
Artículo original

Embarazo en la adolescencia y familia

Adolescent pregnancy and family

Lic. Yasmina Salim Martínez,* Ms.C. Rolando Delgado Cuello,** Lic. Dalay Sánchez

Aguilar***

*Licenciada en Psicología. Policlínico Universitario: "Pascuala R. Rojas Cruz". Batabanó. Mayabeque.

**Licenciado en Psicología. Especialista en Psicología de la Salud. MSc. Medicina Bioenergética. Profesor asistente. Policlínico Docente Rafael Valdés. Municipio Cotorro. Provincia La Habana.
Correo electrónico:

*** Licenciada en Psicología. Policlínico Universitario: "Rosa Elena Simeón Negrín". Municipio Bejucal. Provincia Mayabeque.
yasmisalim@nauta.cu; rolandodelgado@infomed.sld.cu; dalaysa@infomed.sld.cu

RESUMEN

La precocidad de la actividad sexual de los adolescentes se relaciona con el actual aumento del riesgo de tener embarazos no deseados, que en esta edad traen consecuencias adversas; la influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual adolescente. *Objetivo.* Determinar el comportamiento de la salud familiar en gestantes adolescentes del municipio de Batabanó. *Métodos.* Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo-cualitativo, de corte transversal de enero a junio de 2015. La muestra la constituyen 30 gestantes adolescentes que coinciden con el universo de la investigación. Se utilizó el análisis documental, la prueba FF-SIL, el Inventario de Características Familiares de Riesgo, la observación y una entrevista semiestructurada. Se empleó la estadística descriptiva. *Resultados.* El 60% de las familias fueron funcionales. Las características familiares de riesgo que más afectaron a las familias de las gestantes adolescentes, fueron: senescente en el hogar (36.6%), problemas nutricionales o malas prácticas alimentarias (73.3%), embarazo adolescente (100%), jóvenes desvinculados del estudio (80%) y poco apoyo de otros familiares fuera del núcleo (23.3%). El 60% de las familias presentó criticidad entre leve (20%) y moderada (40%). *Conclusiones.* Predominaron las familias funcionales, aunque se identificaron dificultades en la comunicación. Las características familiares de riesgo con mayor incidencia en las familias de las gestantes adolescentes fueron: embarazada adolescente en el hogar (por constituir la muestra de la investigación), la que se encuentra además desvinculada del estudio. Se identificaron problemas nutricionales o malas prácticas alimentarias. La mayor cantidad de las familias presentaron ajuste familiar.

Palabras claves: salud familiar, embarazo en adolescentes

ABSTRACT

Early sexual activity in adolescents is related to the current growing risk of having unwanted pregnancies which at this age bring adverse consequences. Family influence is essential to their sexual behavior. Aim. Determining the behavior of family health in pregnant adolescents in the municipality of Batabanó. Methods. A descriptive, quantitative-qualitative and transverse study was done from January to June 2015. The sample included 30 pregnant adolescents who matched the research. Documental analysis, Perception of Family Behavior Test, Review of Family Risk Characteristics, observation and a semi-structure interview were used, as well as descriptive statistics. Results. 60% of families were functional. Family risk characteristics affecting the families of pregnant adolescents were: senescent at home (36.6%), nutritional problems or bad dietary practices (73.3%), adolescent pregnancy (100%), young people out of schools (80%), and poor support from relatives other than family members at home (23.3%). 60% of families were critical between low (20%) and medium (40%). Conclusions. Functional families predominated, but communication difficulties were identified. Family risk characteristics affecting the most the families of pregnant adolescents were: pregnant adolescent at home matching the sample of the research, and also out of schools. Nutritional problems and bad dietary practices were identified. Most families had family adjustments.

Key words: *family health, adolescent pregnancy*

Introducción

La adolescencia es la etapa durante la cual se producen cambios fisiológicos, mentales, afectivos y sociales profundos. En esa etapa de transición, los cambios ocurren con rapidez y son necesarias continuas readaptaciones; los jóvenes se hacen más autónomos de su familia, de las instituciones educativas, de la moral y en general de la influencia de los adultos (1).

