



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DR IGNACIO CHÁVEZ

TÍTULO  
DETECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO EN  
ADOLESCENTES MEDIANTE EL GENOGRAMA

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EN DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA  
NANCY GARCÍA CERVANTES

MÉXICO, D F. 2006

NUMERO DE REGISTRO  
272.2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## AGRADECIMIENTOS

A dios por dejarme terminar mi gran sueño y darme la luz en mis conocimientos profesionales, así como en mis esfuerzos de sanar al hombre, vida en la salud que llevo a los enfermos y esperanza en las palabras de consuelo.

Agradezco especialmente a mis padres Armando y Adelina por su amor y apoyo incondicional en todo momento.

A mi esposo Felipe y mis hijos Sofía y Erick por su comprensión y por ser mi mayor motivación.

A mis hermanos Armando, Lizbeth, Cynthia y Rodrigo por su gran apoyo y porque siempre creyeron en mí

Reconozco el valor de la gente que ha estado a mi lado para brindarme su amor, comprensión, sabiduría, paciencia, apoyo, amistad, las cuales fueron una guía en mi camino.

A las doctoras: Catalina Monroy Caballero por su apoyo en los momentos más difíciles y Ana Maria Navarro García por su apoyo, comprensión y paciencia para poder hacer posible este trabajo.

NANCY.

DETECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO EN  
ADOLESCENTES MEDIANTE EL GENOGRAMA

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EN DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

NANCY GARCIA CERVANTES

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

DETECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO EN  
ADOLESCENTES MEDIANTE EL GENOGRAMA

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EN DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

NANCY GARCÍA CERVANTES

AUTORIZACIONES:

DR. LUIS BLANCO LOYOLA  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION CLÍNICA DE MEDICINA  
FAMILIAR "DR IGNACIO CHAVEZ" ISSSTE

DRA. CATALINA MONROY CABALLERO  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR

DRA. ANA MARIA NAVARRO GARCÍA  
ASESORA DE TESIS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

ÍNDICE	Página
RESUMEN	
1.-MARCO TEÓRICO	1
1.1. Antecedente del tema y del problema	1
1.1.1. Definición adolescencia	1
1.1.2. Etapas de la adolescencia	2
1.2. Definición embarazo en la adolescencia	4
1.2.1. Prevalencia y tendencia del embarazo adolescente	4
1.2.2. Fenomenología del embarazo en adolescentes	6
1.2.3. Actitud frente al embarazo y maternidad	7
1.2.4. Actitud con respecto a la experiencia del embarazo	8
1.2.5. Etiología	8
1.2.6. Factores de riesgo	9
1.2.7. Aspectos epidemiológicos	11
1.2.8. Maternidad y paternidad en la adolescencia	12
1.2.9. Comienzo de la maternidad y paternidad adolescencia	12
1.2.10. La interferencia de la maternidad y paternidad con el desarrollo del adolescente	13
1.2.11. Consecuencias del embarazo en la adolescencia	14
1.2.11.1. Complicaciones maternas	17
1.2.11.2. Complicaciones neonatales	17
1.3. Familia	18
1.3.1. Ciclo de vida familiar	19
1.3.2. Cambios en la familia por el embarazo del adolescente	21
1.3.3. Importancia de la familia en la salud y enfermedad	22
1.3.4. Crisis de la familia con hijos adolescentes	24
1.3.5. Interacción familiar y desarrollo del adolescente	26
1.4. Manejo por el médico familiar	29
1.4.1. Prevención primaria	31
1.4.2. Prevención secundaria	32
1.4.3. Prevención terciaria	33

1.5.	Definición de genograma	33
1.5.1.	Antecedentes históricos	34
1.5.2.	Utilidad del genograma	34
1.5.3.	Ventajas de los genogramas	37
1.5.4.	Construcción de los genogramas	40
1.5.5.	Clasificación de los genogramas	44
1.5.6.	Quién diseña el genograma	44
1.5.7.	Cuando debe emplearse el genograma	45
1.5.8.	Como interpretar el genograma	45
2.-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	48
3.-	JUSTIFICACIÓN	49
4.-	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	51
5.-	MATERIAL Y MÉTODOS	51
5.1.	Tipo de estudio	51
5.2.	Diseño de la investigación del estudio	51
5.3.	Población, lugar y tiempo de realización del estudio	52
5.4.	Muestra	52
5.5.	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	52
5.6.	Variables (tipo y escala de medición)	52
5.7.	Definición conceptual de las variables	56
5.8.	Descripción operativa de las variables y diseño de la base de datos	58
5.9.	Instrumento de recolección de datos	63
5.10.	Método de recolección de datos	63
5.11.	Análisis estadístico de los datos	63
5.12.	Calendario de actividades	64
5.13.	Recursos humanos	64
5.14.	Recursos físicos	64
5.15.	Financiamiento del estudio	65

5.16. Consideraciones éticas	65
6.- RESULTADOS	65
7.- DISCUSIÓN	70
8.- CONCLUSIONES	73
BIBLIOGRAFÍA	76
ANEXOS	80



## MARCO TEÒRICO

### 1.1 ANTECEDENTES DEL TEMA Y DEL PROBLEMA

#### 1.1.1.-DEFINICIONES DE ADOLESCENCIA

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud como el período de vida comprendido entre el inicio de la pubertad y el completo desarrollo de los caracteres sexuales y que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos así como por la integración de funciones de carácter reproductivo acompañadas de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil. 1, 2, 3.

Otros autores mencionan que es un periodo de cambio rápido y notable entre los que figuran los siguientes: la maduración física, el crecimiento corporal general que incluye la capacidad para pensar de manera lógica conceptual y futurista, el desarrollo psicosocial, una comprensión mejor de uno mismo en relación a otros.<sup>4</sup> Es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, comprende la década que va desde los 10 años hasta los 20 años, es una etapa de la vida que se caracteriza por profundos cambios físicos, sociales y psicológicos.<sup>5</sup>

El médico debe conocer los cambios orgánicos y mentales así como el medio ambiente que rodea al adolescente. Dentro de los cambios físicos están el rápido crecimiento con desproporción transitoria de la armonía corporal y el inicio de la pubertad con desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. En lo sociológico cambia el estilo de pensamiento hacia el hipotético-deductivo, lo que lo lleva a conflictos constantes con la autoridad y hacer críticas infundadas hacia la sociedad actual. En lo social se enfrenta con ser un adulto biológico pero que depende económicamente de sus padres, se le exigen responsabilidades de persona madura pero recibe un trato de niño o niña. 6, 7, 8.

La pubertad se define como el proceso biológico que genera la capacidad reproductiva. El inicio y el tiempo de la pubertad varían según el sexo, grupo de población y el individuo. Durante la pubertad se presentan los mayores cambios del sistema de regulación hormonal tanto en el sistema nervioso central como en

las suprarrenales y las gónadas que causan cambios en el crecimiento esquelético, en la composición del cuerpo y en la adquisición de las características sexuales secundarias que hacen que el adolescente se vea a sí mismo con sentimientos de sorpresa, fascinación, atracción, temor y horror al mismo tiempo. Esto a su vez lleva a que se sienta inseguro, avergonzado y tienda a compararse con otros revisando su auto imagen. 7, 8, 9.

Los rasgos de madurez sexual de Marshall y Tanner son de gran ayuda para monitorizar el desarrollo de las características sexuales secundarias de la maduración puberal. La edad promedio del inicio de la pubertad en las niñas se define por el botón del seno y es 11.2+/- 1.6 años, mientras que la edad promedio de inicio en los niños se define por agrandamiento de los testículos y es 11.6+/- 1.1 años. La edad promedio de la menarca es 13.3 +/- 1.3 años y la edad promedio de la espermaquia está entre 13.5 y 14.5 años. 10,11

Los adolescentes de manera abierta o encubierta utilizan las conductas de rebelión para probar los límites, buscar autonomía y capacidad, separarse de los parámetros y estándares paténtales y desarrollar un sistema de valores independientes.<sup>8</sup>

### 1.1.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Se han escrito tres etapas en el desarrollo de la adolescencia.

Temprana: de los 10 a los 13 años: la adolescencia se inicia con el advenimiento del cambio puberal, época en la que aparecen nuevas maneras de expresión (sexuales y sociales) y las nuevas habilidades. Las personas que esta afuera de la familia se convierten en los objetivos de fijación ulterior. Esta persona importante puede ser un amigo, un profesor a quien admira, un músico, un héroe deportivo o cualquiera a cuyas opiniones de mucho valor. Esto sucede porque está buscando activamente modelos de conducta. Las relaciones disponibles dentro de la familia ya no bastan para satisfacer las nuevas aspiraciones de la persona progresivamente más poderosa y sexual. Refuerza la agresividad y el sentido de auto conservación. Inicia la separación de los padres, en esta época suelen, hacer un esfuerzo por sujetar sus impulsos dentro de los lazos de la vida

familiar. La independencia está en el deseo de iniciar sus propios juicios y tomar decisiones acerca de ellos regulando su propia conducta.<sup>1, 12, 13, 14.</sup>

Intermedia: de los 14 a 16 años: periodo de rápido crecimiento cognitivo, cuando emergen pensamientos operacionales formales, están ensimismados en ellos, creen que sus emociones son exclusivas. Dentro de este mundo propio egocéntrico, cree que vivirá para siempre, lo que los induce a tomar riesgos innecesarios, comunes en este periodo.

Es el periodo más turbulento, es la guerra, es aquí cuando no sabe definir en su deseo de autonomía si se arregla o vive desarreglado, si inicia la etapa de independencia pero continua con la dependencia infantil, si debe iniciar su vida sexual o debe abstenerse, puede iniciar el contacto con las drogas, todos los valores culturales son analizados y criticados y aun reevaluados hasta grados de ser intolerables para lo adultos.<sup>1, 6, 8.</sup>

Tardía: de los 17 a los 20 años: Ocurre la consolidación de la personalidad, con estabilidad relativa y consonancia de los sentimientos y la conducta. En esta etapa ya se manifiesta la independencia total con grados de responsabilidad personal y empieza a ser parte de la comunidad a la cual pertenece. En cuanto a los cambios cognoscitivos que tiene el adolescente se puede definir también por etapas en las cuales, la primera según Piaget es la aparición de pensamientos de las operaciones formales. Es un procesamiento intelectual, abstracto, especulativo y libre de circunstancias. Se piensa en las posibilidades, en comparar la realidad con lo que podrá ocurrir o con lo que no podrá ocurrir. Se vuelven introspectivos y ensimismados, ponen todo en tela de juicio, rechazan los viejos límites, se convierten en pensadores creativos. En ella vamos a encontrar que muchachos y muchachas tienen ya una identidad sexual mejor definida, se espera que tenga un mayor control de sus impulsos sexuales y agresivos, que sus cambios emocionales sean menos marcados, más autónomos e independientes y capaces de contar con sus propias normas morales y patrones de conducta que vayan acorde a la sociedad que los vio crecer. <sup>1.6.15</sup>

## 1.2 DEFINICIÓN DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica 0= edad de la menarca) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. 4.

Otros también la definen como es la gestación en mujeres adolescentes grupo de 10 a 19 años. 1, 16

Cada año 3,312,000 adolescentes latinoamericanas llevaran a término un embarazo. Se ignora el número de abortos.

El costo de término de morbilidad y mortalidad materno infantil y el impacto psicosocial del embarazo es importante si se considera que es fenómeno prevenible.

La mortalidad y morbilidad de las adolescentes embarazadas puede ser similar a la del grupo de mujeres adultas si se les entrega una adecuada atención prenatal y del parto.4

### 1.2.1 PREVALENCIA Y TENDENCIA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Tanto la fecundidad total como la del grupo de 15 a 19 años han disminuido en todos los países de las Americas. Sin embargo, este descenso no ha sido de igual intensidad en todos los grupos etáreos, ni tampoco en los países. En Cuba por ejemplo, la disminución de la tasa de fecundidad general es mayor que la disminución experimentada en el grupo adolescente, en consecuencia, La importancia relativa de los nacimientos en menores de 20 años ha aumentado. Colombia, por su parte, ha experimentado una mayor disminución de los nacimientos en el grupo adolescente, comparado con la tasa general total, y presenta la paradoja de que aunque la importancia relativa del grupo es menor (18% en 1973 y 16% en 1986), el número total de nacidos vivos de madres adolescentes ha aumentado, porque la población adolescente es mayor. En los Estados Unidos, la tasa de fertilidad para el grupo de menores de 20 años disminuyó en un 20% entre 1970 y 1980, pero la proporción de adolescentes

embarazadas aumentó (17%) para el mismo período. La disminución de los nacimientos se explica porque la tasa de aborto aumentó en un 90% entre 1973 y 1981, en contraste, Suecia disminuyó la tasa de fertilidad en adolescentes a la mitad en el mismo período y también redujo la tasa de aborto en un 30%.

