

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 49 CELAYA, GTO.

TITULO: REPERCUSIÓN EN LA SALUD FAMILIAR POR EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:



Unidad de Medicina Familiar No. 49

CELAYA, GTO.

DRA. MA. CONCEPCIÓN RIVERA SÁNCHEZ

CELAYA, GTO

2005

m344026



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

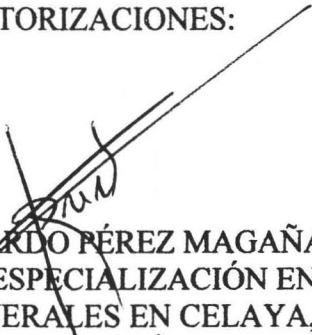
REPERCUSIÓN EN LA SALUD FAMILIAR POR EMBARAZO EN ADOLESCENTES

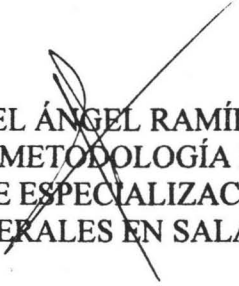
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:


MA. CONCEPCIÓN RIVERA SÁNCHEZ

AUTORIZACIONES:


DR. GERARDO PÉREZ MAGAÑA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES EN CELAYA, GTO.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS


DR. MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ LÓPEZ
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES EN SALAMANCA, GTO.

CELAYA, GTO.


2005


TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR


PRESENTA:


MA. CONCEPCIÓN RIVERA SÁNCHEZ


DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo receptivo.

NOMBRE: Mo. Concepción
Rivera Sánchez

FECHA: 13-05-05

FIRMA: [Firma manuscrita]

1.- REPERCUSIÓN EN LA SALUD FAMILIAR POR EMBARAZO EN ADOLESCENTES

2.- INDICE GENERAL

1.- TITULO.....	1
2.- ÍNDICE GENERAL.....	2
3.- MARCO TEÓRICO.....	3
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
5.- JUSTIFICACIÓN.....	19
6.- OBJETIVOS.....	20
7.- HIPÓTESIS.....	21
8.- METODOLOGÍA.....	22
8.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	22
8.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	22
8.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	22
8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	22
8.5 VARIABLES A INVESTIGAR	23
8.6 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA.	24
8.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	25
8.8 MANEJO ESTADÍSTICO:	25
9.- RESULTADOS.....	26
10.- DISCUSIÓN	36
11.- CONCLUSIONES.....	38
12.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
13.- ANEXOS.	43

3.- MARCO TEÓRICO

Antecedentes científicos.

Introducción

Para su análisis, la familia debe ser concebida como un proceso único, irrepetible y dinámico, en constante transformación y cambio; donde influyen significativamente las crisis o eventos vitales por los que atraviesa una familia durante sus diferentes etapas del ciclo familiar .
(1,2,3)

La repercusión, que para la salud familiar pueda tener el embarazo en la adolescente, puede ser de diferentes magnitudes, desde muy **severa**, hasta **leve** o **ninguna**, y puede afectar diferentes áreas de la dinámica familiar como: su funcionamiento, su integración social, la convivencia, la salud de sus miembros, los recursos económicos y hasta el propio modo de vida de la familia. El impacto dependerá en gran parte de: la cohesión, habilidad, capacidad y la influencia que tiene la familia para enfrentar dichos cambios con los ajustes necesarios. (1,2,3)

La repercusión es principalmente sobre la adaptación, considerada como la capacidad de abrirse como sistema lo que puede permitir la relación de sus miembros con otros sistemas, aceptando la ayuda a la solución de sus problemas y así como la ayuda de las redes sociales.
(4)

La adolescencia es una etapa de la vida compleja y difícil, un período caracterizado por continuos cambios, en el que el joven tiene que afrontar nuevas decisiones y realizar un

esfuerzo permanente de adaptación e integración. La mayor parte de los autores la han dividido en tres etapas: temprana (10-13 años), media (14-17 años) y tardía (18-21 años). (5).

Datos demográficos

En Chile en 1991 el 13,72% de los niños nacidos corresponden a hijos de madre menores de 20 años. El embarazo adolescente generalmente es indeseado y a destiempo y se produce con más frecuencia en estratos sociales bajos. El padre generalmente es un adulto joven, pero en los últimos años ha aumentado el número de padres adolescentes, en 1987 15,5%, en 1988 sube a 16,4 y en 1989 a un 16,93%. La madre adolescente son muchachas que pasan bruscamente de hijas dependientes a madres obligadas igualmente dependientes. (6).

En 1990, el 81 % de los partos de primigestas (primer embarazo), son de adolescentes, y aproximadamente un 25% de la población femenina en Costa Rica, inicia su vida sexual en entre los 13 y 17 años de edad.

El 54 % de partos ocurridos en mujeres menores de 19 años corresponde a madres solas, lo que implica un problema social.

El 67.2% de las madres adolescentes no deseaban el embarazo.(7)

En 1996, América Latina y el Caribe tenían una población de 51 millones de jóvenes entre 15 y 19 años de edad y se proyectó que para el año 2000 fuera de 52 millones, con un 49% de mujeres, tanto para 1996 como para el año 2000 (USAID,1996). Los adolescentes en la región representan más de la quinta parte de la población total. En países como México, Honduras, Guatemala y Nicaragua casi un cuarto de la población pertenece al grupo de edad entre los 15

y 19 años, en cambio en Bolivia, República Dominicana, Ecuador, Panamá y Paraguay, más de la quinta parte de la población está representada por adolescentes (Alan Guttmacher Institute, 1990). (7)

La probabilidad de que una mujer haya ingresado en algún tipo de unión antes de la edad de 20 años es significativa; el rango varía entre el 36% al 60%, y la probabilidad de tener un primer hijo antes de los 20 años varía entre el 30% al 50% (Wulf y Singh, 1991). (7)

El matrimonio temprano es común en los países en desarrollo. Sin embargo, hoy en día es una práctica menos frecuente que hace sólo un par de generaciones atrás en América Latina y el Caribe. Vale la pena señalar que ésta práctica de matrimonio temprano es más frecuente en las mujeres que en los varones. Generalmente, las esposas adolescentes son tres años menores que los esposos. Esta diferencia de edad es también causa de la disparidad de poder entre ambos sexos. (7)

La prevalencia del matrimonio temprano continúa siendo alta en la Región. Es evidente el impacto que esto tiene en la situación y condición social de los y las adolescentes, especialmente para las mujeres. Una proporción significativa de mujeres de los países de la Región continúa contrayendo matrimonio o ingresan a uniones consensuales a edades muy tempranas. A pesar de que las mujeres están ingresando a uniones estables a edades más tardías, la magnitud de las diferencias de edad entre los países es significativa. En República Dominicana y Perú, la proporción de mujeres que tienen su primera unión a la edad de 20 años ha disminuido entre 14 y 16 puntos (ibid). También se evidencia en los otros países contemplados en el estudio como Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, México y Paraguay, en los que el rango de disminución de la edad a la primera unión varía entre 2 y 9 puntos. Edad mediana al primer matrimonio o unión Entre un 24% y 41% de las mujeres adolescentes en América Latina se casan antes de cumplir 18 años. De acuerdo a la información que proviene

de la Encuesta de Demografía y Salud (1995) en Guatemala la edad mediana de la primera unión de las mujeres en el área rural y las mujeres ladinas 11 (alrededor de 20 años) es dos años mayor que de las mujeres de áreas urbanas o indígenas (18 años) (Macro Internacional, 1995b). En el caso de Haití, por ejemplo, la edad mediana de la primera unión es cerca 22.5 años de edad (existiendo diferenciales urbano-rural, 23 años en la ciudad y 22.1 años en el área rural). Entre los hombres y mujeres de 15-24 años de edad en Haití 41.5% de las mujeres y 44 % de los hombres ya han tenido relaciones sexuales. En las edades de 15 a 17 años la proporción de los sexualmente activos fue el doble para los hombres con relación a las mujeres (22% versus 12%; Morris, 1992). En Paraguay, la edad mediana a la primera unión de mujeres entre 15 y 49 años fue de 21 años en 1995 (Centro Paraguayo de Estudios de Población/USAID/CDC, 1995-1996), y en Honduras fue de 18.9 años (CDC, 1996). En el caso de El Salvador la edad mediana de las mujeres entre 15- 49 años a la primera unión se reportó como de 19.5 años (FESAL, 1998). En México, la edad a la primera unión es de 20 años para las mujeres y de 23.2 años para los varones (INEGI, 1995). (7)