Debería ser el mejor período de la vida, ya que la mayoría de sus funciones están en plenitud, pero los adolescentes no han gozado de buena fama ya desde tiempos remotos (2). Se debe tener presente que los jóvenes de hoy no son peores ni mejores que los de ayer; las épocas cambian, pero los adolescentes son siempre los mismos, aunque adaptados a su momento histórico. Son un reflejo de la sociedad en la que están inmersos, y es evidente que el entorno y la familia han cambiado de forma radical en las actuales sociedades del bienestar.

La adolescencia constituye una etapa vital clave en el proceso de construcción de la identidad personal y sexual. La educación sexual es cada vez más necesaria en una sociedad que parece estar bien informada y que, sin embargo, tiene altas dosis de desconocimiento y de errores que pueden afectar el equilibrio emocional de las personas. Enseñar a conocer y aceptar el propio cuerpo, a buscar información o a demandar ayuda, es educar para ser capaces de establecer con los demás unas relaciones más sanas y satisfactorias. Por otra parte, el aumento de los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, incluido el virus de la inmunodeficiencia humana, hacen más acuciante la necesidad de esta educación (3).

Ya estudien o trabajen, los adolescentes encontrarán en las relaciones sexuales una fuerza biológica que los llevará a la búsqueda de pareja y a desempeñar papeles de adultos. Cuando surge el embarazo en una adolescente, la familia se ve obligada a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que aparecen nuevas

necesidades en torno a este binomio; hay una movilización inmediata de todos los integrantes para encontrar un nuevo estado de homeostasis familiar, el cual puede ser inicialmente rechazado o causar sorpresa y frustración (1).

Algunos autores consideran que el número de embarazos en jóvenes sigue aumentando cada año; el descenso de la edad en la que los jóvenes inician las relaciones sexuales, las actitudes cada vez más liberales, el mayor número de parejas y las prácticas sexuales de riesgo, les exponen a problemas de salud tan importantes como los embarazos no deseados (3).

El embarazo en adolescentes constituye un problema desde el punto de vista médico y social. Los factores contribuyentes son múltiples y sus soluciones no parecen ser fáciles a corto plazo. Por lo tanto, el seguimiento de la gestación debe contemplar no solo la asistencia obstétrica, sino adoptar un enfoque integral que atienda además las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia (4).

Se hace referencia a que el embarazo en la etapa temprana de la adolescencia se caracteriza por inmadurez biológica, incapacidad de la pareja para cuidar a un hijo y formar una familia. Las consecuencias del embarazo en adolescentes abarcan aspectos físicos, maternos y psicosociales que interfieren con la madurez, aceptación social y familiar de la madre y su hijo. Según cifras provenientes del Fondo de Población de las Naciones Unidas, el embarazo en la adolescencia representa poco más de 10 % de todos los nacimientos en el mundo. Por otro lado, los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes se han relacionado con bajo peso al nacer, valoraciones de Apgar bajas y riesgo de muerte en el primer año de vida (dos veces mayor que en otras edades maternas) (4).

Se han mencionado ciertas condiciones riesgosas que pueden considerarse contribuyentes al embarazo en adolescentes como son en esta época el abandono de la escuela, la menarquía precoz, la baja autoestima, con la consiguiente carencia de proyectos de vida, el poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos, familias disfuncionales, madre o hermana embarazadas en la adolescencia, padre ausente, nivel socioeconómico bajo, integración precoz al área laboral, amigas que han iniciado vida sexual y la menor aceptación de los valores tradicionales familiares además de la poca comunicación familiar, sobre todo con la figura materna (4).

La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros y, sobre todo, de los más jóvenes; a través de la comunicación familiar se transmiten valores, concepciones, acciones y comportamientos sobre sexualidad. Toca a los padres una gran responsabilidad en la formación de estos seres humanos; la forma directa, precisa y sincera, o por el contrario vaga, de hablar desempeña un valioso papel en la formación de los hijos. Una comunicación inadecuada puede convertirse en la causa principal por la que la familia es la última en enterarse cuando la joven está en problemas. Ante todo resulta necesario prever el ambiente favorable en el que se aprendan los sentimientos, los valores, los ideales, las actitudes y los hábitos de significación ético-social; es esta una responsabilidad precisa primero de la familia y después de la escuela (5).