La mortalidad materna de las adolescentes está relacionada con la mortalidad materna general. La baja condición social de la mujer, la ausencia de servicios de atención materna, y la falta de aplicación de tecnologías apropiadas explican la mortalidad materna. Cuando las adolescentes reciben los servicios apropiados su mortalidad materna no es mayor, en los países en los cuales la mortalidad materna es alta, la mortalidad para este grupo etáreo es mayor, en cambio, cuando la mortalidad materna es baja, la mortalidad de adolescentes es menor que la total. No existen razones biológicas que justifiquen el mayor riesgo de morir que tiene este grupo etáreo respecto a los demás. El peso de las muertes maternas en el total de muertes para el grupo etáreo es diferente en los países y varía de un 4% en Chile a un 10 % en Ecuador por ejemplo.

La demanda de servicios por embarazo, parto y puerperio es alta. En Costa Rica por ejemplo el 47 % de los egresos hospitalarios para el grupo de edad, 15 a 19 años correspondió a parto y puerperio. Se encuentran cifras similares en Colombia, donde un 68% de los egresos entre 12 y 18 años de edad y el 25% de las consultas ambulatorias de las mujeres de 16 a 18 años es por causa materna.

1, 4.

Establecer la real incidencia de abortos provocados en la región de las América resulta difícil, en algunos países, como Cuba y los Estados Unidos la legislación permite la interrupción del embarazo, mientras en otros, la legislación la prohíbe y está penada por la ley, en Estados Unidos la razón de abortos para el grupo de menores de 15 años es de 133 por 100 nacidos vivos, cifras que se reduce a la mitad en el grupo de 15 a 19 años.

En aquellos países en que la legislación pena el aborto, las muertes maternas debidas a aborto puede ser un indicador que aproxima a medir la magnitud del mismo. Si se compara Argentina con Estados Unidos se observa que mientras la tasa de muerte por toxemia es 11 veces mayor en Argentina la tasa por aborto es 26 veces mayor. Los egresos hospitalarios son otra forma de aproximación. En

Colombia en 1985 se produjeron 9000 egresos por aborto complicado en el grupo de 15 a 19 años. Un estudio de 314 pacientes embarazadas menores de 20 años, en Sao Paulo de nivel socioeconómico alto, evidenció que el 80% de las pacientes terminó su embarazo por aborto provocado.

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. En el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad precoz limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo. 17

En 1999, ocurrieron en México 372 mil nacimientos en mujeres de 15 a 19 años, mientras que en el 2000 ocurrieron 366 mil. En el 2000 había en nuestro país 5,082,487 de mujeres entre 15 y 19 años, de las cuales 11.95% ya tenían hijos.

Esto significa que un total de 612,284 mexicanas menores de 19 años ya son madres, y muchas de ellas tienen más de un hijo.

Aunque una importante proporción de las madres adolescente afirman que su embarazo no fue planeado, más de la mitad dice que el nacimiento sí fue deseado. Esto significa que la mayor parte de las adolescentes que se embarazan acepta la maternidad sin importar que el embarazo haya sido resultado de un “accidente” o “descuido”, por no usar o usar mal los métodos anticonceptivos. 18

### 1.2.2 FENOMENOLOGÍA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El embarazo de la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Las fases de la adolescencia colorea las actitudes de la adolescente frente al embarazo, hay diferencias profundas en las vivencias de la gravidez durante la adolescencia temprana, media y tardía, y su conocimiento ayuda a comprender el embarazo adolescente en su contexto evolutivo.

Las actitudes de la adolescente frente a su embarazo se manifiesta con gran variedad, de acuerdo con las influencias culturales, temperamentales, de clase social, estado de salud, etc., sin embargo, es posible encontrar algunas características comunes y distintivas que permiten clasificar conductas con base en la etapa del desarrollo de la adolescente.

### 1.2.3 ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO Y MATERNIDAD

Este capítulo se estudiará por etapas de la adolescencia.

#### 1.-Temprana:

Incidencia más elevada de trastornos emocionales y negación patológica. El foco de preocupación es su propio cuerpo y la separación de la madre, en muchas adolescentes el embarazo es la respuesta contrafóbica a la dependencia (nunca satisfecha) de la madre, y lo es a la manera de un experimento con el propio cuerpo misterioso. La adolescente temprana, está estrechamente ligada a su madre, incluso celos a los sentimientos que su hijo podría evocar en su madre.

No hay concepto de desarrollo de una vida individual y no son capaces de dibujar un bebe de aspecto realista (negación).

El tema de maternidad provoca depresión y aislamiento

No hay lugar para el padre, el varón está ausente de sus planes. 4

#### 2.- Media:

Establecimiento de la identidad y de la feminidad. Es característica la marcada competición con la madre, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, durante esta etapa es frecuente el gran vaivén de los estado de ánimo, de la depresión (se siente aislada, rechazada no querida) pasa a la euforia (dinámica, querida, popular), el embarazo por ende, puede ser visto el mismo día como una amenaza peligrosa o como una oportunidad que brindará madurez y oportunidades. Fantasías ambivalentes acerca de la maternidad, por momentos idealizan el futuro (la madre perfecta que va a recibir el amor de su bebé) en otros se desesperan con las responsabilidades que se les avecinan.

El padre tiene un lugar. El varón es considerado importante como una esperanza en el futuro.

#### 3.-Tardía:

Absorbida por el tema de las relaciones interpersonales, a menudo el embarazo es un intento de consolidar la intimidad y de "atar al novio".

Es la etapa de la consolidación de la identidad y para algunas adolescentes eso se logra con la integración en el rol de la madre joven, estrechamente ligado a factores culturales.

Hay sentimientos maternos protectores y sensación de anticipación del hijo, búsqueda de afecto y compromiso de parte del varón y establecimiento como un futuro compañero. 4

#### 1.2.4 ACTITUD CON RESPECTO A LA EXPERIENCIA DEL EMBARAZO

La adolescente temprana, ligada a su madre y a sus propias necesidades, no es capaz de pensar en el embarazo como un evento que va a culminar transformándola en madre.

En la adolescencia media, es común ver una dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a vez es experimentado como un instrumento poderoso de la afirmación de independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y de orgullo.

Es en la etapa de la adolescencia tardía que se ve la adaptación al impacto de la realidad y las jóvenes desarrollan gran preocupación por temas de la realidad (prácticos) y se dedican a los placeres de la nidación.4

#### 1.2.5 ETIOLOGÍA

La etiología se relaciona con factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativa del grupo de pares respecto a la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad.

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja e ingresos inferiores de por vida. Contribuye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la feminización de la miseria.

Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos, solo se dispone de algunos datos de ciertas ciudades latinoamericanas. El 20% de las adolescentes entre 15 y 19 años en Bahía, Brasil,



declararon tener relaciones sexuales prematrimoniales, cifra que alcanzó a un 13% en la Ciudad de México y a un 22.2 % en Guatemala.

La observación clínica indica que la relación sexual precoz es extendida en las comunidades campesinas, las zonas suburbanas y las clases sociales bajas de las grandes ciudades. El aumento de la población juvenil sexualmente activa no se ha acompañado de un incremento proporcional de contracepción adecuada. Entre los motivos mencionados por los adolescentes figuran: la convicción de que “eso a mí no va a pasarme”, lo inesperado del momento del coito, ignorancia de los métodos de anticoncepción; temor a ser criticados si usan un método anticonceptivo, o que los padres se enteraran de su intento. La mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio del coito (20% el primer mes). 4

## 1.2.6 FACTORES DE RIESGO

### 1.-Biológicos

Edad de la pubertad: ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12-13 años actualmente. Los adolescentes son fértiles a una edad menor. Las adolescentes con una edad de menarquia precoz están más expuestas al riesgo de embarazarse.

El período entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales. Muchas sociedades en las que se ha intercalado una década entre la menarquia/espermarquia y la independencia económica y laboral, han dejado vago y ambiguo el rol de los jóvenes estableciendo expectativas poco realistas sobre su comportamiento sexual. El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes latinoamericanos sigue siendo bajo.<sup>4.12.17,19</sup>

### 2.-Psicosociales

#### a) Disfunción familiar

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y además puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo, que le

permite huir de un hogar patológico amenazado por la violencia, al alcoholismo y la amenaza de incesto.

Se han descrito como factores de riesgo asociados a la familia: la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo en la adolescencia y enfermedad crónica de uno de los padres. 4, 14, 16, 19, 20.

#### a) Culturales

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, es frecuente el fatalismo y el “locus” de control externo. Bajo esas circunstancias, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo.

El “machismo” y la necesidad del varón de probarse, es un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador, en el que también se ha demostrado la existencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.

#### b) Psicológicos

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia media el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas “eso no les va a pasar”, pues eso solamente le ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. 4

Entre los antecedentes maternos de riesgo que se han encontrado más consistentemente figuran los conflictos emocionales previos, las actitudes negativas o positivas pero poco realistas hacia el embarazo, la maternidad y los niños, la inhabilidad de aceptar ambivalencia hacia los niños y reciprocidad en la relación con ellos así como la falta de ayuda con el bebé y/o quehaceres en el post- parto inmediato.<sup>2</sup>

#### d) Sociales

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de salud, con el consecuente mayor riesgo. Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que limitaban la actividad sexual.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente. 2, 4, 16,17, 21.

#### 1.2.7 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

En América Latina las principales causas de morbilidad en adolescentes son los accidentes, los problemas psicosociales y las enfermedades ligadas al proceso reproductivo.

En México existen conductas de riesgo para problemas de salud pública que han incrementado su tasa de mortalidad de 105.82 a 122.3 en la década de 1980-1990 tendencias que persisten y cuyas principales causas son: traumatismos, envenenamientos e intoxicaciones, enfermedades infecciosas y parasitarias, causas de origen materno, accidentes, tumores malignos. Los pocos datos de sexualidad se ha encontrado que el 13% de adolescentes entre 15 y 19 años, en la Ciudad de México han tenido relaciones sexuales prematrimoniales. 16

En 1999, ocurrieron 372 mil nacimientos en mujeres de 15 a 19 años, mientras que en el 2000 ocurrieron 366 mil. 18.

Desde hace tiempo se ha informado de embarazo de niñas y adolescentes muy jóvenes, los adolescentes representan casi la cuarta parte de la población nacional y actualmente se registran 430, 000 embarazos anuales en mujeres de esa edad.

El embarazo en la adolescente se ha asociado con problemas, como el embarazo prolongado y alta morbilidad y/o mortalidad del producto, en comparación con las mujeres adultas.

El embarazo en adolescentes se perfila como un problema de salud pública, basado en cuatro elementos a) su supuesto incremento; b) su contribución al

crecimiento acelerado de la población c) sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño y d) su supuesta contribución a la persistencia de la pobreza. 22

#### 1.2.8 MATERNIDAD Y PATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La maternidad y paternidad son roles de la edad adulta, cuando sobreviene un embarazo en una pareja adolescente, impone a los jóvenes una sobre adaptación a esta situación para la cual no están emocional ni socialmente preparados. El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aún conscientemente buscado. La sociedad en general condena los embarazos precoces más por la falta de previsión en la anticoncepción, que por respecto a la vida humana por las consecuencias acarreadas. Pero esta sociedad no facilita para nada a los jóvenes el llegar a soluciones maduras para enfrentar el problema.

4

#### 1.2.9 EL COMIENZO DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD ADOLESCENTE

Cuando una joven se ha embarazado, la noticia es recibida con evidente disgusto por su compañero, su familia y su entorno social (escuela, trabajo). No hay datos acerca de que la maternidad en la adolescencia sea bien recibida en ningún grupo de la mayoría de las sociedades actuales.

