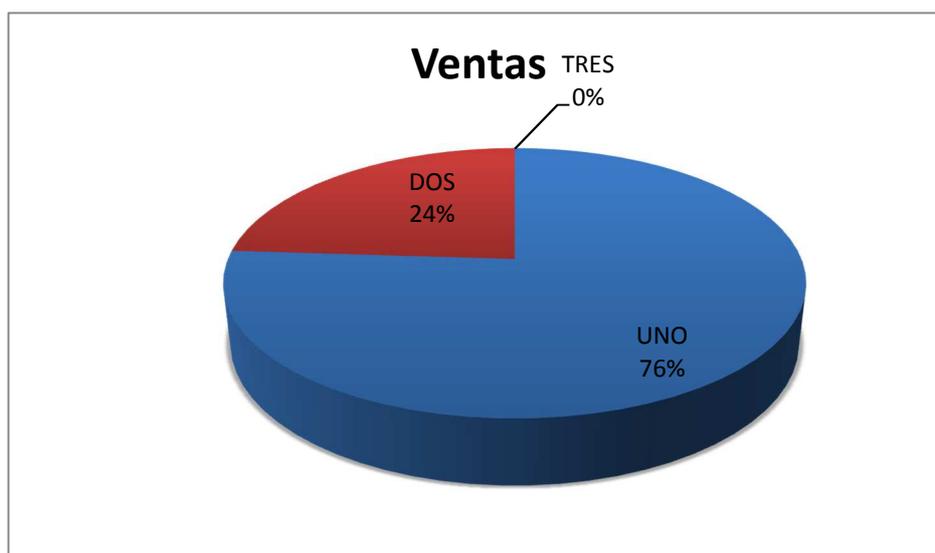
Tabla 2

N°	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	Uno	76%
B	Dos	24%
C	Tres	0%
TOTAL		

Fuente: Centro de Salud San José.

Elaborado por: Sonia Herrera Parrales.

Gráfico 2



Análisis e Interpretación.

De acuerdo a la pregunta 2 ¿Cuántos hijos tienen? Planteada a las adolescentes embarazadas, las respuestas obtenidas están entre 76% de las adolescentes tienen 15 hijo; el 24% e adolescentes tienen 2 hijos; lo que evidencia que las adolescentes se embarazan prematuramente y cuando ya cumplen 17 y 18 años ya son madres por segunda vez.

3.- ¿Cada que tiempo acude al Centro de Salud?

Tabla 3

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	1 vez al mes	46%
B	Cada dos meses	10%
C	Cuando el médico la cite	36%
D	Otros	8%
TOTAL		100%

Fuente: Centro de Salud San José.

Elaborado por: Sonia Herrera Parrales.

Gráfico 3



Análisis e Interpretación.

De acuerdo a la pregunta 3 ¿Cada que tiempo acude al Centro de Salud? , las adolescentes embarazadas contestaron el 24% acude al centro de salud 1 vez al mes; el 10% lo hace cada dos meses; el 36% va al médico cuando este le cite; el 8% expresa otras razones, que tienen relación cuando es una emergencia.

4.- Cuál es su estado civil

Tabla 4

N°	FRECUENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
A	Soltera	15	30%
B	Casada	8	16%
C	Unión de hecho	27	54%
TOTAL		50	100%

Fuente: Centro de Salud San José.

Elaborado por: Sonia Herrera Parrales.

Gráfico 4



Análisis e Interpretación.

De acuerdo a la pregunta 4 ¿con relación al estado civil de las adolescentes? , las adolescentes embarazadas contestaron el 30% mantiene su estado civil como soltera; el 16% está casada; el 54% mantiene Unión de hecho, es importante evidenciar que las adolescentes mantienen su estado soltera porque la pareja las abandono y han tenido que vivir con los abuelos en vista que no han contado con la ayuda de los padres, sin embargo otras expresan que solo se han unido para evitar problemas que se puedan presentar en el futuro.

5.- A qué se dedica?

Tabla 5

N°	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	Estudia	16%
B	Trabaja	8%
C	Otras	8%
D	No trabaja	60%
TOTAL		100%

Fuente: Centro de Salud San José.

Elaborado por: Sonia Herrera Parrales.

Gráfico 5



Análisis e Interpretación.

De acuerdo a la pregunta 5 ¿A que se dedican?, las adolescentes embarazadas contestaron el 16% estudia; el 8% trabaja en actividades que no demanda mucho esfuerzo; el 60% no trabaja, se dedica a las labores del hogar, ayuda a sus padres y/o abuelos; Es necesario recalcar que una vez que se embarazaron dejaron sus estudios y en algunas ocasiones el trabajo.

6.- ¿Cuenta con el apoyo de sus padres después de quedar embarazada?

Tabla 6

N°	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	SI	30%
B	NO	70%
TOTAL		100%

Fuente: Centro de Salud San José.

Elaborado por: Sonia Herrera Parrales.

Gráfico 6



Análisis e Interpretación.