En México el número de nacimientos de mujeres adolescentes de 15 a 19 años se han incrementado, ya que en 1980 hubo 397,000 nacidos vivos y para 1990 fueron 412,000; en 1993 se registraron 430 embarazos en mujeres de 15 a 19 años, en México en 1993 hubo 454,900 nacimientos de mujeres menores de 20 años, en 1982 se reporta que del total de hijos nacidos vivos, el 12% son hijos de madres entre 15 y 19 años de edad. El Dr. Kumate en 1989 expone que en México el 15% del total de los nacimientos correspondió a mujeres adolescentes. En base al Censo Nacional de Población 1990 el 12% de los nacimientos correspondió a hijos de madres adolescentes. Se incrementó al 17% para 1992, con discreta disminución para 1993 con un 16%. Para la Secretaría de Salud en 1997 un 23% del total de

eventos obstétricos atendidos hasta el tercer trimestre del año correspondió a mujeres menores de 20 años.

Para el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), en el estudio representativo de la población derechohabiente en todo el país realizado en 1974- 1976, encontraron que el 15.1% de las mujeres atendidas para la resolución de su embarazo tenían 19 años y menos. Para 1990 se encontró un comportamiento similar con un 15%. En la Región Occidente del IMSS (Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán y Nayarit), en 1994 hubo un total de 22,746 egresos obstétricos en menores de 20 años los que corresponden a un 15% del total .

En México la fecundidad en mujeres de 15 a 19 años ha registrado un descenso, de 132 nacidos vivos por 1,000 mujeres de esas edades en 1975 a 105 en 1982, 84 en 1986, a 82 en 1991 y a 78 en 1994. en 1994 se reporta que en México el 9% de las adolescentes dan a luz cada año. (8)

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

Los problemas de un embarazo en “adolescente” derivan fundamentalmente de la estructura social y cultural de nuestros países. Por una parte, el atraso económico, la extensión de la pobreza y la magnitud de la desigualdad social, conducen a grandes sectores de la población a tener escasas oportunidades para poder optar por la postergación de la maternidad. Implican permanecer en la escuela sólo hasta los 14 o 15 años y, para las mujeres, tener muy escasas posibilidades de ocuparse en algo distinto a la maternidad, la crianza y el trabajo doméstico, por lo que una proporción muy alta se une, embaraza y es madre a edades que consideramos como adolescentes (antes de los 20 años), aunque en su propio contexto ya sean consideradas como adultas. La mayoría son pobres, muchas veces mal nutridas, con poco acceso (cultural y

material) a servicios de salud, y por tanto, con mayores riesgos que sectores de la población más favorecidos a padecer problemas de salud. (9)

Desde la perspectiva médica y social uno de los problemas que enfrentan los países en desarrollo corresponde al fenómeno de los embarazos en adolescentes. De acuerdo a cifras informadas por el Fondo para la Población de las Naciones Unidas (UNFPA), El embarazo adolescente representa poco más de 10% de todos los nacimientos en el mundo. En México, 20% del total de embarazos ocurre en mujeres menores de 20 años. La maternidad temprana es un fenómeno multicausal en el que participan factores de tipo social, económico y cultural. Cuando inician la actividad sexual, la mayoría de los adolescentes carecen del conocimiento preciso acerca de la sexualidad y anticoncepción y no tienen un acceso real a los servicios de salud reproductiva, lo que hace a esta población particularmente susceptible a los embarazos no deseados. (10)

En el embarazo de la adolescente hay mayores riesgos de tipo biológico, psicológico y social. Se informa en éste mayor frecuencia de desproporción cefalopélvica, anemia, preeclampsia y bajo peso del recién nacido. (11)

Los datos indican también que la llegada del primer hijo ocurre más tempranamente en las adolescentes con menor escolaridad y en las que residen en localidades rurales, se observa una diferencia de 1.6 años; esto es que mientras las mujeres de 15 a 24 años sin escuela tienen su primer hijo a los 17 años en promedio, las de secundaria y más lo tienen a los 18.6 años. Los datos previos pudieran sugerir una falta de planeación del primogénito, lo que nos llevaría a pensar en una deficiente información y dificultad de acceso a los medios para prevenir el embarazo y un desconocimiento de su sexualidad. (12)

Cuando el embarazo ocurre a edad temprana se ha encontrado que los riesgos de presentar enfermedades tales como la ruptura prematura de membranas, anemia, preeclampsia-eclampsia y

amenaza de parto pretérmino aumentan en forma considerable, principalmente cuando se presenta en primigestas menores de 17 años. Sin embargo esta postura médica mantiene cierta relatividad de verdad en su planteamiento, es decir, no se niega que las altas tasas de morbimortalidad materna y perinatal sean las consecuencias de la ocurrencia de un embarazo en edades “inadecuadas”, lo que se pone en duda es cuál de esos factores condicionan el desenlace, ya sea la edad o las condiciones desventajosas en que se encuentra la madre (estado nutricional y salud en general). Esto es, si un embarazo ocurre bajo condiciones óptimas de atención médica en una mujer con un estado nutricional y de salud adecuados, posiblemente las repercusiones sean menores. (13)

El impacto demográfico del embarazo adolescente se manifiesta debido a un incremento de la población de 10 a 19 años de edad y no a una mayor fecundidad en este grupo, la que ha disminuido, de acuerdo a las encuestas nacionales realizadas en los últimos veinte años. Sin embargo, el decremento en la fecundidad adolescente se ha dado a un ritmo menor que la de otros grupos etarios, lo que representa un aumento porcentual de adolescentes embarazadas. (14)

La adolescente muestra durante el embarazo cambios psicológicos que repercuten en su vida cotidiana, en la dinámica de la familia de origen y sobre la atención médica que reciben. Los más aparentes consisten en labilidad emocional, irritabilidad, manifestaciones de rechazo hacia el embarazo, aislamiento y rebeldía hacia normas de conducta. Esto las lleva en muchos casos a que abandonen temporalmente su educación escolar, agravando su situación familiar, donde se le critica y no son raros los casos de rechazo. El embarazo no planeado, toma por sorpresa a casi todos los involucrados por lo que generalmente, se requiere de cierto tiempo para que se empiecen a dar las actitudes de apoyo. Su disposición para asistir temporalmente al control

médico prenatal y apegarse a las indicaciones médicas no es muy buena, agregando más riesgos para su salud y la de su futuro hijo. (15)

El embarazo no planeado de una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años, además de repercutir sobre su esfera social. Se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a la actividad laboral, generalmente mal remunerada. La censura social sobre la adolescente y su familiar se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados faltos de compromiso que conllevan, a corto plazo, ruptura del mismo y una larga lista de repercusiones personales, sociales, económicas y sobre la salud de los hijos. El papel que juega la familia, y más específicamente la madre de la adolescente embarazada, como primer escalón de apoyo de la red social, será de gran importancia para procurar la adaptación de la adolescente a su maternidad y a su futuro inmediato. En la vida cotidiana, las madres de adolescentes embarazadas, además de compartir la responsabilidad y la crítica social y familiar, adoptan la mayoría de las veces una función de guía o asesoría frente a las dudas y preocupaciones que el embarazo, el parto y la recuperación puerperal implican. (16)

Comúnmente, las instituciones de salud visualizan la problemática de la adolescente embarazada desde el punto de vista clínico-biológico, dejando a un lado los aspectos de la dinámica familiar. Estos tienden a ser más difíciles de manejar, ya que existen desde hace mucho tiempo antes del embarazo de la adolescente, agudizándose durante ese periodo.(17)

La mayor prevalencia de complicaciones maternas y neonatales condiciona que a estos embarazos se les considere justificadamente como de alto riesgo. La elevada tasa de fecundidad en nuestro medio, las cambiantes condiciones socioculturales han exagerado este problema a la categoría de reto de salud pública. Esto amerita un enfoque integral en los

aspectos preventivos, de atención médica y rehabilitatoria, antes y durante el embarazo, parto y puerperio, así como en el puerperio.