Si la joven continúa el embarazo, tiene cuatro caminos posibles:

- a) Criar al niño con la familia de origen lo que suele ocurrir en las clases sociales más pobres, donde la situación no es una novedad. Este tipo de crianza en “clan” o “tribu”, genera confusión de roles familiares en el niño, pero le brinda a él y a su madre un continente efectivo aceptable.
- b) Casarse o unirse: conviven, pero no tienen la independencia económica necesaria para consolidarse como pareja, esto, además de la inmadurez afectiva, explica la alta tasa de fracaso de estas uniones.
- c) Dar el niño en adopción: esto tiene un alto costo emocional, la sociedad tiene en general una actitud ambivalente al respecto, con posiciones muchas veces encontradas, la opinión de los jóvenes padres suele ser la que menos se tiene en cuenta.

- d) Alojarse en hogares maternos: que es siempre una solución transitoria y constituye una forma sofisticada de marginación: las nuevas tendencias son a utilizar pequeños hogares, similares a una familia, en lugar de grandes instituciones impersonales, que se adecuarían mejor a un modelo integrador con posibilidades de producir un impacto positivo en la problemática de la madre adolescente y sola. 4

#### 1.2.10 LA INTERFERENCIA DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD CON EL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

1.- Abandono de la escuela: el embarazo fue una de las causas más frecuentes del abandono escolar en un estudio de Liskin en 1986, los motivos pueden ser por vergüenza o por planes de educación formal difíciles de cumplir cuando se está criando un hijo.

2.-Dificultades laborales: los adolescentes tienen en general trabajos mal remunerados y sin contrato, por lo tanto, es habitual el despido cuando se sabe que está embarazada y es muy difícil conseguir empleo en estas condiciones o si ya se tiene un niño.

3.- Situaciones de riesgo perinatal para la madre y el hijo que llevan al fracaso en la crianza.

4.- Maltrato físico del niño: en parte porque es el modelo que recibieron y además porque culpan al niño por la situación en la que están.

5.-Dificultades para formar una nueva pareja estable por el estigma que en muchos casos es el ser madre soltera.

5.-Interrupción definitiva del proceso de adolescencia para asumir roles paternos y maternos con todas las exigencias que esto implica.

6.-Dificultades para independizarse económicamente quedando expuesta a la posibilidad de que los exploten o que deben continuar dependiendo total o parcialmente del núcleo familiar con todas sus consecuencias. 4

### 1.2.11.- CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Los datos sobre las consecuencias fisiológicas a largo plazo del embarazo adolescente son mínimos, aunque se ha comunicado de manera regular que las madres adolescentes son más bajas que las madres adultas, no está esclarecido si esto es un resultado de los mayores niveles de hormonas gonadales asociados con el embarazo, que acelera la velocidad de cierre epifisario y, por ende, detención permanente del crecimiento, o si obedece a que las madres adolescentes maduran temprano y por lo tanto, cabe esperar que sean más bajas que sus homólogas adultas que maduran en etapas más tardías. Así mismo, aún hay dudas acerca de los efectos de la gestación sobre la salud física de la adolescente. 11.

Estudios extensos sobre las consecuencias psicosociales a largo plazo de la maternidad adolescente indican que la maternidad temprana afecta en forma profunda y adversa las experiencias educacionales, vocacionales y conyugales de numerosas jóvenes. Aunque se ha demostrado en reiteradas oportunidades que las adolescentes que tienen hijos reciben menos educación que la población adolescente general, el abandono y el fracaso escolar suelen anteceder al embarazo en el adolescente, rara vez es la única razón por la que las mujeres jóvenes abandonan la escuela secundaria. Dado que en numerosos casos el fracaso escolar parece inducir el abandono de la escuela y el embarazo, y que el rendimiento académico previo a la concepción es uno de los mejores factores predictivos de graduación de la escuela secundaria después del parto, los programas que brindan entrenamiento correctivo para jóvenes en riesgo de fracaso escolar pueden ser efectivos para prevenir el embarazo adolescente y mejorar los logros educacionales y profesionales de los padres adolescentes. Se requiere de estudios longitudinales para determinar la dirección de causalidad de las asociaciones comunicadas con frecuencia. Por ejemplo, no está esclarecido si:

- 1) las mujeres jóvenes que no se casan y permanecen en el hogar paterno tienen más probabilidad de graduarse de la escuela secundaria porque no tienen las exigencias de mantenerse económicamente y de las cargas del cuidado del hijo o
- 2) estas madres jóvenes permanecen en el hogar y posponen el casamiento

porque tienen objetivos de carrera en los que valoran el logro escolar y un diploma de secundaria sobre la independencia personal. Es crítico conocer con claridad la secuencia causal para el diseño de programas de intervención pertinentes. 4

Aun cuando se controlan puntajes de aptitud, nivel socioeconómico y aspiraciones educacionales, las madres adolescentes obtienen trabajos menos prestigiosos, peor remunerados que las adolescentes que posponen la maternidad; la falta de graduación secundaria dentro de los 5 años del nacimiento del primer hijo duplica el riesgo de dependencia de la beneficencia 2 décadas más adelante. En consecuencia, la incidencia de pobreza aumenta a medida que disminuye la edad de la madre. Se estima que alrededor de un tercio de las madres que tienen su primer hijo antes de los 17 años viven por debajo de la línea de pobreza; esto representa una tasa de pobreza 2.6 veces mayor que las mujeres que tienen su primer hijo después de los 20 años. 4

El logro educacional y la estabilidad económica tienen implicaciones para la estabilidad de los matrimonios adolescentes y la vida familiar de la adolescente. La mayor parte de los embarazos adolescentes son extramatrimoniales y los padres adolescentes que logran formar una relación estable entre sí son obviamente la excepción, 17 años después del primer hijo, sólo el 16% de las madres adolescentes de Baltimore permanecían casadas con el padre del bebé. Aunque esta alta tasa de separación y divorcio se ha observado de manera regular en parejas adolescentes, no está esclarecido la significación etiológica de la edad joven. La inestabilidad conyugal es un hallazgo común en las parejas que conciben antes del matrimonio, sobre todo cuando el nacimiento extramatrimonial es complicado por el estrés de la pobreza y la inestabilidad económica.

La prevalencia de depresión y otros síntomas psiquiátricos es significativamente más alta en madres adolescentes que en la población en general. Un estudio de parejas adolescentes mostró que si el padre del bebé había egresado de la secundaria o era un obrero especializado, la probabilidad de separación conyugal dentro de los 2 años era del 19%, en cambio, si el padre no había egresado de la secundaria y era un obrero no especializado, la probabilidad de separación conyugal a los 2 años era del 45%. En otro estudio de adolescentes embarazadas

y madres, observó una incidencia de depresión del 60%, el 13% de la muestra de mujeres jóvenes que habían tenido un hijo antes de los 17 años habían sido tratadas por un intento de suicidio anterior, estos datos sugieren que la edad materna ejerce escaso efecto directo sobre el pronóstico psicosocial a largo plazo de las mujeres jóvenes pobres: la maternidad temprana simplemente parece acelerar el inevitable fracaso escolar y abandono de la escuela secundaria por los estudiantes más pobres, mientras que las mujeres jóvenes que están motivadas desde el punto de vista educacional y presentan fracaso escolar tienen a graduarse en la escuela secundaria y alcanzar estabilidad económica, independiente de la edad en el momento de la primera concepción. 4

El embarazo en las mujeres adolescentes tiene complicaciones propias y las causas que originan estas alteraciones son muy diversas, como que las adolescentes no se encuentran familiarizadas con los síntomas propios de la gestación ni con el sistema de salud.

Las consecuencias que conlleva el embarazo en adolescentes se pueden dividir en complicaciones médicas correlacionadas con el tiempo de inicio y la calidad de los cuidados prenatales y la adhesión que se consiga de la madre a los servicios de salud; la edad cronológica es también importante, sobre todo en las pacientes menores de 16 años; las complicaciones médicas no tienen una relación directa con la paridad ni con el nivel socioeconómico de la adolescente a excepción de que ésta afectase el contacto con centro de cuidados médicos prenatales. 1

Además, el embarazo temprano está asociado con una mayor fecundidad a lo largo de la vida. Según datos recientes, las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 18 años alcanzaron una descendencia de 4.8 hijos, doce años después del nacimiento del primogénito. 23

Los hijos de las madres adolescentes, por su parte, “hacen frente a un riesgo elevado de enfermedad y de muerte, de abandono y de convertirse en niños callejeros y verse atrapados en un ciclo de pobreza que pasa de una generación a otra. 18



### 1.2.11.1 COMPLICACIONES MATERNAS

El grupo de adolescentes que es más vulnerable a sufrir alteraciones durante la gestación es el de las menores de 16 años, cuyo riesgo se ve incrementando por factores como el de una concentración baja de ferritina sérica, lo cual observamos en más de 90% de nuestra población, asimismo una gran incidencia de procesos infecciosos del tipo de enfermedades de transmisión sexual que correspondió al 43.5% de este grupo etario, donde sobresalen como factores etiológicos la presencia de *Gardenerella vaginalis* y el virus del papiloma humano. Es importante señalar que 34% aproximadamente, de nuestra población tuvo infección de vías urinarias en algún momento de la gestación, lo cual podría ser responsable de la mayor incidencia de amenaza de parto pretérmino que se tiende en este tipo de pacientes. La vía de resolución del embarazo ha sido principalmente por medio de operación cesárea, alcanzando ésta una incidencia de 75%, siendo la indicación más socorrida la de falta de progreso del trabajo de parto, la cual en nuestra institución es dada primordialmente por desproporción céfalo-pélvica, seguida por la indicación de baja reserva fetal. Hay también una mayor incidencia de padecer enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, la cual, como bien se sabe, tiene factores predisponentes multicausales y mucho de ellos se encuentran en la paciente adolescente. 1, 18, 23.

### 1.2.11.2 COMPLICACIONES NEONATALES

El embarazo en la mujer adolescente se ha asociado con una mayor frecuencia de parto prematuro (menos de 37 semanas de gestación) y de neonatos con bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos); éstas dos entidades se citan como las más serias complicaciones neonatales que se asocian al embarazo de la adolescente, coincidiendo plenamente nosotros en éstas dos condiciones, las cuales podrían estar influenciadas por factores como la inmadurez fisiológica de la madre, la raza, el sexo del recién nacido, el bajo peso y pobre ganancia ponderal de la madre, la condición social de pobreza, el abuso de ciertas sustancias tóxicas, la presencia de enfermedades infecciosas y, sobre todo, el estrés y el

inadecuado control prenatal que están íntimamente ligados a la madre adolescente.

Estos niños tienen mayor riesgo de morbilidad, principalmente secundario a los problemas de prematuridad y bajo peso al nacer, lo cual podría estar causado por la misma inmadurez biológica de la madre y potenciado por las condiciones socioeconómicas que se podrían reflejar en cuanto a una alimentación deficiente y las complicaciones médicas citadas como más frecuente en este grupo poblacional. Estos dos eventos no sólo contribuyen a una alta mortalidad perinatal e infantil, sino que también son las principales causas de morbilidad en los hijos de las adolescentes, lo cual afectará el desarrollo físico, psicológico y social del niño, así mismo, la juventud materna parece ser un factor de riesgo de estos problemas de morbilidad, los cuales en Inglaterra se denominaron “deprivación transmitida”.  
1,18, 23.

### 1.3 FAMILIA

La vida en familia proporciona el medio para la crianza de los hijos, es la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y determina las respuestas de sus integrantes entre sí y hacia la sociedad. La estructura de la familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente reiterativa, recíproca y dinámica, es posible especificar esas interacciones en los siguientes parámetros.<sup>6</sup>

**Jerarquía:** son los niveles de autoridad que se establecen dentro del sistema, que varían de acuerdo con la etapa del ciclo de vida de la familia.

**Alianzas:** son asociaciones abiertas a encubiertas entre dos o más integrantes de la familia. Cuando las alianzas son inadecuadas se llaman coaliciones. Los tipos de acuerdo son Salvador Minuchin, son: triangulación, cada progenitor busca la alianza de los hijos y luchan por ella, lo cual genera conflictos de lealtad en el adolescente. Coalición estable, el hijo está aliado con uno de los padres; hay dos variantes, en la primera el padre excluido continúa luchando por el apoyo del hijo en la segunda se resigna. Desviación de ataque, el conflicto conyugal no resuelto se desvía en forma de agresión al hijo, quien es definido como el adolescente

problemático (chivo expiatorio). Desviación de apoyo, los padres intentan disminuir el estrés de su pobre relación de pareja y se vuelcan sobre el hijo que se convierte en motivo de unión.