En los rígidos esquemas de comportamiento que tradicionalmente la familia cubana ha exigido, se observa un considerable deterioro. La precocidad de la actividad sexual, el ambiente familiar inadecuado y la influencia del gruposocial en que se desarrolla el adolescente se relacionan con el actual aumento del riesgo de tener embarazos no deseados, abortos y partos que en esta edad traen consecuencias adversas (5).

En Cuba los demógrafos han identificado un proceso de rejuvenecimiento de la fecundidad y señalan que las mujeres paren en edades cada vez más tempranas. El 50 % de los adolescentes entre 15 y 19 años tiene vida sexual activa. Algunos autores plantean que hay un incremento anual de 10% de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19; 25% de las adolescentes con experiencia se embarazan y 60% de los embarazos ocurren dentro de los seis meses iniciales de las primeras relaciones sexuales (5).

La salud familiar es un tema poco trabajado. Este estudio representa una herramienta más que puede aportar interesantes y valiosos resultados para mejorar el trabajo y brindar un mayor apoyo a las embarazadas adolescentes y sus familias. Trata con novedad científica y actualidad este tema al no existir antecedentes que reflejen un análisis teórico del fenómeno utilizando este modelo de salud familiar en el territorio, por lo que todo intento de estudio se convierte en un tema de gran pertinencia para la salud y la actualidad, proclive de estudiarse en toda su dimensión, y la posibilidad de continuar estos estudios en futuras investigaciones que contribuyan al bienestar físico, psíquico y social de las adolescentes y sus familias.

En el municipio de Batabanó el embarazo en la adolescencia constituye el principal problema a señalar en los tiempos actuales. En relación con años anteriores se ha identificado un aumento de tal fenómeno. Tal situación ha originado el reconocimiento de la necesidad de un estudio científico cuyo resultado contribuya a impulsar cambios a favor de este grupo etario, lo que ha permitido formular el siguiente *problema de investigación*: ¿cuál es el comportamiento de la salud familiar en gestantes adolescentes del municipio de Batabanó de enero a junio de 2015?

Objetivo general

Determinar el comportamiento de la salud familiar en gestantes adolescentes del municipio de Batabanó.

Objetivos específicos

- Identificar la percepción de las gestantes adolescentes sobre el funcionamiento familiar.
- Identificar las características familiares de riesgo de las familias estudiadas.
- Describir el comportamiento de la salud familiar de las gestantes adolescentes.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo-cualitativo, de corte transversal en el período comprendido de enero a junio de 2015, con el objetivo de determinar el comportamiento de la salud familiar en gestantes adolescentes del municipio de Batabanó, provincia de Mayabeque.

La muestra quedó constituida por 30 gestantes adolescentes del municipio de Batabanó que coinciden con el universo de la investigación.

Criterios de inclusión:

- Gestantes adolescentes captadas por el Equipo Básico de Salud.
- Disposición a participar voluntariamente en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Presentar diagnóstico de retraso mental moderado o severo, según las historias clínicas.
- Negativa de participar en la investigación o que decidan abandonarla una vez comenzada.

Las *variables* estudiadas fueron las siguientes:

- Embarazo en la adolescencia: gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia o, lo que es igual, aquella que ocurre en mujeres desde la menarquía hasta los 19 años de edad, con independencia de la edad ginecológica.
- Funcionamiento familiar: característica relativamente estable de relaciones interpersonales que se establecen en el interior de cada familia y que le dan identidad propia.
- Características familiares de riesgo: categorías y características que potencialmente generan crisis familiares.
- Salud familiar: capacidad de la familia de cumplir con sus funciones, propiciar el desarrollo armónico de sus integrantes, y afrontar constructivamente las crisis en determinado contexto social, cultural y económico de su existencia.

Procedimiento

Luego de un intercambio con los responsables de Programa de Atención Materno-Infantil y contactar las gestantes seleccionadas a través de la revisión de las historias clínicas, se prosiguió a la aplicación de la entrevista, la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y el Inventario de Características Familiares de Riesgo, además de expresar su decisión a participar en la investigación al ser solicitado su consentimiento informado. La observación se llevó a cabo a lo largo del proceso investigativo.