El desarrollo personal sufre un retraso, y además la probabilidad de divorciarse o separarse del compañero es mucho mayor entre las adolescentes con un hijo. Los graves trastornos psicológicos derivados de saturaciones no previstas en las adolescentes embarazadas producen pérdida de la autoestima, que en ocasiones conduce a una depresión profunda.

En la problemática del embarazo de la adolescente intervienen otras situaciones, como el significado que tiene esta gestación en el desarrollo y madurez psicosocial de la mujer, la limitación de oportunidades educativas y la aceptación o rechazo del entorno familiar ante tal situación.

El embarazo en adolescencia trae como consecuencia la inestabilidad económica en la que con frecuencia viven las mujeres que se han embarazado a temprana edad.

En algunos países el embarazo en las adolescentes significa la expulsión automática de la escuela, o que ellas se vean en la necesidad de abandonarla.

La cada vez más temprana y frecuente actividad sexual de los adolescentes es al parecer el factor de primordial importancia para explicar el incremento de embarazos entre jóvenes no siempre cuentan con la información y conocimientos adecuados que les permitan ejercerla con responsabilidad.

El ámbito familiar desempeña una función muy importante en lo pronto que una niña empieza a enfrascarse en la actividad sexual: las familias de clases trabajadoras, donde la autoridad moral es débil y pobremente definida, de padres sin casarse, padres múltiples o ausentes es donde se presentan más los embarazos en la adolescencia. (18)

El embarazo en la vida de la adolescente en especial en aquellas menores de 16 años de edad, constituye un elevado riesgo para la salud de la madre(anemia, toxemia del embarazo y aumento de la mortalidad), como para el hijo (bajo peso al nacer, prematurez, mortalidad perinatal), que se ha asociado a un mayor estrés durante el embarazo, dieta deficiente, cuidado generalmente tardío y limitado, enfermedades y traumatismos durante la gestación, factores que no parecen responder únicamente a la inmadurez biológica, sino que dependen de variables socioculturales relacionadas con la pobreza, las que a su vez también determinan la distribución de las consecuencias socioeconómicas y psicológicas. Así también se plantea la asociación entre las condiciones de vida desfavorables de la embarazada y elevado riesgo perinatal, condiciones que se describen en términos de ingreso, vivienda, educación formal y frecuente migración rural urbana que determina la pérdida parcial o total de la red natural de apoyo familiar y comunitario; y del limitado uso de los servicios de control prenatal por parte de la adolescente, y sobre todo la etapa del embarazo en la que acude a ellos. (19)

Se considera que durante la adolescencia, más que en cualquier otra época de la vida, diversos factores e impulsos de tipo biológico, psicológico, cultural y social, interactuando influyen significativamente en la evolución de la sexualidad y del manejo que de ella hagan las y los jóvenes. El comportamiento reproductivo no tiene significados homogéneos ya que responde a racionalidades diferentes según los distintos grupos sociales. Las relaciones sexuales se inician casi siempre antes del matrimonio o unión, con muy poca conciencia de parte de las mujeres de que ellas puedan decidir sobre sus relaciones sexuales. A veces las inician a edades muy tempranas sin clara idea de lo que están haciendo, otras porque consideran que deben complacer al novio, otras porque no se sienten con derecho a rechazarlas una vez que las han iniciado. Entre las causas de incremento de gestantes adolescentes se mencionan entre otros al

descenso de la edad de la menarquia, a mayor libertad sexual con inicio de relaciones sexuales a temprana edad, a escasos conocimientos en temas de sexología y de planificación familiar, oferta de servicios de planificación familiar deficientes, deseo de demostrar la fecundidad, imposibilidad de estudiar y la influencia de la familia, lo que al conjugarse contribuye al embarazo y la maternidad de las adolescentes. (20)

La adolescente que se da cuenta de que está embarazada experimenta miedo, tensión, ansiedad, pasa por estados depresivos, temores , culpa, vergüenza una serie de fantasías en cuanto a la reacción de su novio, de sus padres, sus compañeros, al enterarse de su embarazo, puesto que en la sociedad actual la mujer es vista como la responsable del embarazo y a quien se critica si éste no está legitimado por el matrimonio. En su hogar se presenta generalmente una crisis familiar. (21)

En esta sociedad , en la mayor parte de los casos es el varón quien debe tomar la decisión entre casarse o no. Una complicación social del embarazo prematuro es el matrimonio forzado como medio de resolver el problema.

Las consecuencias sociales de un embarazo en la adolescencia varían de acuerdo con la cultura, la educación, el nivel escolar, el grado de desarrollo socioeconómico y las diferentes legislaciones que hay en cada país para la protección de la menor. (21)

El rechazo por parte del grupo de amigos, y de sus propias familias que al enterarse del embarazo suelen emitir críticas demoledoras, temen que sus padres y hermanos adopten actitudes de rechazo, repudio, hostigamiento, violencia , clima de recriminación, la adolescente siente que su proyecto de vida y sus ilusiones quedan frustradas.

De acuerdo con la experiencia universal, si la familia como grupo tiene una actitud comprensiva o al menos se cuenta con el apoyo de alguno de los padres y hermanos como personas dispuestas a dar comprensión, afecto y ayuda, el embarazo podrá progresar de manera normal y los factores psico sociales que incidan en perjuicio tendrán menor oportunidad de manifestarse en plenitud.

Otra consecuencia social es la deserción escolar lo cual significa menos capacitación para el trabajo con la consecuencia a largo plazo de falta de oportunidades de obtener una mejor remuneración y el impedimento de una mejor realización social. La mayoría de las escuelas de enseñanza media y media superior rechazan a las chicas embarazadas.

Se tiene pérdida de oportunidades de continuar con el proceso de socialización adolescente, pues se les margina del grupo en las actividades deportivas, convivencias, excursiones recreativas y fiestas donde por lo general se desarrolla su mundo social.

Cuando la adolescente cuenta con empleo suele presentarse como consecuencia del embarazo la pérdida del trabajo (21).

La adolescencia al estar condicionada por características sociales, culturales y económicas bajo las cuales se va formando la joven, no implica únicamente cambios fisiológicos y psicológicos, sino que también puede considerársela como un fenómeno social.

Las posibles causas de este problema se relacionan con factores que incluyen bajo nivel socioeconómico, inestabilidad familiar, declinación de las barreras sociales y culturales para el ejercicio de la sexualidad, manarquia temprana en la mujer, escasa orientación sexual, desconocimiento de métodos de planificación, uso inadecuado de algunos métodos de planificación. El embarazo en la adolescencia generalmente es no deseado. Obedece a una

serie de causas psicológicas, sociales y culturales, con un patrón propio que se repite a lo largo de las diferentes poblaciones en que este fenómeno se ha estudiado.

A pesar del mayor número de esfuerzos para reducir su incidencia, el embarazo y la maternidad durante la adolescencia siguen siendo preocupaciones a nivel nacional por sus consecuencias en la sociedad, la familia y el individuo.

La familia de la adolescente se afecta mucho en caso de un embarazo no planeado. Muchos padres reaccionan en un inicio con ira y dolor cuando se enteran de que su hija se embarazó; sin embargo, muchos de ellos les dan ayuda cuando el nieto nace y ofrecen su apoyo a su hija si lo necesita. La mayor parte de las adolescentes embarazadas o que son madres eligen no casarse y permanecen dentro del contexto de la familia.