Límites: son fronteras imaginarias que regulan el contacto que se establece con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía. En ocasiones, los límites individuales son difusos, la distancia psicológica entre los miembros es escasa, este tipo de relación amalgamada genera problemas y el adolescente se siente ahogado, culpable y no sale de su entorno familiar, en otras, los límites son tan marcados o rígidos que anulan la comunicación y forman relaciones desvinculadas, que mantienen al adolescente aislado.

Roles: son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia. Dentro de la etapa de adolescencia existen una constante redefinición de roles.

Redes de apoyo: están constituidas por miembros de la familia extensa, amigos y vecinos que puedan proporcionar ayuda.

Los factores familiares considerados de riesgo para la salud mental del adolescente incluyen, familias extremadamente rígidas con límite impermeables, enfermedad crónica en algún miembro del sistema, divorcio o discordia conyugal entre los padres, padres con psicopatología, hermanos con actividades antisociales.<sup>6</sup>

### 1.3.1 CICLO VITAL DE LA FAMILIA

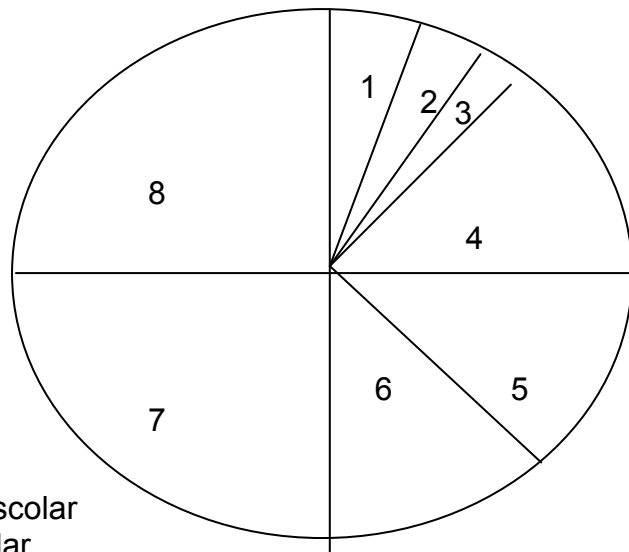
La comprensión del ciclo vital de la familia, junto con la del desarrollo individual, puede ayudar al médico a formular buenas hipótesis sobre los problemas que aparecen en sus pacientes.

En el curso de su desarrollo, la familia pasa por varias etapas de transiciones predecibles: matrimonio, nacimiento de los hijos, años escolares y adolescencia, graduación académica, primer trabajo o continuación de estudios con los del nivel superior, salida de casa de los hijos, involución, jubilación y viudez. El médico, mediante la percepción de esas transiciones, puede ayudar a que las familias

prevean tales situaciones y se preparen para ella y al mismo tiempo, pueden enriquecer su propia comprensión del contexto de las enfermedades.

La familia experimenta también crisis inesperadas que exigen respuestas adaptativas: enfermedades, accidentes, divorcios, pérdida del trabajo o muerte de un familiar, entre otras

Duvall (1977) ha desarrollado un esquema en ocho fases del ciclo vital de la familia, reproducido en la figura 1.



- 1.- Parejas casadas sin hijos
- 2.- Familias con hijos pequeños
- 3.- Familias con niños en edad preescolar
- 4.- Familias con niños de edad escolar
- 5.- Familias con hijos adolescentes
- 6.- Familias con hijos que comienzan a separarse
- 7.- Padres de edad madura.
- 8.- Familia de ancianos.

Como es natural, no todas las familias pasan de modo secuencial por el ciclo completo, un hijo puede permanecer en el hogar tras alcanzar la edad adulta y puede quedarse en él hasta que fallecen los padres. Las etapas descritas aquí se aplican en general a la vida familiar, por lo tanto, es importante que los médicos de familia conozcan las normas culturales de sus pacientes. A pesar de las diferencias culturales, sin embargo, probablemente sea una realidad universal el que la vida de la familia esté marcada por crisis y conflictos, adaptación e inadaptación. 24

Toda familia tiende a mantener un equilibrio emocional durante su ciclo vital. Existen etapas más difíciles que otras y que colocan a toda la familia en crisis, una de estas etapas críticas es precisamente la adolescencia de los hijos que pueden “poner de cabeza a todos” los miembros del sistema familiar. Se gesta una serie de cambios al interior de la familia en cuanto a roles, normas, expectativas y reglas, que de alguna manera desestabilizan todo el equilibrio y la solidez que durante los años de la vida infantil de los hijos se había ganado. Algunas familias tienen mayor apertura y sensibilidad para adaptarse de manera eficaz; otras, las más rígidas o las demasiado permeables, no se ajustan a los cambios que ocurren. 14,25.

### 1.3.2 CAMBIOS EN LA FAMILIA POR EL EMBARAZO DEL ADOLESCENTE

En cualquier familia existe una historia de la etapa de pareja que puede pesar en la génesis y en respuesta ante el embarazo adolescente, en muchos casos estudiados, los padres también presentaron embarazo adolescente, otro aspecto familiar significativo será el estilo de convivencia familiar que los progenitores construyan, así, los modelos autoritarios y anárquicos podrían coincidir en generar riesgo de embarazo pero por diferentes motivos, y lo mismo es válido para sus respuestas ante el embarazo producido.

El embarazo adolescente prematrimonial puede ocurrir como un síntoma ante una situación estresante (crónica o aguda), de conflicto, de carencia de afecto, de rivalidad, de necesidades no emotivas no resueltas.

Existen familias más vulnerables que otras para que se presente un embarazo adolescente. Desde el punto de vista de familias dentro de una clase o grupo social, Román-Pérez et al. Entrevistaron adolescentes embarazadas de bajos recursos de Hermosillo, las cuales describieron a las familias de sus barrios como ambientes frecuentemente conflictivos, no sólo por las carencias económicas sino por las infidelidades conyugales, la violencia doméstica y el abuso sexual. 14

Si se considera desde el punto de vista de su funcionalidad, las familias rígidas son candidatas a embarazo adolescente pues impiden cambios y se aferran a mantener costumbres y tradiciones intactas, y a lo largo del desarrollo de los hijos

quieren por ejemplo que los adolescentes continúen saliendo con toda la familia como cuando eran niños y que obedezcan y participen siempre en la misma forma, les niegan permisos para explorar áreas sociales, como la de sus amigos a los lugares desconocidos, quieren ejercer un riguroso control sobre su tiempo, gusto y aficiones, y les obstaculizan las relaciones de amistad y noviazgo. 14

Las familias rígidas están en riesgo de gestar en sus hijos síntomas de mayor gravedad que en una familia flexible, ya que el síntoma como respuesta del adolescente tiene que ser de mayor magnitud (como embarazo) e ir contra las reglas y normas más sagradas para que tengan resonancia y logre impactar el sistema familiar.

Otro tipo de familias con riesgo de embarazo adolescente son las que ya lo tuvieron en sus familias de origen, hasta tres generaciones atrás, con pautas similares en edades, ciclos evolutivos, sexo y situaciones de conflicto. La probabilidad es mayor, si se trata del hijo o hija primogénita, de la hija menor, hacia los 15 años, asociado con fuga, etc. (McGoldrick y Gerson 1987). En la teoría de la terapia familiar se ha denominado patrón de compulsión a la repetición multigeneracional de conductas (mantenimiento casi intacto a través de las generaciones) no sólo de embarazos adolescentes, sino también de alcoholismo, drogadicción, suicidio, fracaso escolar, etc. 14.

### 1.3.3 LA IMPORTANCIA DE FAMILIA EN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

La familia es inherente al paradigma de la medicina de familia, ésta no separa la enfermedad de la persona, ni ésta del medio ambiente, reconoce que la salud y la enfermedad están fuertemente conectadas con la personalidad, la forma de vida, el medio ambiente físico y las relaciones humanas, se da cuenta de la gran influencia que tienen estas últimas en la evolución de la enfermedad y reconoce que la familia es fundamental para el desarrollo de la persona. 24

La familia es una organización o sistema social y comparte características con otros sistemas sociales. Un sistema es un conjunto de partes y procesos que mantienen interacciones mutuas. El sistema familiar cambia a lo largo del tiempo,

a medida que sus miembros se van haciendo mayores. Cualquier cambio en una parte del sistema familiar tiene repercusiones en el conjunto de la familia. 24, 25.

Los sistemas sociales dependen para su funcionamiento correcto de la información y la comunicación. Los problemas de la familia están causados frecuentemente por dificultades en la comunicación. 24.

Brennan (1974) ha establecido una importante distinción entre la persona en la familia y la familia en la persona, la persona en la familia representa las relaciones interpersonales en el grupo familiar. La familia en la persona representa la experiencia que incorpora el individuo de su origen familiar, una experiencia que influye profundamente en el concepto que cada uno tiene de sí mismo y en las relaciones con los demás. Una persona es criada y atendida en una familia durante los primeros años de vida, pero la familia permanece en la persona hasta la muerte.

El médico de familia atiende a varios miembros de la unidad familiar, por lo que una de sus ventajas, es que tiene conocimiento personal de los miembros individuales, lo que da mayor comprensión del contexto familiar. Cuando el médico tiene un conocimiento personal de todos los miembros de familia, pueden formar hipótesis basadas en tal conocimiento. Una segunda ventaja de atender a toda la familia es el aumento en las opciones terapéuticas disponibles para el médico de familia.

La familia tiene seis efectos principales sobre la salud de sus miembros. En primer lugar todo individuo es producto de la interacción entre genotipo y medio ambiente. En segundo lugar, la familia es crucial para el desarrollo de los hijos. Aunque los niños tienen una notable facilidad para superar las primeras dificultades, existe evidencia que apoya la relación entre disfunción familiar y trastornos de la infancia, tanto físicos como conductuales. En tercer lugar, algunas familias son más vulnerables a la enfermedad que otras.

En cuarto lugar, la enfermedad infecciosa se disemina en la familia. El número de infecciones guarda relación directa con el tamaño de la familia

En quinto lugar, los factores familiares afectan la morbilidad y la mortalidad de los adultos. En sexto lugar, la familia es importante para la recuperación de la

enfermedad. El apoyo de la familia representa un factor importante para el resultado de todo tipo de enfermedades.<sup>24</sup>

#### 1.3.4 CRISIS DE LA FAMILIA CON HIJOS ADOLESCENTES

La llegada de la adolescencia de los hijos tiende a coincidir con la crisis de la edad media de los progenitores, lo que puede aumentar el clima interno de tensiones familiares; estas, a su vez, pueden tener una salida en conductas de riesgo para algunos de sus miembros. Dicha crisis puede dificultar que la familia cumpla sus funciones de contención y apoyo para los hijos adolescentes. Si la familia es capaz de hacer frente a estos cambios en forma adecuada, el desarrollo del adolescente será positivo y constituirá la base de un futuro sano. Si el sistema familiar no se adecua, el adolescente experimentará dificultades para alcanzar la edad adulta responsable, y en medio de la inseguridad y confusión que le genera esta etapa es posible que opte por algún tipo de conducta inapropiada, como es el inicio de las relaciones sexuales tempranas.

La familia con hijos adolescentes deben adecuar su sistema familiar para facilitar este proceso de crecimiento del joven. Los padres deben comprender que la crisis que se produce en esta etapa constituye la expresión normal del proceso de resolución de la situación conflictiva adolescente y que cierto grado de conflicto entre las generaciones es inevitable y necesario, para lograr el crecimiento individual y familiar.<sup>14</sup>

Los adolescentes enfrentan desafíos singulares en su proceso de desarrollo mientras se esfuerzan por realizar la transición de la infancia a la edad adulta. Muchos médicos reconocen la necesidad de apoyar los esfuerzos del adolescente hacia la autonomía para facilitar las tareas de la adolescencia. Sin embargo, este apoyo debe tener lugar admitiendo el rol central que desempeña la familia en facilitarle al adolescente su camino hacia la autonomía.<sup>4</sup>

La familia es un sistema sociocultural abierto, en constante relación e interpretación con la sociedad de que forma parte, y también un sistema vivo, sometido a un ciclo de vida propio. Debe por tanto, adaptarse tanto a los cambios



que suceden en su interior como a los que experimenta el suprasistema sociocultural en que se inscribe.