Se emplearon la FF-SIL, que permitió evaluar las relaciones intrafamiliares a través de categorías (cohesión, armonía, rol, afectividad, comunicación, adaptabilidad y permeabilidad); el Inventario de Características Familiares de Riesgo, que relaciona 50 características que potencialmente generan crisis familiares y concluye con niveles de criticidad familiar; la Matriz de Salud Familiar, procedimiento que cruza los resultados de los 2 instrumentos mencionados antes y que permite ubicar la familia en una situación de salud familiar a partir del cúmulo de características familiares de riesgo que potencialmente generan crisis, llamadas procesos críticos, y el diagnóstico del funcionamiento familiar.

Se utilizaron métodos de la estadística descriptiva (análisis porcentual y media).

Resultados

La tabla 1 muestra el funcionamiento familiar según percepción de la muestra estudiada. Se observó que 60 % del total de los grupos familiares estudiados son funcionales, lo que representa el mayor porcentaje de los mismos. Le siguen familias moderadamente funcionales y disfuncionales, que representan ambas 16.7 %. El menor porcentaje está representado por las familias severamente disfuncionales (6.6%), lo que indica el mínimo de familias.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

<i>Funcionamiento familiar</i>	<i>Cantidad</i>	<i>%</i>
Familia funcional	18	60
Familia moderadamente	5	16.7

funcional		
Familia disfuncional	5	16.7
Familia severamente disfuncional	2	6.6
<i>Total</i>	30	100

La tabla 2 muestra dentro de las características que constituyen riesgo potencial para la salud familiar, cómo el mayor porcentaje está representado por embarazos adolescentes en el hogar con 100%, que representa la muestra de la investigación. Les sigue con 80% los jóvenes desvinculados del estudio; con 73.3 % los problemas nutricionales o malas prácticas alimentarias; y la presencia de senescentes en el hogar con 36.6%. El poco apoyo de otros familiares fuera del núcleo quedó representado por 23.3%.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN LA PRESENCIA DE CARACTERÍSTICAS DE RIESGO.

<i>Características familiares de riesgo</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Embarazo adolescente en el hogar	30	100
Jóvenes desvinculados del estudio		80
Problemas nutricionales o malas prácticas alimentarias en la familia		73.3
Senescente en el hogar		36.6
Poco apoyo de otros familiares fuera del núcleo		23.3

En la tabla 3 la matriz muestra que el mayor número de familias se encuentra en el cuadrante 1 (60%); el resto quedó ubicado en el cuadrante 4 (23.3%); y en el cuadrante 2 queda representado por 16.6%.

Cuadrante 1. Zona de ajuste familiar (salud familiar).

6 familias (20%) funcionales con criticidad leve,

12 familias (40%) funcionales con criticidad moderada.

Cuadrante 2. Afectación grave de la salud a expensas de la criticidad familiar.

1 familia (3.3%) moderadamente funcional con criticidad moderada,

4 familias (13.3%) moderadamente funcionales con criticidad severa.

Cuadrante 3. Afectación de la salud a expensas de las malas relaciones intrafamiliares.

Cuadrante 4. Afectación muy grave de la salud familiar a expensas de las malas relaciones intrafamiliares y de criticidad extrema.

5 familias (16.6%) disfuncionales con criticidad severa,

2 familias (6.6%) severamente disfuncionales con criticidad severa.

TABLA 3. MATRIZ REPRESENTATIVA DE SALUD FAMILIAR DE LAS FAMILIAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES.

<i>Cuadrante 3</i> 0 familia	<i>Cuadrante 4</i> 7 familias (23.3%)
<i>Cuadrante 1</i> 18 familias (60%)	<i>Cuadrante 2</i> 5 familias (16.6%)

Discusión

Predominaron los grupos familiares funcionales, lo que se traduce en familias armoniosas, flexibles, afectivas. En estas familias, sus integrantes se mantienen unidos física y emocionalmente al enfrentar diferentes situaciones y cumplen con sus responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Sin embargo, al realizar un análisis de las dimensiones evaluadas se pudo apreciar que existen deficiencias en cuanto a la comunicación, lo que se expresa fundamentalmente en dificultades entre los miembros de la familia para transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa (6).