De acuerdo a la pregunta 6 **¿Cuenta con el apoyo de sus padres después de quedar embarazada?** las adolescentes embarazadas contestaron el 30% si cuenta con el apoyo de los padres y el 70% no recibe apoyo ni ayuda de parte de los padres, ya que sus expectativas era que se conviertan en profesionales.

7.- El embarazo precoz ha influido en su adolescencia?

Tabla 7

N°	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	SI	30%
B	NO	70%
TOTAL		100%

Fuente: Centro de Salud San José.

Elaborado por: Sonia Herrera Parrales.

Gráfico 7



Análisis e Interpretación.

De acuerdo a la pregunta 7 ¿ **El embarazo precoz ha influido en su adolescencia??** las adolescentes embarazadas contestaron el 30% manifestaron que el embarazo si ha influenciado en sus vidas truncando muchos objetivos propuestos personales y familiares, especialmente por parte de los padres y a partir de ese momento retiraron su confianza y en otros casos el apoyo económico, social y familiar; mientras que el 70 % expresa que no influye ya que han encontrado la confianza y apoyo en la pareja y en la familia política.

8.- ¿Cuáles son los problemas que se presentaron a raíz de su embarazo?

Tabla 8

N°	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	Abandono de la pareja	27%
B	Rechazo de los padres	33%
C	Deserción escolar	18%
D	Absentismo laboral	11%
E	Abandono del trabajo	11%
TOTAL		100%

Fuente: Centro de Salud San José.

Elaborado por: Sonia Herrera Parrales.

Gráfico 8



Análisis e Interpretación.

De acuerdo a la pregunta 8 ¿ **Cuáles son los problemas que se presentaron a raíz de su embarazo?** las adolescentes embarazadas contestaron el 27% manifestaron que uno de los problemas graves que afrontaron es el abandono de la pareja por ser jóvenes aún y dependiente de sus padres; el 33% se enfrentaron al rechazo de los padres ya que son muy conservadores y mantienen la idea que la familia debe iniciarse en una edad adulta y cuando sean profesionales; el 18 % tuvieron que retirarse del colegio para vivir una nueva

etapa que en algunos momentos la cuestionan; el 11% tuvo la necesidad de retirarse del trabajo eventual que tenía por la condición económica difícil que vivía su familia y el 11% vivió absentismo laboral, constantes atrasos que terminaron con el trabajo.

4.2 Conclusiones

Al final de la investigación se plantearon las siguientes conclusiones:

- Se identificó que existe un alto índice de adolescentes que se atienden en el centro de salud San José debido a que es el único que existe en el lugar (Barrio San José).
- Las condiciones socioeconómicas que presentan las adolescentes es de la media hacia abajo, viven en los barrios que están ubicados alrededor del centro de salud, el jefe de hogar se dedican a la pesca, comercio eventual, mecánica automotriz y como obreros en las fábricas de pescado.
- Los problemas que enfrenta las adolescentes embarazadas son: abandono de la pareja, rechazo de los padres, por lo tanto, viven con los abuelos; deserción escolar, abandono del ámbito laboral, la falta de comunicación con los padres en temas de sexualidad y métodos anticonceptivos y en ciertas ocasiones son víctimas de violencia verbal-psicológica.

4.3 Recomendaciones

Se establecen las siguientes recomendaciones:

- El centro de salud debe continuar con los Programas de planificación familiar y charlas de enfermedades de transmisión sexual (ITS) dirigido a todas las familias que viven en los barrios aledaños.
- Las familias asistan a programas desarrollados por el centro de salud con la intervención del Trabajador Social para que se informen y sensibilicen ante la problemática que viven las adolescentes cuando se embarazan a muy temprana edad.
- Coordinar con otras instituciones para intervenir ante problemas de violencia intrafamiliar, violencia verbal y psicológica; que se enfatice la educación de las adolescentes a través de las instituciones educativas, más aún que el código de la niñez y adolescencia protege para que tenga el servicio de la educación.

4.4 Referencias bibliográficas

<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3509/1/TUAMED010-2016.pdf>

<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/38/652> Aguado, G. P. (2005,).

enfermería, A. d. (2012). *Embarazo en la Adolescencia*. spital San Juan de Dios de La Plata. : wikipedia.

Erikson, E. H. (1972). *Sociedad y Adolescencia*. Buenos Aires: Editores Argentina S.A.

Fernández, A. (2004, p.43). *Resiliencia y adolescencia. En Resiliencia, ética y prevención*. Buenos Aires: Ed. Gabas.

Galvez, E. (15 de Marzo de 2011). *Embarazo Adolescencia De Secundaria*. Recuperado el 15 de Mayo de 2014, de <http://valorendoenlavida.blogspot.com/>

Garcia, Y. (2008). *Comunicacion Inteacion, Representaciones Sociales Del VIH/Sida En Jovenes*. Mexico: Universidad Veracruzana .

Guijarro, S. (04 de Marzo de 2011). En Ecuador dos de cada tres adolescentes sin educación están embarazadas. págs. <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador>.