Se han mencionado las siguientes crisis por las que pasa una familia con hijos adolescentes.

1.- cambios en el modelo de autoridad. Emocionalmente el hijo es para los padres, una parte de si mismos. El cuestionario por parte del adolescente de los límites del sistema parental y de la autoridad de los padres es vivido por los padres como un socavamiento de su posición. La autoridad debe ejercerse con menor asimetría, aceptando mayor diálogo con el adolescente. 26.

2.- el adolescente ésta expuesto a peligros externos reales (drogas, accidentes de circulación, embarazo no deseado etc.

3.- cambios físicos, físicamente el adolescente es un adulto, la presencia de una situación de cambio y crisis dentro del ciclo vital de la familia hace que sea necesario un mayor grado de acuerdo entre los padres.

4.-ruptura en la solidaridad familiar. Todo ocurre como si se hubiese producido una ruptura. Para el adolescente los elementos externos al sistema familiar cobran mucha importancia, en especial el grupo de pares.

5.- fenómenos en espejo. Como en toda situación de cambio o crisis, se pone en cuestión no sólo la estabilidad del sistema, sino las funciones, competencia y autoestima de todos los miembros. Los cambios tradicionalmente observados y descritos en el adolescente tienen su imagen en “espejo” en los que se producen en sus padres.

6.- modificación en prioridad de las funciones familiares. Las funciones de cuidado y protección directo por parte de los padres pierden importancia. Los padres tienen ahora más tiempo para atender a sus propias necesidades y relaciones. El hecho de que el adolescente sea cada vez mas autónomo y pueda cuidarse a si mismo puede poner en cuestión el papel de sus padres como cuidadores.

7.- fenómeno de parentalización y conyugalización. La presencia de hijos mayores permite delegar en ellos algunas de las funciones de los padres y cumplir y desarrollar funciones de adultos, propias o impropias.26

8.- los canales de comunicación están perturbados por fenómenos emocionales o por la sensación del adolescente de “no ser comprendido” y calla, lo que para él es importante.

9.- ciclos de agresividad/culpa. El adolescente y sus padres, ven con impotencia que no son capaces de aliviar el sufrimiento que perciben en sus hijos generando atropamientos impropios para el momento.

10. madurez y responsabilidad. El adolescente con sus conductas puede cuestionar la competencia de los padres como educadores. En un ambiente social marcado por un cierto “culto al hijo”, éste es definido por sí mismo y por la sociedad como alguien capaz de decidir por sí solo, pero si decide mal, la familia, la sociedad y sus agentes harán responsables de este error a los padres <sup>26</sup>

11.- fenómeno de duelo, estamos en la fase previa de la separación y diferenciación. Así mismo también son puestas en cuestión las expectativas de crecimiento personal y/o social que los padres habían depositado de forma un tanto proyectiva en sus hijos.

Finalmente el adolescente acabará por plantear la perspectiva de su abandono de la familia, que acaba por convertirse en lo que fue al inicio: la pareja. <sup>26</sup>

### 1.3.5 INTERACCIÓN FAMILIAR Y EL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

La familia tiene un rol crucial en el desarrollo de sus adolescentes. Es un micro ambiente donde conviven el adolescente y sus padres y por eso es el espacio que puede favorecer la generación de un estilo de vida saludable, promotor de bienestar y desarrollo de sus miembros. La familia es un contexto complejo e integrador de los sistemas biológicos, psicosocial y ecológico dentro del cual se movilizan los procesos fundamentales del desarrollo del adolescente. Es así una unidad psicosocial sujeta a factores protectores y/o de riesgo cuyo ínter juego la hace más o menos vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales. <sup>26</sup>

Dependiendo del modo como las familias intervienen en el desarrollo y/o de sus hijos se las clasifica en familias habilitadoras y familias obstaculizadoras del desarrollo y/o de ellos.

Las interacciones obstaculizadoras o habilitadoras al repetirse a lo largo del tiempo será las que permitan, entre otros factores, el proceso del desarrollo y el de los sujetos. Dentro de las distintas teorías que históricamente han estudiado la relación entre socialización familiar y desarrollo psíquico, se encuentran dos marcos conceptuales: la teoría psicoanalítica y el cognitivo estructural. El paradigma genético estructuralista, Jean Piaget (1965) y Lawrence Kohlberg (1969), propone al hombre como un ser racional, con sentido innato de valores tales como la justicia que evoluciona progresivamente hacia un compromiso con principios morales universales. Posteriormente se intenta definir una jerarquía evolutiva que complemente la visión freudiana de la formación de la moralidad a partir de la aparición del súper yo que resulta de la elaboración del complejo de Edipo. El niño internaliza valores de ambos padres inicialmente y luego los impersonaliza. El niño obedece al súper yo inicialmente por temor al castigo a la pérdida del cariño parental, debiendo buscar constantemente un balance entre las presiones del ello, las constricciones del súper yo y la situación constatada en la realidad externa.

Piaget y Kohlberg se preocupan especialmente del desarrollo del razonamiento moral, postulando que la moralidad se desarrolla en una sucesión de tres etapas: una de la moralidad pre-convencional que conceptualiza las acciones como modos de evitar castigos y conseguir sus objetivos, otra convencional conformista en la que las acciones son vistas como un modo de mantener las relaciones interpersonales y el sistema social, y una tercera post-convencional en la que se aprecia mejor la existencia de principios universales que deben ser individualmente incorporados. En esta etapa los principios toman prioridad sobre las convenciones sociales.

La descripción de Freud se centra en las etapas preconvencional y convencional del desarrollo moral, mientras que las etapas de Kohlberg elaboran y completan el ciclo al insistir en la maduración de un sentido moral más evolucionado, el posconvencional.<sup>26</sup>

Desde el punto de vista histórico dos aproximaciones teóricas se han preocupado del estudio empírico del yo y de su desarrollo, una concibe al yo como un patrón

de procesos conectados con una función total de resolución de problemas o “ensayos de soluciones” entendida como una expresión instintiva y en el marco de la teoría psicoanalítica, la segunda aproximación acentúa los procesos de integración individual y la función total del yo como marco de referencia o unidad de personalidad. En el marco de esta segunda aproximación en la década de los 70, Jane Lovinger desarrollo un modelo del yo, sobre las bases de las teorías cognitivo evolutivas e influenciadas por los desarrollos teóricos de Piaget.

El modelo de Loevinger de desarrolló del yo plantea una serie de nueve etapas ordenadas secuencialmente.

En la primera etapa del desarrollo del yo se caracteriza porque el bebe tiene como eje central la gratificación de sus necesidades físicas de manera inmediata: no logra distinguir entre lo animado e inanimado del medio y finaliza con la adquisición del lenguaje.

En la segunda etapa, denominada impulsiva, la visión del mundo es egocéntrica y concreta: las preocupaciones se relacionan con la satisfacción de necesidades. Existe un control defectuoso de los impulsos, por lo que se refiere a un control externo, las normas no son reconocidas como tales.

En la etapa tres o auto protectora, aparecen los primeros atisbos de la capacidad de controlar los impulsos, y aceptación de las normas aunque estas sean obedecidas en términos de interés propio y de ventajas inmediatas, configurándose una moral de conveniencia, responsabilizan al otro de sus equivocaciones, la mayoría de las personas alcanzan este nivel al finalizar la infancia o al comienzo de la adolescencia. En dichos momentos el sujeto transita entre la etapa egocéntrica auto protectora a la conformista centrada en el grupo.

En la etapa cuatro o conformista hay una aceptación y obediencia de las normas tal como son aceptadas por la mayoría. Lo socialmente aprobado es lo correcto. Hay reciprocidad interpersonal. Aunque de un modo concreto y centrado en la acción.

En la quinta etapa auto consciente existe una distinción entre el sujeto y el grupo; al diferenciar entre lo que “soy yo” y “lo que yo debo hacer”. El sujeto desarrolla la habilidad de conceptualizar la experiencia interna, las relaciones interpersonales

se comienzan a describir en términos afectivos. El sujeto, en esta etapa, es capaz de fijar sus metas e ideales, según sus propios estándares, las reglas se identifican más en un sentido y finalidad.<sup>26</sup>

En la sexta etapa o consciente se desvanecen los estereotipos rígidos, con una aceptación de la diversidad e individualidad de cada persona. Existe una rica vida interior, con claros motivos intencionales.

En la séptima etapa o individualista, el individuo posee un sentido de individualidad de la personalidad con todo un sentido de vida. Las reglas se consideran en términos genéricos desde la propia visión del mundo.

En la octava etapa o autónoma lo que se busca es la autonomía de los demás, existe un respeto por el otro, hay alta tolerancia, los sujetos de este nivel buscan el ser realistas, objetivos y no prejuiciados. En la novena etapa integrada se logra la integración de los conflictos, llegando a una reconciliación con motivos contrapuestos y una capacidad para renunciar a lo imposible.

Una interacción familiar adecuada le facilitará la integración emocional en su grupo familiar. El adolescente necesita conservar la seguridad del vínculo básico en la familia, para aprender a relacionarse con el mundo y preparar sus roles de adulto.<sup>14</sup>

#### 1.4 MANEJO POR EL MÉDICO FAMILIAR

El embarazo en la adolescencia es significativamente un problema social, que es de etiología multifactorial, y la solución no es evidentemente fácil, sin embargo, los médicos familiares pueden ayudar a combatir este escandaloso problema, porque los médicos familiares siguen a sus pacientes desde la infancia hasta la vejez, ellos pueden ofrecer orientación sobre sexualidad en cada etapa del desarrollo. Los médicos familiares pueden identificar pacientes con alta riesgo por actividad sexual a temprana edad, así como prevenir embarazos no deseados a través de un método de anticoncepción adecuado.<sup>23</sup>

Muchas adolescentes típicamente consultan al médico por amenorrea, congestión mamaria y náuseas matutinas, por lo general, las jóvenes sospechan su gravidez y van a la consulta para obtener una confirmación, sin embargo, en gran número

de jóvenes la sintomatología del embarazo puede ser escasa o muy confusa. Pocas adolescentes consultan al ginecólogo en forma rutinaria, por lo tanto los médicos familiares, los pediatras y otros especialistas que atienden adolescentes deben estar alerta a la sintomatología vaga y heterogénea con que el embarazo suele manifestarse durante la adolescencia. Entre los síntomas más comunes encontrados en las adolescentes, en las cuales el diagnóstico de embarazo no fue hecho desde un comienzo, están los siguientes: fatiga, desmayos recurrentes, mareos, depresión, irritabilidad, náuseas, vómito, epigastralgia, constipación, exceso de peso, urticaria, cefalea, calambres musculares en miembros inferiores dolor espalda y aumento de frecuencia urinaria. Por lo consiguiente no es sorprendente que se formulen los siguientes diagnósticos equivocados: enfermedad depresiva, somatización, úlcera péptica, constipación, reacción alérgica, anemia, obesidad, infección urinaria, espasmo muscular y cefalea.<sup>4</sup>

Las consultas más frecuentes en la mujer son: problemas relacionados con la menstruación, como irregularidades de los ciclos y duración del flujo menstrual, dismenorrea, crecimiento escaso, excesivo o asimétrico de las mamas, mastodimia en la telarquia, hirsutismo o exceso de vello, obesidad, patologías graves que comienzan a esta edad, como la anorexia nerviosa y la bulimia. En el hombre las causas más frecuentes de consulta son: obesidad, estatura, desarrollo muscular, ginecomastia, crecimiento y tamaño de los genitales y reacción de erección penénea, poluciones y masturbación, dudas de identidad sexual y de elección de objeto amoroso. En el área de la salud reproductiva es frecuente que la consecuencia de alteraciones del proceso de personalización se exprese en problemas ajenos a la sexualidad y la reproducción, el profesional de nivel primario debe estar atento a captar los signos y conductas sospechosas de trastornos del desarrollo de la personalidad, entendido como una fase no necesariamente patológica, pero que lleva a conflictos personales y de adaptación con su medio, en muchas oportunidades el inicio de la actividad coital y la búsqueda del embarazo, es solo una consecuencia de este fenómeno, influenciado por factores caracterizados por fallas serias en la comunicación.