Las adolescentes evitan conversar temas asociados a la sexualidad con los padres, pues plantean que sus relaciones se hacen algo difícil por incomprendimientos de estos con relación a sus intereses y el temor a sus reacciones. Los padres tampoco mantienen una posición que propicie tal intercambio, lo que ha provocado una información muy limitada sobre la sexualidad y la falta de confianza entre padres e hijas.

Se encontraron resultados similares en un estudio de embarazadas adolescentes ingresadas en el Hogar Materno en el municipio de Melena del Sur, en el que predominaron las familias funcionales (7), y en una investigación sobre aspectos psicosociales también del embarazo en la adolescencia en el municipio de Cotorro de La Habana (8).

En otro estudio sobre salud familiar, pero en familias de niños con éxito escolar en el municipio de Cotorro, también predominaron las familias funcionales (9).

Dentro de las características que constituyen riesgo potencial para la salud familiar predominó, desde el punto de vista de los procesos críticos de salud, la presencia de embarazadas adolescentes en el hogar por constituir la muestra de la investigación, que representa un factor de riesgo para las familias en estudio, pues en estas se puede estar atravesando por conflictos generados por la crisis de la adolescencia, que se considera un período crítico del desarrollo y una de las principales razones en que se sustenta la presencia, prácticamente inevitable, de contradicciones entre adolescentes y adultos.

Estas jóvenes afirman que abandonar los estudios, característica de riesgo dentro de los procesos críticos normativos, fue consecuencia de su embarazo a destiempo. Lo planteado ejerce influencia negativa en la vida de las adolescentes, tronchándoles en muchas ocasiones sus posibilidades de desarrollo intelectual y personal, y volviéndolas dependientes de sus familiares.

Expresan la aceptación de los padres en continuar el embarazo.

Los problemas nutricionales o malas prácticas alimentarias en la familia constituyen la característica de riesgo fundamental en cuanto a procesos críticos de salud, lo que se refiere desde la elaboración de los alimentos en cuanto a la mala higiene, la mala preparación y la procedencia de estos. También se encontraron como elementos de riesgo en cuanto al consumo: el exceso de proteínas, grasa animal y carbohidratos, además de la desproporción de estos; la dificultad para acceder, por parte de la población en estudio, a los alimentos necesarios para una buena y equilibrada alimentación; y el desconocimiento sobre lo antes planteado, sobre el aumento del riesgo a padecer una enfermedad crónica no transmisible gestacional y el reconocido papel de la nutrición materna como factor determinante del resultado del nacimiento, incluyendo el riesgo en las adolescentes de nacimientos pretérminos.

Se encontró que en el estudio sobre salud familiar en embarazadas adolescentes ingresadas en el Hogar Materno en el municipio de Melena del Sur también predominaron, entre otras, características de riesgo desde el punto de vista de los procesos críticos paranormativos y de salud (7).

En otros estudios de salud familiar, pero en niños con diferentes patologías, predominaron otras características de riesgo (10-12).

Las familias con ajuste familiar son potenciadoras del desarrollo, ya que presentan características familiares de riesgo poco relevantes a la salud familiar o no las presentan, y se caracterizan por tener expresiones positivas de los procesos relacionales (cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad) (13). Dentro de esta categoría, solo 6 familias son funcionales y presentan leve criticidad familiar; el resto dentro de este cuadrante es funcional con criticidad familiar moderada. Dentro de este cuadrante, las características familiares de riesgo que más afectan a las gestantes adolescentes son la desvinculación del estudio y los problemas nutricionales o malas prácticas alimentarias.

Con relación a otras investigaciones, se observó que existen resultados similares y otras en que estos difieren.

En los estudios comunitarios de salud familiar, la mayor cantidad de familias se ubica en el cuadrante 1 de ajuste familiar, aunque también se encuentran familias en el resto de los cuadrantes (14). En otro estudio, pero en familias de niños asmáticos, se encontró la existencia de familias distribuidas en todos los cuadrantes con un mayor predominio en el cuadrante 3, que corresponde a las familias con malas relaciones intrafamiliares (12).