Los papeles de los miembros de la familia se modifican en las situaciones en que los abuelos y otras personas significativas asumen responsabilidades adicionales de tipo financiero y para el cuidado de los niños. La etapa de desarrollo de la madre adolescente influye en su dependencia con respecto a los miembros de la familia y en la adaptación familiar necesaria. El apoyo económico y social aumenta el potencial para desarrollo psicológico de la adolescente y su satisfacción emocional al desempeñar el papel de madre.

Las consecuencias psicosociales de la maternidad prematura suelen ser perturbadoras y parecen aumentar según el grado de desventaja socioeconómica y conforme es menor la edad de los padres adolescentes. Las observaciones que se obtuvieron en diversos estudios recientes, sugieren que las madres adolescentes tienen patrones de interacción más malos con sus hijos recién nacidos y con los que empiezan a caminar, dedican menos tiempo a hablar con ellos, mantienen menor contacto visual y utilizan menos las alabanzas y más los castigos que las mujeres adultas. (22)

Instrumento de repercusión familiar (IRFA).

El instrumento fue diseñado y validado: Contenido ítems (*Principios de Moriyama*), Criterio (*correlación del rango de Sperman*), Construcción (*mediante la teoría multivariada de componentes principales (APC) que incluyó técnicas correlaciones tipo gamma con método de matriz de factores*) y confiabilidad (*Método de pruebas*) Sus autores Patricia Herrera Santi, Idarmis González Benítez y Silvio Soler Cárdenas, especialistas áreas de psicología de la salud y matemáticas. Facultad de Psicología de Calixto García La Habana Cuba.

El instrumento consta de 20 ítems, distribuidos por áreas: Anexo2

1. Área Socio económica (variables recursos económicos, y espacio habitacional)
2. Área Sociopsicológica (variables integración social, participación social, modo de vida familiar, convivencia social, planes y proyectos familiares)
3. Área de Funcionamiento familiar (comunicación familiar, la afectividad , la cohesión , la armonía y los roles)
4. Área de estado de salud individual.

La calificación de esta prueba consiste en la suma natural de los valores numéricos circulados y posibilita la obtención de un puntaje para cada área estudiada al sumar la puntuación de los ítems que integran cada área y otro para la repercusión global en la salud familiar, sumando la puntuación total de todos los ítems. La evaluación del sentido favorable o desfavorable de la

repercusión se determinará por la prevalencia positivo o negativo, ya sea en cada área o de manera global quedando la calificación de la manera que se expone en la tabla, Anexo 3.

Con dicha calificación puede clasificarse en: sin repercusión, repercusión leve, moderada, elevada y severa. (23)

Para la captura de datos se utiliza la Cédula Básica de Identificación Familiar para la metodología del presente estudio (24)

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El presente proyecto de investigación pretende identificar el grado de repercusión que hay en la salud familiar en adolescentes con embarazo, valorando diferentes áreas de la familia como: su funcionamiento, su integración social, la convivencia, la salud de sus miembros, los recursos económicos y hasta el propio modo de vida familiar.

La prevalencia del matrimonio temprana edad continua siendo alta en México siendo evidente el impacto que tiene un embarazo en la situación familiar de los matrimonios adolescentes, hasta ahora la investigación sobre el embarazo en adolescentes se ha concentrado sobre complicaciones médicas, causas psicosociales. Consecuencias de fertilidad, cambios demográficos y consecuencias en el desarrollo de los hijos, pretendo investigar mediante la aplicación del instrumentos de reprecisión familiar (previamente validado), el grado de afectación que tienen las familias de adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar número 49 de la ciudad de Celaya, Gto. En el período comprendido de abril del 2004 a septiembre del 2004.

¿Qué grado de repercusión hay en la salud familiar en adolescentes con embarazo?

5.- JUSTIFICACIÓN.

La prevalencia del matrimonio temprano continúa siendo alta en México. Es evidente el impacto que tiene un embarazo en la situación y condición social - familiar de los matrimonios adolescentes, especialmente para las mujeres. Hasta ahora la investigación sobre el embarazo en el adolescente se ha concentrado sobre las complicaciones médicas, causas psicosociales, consecuencias de la fertilidad adolescente, cambios demográficos y consecuencias en el desarrollo de los hijos. Por si mismo embarazo es considerado un factor de estrés en la vida familiar.

En el análisis integral de este fenómeno es necesario abordar la repercusión embarazo en la familia del adolescente, las jóvenes parejas cuentan con pocos recursos y se estresan mas ante las limitadas oportunidades laborales y a pesar de que la familia de origen apoya a la nueva familia no cuentan con los recursos como una carga extra para los familiares (25-26)

Se necesitan esfuerzos especiales en la evaluación de variables específicas como: la socioeconómica, socio- psicológica , funcionamiento familiar e inclusive el estado de salud individual, áreas donde puede medirse la repercusión familiar de un embarazo (en buen porcentaje inesperado), áreas donde pueda medirse la falta de motivación y apoyo en recursos hacia las jóvenes.

El presente trabajo tratará de indagar mediante la aplicación del instrumento de repercusión familiar IRFA previamente validado como un elemento clave en la evaluación de las variables que guardan las familias de adolescentes en esta región de Celaya.

6.- OBJETIVOS:

6.1 OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el grado de repercusión en la salud familiar que el embarazo condicione en la familia de adolescentes embarazadas.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

6.2.1 Evaluar el área socioeconómica en la familia de adolescentes embarazadas.

6.2.2. Determinar el grado de afectación en el área sociopsicológica en familia de adolescentes embarazadas.

6.2.3. Valorar el área de funcionamiento familiar en el adolescentes con embarazo.

6.2.3. Evaluar el estado de salud de los integrantes de la familia de adolescentes embarazadas.

7.- HIPÓTESIS CONCEPTUAL.

Cuando se aplica el instrumento de repercusión familiar, en familias de adolescentes embarazadas se esperan repercusiones negativas significativas en las áreas socioeconómica, socio psicológica, funcionamiento familiar y estado de salud.

8.- METODOLOGÍA:

8.1 Tipo de investigación:

Descriptivo, observacional, transversal.

8.2. Población, lugar y tiempo:

La población serán adolescentes embarazadas (15 a 19 años) adscritas a la UMF 49 de Celaya, Gto. Durante el período comprendido de abril de 2004 a septiembre de 2004.

8.3. Tipo y tamaño de la muestra.

Para una proporción de una población con precisión absoluta específica y considerando un nivel de confianza del 95% y con una diferencia de riesgo de 10 puntos porcentuales de la diferencia real, se estima un total de 100 parejas con una proporción prevista para México de 25% de embarazo entre los 15 y 19 años (7).

8.4 Criterios de selección:

8.4.1 criterios de inclusión:

Adolescentes embarazadas de 15 a 19 años pertenecientes a la UMF 49, independientemente de su status matrimonial.

Embarazo no complicado.

8.4.2 Criterios de exclusión:

Embarazo de adolescente complicado (por aborto, toxemia, etc.)

Que no acepten participar en la encuesta.

8.4.3 Criterios de eliminación.

Que la paciente por decisión propia interrumpa la entrevista.

8.5 Variables a investigar:

Variables dependientes

Repercusión familiar: para este trabajo se entiende como afectación de la salud familiar (entendiendo salud como el bienestar biopsicosocial) ante la situación del embarazo en la pareja adolescente determinado por la significancia que la familia asigna al evento vital.

Variables Independientes:

Recursos socio- económicos, son las posibilidades económicas y materiales con que cuenta la familia.

Espacio Habitacional, son los espacios o locales que conforman la vivienda, donde se desarrolla la vida familiar.

Integración social, es la incorporación al estudio y al trabajo de los miembros de la familia.

Participación social, actividades sociales y recreativas en que participa la familia.

Modo de vida familiar, se entiende como al que se integra el conjunto de formas típicas de actividad que realizan los integrantes de la familia.