Las primeras experiencias sexuales se inician cuando ya hay cierto conocimiento de las actividades de salud específicamente dirigidas a adolescentes, no es frecuente que los adolescentes consulten por estas razones, y cuando ocurre, lo encubren con otras causas de consultas, 4.27

#### 1.4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

Medidas destinadas para evitar el embarazo en la adolescencia, información sobre fisiología reproductiva gradual y continuada en todos los ámbitos y no solo limitada al ámbito escolar, utilización adecuada de los medios de comunicación, estimulación adecuada de los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas relacionados con cada etapa de la adolescencia.

Fomento de la comunicación entre padres o adultos responsables y los jóvenes en lugares comunes que sirvan de foro de discusión, entrenamiento de las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes para la atención de aquellos adolescentes en situaciones de alto riesgo. Captación, por personal entrenado, de los jóvenes que ni asisten a establecimientos educacionales ni trabaja, para su reinserción social y educación.

Con frecuencia se discute sobre las consecuencias de la educación sexual en la niñez y en la adolescencia, y muchas veces los padres temen que la información directa sobre sexualidad pueda dar lugar al inicio temprano de la actividad sexual de los hijos, las investigaciones muestran que tal educación no adelanta el inicio sexual sino que genera una mayor reflexión hacia la responsabilidad y seriedad mejorando la comunicación con padres y hermanos. Los padres de familia, recordando también su adolescencia, deberían procurar para sus hijos:

- 1.- el desarrollo de una cultura de responsabilidad.
- 2.- el desarrollo de una conducta éticamente aceptable y con valores positivos.
- 3.- el desarrollo de la capacidad de amar.
- 4.- el desarrollo de una adecuada autoestima.
- 5.- el desarrollo de una conducta de correcta identidad, orientación y adquisición de roles sexuales que le faciliten la integración al medio sociocultural con que viven.

6.- la oportunidad de superar mitos y creencias.

7.- el impulso a la consolidación de sus proyectos de vida.<sup>12</sup>

La sexualidad irrumpe en la adolescencia generando nuevos sentimientos, miedos y experiencias y provocando una exposición a situaciones de riesgo. Las conductas sexuales de riesgo son frecuentes, ellos constituyen un grupo de riesgo para el contagio de enfermedades de transmisión sexual porque tienden a no utilizar métodos anticonceptivos. Los mejores predictores del riesgo de embarazo en la adolescencia son: el bajo nivel educativo, la pobreza, los embarazos tempranos familiares, la baja autoestima o la depresión, las conductas de riesgo y la desocupación. <sup>2,11,</sup>

A todos los adolescentes se les debe proporcionar información acerca de los siguientes aspectos: 1) sus derechos sexuales y reproductivos; 2) la metodología anticonceptiva existente; 3) la manera de evitar que se enfrenten a un embarazo no deseado o a adquirir una enfermedad de transmisión sexual. Para en caso de México, el Programa de Salud Reproductiva 1995-2000 plantea como uno de sus propósitos generales proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la información, educación, comunicación y a los servicios de salud reproductiva. <sup>28</sup>

#### 1.4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

Medidas a tomar cuando la joven ya está embarazada, asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención de adolescente, por personal motivado y capacitado en este tipo de atención. Asistencia al padre de la criatura, favoreciendo su participación y ayudándolo a asumir su rol. Información y apoyo psicológico a la joven, si decide entregar al hijo en adopción.

Es importante que la familia busque la posibilidad de proporcionar apoyo, puesto que éste es uno de los elementos que más ayudan a que los adolescentes envueltos en el embarazo salgan adelante y a que la adolescente se adapte a la maternidad y a su propio futuro. El embarazo adolescente puede ser un disparador de la comunicación de la o el adolescente con su familia, o al menos con algunos de los integrantes; es un tiempo de reflexión para los padres y otros familiares, el



cual invita a que se busquen de manera madura soluciones conjuntas, tomando en cuenta lo que él y la adolescente quisieran para ellos y dándole el tiempo para conversar cada familia, la pareja y las otras familias.<sup>14</sup>

La paciente adolescente embarazo debe “siempre” ser vista por un equipo multi e inter-diciplinario, el cual debe abarcar las esferas biológica, psicológica y social, ya que el buen funcionamiento de cada uno de estos ámbitos es muy importante para poder llevar este embarazo a un final adecuado tanto para la madre como para el hijo.<sup>1</sup>

#### 1.4.3 PREVENCIÓN TERCIARIA

Acciones que atenderán al control de la evolución del niño y sus jóvenes padres.

Vigilancia del vínculo madre-hijo, padre-hijo, prestando atención a signos de alarma. Favoreciendo la reinserción laboral de la madre y el padre si corresponde, seguimiento médico integral del joven padre, sea cual fuere la situación en la que se haya ubicado frente a su compañera y su hijo. Asesoramiento adecuado a ambos para que puedan regular su fertilidad, evitando la reiteración compulsiva de los embarazos con intervalo intergenésico corto. Creación de pequeños hogares maternos para las jóvenes sin apoyo familiar, que además de alojarlas las capaciten para enfrentar la situación de madres solteras y la prevención de un nuevo embarazo no deseado.<sup>4.14</sup>

#### 1.5 DEFINICIÓN DE GENOGRAMA

El genograma es la representación gráfica de las principales características e interrelaciones de un grupo familiar a lo largo del tiempo, se le considera un sistema de registro y un instrumento clínico versátil, es un formato para dibujar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones.<sup>29,30,</sup>

También se le conoce como familiograma, árbol genealógico, árbol familiar, pedegree humano.<sup>31</sup>

El genograma ha sido visto como una herramienta útil tanto para médicos familiares como para terapeutas familiares, enfermeras, psicólogos, trabajadores

sociales y en general para interesados en el estudio de la familia como genetistas, historiadores, pricohistoriadores, genealogistas, antropólogos, biógrafos, etcétera, quienes lo han adaptado a sus necesidades y perspectivas.<sup>29</sup>

#### 1.5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El genograma fue desarrollado inicialmente por Murria Bowen y ampliado por Guerin y Pendergast en 1976 y por Watchel en 1982. En 1978 Rakel dio a conocer una simbología para la construcción de genogramas en el ámbito de la medicina familiar en Estados Unidos de Norteamérica. En ese mismo año Datz introduce el genograma en México como instrumento de investigación familiar. En 1980 Jolly presentó una propuesta de unificación de los símbolos con el propósito de capacitar a médicos residentes para el uso de lo que el llamó un esquema básico. En 1985 un grupo de médicos y terapeutas familiares de la Task Force of The North American Primary Research presidido por Mc Goldrick, unificó los elementos para la construcción de genogramas. En 1994 Walter, publicó los símbolos usados por trabajadores sociales y médicos familiares de Canadá. Badia publicó en 1995 los símbolos y criterios de uso común entre los médicos familiares de España. Ese mismo año, la National Society of Genetic Counselors dio la conocer sus recomendaciones para estandarizar el uso de los símbolos en la construcción de genogramas. En México en 1999 se publica la propuesta de clasificación y unificación de criterios para la construcción de genogramas aplicables en medicina familiar, por un Comité académico para la Revisión de Genogramas (CARG) integrado por profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México y miembros del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar.<sup>29</sup>

#### 1.5.2 UTILIDAD

Los genogramas presentan la información en forma gráfica de tal manera que proporcionan un rápido vistazo de complejas normas familiares y una rica fuente de hipótesis de la forma sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo.

El genograma es un instrumento clínico versátil y práctico que puede ayudar a los médicos familiares a integrar información del paciente dentro del proceso de aclaración del problema médico para una mayor atención del propio paciente. También es una herramienta para la recopilación, registro y muestra de la información familiar en el cuidado orientado de la familia. El genograma ha sido comparado con otros instrumentos de evaluación de la familia, Grant et al sugieren que el genograma fue el único predictor de la utilización de servicios en la práctica de la medicina familiar, aunque la funcionalidad familiar, los eventos de vida y el apoyo social no fueron determinantes importantes de la utilización de servicios.<sup>29</sup> Con este instrumento se representa información en forma de diagrama de flujo que permite identificar procesos biológicos, emocionales y sociales de una familia a través de diversas generaciones. Los genogramas han sido comparados con los instrumentos médicos tradicionales, tales como los rayos X y los electrocardiogramas, que facilitan la generación de hipótesis, los diagnósticos diferenciales y finalmente un plan de manejo para el paciente; facilita el abordaje sistémico familiar en la atención al paciente y proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales. También ayuda a establecer relaciones con los pacientes y empalmar con ellos es útil para evaluar el lugar que ocupan las familias en su ciclo vital, proporcionando una imagen trigeracional de la familia y de su tránsito a través del ciclo de vida, revela patrones de enfermedad importantes y problemas psicosociales y es particularmente útil en la detección de problemas emocionales.

La información que se registra en el genograma ayuda al médico familiar para generar hipótesis acerca de los riesgos del paciente en relación con las enfermedades familiares o los generadores de estrés, tales como diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas coronarias, abuso de sustancias y depresión. Una historia familiar con estos problemas muchas veces permite a un médico familiar generar rápidamente hipótesis acerca de la queja con que se presenta un paciente y entonces desarrolla preguntas que ayudan a llegar a un diagnóstico y plan de manejo, los genogramas pueden ser efectivos para evaluar los problemas de pacientes con quejas vagas.<sup>29</sup>

Aspectos para los que podrían ser útiles los genogramas:

Aspectos biosicosociales: ansiedad, depresión o ataques de pánico, abuso de sustancias.

Múltiples quejas somáticas o vagas, falta de cooperación.

Aspectos psicosociales: historia de abuso físico, sexual o emocional. Problemas de comportamiento en la infancia, transición difícil del ciclo de vida.

Aspectos de la relación médico paciente: paciente enojado o demandante.

Paciente que desagrada al médico.

Frecuentemente los pacientes demandantes, difíciles y enojadizos, así como los pacientes cuyos médicos les parece antipáticos, responden bien si los involucramos en la elaboración del genograma. El proceso les permite a los pacientes y a los médicos escapar de lo que siente como una relación improductiva. Los pacientes interpretan el proceso del genograma como un acto de estar siendo escuchados y ser importantes como personas. El proceso permite al médico conocer más en relación de las experiencias de la vida de los pacientes y como resultado, ser más comprensivos con sus necesidades y comportamientos. La empatía puede ser a su vez aprovechada para facilitar una relación médico paciente más efectiva y satisfactoria para ambos. La estimulación de una relación armónica a menudo se refleja en un paciente más abierto y cooperador, aceptando las referencias médicas y no médicas. Al completarse, un genograma también comunica un mensaje al paciente de que un médico familiar está interesado en dirigirse a problemas familiares y sociales como parte de atención de salud actual. Muchos pacientes y médicos consideran al genograma como una vía no amenazante para averiguar acerca de aspectos potencialmente delicados, tales como abuso sexual y alcoholismo. Hacer el genograma con pacientes que somatizan es la clave para identificar una posible historia de abuso sexual y ayudar para trabajar con esto: pueden evidenciarse con quejas vagas en etapas del ciclo de vida estresantes que evocan el evento traumático en forma inconsciente, el genograma brinda importantes claves que el médico puede identificar como parte del problema ahorrando tiempo en vez de gastarlo en una larga lista de síntomas. 29

El impacto visual de los genogramas puede ser de utilidad para los pacientes y los médicos en determinar si los problemas médicos presentes están relacionados con los aspectos familiares o psicosociales. Los médicos familiares pueden observar rápidamente la problemática médica y comprender como la información familiar podría influir en las quejas actuales de los pacientes. Por otra parte los pacientes están contrariados por repetirse pautas en sus familias. Tales como alcoholismo y problemas cardíacos.