En un estudio realizado por Castellón en niños de edad escolar, la mayor representatividad de familias se ubicó consecutivamente en los cuadrantes 1, 3 y 4; el segundo quedó desierto (15).

Conclusiones

Luego de este breve recorrido por los principales resultados, se arriba a lo siguiente:

1. Predominaron las familias funcionales, aunque se identificaron dificultades en la comunicación.
2. Las características familiares de riesgo que predominan en las familias de las embarazadas adolescentes son:
 - embarazo adolescente en el hogar;

- jóvenes desvinculadas del estudio;
 - problemas nutricionales o malas prácticas alimentarias.
3. La mayor cantidad de las familias de las embarazadas adolescentes presenta ajuste familiar.

Recomendaciones

1. Continuar profundizando en el estudio de la salud familiar y hacer extensiva esta investigación a otros temas de interés sobre el embarazo en la adolescencia.
2. Implementar una estrategia de intervención utilizando los resultados de la investigación con el objetivo de propiciar bienestar físico, psicológico y social a la gestante adolescente y su familia.

Referencias bibliográficas

1. Cueva Arana V, Olvera Guerra JF, Chumacera López RM. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. *RevMed.* 2005; 43(3):267-71.
2. Hidalgo Vicario I. Adolescencia. En: Bras i Marquillas J, Emili de la Flor i Brú J. *Pediatría en atención primaria.* 3a ed. Madrid: Elsevier; 2013. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788445820438000321>
3. González Hernando C, Sánchez-Crespo Bolaños JR, González Hernando A. Educación integral en sexualidad y anticoncepción para los/las jóvenes. *RevEnfermería Clínica [serie en Internet].* 2009;19(4). Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S113086210900103X>
4. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, M García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *RevFacMed UNAM.* 2004;47(1).
5. León Martínez CA, Espín Coto RM, García Cedeño Y. Percepción familiar del embarazo en la adolescencia. *RevActa Médica del Centro [serie en Internet].* 2011;5(1). Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r1_11/embarazo.htm
6. Pérez E, De la Cuesta D, Louro I., Bayarre Veal H. Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Revista Ciencia Ergo Sum.* 1997.
7. Pérez Carrera L. Salud familiar en embarazadas adolescentes ingresadas en el Hogar Materno de Melena del Sur [tesis de maestría]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2009.
8. López JI, Lugones Botell M, Valdespino Pineda L, Ambrosio S. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2005;21(3-4).
9. Méndez Sutil V, Louro Bernal I, BayarreVeal H. Caracterización de la salud familiar en familias de niños con éxito escolar. *Rev. Cubana MedIntegr [serie en Internet].* 2011;27(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100001
10. García Rodríguez M. Salud familiar en familias de niños con necesidades educativas especiales [tesis de grado]. La Habana: Universidad Agraria de La Habana Fructuoso Rodríguez Pérez, Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas; 2010.

11. Louro Bernal I, Serrano AC et al. Situación de salud en familias de niños con padecimiento de anemia drepanocítica en Cuba. Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. FES Iztacala, UNAM. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2008;11(1).
12. León Páez M. Salud familiar y métodos educativos en familias de niños asmáticos grado III de edad escolar [tesis de grado]. La Habana: Universidad Agraria de La Habana Fructuoso Rodríguez Pérez, Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas; 2012.
13. Louro Bernal I. Modelo teórico-metodológico para la evaluación de la salud familiar [tesis doctoral]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2004.
14. Louro Bernal I. Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. Revista Cubana de Medicina General Integral [serie en Internet]. 2004;20(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/>
15. Castellón S. Estudio biopsicosocial de niños en edad escolar. Los Olivos. Sancti Spíritus [tesis de maestría]. La Habana: Escuela Nacional de Salud; 2002.

Bibliografía consultada

- Herrera K, Tudurí García RE, Suárez Díaz M. Pesquisa activa de ansiedad en adolescentes embarazadas. Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana [serie en Internet]. 2012;9(2). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/Revista%202-2012/hph08212.html>
- Louro Bernal I. Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. Revista Cubana de Medicina General Integral [serie en Internet]. 2004;20(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/>

Fecha de recepción de original 18 de mayo de 2016

Fecha de aprobación para su publicación 27 de noviembre de 2016