La convivencia social, relación de la familia con otros elementos de la sociedad como son los vecinos y la comunidad.

Planes y proyectos familiares, los proyectos futuros que se ha planteado la familia.

Comunicación familia, capacidad de brindar la posibilidad de transmitir mensajes entre sus miembros del grupo familiar.

Afectividad, es la capacidad de los miembros de vivenciar y mostrar los sentimientos y emociones unos a otros.

Cohesión, capacidad dada por la unión física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía, Correspondencias entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.

Roles, que son tareas y funciones que realiza la familia.

Estado de salud individual, presencia de afecciones o procesos patológicos o la ausencia en los miembros de la familia incluyendo el embarazo.

8.6 Procedimientos para recolección de la muestra:

Se aplicará una encuesta directa con la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF 1), anexo 1 (24) y el Instrumento de Repercusión Familiar(IRFA) anexo 2, a parejas de adolescentes que cursen con embarazo, y el resultado será tomado en concenso, un caso muy particular de ser madre soltera se considerará la percepción de ella y/o conjuntamente con el familiar más cercano, en el área de consulta externa de la UMF – 49 de Celaya, Gto.

El tipo de muestreo es por cuota.

Las primeras cinco entrevistas se consideraran como estudio piloto, se concertaron con el asesor Dr. Miguel Ángel Ramírez y el Dr. Gerardo Pérez Magaña y se consideró una mínima variación de los ítems 15,16 y 17 usando términos equivalente cuando fuera necesario durante la entrevista.

8.7 Consideraciones éticas:

Se solicitará su consentimiento informado verbal de forma voluntaria y se aplicara consejería y orientación familiar en los casos de repercusión.

8.8 manejo estadístico:

Estadística descriptiva para variables universales demográficas y para Inferencial se utilizará la prueba de la X^2 para proporciones $P = \alpha < 0.05$ significativo, y análisis de Kruskal-Wallis. La presentación será en cuadros y gráficas de variables familiares y socio-demográficas.

9.- RESULTADOS

Se aplicaron 100 encuestas a familias de adolescente embarazada de 15 a 19 años, para la mujer el promedio de edad fue de 17.8 ± 1.0 (IC95% 17.6 a 18), el promedio de edad en el hombre fue de 21.2 ± 3.5 años (95% IC 20.5 a 21.9),

cuadro 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

estado civil	número	porcentaje		
casados	72	72%		
unión libre	10	10%		
madre soltera	18	18%		
total	100	100%		
edad de la mujer				
15-17 años	35	35%		
18 a 19 años	65	65%		
total	100	100%		
edad del hombre				
17 a 19 años	29	29%		
20 a 23 años	51	51%		
24 a 28 años	14	14%		
30 a 33 años	5	5%		
se desconoce	1	1%		
total	100	100%		
tiempo de unión conyugal				
menor de un año	51	51%		
un año	13	13%		
dos años	11	11%		
tres años	7	7%		
no viven juntos	18	18%		
total	100	100%		
número de hijos				
ninguno	84	84%		
un hijo	15	15%		
dos hijos	1	1%		
total	100	100%		
escolaridad				
	mujeres	%	hombre	%
primaria incompleta	4	4%	1	1%
primaria completa	34	34%	17	17%
secundaria o más	62	62%	78	78%
se desconoce			4	4%
total	100	100%	100	100%
ocupación				
Estudiante	10	10%	2	2%
Empleado	18	20%	30	30%
Obrero	20	20%	49	49%
técnico o profesional	2	2%	15	15%
no trabaja	50	50%	3	3%
Total	100	100%	1	1%

fuentes: CEBIF-1 hoja de recolección de datos.

en el **cuadro 1** el estado civil de casados representa un 72% , la edad de la mujer un 65% está comprendida entre 18 a 19 años y en el hombre el 51% de 20 a 23 años y el 29% de 17 a 19 años, el tiempo de unión conyugal el 51% es menor de un año y solo el 7% tiene 3 años y el 18 % no viven juntos, en lo referente al número de hijos el 84% no tiene ninguno y únicamente una pareja tiene dos hijos, en la escolaridad en la mujer el 62% tiene secundaria o mas el hombre el 78%, en la mujer primaria completa el 34% y en el hombre el 17%, en la ocupación en la mujer el 50% no trabaja y el hombre el 79% tiene ocupación de empleado y/o obrero y de estudiantes en la mujer el 10% y en el hombre el 2%.

cuadro 2
CLASIFICACIÓN POR TIPO DE FAMILIA

Desarrollo familiar	número	porcentaje
Moderna	34	34%
Tradicional	66	66%
total	100	100%
Desarrollo comunitario		
Urbanas	63	63%
Rurales	37	37%
total	100	100%
Estructura		
Nuclear	43	43%
Extensa	54	54%
Extensa compuesta	3	3%
total	100	100%
Etapa del ciclo vital familiar		
Matrimonio	73	73%
Expansión	14	14%
Dispersión	1	1%
Independencia	12	12%
total	100	100%

fuelle:CEBIF-1 hoja de recolección de datos.

El cuadro 2 presenta los resultados por tipo de familia, la tradicional representa el 66%, el desarrollo comunitario el 63% es urbana y el 37% es rural, en lo referente a la estructura el 54% es extensa, un 43% es nuclear y un 3% es extensa compuesta, en la etapa de ciclo vital de la familia en 73% se encuentran en matrimonio, 14% en expansión de las cuales se incluyen parejas en unión libre con un hijo y dos, 1% en dispersión que corresponde a una madre soltera y 12% en Independencia . Se encontró que las familias con estructura extensa tienen mayor repercusión elevada negativa y las familias nucleares hay mayor repercusión moderada negativa.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

cuadro 3

REPERCUSIÓN POR ÁREA EN LAS FAMILIAS ESTUDIADAS

NIVEL DE REPERCUSIÓN POR FAMILIA	ÁREA SOCIOECONÓMICA	ÁREA SOCIO PSICOLÓGICA	ÁREA FUNCIONA- MIENTO FAMILIAR	ÁREA ESTADO DE SALUD
No repercusión	1	0	0	38
Positiva				
leve	1	8	3	14
moderada	0	20	5	6
Elevada	2	0	60	1
Severa	0	0	6	1
Subtotal	3	28	74	22
Negativa				
Leve	6	3	0	21
Moderada	39	55	2	15
Elevada	40	13	20	4
severa	11	1	4	0
Subtotal	96	72	26	44
Total	100	100	100	100

Fuente: hoja de recolección de datos (instrumento de repercusión familiar).

El cuadro 3 se observa el nivel de repercusión por familia en la diferentes áreas encontrando en el estado de salud en 38 casos y un caso en el área socioeconómica no hubo repercusión, en lo referente a repercusión positiva destaca el área de funcionamiento familiar elevada en 60 casos, moderada en 20 casos en el área socio psicológica , leve en 14 casos en el área de estado de salud y únicamente elevada en dos casos en el área socioeconómica. En lo referente a al repercusión negativa se encontró el área socioeconómica con repercusión moderada en 39 casos, 40 elevada, moderada en 55 casos en el área socio psicológica, elevada en 20 casos en el área de funcionamiento familiar, leve en 21 casos y moderada en 15 casos en el área de estado de salud.

cuadro 4

TIPO DE REPERCUSIÓN POR ÁREA Y EDADES

ÁREAS	EDAD	REPERCUSIÓN POSITIVA		REPERCUSIÓN NEGATIVA	
		NÚMERO	%	NÚMERO	%
SOCIOECONÓMICA	15-17 años	2	2%	33	33%
	18-19 años	2	2%	63	63%
TOTAL		4	4%	96	96%
SOCIO PSICOLÓGICA	15-17 años	8	8%	27	27%
	18-19 años	20	20%	45	45%
TOTAL		28	28%	72	72%
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	15-17 años	29	29%	6	6%
	18-19 años	45	45%	20	20%
TOTAL		74	74%	26	26%
ESTADO DE SALUD	15-17 años	18	18%	17	17%
	18-19 años	42	42%	23	23%
TOTAL		60	60%	40	40%

Fuente: hoja de recolección de datos (instrumento de repercusión familiar).