Hendry, J. C. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Edición Morata.

KL *La Intervencion Psicosocial, :Factor De Cambio Social o Cambio o Un Instrumento De Dominacion* . (25 de Junio de 2013). Recuperado el 23 de Marzo de 2014, de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poesis/article/viewFile/640/612>

- MD, F. A. (2011). *Aplicación de un programa educativo para la salud para disminuir los embarazos en adolescentes*. Cuenca: Universidad de Loja-Escuela de Medicina.
- Menacho, L. (2005). *Embarazo Adolescente*. Recuperado el 22 de Febrero de 2014, de <http://www.monografias.com/trabajos32/embarazo-adolescente/embarazo->
- Palacios, M. V. (2011). *Influencia física y psicológica del embarazo en las adolescentes y sus repercusiones en la sociedad en el centro de salud carlos elizalde*. Loja: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Parraga, L. . (2012-2013). *La integración familiar como base fundamental en la formación en valores de los niños y niñas del tercero al séptimo año de educación básica de la escuela fiscal "15 septiembre" de la parroquia Tarqui del cantón Manta en el periodo 2013-2014*. Manta: Universidad Laica Eloy Alfaro De Manabi .
- Pérez, S. G. (1997, p.88). *Elaboración de Proyectos Sociales. Casos prácticos*. Madrid: Narcea.
- Ramírez, J. (2012). *Embarazo adolescente en Venezuela*. Caracas: Marcos.
- Sánchez, A. A. (2015). *Embarazos en la adolescencia y factores de riesgos*. Obtenido de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3509/1/TUAMED010-2016.pdf>
- Sánchez, I. (s.f. de s.f. de 2008). *Funciones de las y los Trabajadoras/es Sociales*. Recuperado el 29 de Julio de 2014, de <http://www.trabajosocialasturias.org/la-profesion/ambitofunciones/funciones-de-las-y-los-trabajadoras-es-sociales.html>

Tomás, E. A. (2003). *Jóvenes, Trabajo e Identidad*. Oviedo: Universidad de Oviedo.

Torres, L. A. (2015).

Trigueros, G. I., & Mondragón, L. J. (2005, p.206). *Trabajadores sociales. Temario general volumen iii. Administración local*. Sevilla: Editorial MAD S.L.

Victoria, L. A. (s.f.). *El mundo afectivo de la adolescente embarazada** . Colombia: Facultad de Psicología, Universidad de Manizales.

4.5 Anexos.

Anexo No. 1



ENTREVISTA APLICADA A LA DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE LA PARROQUIA TARQUI CIUDAD DE MANTA

Lugar y Fecha:

Tema: Determinar la incidencia del “Embarazo precoz en adolescentes. Estudio de casos en el Centro de Salud San José de la Parroquia Tarqui. Año 2017”

Instrucciones: Por su amplia experiencia y conocimientos como autoridad solicito a usted una entrevista con la finalidad de obtener información útil para el desarrollo de este proyecto de Titulación.

1. ¿Cuántos años lleva desempeñando el cargo de directora del centro de salud San José

2. ¿Conoce usted si existe un alto índice de adolescentes embarazadas que se atienden el centro de salud San José?

3. ¿Cuáles son las características socioeconómicas de las adolescentes que se atienden en el centro de salud San José?

4. ¿Cuáles son los problemas que presentan las adolescentes embarazadas?

5. ¿El centro de Salud San José cuenta con programas de información, prevención y atención para las adolescentes embarazadas?

Gracias.

Anexo No. 2



ENCUESTA APLICADA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS CASOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE MANTA

Lugar y Fecha:

Tema: “Determinar la incidencia del embarazo precoz en adolescentes menores de 15 a 19 años de edad, de los casos registrados en el Centro de Salud “San José” de la Parroquia Tarqui – Manta.

Instrucciones: Por favor sírvase responder la presente encuesta que servirá para la obtención de datos confiables para esta investigación. Pido marcar con una sola X la alternativa correspondiente.

1.- ¿Cuántos años de edad tiene?

15..... 16..... 17..... 18..... 19.....

2.- ¿Cuántos hijos tiene?

1..... 2..... 3..... 4..... otra cantidad.....

3.- ¿Cada que tiempo acude al Centro de Salud?

Una vez al mes

Cada dos meses.....

Cuando el médico la cite.....

Otros;.....

4.- Cuál es su estado civil

Casada..... Soltera..... Unión de hecho..... Otras.....

5.- A qué se dedica?

Estudia.....

Trabaja.....

No trabaja.....

Otras.....

6.-¿ Cuenta con el apoyo de sus padres después de quedar embarazada?

Si No.....

7.- El embarazo precoz ha influido en su adolescencia?

Sí No

8.- ¿Cuáles son los problemas que se presentaron a raíz de su embarazo?

Abandono de la pareja.....

Rechazo de los padres

Deserción escolar

Absentismo laboral

Abandono del trabajo