### 1.5.3 VENTAJAS DE LOS GENOGRAMAS.

- 1.- Presentación de un registro médico sistemático.
- 2.- Lectura facilitada. Formato gráfico.
- 3.- Identifica pautas generacionales, biomédicas y psicosociales.
- 4.- Evalúa relaciones entre el entorno familiar y la enfermedad.
- 5.- Establece una relación armónica.
- 6.- Vía no amenazante para obtener información emocionante cargada.
- 7.- Demuestra interés en el paciente y otros familiares.
- 8.- Reestructura los problemas presentes en los pacientes.
- 9.- Manejo médico y medicina preventiva.
- 10.- Permite hacer evidentes los obstáculos para la cooperación.
- 11.- Identifica eventos de la vida que podrían afectar el diagnóstico y tratamiento.
- 12.- Identifica pautas de enfermedad, facilita la educación del paciente.
- 13.- Detecta la etapa del ciclo vida que cursa la familia.
- 14.- Evalúa la dinámica familiar
- 15.- Representa la estructura funcional de la familia.
- 16.- Favorece la elaboración de hipótesis terapéuticas.<sup>29</sup>

Al estudiar la extensión del contexto familiar, el clínico puede evaluar la relación de los actores inmediatos entre sí en el drama familiar, así como su relación con el sistema mayor y evaluar las fuerza y vulnerabilidad de la familia con respecto a la situación global. Como consecuencia de ello, el genograma se incluye a todo el elenco de actores (miembros nucleares y anexos de la familia así como miembros que no pertenecen a la misma pero que vivieron con ellos o tuvieron un papel

importante en la vida familiar) y un resumen de la situación familiar actual, incluyendo problemas y hechos relevantes. Holón significa que se es un todo y a la vez un sistema que es parte de otro mayor, existen varios holones que forman parte de la estructura familiar: Holón individual, conyugal, parental, fraterno. La persona índice o identificada con el problema, puede ser considerada dentro del contexto de varios subsistemas tales como hermanos, triángulos, relaciones recíprocas complementarias y simétricas o en relación con los meta sistemas como la comunidad, las instituciones sociales y el contexto sociocultural más amplio. 29

La familia es un sistema primario y más poderoso al que pertenece una persona. El funcionamiento físico, social y emocional de los miembros de una familia es profundamente dependiente, con cambios en una parte del sistema que repercuten en otras partes del mismo, además de las interacciones, las relaciones familiares tienden a ser altamente recíprocas, pautadas y reiteradas. Son estas pautas redundantes las que nos permite realizar predicciones tentativas partir de los genogramas.

Una posición básica es que los problemas y síntomas reflejan la adaptación de un sistema a su contexto total en un momento determinado. Los esfuerzos de adaptación por parte de los miembros del sistema reflejan muchos niveles del mismo, desde el biológico, el intrapsíquico hasta el interpersonal, es decir, familia, nuclear y anexa, comunidad, cultura y más allá. Las familiares se repiten a sí misma, lo que sucede en una generación a menudo se repetirá en la siguiente, es decir, las mismas cuestiones tienden a aparecer de generación en generación, a pesar de que la conducta actual pueda tomar una variedad de formas. En el genograma, se busca pautas de funcionamiento, relaciones y estructuras que continúan o se alteran de una generación a otra.

Al estudiar el sistema familiar desde el punto de vista histórico y evaluar previas transaccionales de ciclos vitales, se pueden situar las cuestiones actuales en el contexto de las normas evolutivas de la familia. Es por eso que en general, el genograma incluye por lo menos a tres generaciones de familiares así como a sucesos normales y críticos en la historia familiar, en particular los relacionados

con el ciclo vital. Cuando se interroga a la familia sobre la situación actual con respecto a los temas, mitos, reglas y cuestiones con cargas emocionales de generaciones previas, se hacen evidentes pautas reiterativas. En el genograma se pueden ver con claridad las pautas de enfermedades previas y cambios tempranos en las relaciones de la familia originados a través de los cambios en la estructura familiar y otros cambios críticos de la vida, proporcionando así una rica fuente de hipótesis sobre que es lo que lleva al cambio a una determinada familia. Carter (1978) menciona que el flujo de ansiedad en un sistema familiar se da tanto en la dimensión vertical como horizontal. El flujo "vertical" deriva de pautas de relación y funcionamiento que se trasmite históricamente de una generación a otra, en especial a través del proceso emocional. El flujo de ansiedad "horizontal" surge de las tensiones actuales que pesan sobre toda la familia a medida que avanza a través del tiempo, soportando los cambios inevitables, las desgracias y las transiciones en el ciclo de vida familiar. Con la tensión suficiente en este eje vertical se pueden crear nuevos problemas de modo tal que hasta una pequeña tensión emocional puede tener serias repercusiones en el sistema. El genograma ayuda al médico a rastrear el flujo de ansiedad a través de las generaciones y del contexto familiar actual. La familia sintomática queda detenida en el tiempo sin poder resolver su crisis reorganizándose y siguiendo adelante. La historia y las pautas de relación que revelan la evaluación de un genograma proporcionan claves importantes sobre la naturaleza de esta crisis. Tal como lo ha señalado Bowen, las relaciones entre dos personas tienen a ser inestables. Bajo tensión, dos personas tienden a atraer a una tercera, estabilizando el sistema al formar una coalición, las dos uniéndose con relación a la tercera. Por lo tanto, la unidad básica de un sistema emocional tiende a ser un triángulo. Los genogramas pueden ayudar al médico a identificar los triángulos claves en un sistema familiar, a detectar cómo las pautas triangulares se repiten de una generación a la siguiente y a diseñar estrategias para cambiarlas. Los miembros de un sistema conforman un todo funcional, es decir que las conductas de los miembros de una familia son complementarias o recíprocas. Esto nos conduce a esperar una cierta concordancia o equilibrio interdependiente en las familias que implican dar y

recibir, acción y reacción. Es por ello que una falta en una parte de la familia puede complementarse con un exceso en otra parte de la misma. El genograma ayuda al médico a identificar los contrastes e idiosincrasias en familias que son del tipo de equilibrio complementario o recíproco.<sup>29</sup>

#### 1.5.4 CONSTRUCCIÓN DE LOS GENOGRAMAS

Crear un genograma supone tres niveles:

- 1.- Trazado de la estructura familiar.
- 2.- Registro de la información sobre la familia.
- 3.- Delineado de las relaciones familiares.

La columna vertebral de un genograma es una descripción gráfica de cómo diferentes miembros de la familia están biológica y legalmente ligados entre si de una generación a otra. Este trazo es la construcción de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones. Como sucede con cualquier mapa, esta representación sólo tendrá significado si los símbolos están definidos para aquellos que tratan de leer el genograma.

En 1999 Gómez-Clavelina y cols, después de comparar diversas recomendaciones, presentan una propuesta para la construcción de genogramas.

Criterios generales:

Para la construcción del genograma conviene considerar como eje a la pareja que integra a los miembros del hogar en estudio, situando las figuras que los representan en distintos niveles con el siguiente orden de lectura:

Primer nivel, los padres de la pareja, tanto paternos como maternos.

Segundo nivel, los hermanos de la pareja.

Tercer nivel, la pareja que integra los miembros del hogar en estudio.

Cuarto nivel, los hijos de la pareja.

Esta organización del genograma permite la identificación de tres generaciones quedando a libre criterio la inclusión de otras. En todos los casos, se colocarán a la izquierda el padre y a la derecha la madre; los hijos se ubicaran de izquierda a derecha según su edad, de mayor a menor, la línea del vínculo que une a los



integrantes de la pareja del hogar en estudio deberá prolongarse hacia abajo desde el lugar que ocupan entre sus hermanos.

Los símbolos que representan las uniones conyugales previas o relaciones extramaritales se colocarán del lado correspondiente a la persona que se refieran, se indicarán según su sexo, en el mismo nivel y línea de vínculo ascendente que se une a la pareja actual, utilizando la simbología indicada para el divorcio, separación o unión libre. Se anotarán los años en que acontecieron estos eventos siguiendo un orden cronológico.<sup>31</sup>




Se dibujará las figuras conservando una proporción semejante, con excepción del símbolo que representan al aborto y la familia que habita en la casa, la edad de cada persona se anotara en el interior de la figura. El nombre, la escolaridad y ocupación se consignaran por fuera de la figura, de preferencia en la parte inferior. Se encerrarán dentro de una misma línea los miembros que viven bajo el mismo techo.



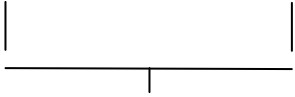



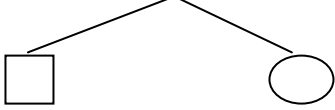
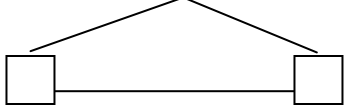
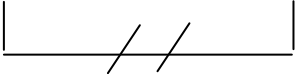
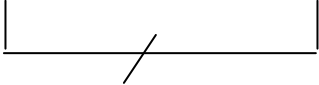
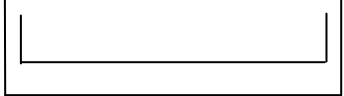
Es necesario señalar los ángulos superior o inferior de la hoja en la que se dibujó el genograma los elementos que permitan su identificación: nombre de la familia, número de folio o expediente, fecha en que fue elaborado y la persona que lo diseñó.

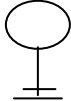
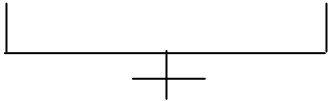
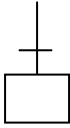
No se considera necesario el empleo de símbolos para cada entidad nosológica por lo que se recomienda escribir el nombre del problema de salud a un lado de la figura que representa a la persona afectada, con lo cual se limita la saturación de figuras que propiciarían dificultades en la elaboración y lectura del genograma, los fallecimientos se representan al cruzar la figura, anotando la causa y fecha de la muerte. Mullisn y Seely además hacen hincapié en interrogar intencionadamente sobre enfermedades de carácter hereditario, problemas de reproducción, adicciones entre otros datos.<sup>29</sup>

A continuación se muestra la simbología propuesta por el Comité Académica de Revisión de Genogramas CARG.<sup>32</sup>


Estructura familiar:

Sexo			
	Hombre	Mujer	Indefinido


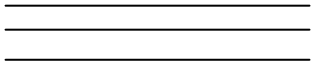
Adopción	
Matrimonio	
Vínculo ascendente	
Vínculo descendente	
Personas que habitan la casa	
Unión libre	
Gemelos heterocigotos	
Gemelos homocigotos	
Divorcio	
Separación	
Matrimonio consanguíneo	

Descendencia desconocida	
Matrimonio sin embarazos ni hijos	
Vive lejos del hogar	

Asociación con salud-enfermedad

Aborto	  Espontáneo                      Inducido
Muerte	
Embarazo	
Paciente identificado	 
Óbito	

Relaciones interpersonales

Relaciones conflictivas	
Relaciones cerradas	

Relaciones distantes	-----
Relaciones dominantes	—————▶

### 1.5.5 CLASIFICACIÓN DE LOS GENOGRAMAS

El CARG clasificó los símbolos y características para la construcción de genogramas en tres categorías: Básicos como aquellos que representan la estructura familiar y los vínculos intergeneracionales de los específicos son los que señalan elementos generales de carácter social, así como eventos significativos que ocurren durante la existencia de la familia y los complementarios que se refieren al señalamiento de las relaciones afectivas intrafamiliares.<sup>29</sup>

### 1.5.6. QUIÉN DISEÑA EL GENOGRAMA

Los genogramas, dentro del contexto médico, pueden obtenerse de diferentes formas. Los pacientes pueden complementar un formulario antes de su primera visita o bien un técnico, una enfermera, una secretaria o un estudiante de medicina pueden tomar el genograma antes de que el paciente vea al médico por primera vez. Dichos genogramas, se pueden realizar en 15 a 20 minutos, incluso por un entrevistador sin mayor experiencia, o bien el médico puede tomar el genograma, ya sea durante la primera entrevista o como parte de la historia clínica completa del paciente. Sin embargo en la práctica debido a las limitaciones del tiempo, el médico solo puede recoger una información muy básica durante la primera entrevista, los detalles podrán ir agregándose a medida que se desarrolla su relación con el paciente.<sup>29</sup>

Para el médico de familia debe ser un instrumento básico dentro de sus actividades diarias; él es, de todos los profesionales dedicados al cuidado de la salud, el que más beneficios obtiene al usar esta herramienta de trabajo.<sup>33</sup>

### 1.5.7. CUÁNDO DEBE EMPLEARSE EL GENOGRAMA

Es usado para representar gráficamente en una página gran cantidad de información referente a las principales características e interrelaciones de un grupo familiar. Está ampliamente documentada su utilidad como instrumento para la exploración de la familia desde diferentes puntos de vista. 34

Se utiliza para evaluar el papel de la familia en la práctica, como sistema de registro y como método para establecer una correcta comunicación entre el médico y el paciente. Deberá utilizarse siempre que la situación clínica sugiera una crisis o disfunción familiar. En estos casos actúa como instrumento diagnóstico que permite al médico contrastar hipótesis relacionadas con la contribución del sistema familiar al problema detectado. Igualmente está indicado su empleo en familias con pacientes dejando la evaluación con el estudio de salud familiar para casos especiales.29

Constituye un marco de referencia para realizar el análisis crítico de la funcionalidad familiar; muestra además la conformación de este sistema al delimitar claramente a sus subsistemas, unidades y elementos, así como el tipo de relación y vínculos presentes.34

### 1.5.8. CÓMO INTERPRETAR EL GENOGRAMA

Los principios interpretativos para evaluar genogramas nunca han sido establecidos en forma explícita, a pesar de que las suposiciones implícitas, basadas en los principios de la teoría de los sistemas familiares, son conocidas por muchos médicos.