En el cuadro 4 Muestra se la repercusión negativa en el área socioeconómica con un 96% y en la socio psicológica con un 72%, la repercusión positiva se presenta en el área de funcionamiento familiar en un 74% y en es estado de salud en un 60 % en cada una de ellas en los dos grupos etáreos.

CUADRO 5

RESULTADO DE REPERCUSIÓN NEGATIVA POR GRUPOS DE EDAD

ÁREAS DE REPERCUSIÓN

	(*)	(**)	(***)	(****)	(*****)
	SOCIOECONÓMICA	SOCIO PSICOLÓGICA	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	ESTADO DE SALUD	
GLOBAL					
ADOLESCENCIA INTERMEDIA (15 – 17 AÑOS)	6.7	6.14	7.16	5.64	6.95
ADOLESCENCIA TARDIA (18 – 19 AÑOS)	6.47	6.17	7.09	5.52	6.69
PROBABILIDAD	SIGNIFICANCIA				
* P= 0.06	N.S				
**P= 0.81	N.S.				
***P= 0.76	N.S.				
****P= 0.56	N.S.				
*****P= 0.07	N.S.				

(ANALISIS DE KRUSKAL-WALLIS)

Fuente: hoja de recolección de datos (instrumento de repercusión familiar).

El cuadro 5 presenta los resultados de repercusión negativa por etapas de la adolescencia intermedia (15-17) y tardía de (18 a 19) no se encontró diferencia entre ellas con uso de la análisis de Kruskal Wallis.

Cuadro 6

**ÁREAS DE REPERCUSIÓN EN GENERAL DE ACUERDO A LAS
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES**

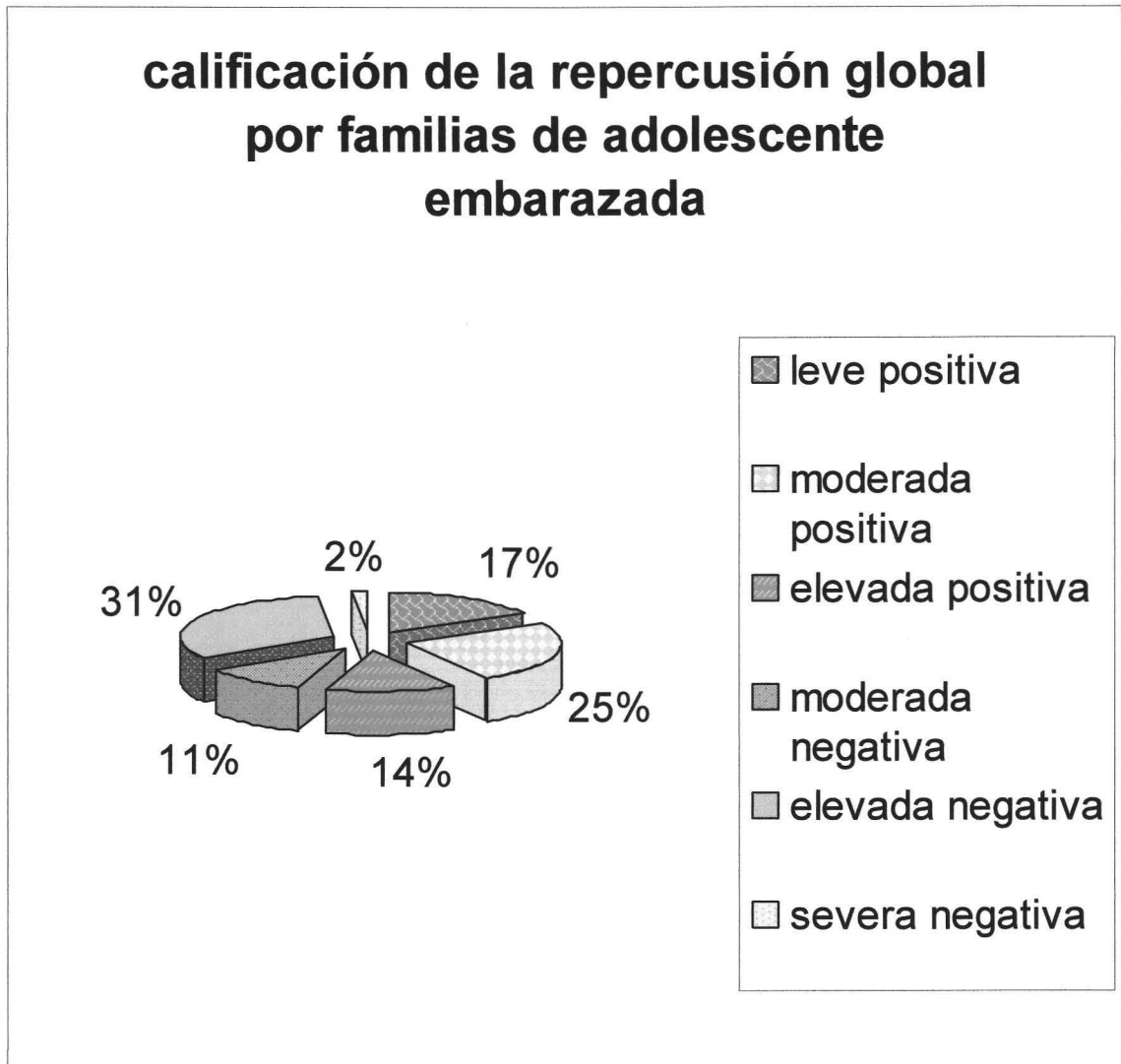
		SOCIOECONÓMICA	SOCIO PSICOLÓGICA	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	ESTADO DE SALUD
TRADICIONAL	US	0.055	0.36	0.83	0.39
MODERNA		N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
* SIGNIFICANCIA					
URBANA	US	<0.05	0.75	0.45	0.33
RURAL		SIGNIFICATIVA	N.S.	N.S.	N.S.
* SIGNIFICANCIA					
NUCLEAR	-				
EXTENSA	-	<0.05	0.11	<0.05	<0.05
EXTENSA		SIGNIFICATIVA	N.S.	SIGNIFICATIVA	SIGNIFICATIVA
COMPUESTA					
*SIGNIFICANCIA					
OCUPACIÓN DE LA		<0.05	0.69	0.16	<0.05
MUJER		SIGNIFICATIVA	N.S.	N.S.	SIGNIFICATIVA
* SIGNIFICANCIA					
OCUPACIÓN		0.07	0.29	0.91	<0.05
HOMBRE		N.S.	N.S.	N.S.	SIGNIFICATIVA
*SIGNIFICANCIA					

* VALOR DE P. POR Ji CUADRADA

Fuente: hoja de recolección de datos, (SPSS).

Cuadro 6 en este se observa el resultado de la repercusión general de acuerdo a las características familiares, en la tradicional us moderna no existe significancia en ninguna de las áreas, en la urbana us rural es significativa en el área socioeconómica, en la nuclear us extensa us extensa compuesta hay significancia en las áreas socioeconómica, funcionamiento familiar y estado de salud, en lo referente a ocupación de la mujer existe significancia en el área socioeconómica y estado de salud , en la ocupación del hombre hay significancia en el estado de salud.

Grafica 1



Fuente: hoja de captación de datos (instrumento de repercusión familiar)

10.- DISCUSIÓN:

Jiménez Leal R. y Cols (5) dividen la adolescencia en tres etapas por lo que se tomo en consideración para éste estudio la etapa media y tardía, el grupo femenino comprendió de los 15 a 19 años.

León J. y col. (12) mencionan que la llegada del primer hijo ocurre mas tempranamente en adolescentes con menor escolaridad y en las que residen en localidades rurales, en este estudio se encontró que un 62% madres adolescentes estudiadas tenían secundaria o mas y un 34% primaria completa, el 63% vive en área urbana y un 37% en área rural. Además León y col. (12) reportan que las adolescentes sin escuela tienen su primer hijo a los 17 años en promedio, las de secundaria a los 18.6 años, en el presente se encontró que la edad promedio de la adolescente embarazada fue de 17.8 y en el 84% fue su primer embarazo.

Manist M.M. y Cols. (6) reportan aumento en el número de padre varón adolescente, en 1987 el 15.5%, en 1988 el 16.4% y en 1989 de 16.93%, el diseño de éste estudio no puede cuantificar los porcentajes reportados por Manist, ya que en la población motivo de estudio los padres adolescentes fueron de un 64%. Este mismo autor refiere que las madres adolescentes pasan de hijas dependientes a madres con obligación igualmente dependientes, en éste estudio encontramos que el 50% de ellas no trabajan , y el 57% viven con su familia de origen dependiendo económicamente de éstas.

Dulanto Gutiérrez (21) refiere que si la familia como grupo tiene una actitud comprensiva el embarazo podrá progresar de manera normal y los factores psico sociales tendrán menor oportunidad de manifestarse, en el presente estudio en el área de funcionamiento familiar se

encontró repercusión positiva en un 74%, y en el área socio psicológica repercusión positiva de un 28%. Este mismo autor Dulanto (21) menciona que la deserción escolar significa menos capacitación con la consecuente menor oportunidades de trabajo, en éste estudio encontramos que el 34% de las adolescentes tienen primaria completa, el 62% secundaria y un 50% no trabaja.

Se obtuvo un 73% de las embarazadas adolescentes eran primigestas y el 51% tenían un tiempo de unión conyugal menor de un año y el 72% de las familias tenían un estado civil de casados, encontrando que gran parte de ellas se casaron estando embarazadas, cabe señalar que el estudio se realizó en 100 familias de la Unidad de Medicina familiar no. 49 del IMSS y en ésta institución para tener derecho a atención médica una mujer embarazada es necesario ser trabajadora o estar casada.

El 18% de las mujeres motivo de estudio (15-19 años) corresponden a madres solteras lo que implica un mayor problema social.

En el presente estudio se detectó un que un 74% presentaron una repercusión positiva y el 26% repercusión negativa en el área de funcionamiento familiar, datos muy similares a lo que señala Ortigosa C.E. y col. (16). En su libro donde menciona que el papel que juega la familia y más específicamente la madre de la adolescente embarazada como primer escalón de apoyo de la red social, será de gran importancia para procurar la adaptación de la adolescente a su maternidad y a su futuro inmediato.

En relación a la hipótesis conceptual se pudo corroborar que se encuentran repercusiones negativas en las áreas socioeconómica y sociopsicológica sin embargo en el área de funcionamiento familiar se encontró predominio de repercusión positiva evidenciando más aspectos positivos en cuanto a: comunicación familiar, afectividad, cohesión, armonía y roles.

11.- CONCLUSIONES:

Se encontró que el funcionamiento familiar se ve favorecido por que actualmente en las familias existe menor rechazo al embarazo adolescente dando su apoyo a la mujer . Por lo que considero que la familia es el pilar de mayor importancia para fortalecer el desarrollo y contribuye a una mas pronta adaptación y mayor funcionamiento biopsicosocial.

El embarazo en adolescente no planeado es una crisis no normativa que habitualmente pasa un jóven, la repercusión en el área sociopsicológica en éste estudio se ve afectada en forma negativa por ser una doble crisis, la de la adolescencia y el embarazo.

En el presente estudio las áreas sociopsicológica y socioeconómica fueron las de mayor repercusión negativa, por lo que se requiere tomar acciones preventivas en primer nivel.

El médico de familia al otorgar la consulta cotidiana a su población adolescente debe orientarla sobre metodología anticonceptiva y enfermedades de transmisión sexual, así como detectar factores de riesgo que incidan en la morbimortalidad materna y fetal y al detectar mediante el estudio familiar a los padres que tengan hijos adolescentes se les debe orientar para mejorar la comunicación con sus hijos y logren incidir en un inicio responsable de la vida sexual de éstos. Además es necesario el apoyo de las instituciones para que los profesionales del área de la salud y de la educación tomen en sus manos la gran responsabilidad de ayudar a los jóvenes a prevenir y enfrentar éste tipo de situaciones, orientando su sexualidad adecuada y oportunamente, brindándolos servicios de salud de acuerdo a sus necesidades reales y dándoles la oportunidad de ocupar un sitio de prestigio dentro de la sociedad. Ello redundará en su bienestar físico, mental y emocional, lo cual a su vez se reflejará en su familia y su comunidad.

2.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Huerta- González JL, Farfán – Salazar G., “ Eventos Críticos Familiares”, Estudio de la salud Familiar , En PAC MF-1,Primera Edición. Intersistemas SA de CV Editores México. 1999, 28-30
2. Huerta- González JL, Farfán – Salazar G. “Ciclo vital de la familia”, Estudio de la Salud Familiar, En: PAC MF-1.Primera Edición Intersistemas SA de CV Editores México. 1999, 17-21
3. Ritvo C EV, Glick D I, “La familia Funcional” , Terapia de Pareja y Familiar; Editorial Manual Moderno . México. 2003, Cap 2 ;11-22.
4. Yurss- Arruga I. , “Atención a la Familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria”, Instrumentos de abordaje familiar. ANALES , Sis San Navarro 2001. Vol 34 Suplemento 2; 73-82.
- 5 . Jiménez Leal R. López Santiago Ascencio. “ La medicina de familia y la adolescencia”, Atención primaria, México, 2003;32-10:555-56.
- 6 Monist MM, M Magdalena, Serrano CV, Silver T.J. Suárez Ojeda EN, Yunes J. “La Salud del Adolescente y del joven”, Organización Panamericana de la Salud; Editores, Washington D.C, 1995 no. 552 .
- 7.- Camacho Virginia Alma , “Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe”, Revisión bibliográfica, 1988-1998 Hubner, MD, MPH Serie OPS/FNUAP .2000, No. 12

- 8.-Tapia Curiel A.,Yáñez Santiago A., “Embarazo en la adolescencia”, Investigaciones en Salud de Adolescentes, Primera Edición 2002, Créditos Editoriales (Rasmussen Cruz B., Hidalgo San Martín A.), México, 2002, 120-137.
- 9.- Stern Claudio, “El Embarazo en la Adolescente como un Problema de Salud Pública”, Adolescencia, Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del adolescente, México, 2003, Volumen nueva época no. 8, página 6.
- 10.- Villanueva L.A., Campos R., Pérez F. M, C, “Conocimiento y prácticas anticonceptivas en adolescentes embarazadas”, Ginecología y Obstetricia de México, Volumen 69, junio 2001, p. 239-242.
- 11.- De la Garza C., Celaya J., Hernández C., Palacios G., “Primigesta adolescente”, Ginecología y Obstetricia de México, volumen 65, diciembre 1997, p. 553-537.
- 12.-León J.,Henández Álvarez I. ,Hernández H. C., “Influencia de los Factores Socioculturales en la Morbilidad y/o Mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres Estados de la República Mexicana”, Ginecología y Obstetricia de México, volumen 70, julio 2002, p. 356-359.
- 13.- Villanueva L.A., Milagro M., Martínez H., García E. “características Obstétricas de la adolescente embarazada”, Ginecología y Obstetricia de México, volumen 67 agosto 1999, p.356-359.
- 14.- Ortigosa C. E., Carrasco I., Padilla P., “ Evaluación de un curso educativo sobre la etapa gestacional exclusivo para adolescentes embarazadas”, Ginecología y Obstetricia de México, volumen 67 agosto 1999, p. 276-282.

- 15.- Ortigosa E., Padilla P., López R., “Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas”, *Ginecología y Obstetricia de México*, volumen 70, enero 2002, p. 28-35.
- 16.-Ortigosa c. E.,Padilla P., López R., “Diseño y Evaluación de un Curso Educativo Dirigido a Madres de Adolescentes Embrizadas”, *Ginecología y Obstetricia de México*, volumen 69, septiembre 2001, p. 363-369.
- 17.- Tapia A., Pérez E., Gutiérrez J., Villaseñor M., Gutiérrez A., “Embarazo en la Adolescencia, Aspectos Obstétricos, perinatales, psicológicos y socioculturales”, *La Salud del niño y del Adolescente*, Martínez y Martínez R., 4ª. Edición, Editorial Manual Moderno, México 2001, p. 1488-1492.
- 18.- Tapia Curiel A.,Yañez Santiago Yañez A., “Características Sociodemográficas y Obstétricas de Adolescentes y Adultas Embarazadas Atendidas en el Hospital Civil de Guadalajara en 1995”, *Investigaciones en Salud de Adolescentes*, Primera Edición 2002, Créditos Editoriales (Rasmussen Cruz B., Hidalgo San Martín A.), México, 2002, 139-144.0
- 19.- Tapia Curiel A., López León A., “Comportamiento Reproductivo en dos grupos de mujeres de Atequiza, Jalisco, 1997”, *Investigaciones en Salud de Adolescentes*, Primera Edición 2002, Créditos Editoriales (Rasmussen Cruz B., Hidalgo San Martín A.), México, 2002, p. 145-150.
20. Monroy de Velasco.”Planificación familiar y demografía medica”, IMSS. Primera edición, México15 BN 968-824-298-S. pag. 375-381.

- 21.- Dulanto Gutiérrez Enrique. "Madres Adolescentes Solteras", Consecuencias Psicosociales del Embarazo en Adolescentes". Asociación Mexicana de Pediatría , Mc Graw Hill Interamericana Editores, México, 1998 Pag.537-548.
- 22.- Echererry Ciro C.J."-Características psicosociales de las madres adolescentes en tres instituciones de salud de Manizales durante febrero de 2003",-Proyecto de Investigación universidad de Celda. 2004, p. 5-9
- 23.- Herrera –Santi P, González – Benítez I, Soler- Cárdenas S. "Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud Familiar", Rev Cubana Med Gen Integr 2002: 12(2).
- 24.- Ponce- Rosas ER, Gómez- Clavelina FJ Irigoyen- Coria A, Terán- Trillo M, Fernández- Ortega MA Perfil de la estructura familiar en una zona urbana de Tlalpan, México. Arch Med. Fam. 199; 183:67-72
- 25.- .Huerta- González JL, Farfán – Salazar G." El expediente clínico Familiar , Estudio de la salud Familiar", En PAC MF-1; 44-69.Primer edición, Intersistemas SA de CV Editores México. 1999, 44-48
- 26.- Alatorre- Rico J, Atkin –Lucile C. El embarazo adolescente y la pobreza, En. Bonfil, Paloma y Vania Salles Editores Mujeres pobres: salud y trabajo: Gimtrap 1998 Pp 13-30.*mailto:gimtrap@laneta.apc.org*

13.- A N E X O S

FORMATO DE CAPTACION DE DATOS.(anexo 1)
CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR (CEBIF-1)

Folio

Código

La presente entrevista trata de investigar el estrés que sufre las familias de adolescentes como la suya, es carácter confidencial y anónimo, de participación voluntaria, solo se pide sea lo mas cercano a su realidad .

Familia		_____				
Domicilio		_____				
Estado Civil		_____				Señale en esta columna
		Casados (1)	U.Libre (2)	Madre soltera (3)	Divorciada (4)	<input type="checkbox"/>
Tiempo de Unión conyugal		_____				<input type="checkbox"/>
Edad en años cumplidos		_____				Mujer
						Hombre
Escolaridad		Nula (1)	Primaria inc(2)	Prima Com (3)	Secundaria o más (4)	Mujer
						Hombre
				No aplica (5)		<input type="checkbox"/>
Numero de Hijos		_____				<input type="checkbox"/>
Tipo de Familia		_____				
	Desarrollo Familiar		Moderna (1)	Tradicional (2)		<input type="checkbox"/>
	Desarrollo Comunitario		Urbano (1)	Rural (2)		<input type="checkbox"/>
	Estructura	Nuclear (1)	Extensa (2)	Extensa Com (3)		<input type="checkbox"/>
Ocupación		Estudiante (1)	empleada (2)	Obrero (3)	Técnico prof (4)	No Trabaja (5)
						Mujer
						Hombre
Etapa del ciclo vital Familiar		_____				
		Matrimonio(1)	Expansión (2)	Dispersión (3)	Independencia(4)	Retiro (5)
Observaciones		_____				

INSTRUMENTO DE REPERCUSIÓN FAMILIAR (IRFA)
(anexo2)

Instrucciones: circule el número según el grado en que el evento ocasionó cambios en la familia

tomando en cuenta el signo. Cuando el cambio fue favorable para la familia circule el número con el signo (+) positivo y cuando fue desfavorable el signo (-) negativo.

	NADA	CASI NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHÍSIMO
	NUMERO 1	NUMERO 2	NUMERO 3	NUMERO 4	NUMERO 5
1. las responsabilidades y las funciones de los miembros de la Familia	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
2. Los recursos económicos para lograr el sustento familiar.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
3. la disponibilidad de espacio en el Hogar	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
4. La integración de los miembros a la vida laboral y escolar.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
5. Las relaciones con los los vecinos y otros familiares.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
6. el tiempo dedicado a las tareas del hogar.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
7. los hábitos y costumbres familiares.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
8. La participación en actividades Sociales y recreativas.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
9 El tiempo de descanso y reposo de los miembros de la familia.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)

anexo 2

	NADA	CASI NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHISIMO
	NUMERO 1	NUMERO 2	NUMERO 3	NUMERO 4	NUMERO 5
10. La posibilidad de conversar de manera clara y directa los problemas familiares.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
11. Las relaciones afectivas entre los miembros de la pareja.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
12. Las relaciones afectivas con el resto de la familia.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
13. El estado de salud de los miembros de la familia.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
14. el cuidado y atención a los miembros de la familia.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
15. La toma de decisiones de manera conjunta en la familia.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
16. La participación de todos los miembros en la solución de los problemas.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
17. La organización y el control de la vida familiar.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
18. La correspondencia entre los intereses individuales y familiares.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
19. Los planes y proyectos familiares.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)
20. La tendencia y adquisición de bienes familiares.	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)
	(-1)	(-2)	(-3)	(-4)	(-5)

Calificación de la manera que se expone en la siguiente tabla.

Calificación y diagnóstico por área. (anexo 3)

	Área socioeconómica	Área sociopsicológica	Área funcionamiento familiar	Área estado de salud.
	ITEMS 2,3 Y 20	ITEMS 4,5,7,8,9,17,19	ITEMS 1,10,11,12 14,15,16,18	ITEM 13
Nivel de repercusión	Variables: Recursos Económicos y materiales, Espacio Habitacional	Variables: Integración Social, participación Social, Modo de vida familiar, convivencia Social, proyectos familiares.	Variables: Comunicación familiar, afectividad, cohesión, armonía roles.	Variable: estado de salud.
No Repercusión	1-3 puntos	1-8 puntos	1-8 puntos	1 punto
Repercusión leve.	4-6 puntos	9-16 puntos	9-16 puntos	2 puntos
Repercusión moderada	7-9 puntos	17-24 puntos	17-24 puntos	3 puntos
Repercusión elevada	10-12 puntos	25-32 puntos	25-32 puntos	4 puntos
Repercusión severa	13-15 puntos	33-40 puntos	33-40 puntos	5 puntos
Clasificación global		Diagnóstico global		
0-20 puntos	No repercusión	Puntuación bruta		
21-40 puntos	Repercusión leve	Signo predominante		
41-60 puntos	Repercusión moderada	Diagnóstico		
61-80 puntos	Repercusión elevada			
81o mas puntos	Repercusión severa.			