La interpretación del genograma está limitada por la calidad de su construcción, está claro que no puede leer aquello que o está representado. También depende de la experiencia que posea el que lo analiza, se comprende que cuando más se utilice este instrumento, se está en mejores condiciones para interpretarlo correctamente, se puede interpretar en las siguientes áreas: estructura familiar, ciclo de vida familiar, repetición de patrones familiares a lo largo del tiempo, acontecimientos vitales y recursos familiares patrones relacionales familiares, datos demográficos, problemas sociales y de salud. 29

## ESTRUCTURA FAMILIAR

En este trabajo se usó la propuesta por Monroy, Boschetti e Irigoyen que las clasifica en familia construidas, cuando no hay experiencia de haber vivido en pareja y reconstruida cuando se tiene el antecedente de que alguno de los cónyuges tuvo la experiencia de haber formado previamente un sistema conyugal, ambas pueden ser nucleares, extensas y compuestas. La familia nuclear está formada por padres e hijos con todas sus variantes. Los padres sin hijos, uno de los padres, un hijo y los hermanos. La familia extensa está formada por algún miembro de la familia nuclear mas otro familiar, consanguíneo; cuando se clasifique el origen generacional se tendrían tres tipos: binuclear cuando hay dos familiares nucleares de dos generaciones. Polinuclear: cuando hay mas de dos familias de dos generaciones. De dos, cuando son dos familiares consanguíneos. Existen algunos tipos especiales de familia con características muy peculiares en su dinámica familiar. Familia acordeón que tiene la particularidad de que alguno de los padres se va por temporadas largas y cuando regresa ocasiona una dinámica en la cual la familia se adapta a largos periodos de ausencia y pocos de convivencia. Familia con soporte cuando un hijo asume funciones parentales. Familia con fantasma aquella en la que falta por muerte o separación física algunos de sus miembros y la familia no se puede adaptar a esta pérdida y sigue funcionando como si el familiar ausente continuara viviendo realmente con la familia. Estos tipos especiales no se identifican con facilidad en un genograma a menos que se busque información directamente relacionada con estas dinámicas y se describan en el formato. 35,36

## CICLO DE VIDA

Existen diferentes ciclos de vida por los que cursa el individuo, éste vive su propio ciclo de vida como persona y puede crear nuevos. Si se une en pareja iniciará el ciclo de la pareja y si crea una familia iniciará el ciclo de vida familiar. La distribución de las familias según la fase del ciclo vital en que se encuentran es de suma utilidad para el médico de familia, ya que le permitirá comprender mejor los cambios emocionales, conductuales y de interacción que se producen en cada

una de ellas. Como las fases por las que atraviesa la familia están bien definidas y son predecibles, se puede establecer un asesoramiento anticipado que permite eliminar o reducir los factores de riesgo que surgen en las transiciones del ciclo de vida. El ciclo de vida más utilizado es el de Geyman: 36

Figura 2.

<b>Ciclo de vida (Geyman)</b>	
Fase de matrimonio	Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo
Fase de expansión	Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se "expende"
Fase de dispersión	Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos
Fase de independencia	Etapas en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen
Fase de retiro y muerte	Etapas en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono

**REPETICIÓN DE PATRONES FAMILIARES A LO LARGO DE GENERACIONES.**  
 Cuando el médico estudia el genograma deberá descubrir pautas que se repitan a través de generaciones. Su conocimiento tiene importancia ya que permitirá ayudar a las familias a evitar las repeticiones presentes y futuras de las pautas que tengan un carácter negativo. La repetición de patrones a lo largo de generaciones puede estar en relación con la estructura, la morbilidad o el funcionamiento familiar. El funcionamiento y los hábitos de los miembros de una familia pueden reproducirse a través de generaciones. Esta transición puede ser lineal o discontinua, se deben estudiar las pautas repetitivas en caso de

alcoholismo, suicidio, violencia, incesto, no solo porque se pueden poner en marcha acciones para interrumpir estas pautas, sino también para poder explicar una actitud de rechazo ante determinadas tendencias en un intento de eliminarlas en el futuro.<sup>29</sup>



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada año 14 millones de mujeres adolescentes dan a luz en el mundo, lo cual representa poco más del 10% del total de nacimientos a nivel mundial.

En América Latina, los nacimientos entre las adolescentes representan entre 15 y el 20% del total de nacimientos en esta región; de los cuales el 70% son no planeados. En 1999 ocurrieron en México 372 mil nacimientos en mujeres de 15 a 19 años, mientras que en el 2000 ocurrieron 366 mil. En el 2000 había en nuestro país 5,082,487 de mujeres entre 15 y 19 años, de las cuales 11.96% ya tenían hijos, es decir 608,070. Además. Entre enero 1999 y febrero del 2000 se registraron 4,214 nacimientos en adolescentes entre 12 y 14 años.

Esto significa que un total de 612,284 mexicanas menores de 19 años ya son madres y que muchas de ellas tienen más de un hijo. Las causas del embarazo adolescente están determinadas básicamente por factores socioculturales y también se cuenta elementos psicológicos. 18

En los últimos 10 años ha aumentado significativamente la preocupación de diversos sectores sociales en México por el fenómeno del embarazo adolescente, lo cual se ha traducido en políticas y programas de población, de salud, de educación, y sociales en los cuales tienden a invertirse recursos humanos y económicos. El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, lo cual aumenta considerablemente los embarazos en adolescentes en la última década.

Los Médicos de familia pueden seguir a sus pacientes desde la infancia a través del desarrollo, ellos ya pueden ofrecer consejería de temas de sexualidad en cada etapa del desarrollo, los médicos de familia pueden identificar los pacientes cuyos riesgos son altos por el inicio de la vida sexual temprana y prevenir un embarazo no deseado así como proveer un anticonceptivo adecuado. 27

Los genogramas han sido utilizados en diferentes formas por distintos terapeutas. Su uso específico son: para atraer a toda la familia, 2.- para destrabar el sistema

3.- para clarificar pautas familiares y 4.- para volver a plantear y desintoxicar problemas familiares.<sup>31</sup> Se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿El genograma ayuda a detectar factores de riesgo de embarazo en adolescentes?

## OBJETIVOS

General: identificar los factores que influyen en el embarazo en la adolescencia por medio del genograma.

Específicos:

Utilizar el genograma socio dinámico en adolescentes embarazadas.

Identificar las características de la adolescente que se embaraza.

Identificar los factores del entorno familiar o social que incrementan el riesgo de embarazo en la adolescente.

## JUSTIFICACIÓN

Hoy en día se ha convertido en un fenómeno de alta incidencia a nivel mundial, el embarazo en la adolescencia, genera gran interés debido a que es algo que va en contra del proceso natural, ordenado y deseado por la mayoría de las sociedades modernas del ciclo vital y del desarrollo pleno de la mujer.

Como en casi todas las sociedades donde el embarazo de la adolescente representa un gran costo emocional, social, económico y médico, su alta incidencia ha propiciado recientemente la realización de muchas investigaciones para estudiar las causas y las posibles soluciones de este problema es susceptible de estudiar, ya que se cuenta con un servicio de embarazo en adolescente en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE.

Las consecuencias de la madre adolescente son: el aumento de la mortalidad, mayor riesgo de anemia y toxemia del embarazo, riesgo de deserción escolar y baja escolaridad, desempleo más frecuente, ingreso económico reducido de por vida, mayor riesgo de separación, divorcio y abandono, mayor número de hijos.

Las consecuencias para el hijo de madre adolescente: mayor riesgo de muerte, riesgo de bajo peso al nacer, capacidad mental probablemente inferior, alto riesgo de abuso físico, negligencia en los cuidados de salud, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional, alta proporción de hijos ilegítimos, que limitan sus derechos legales y el acceso a la salud. 4

Los hijos de las madres adolescentes, por su parte, hacen frente a un riesgo elevado de enfermedad y de muerte, de abandono y de convertirse en niños callejeros y de verse atrapados en un ciclo de pobreza que pasa de una generación a otra.

Los análisis sobre el embarazo adolescente apuntan a que este fenómeno disminuiría si existieran los tres siguientes elementos: educación sexual, servicios de salud sexual y reproductiva, y oportunidades vitales para las y los adolescentes.<sup>18</sup>

Una simple solución al problema de embarazo en la adolescencia no existe, sin embargo los médicos familiares pueden ayudar a romper el ciclo de “niñas teniendo niñas”, practicando la prevención.<sup>23</sup>

Se considera que el genograma es un instrumento indispensable para la práctica de la medicina familiar, debido a que con su aplicación se favorece una mejor relación con el paciente. Ofrece inestimable apoyo a diversos especialistas médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y a los interesados en el estudio de la familia.<sup>31</sup>

El genograma con su capacidad para informar acerca de la composición de la familia y su funcionamiento es un instrumento básico en la atención familiar.<sup>33</sup>

Para el médico de familia el genograma debe ser un instrumento básico dentro de sus actividades diarias; él es, de todos los profesionales dedicados al cuidado de la salud, el que más beneficios obtiene al usar esta herramienta de trabajo.

Por motivos ya mencionados en el planteamiento de problema de este trabajo, es necesario conocer la utilidad de esta herramienta para poder detectar los factores de riesgo de embarazo en la adolescencia y así prevenir un embarazo, en estos casos actúa como instrumento diagnóstico que permite al médico contrastar hipótesis relacionadas con la contribución del sistema familiar al problema detectado.

Rogers y Cohn lo han recomendado como método de screening psicosocial, señalado que con ello aumentan las exploraciones referentes a cuestiones familiares.<sup>33</sup>

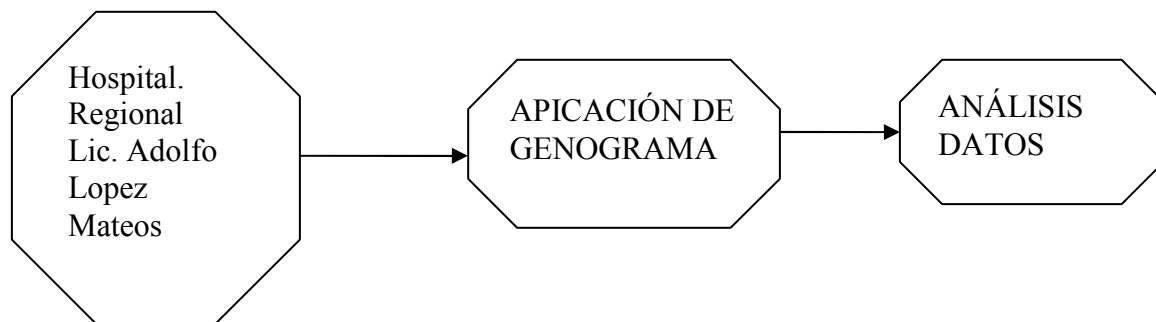
## MATERIAL Y MÉTODOS

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, (no experimental), transversal, prospectivo.

### 5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.

El siguiente diagrama muestra el diseño del estudio: la población de referencia fueron adolescentes embarazadas adscritas al Hospital Adolfo López Mateos ISSSTE



### 5.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

Pacientes que se encuentren adscritas al servicio de embarazo del adolescente del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE de la ciudad de México, del mes de mayo al mes de julio 2006.

### 5.4 MUESTRA

No aleatoria y por cuota.

## 5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Inclusión: femenino adolescentes embarazada, que acudan a los hospitales designados para el estudio, 12 a 19 años de edad, voluntarias, cualquier edad gestacional.

Exclusión: adolescentes no embarazada, no adscritas al hospital designado para el estudio.

Eliminación: Encuestas incompletas, no desean participar, respuestas incompletas.

## 5.6 VARIABLES (TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN)

Nombre de variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable o código
Número de folio	cuantitativa	discontinua	número consecutivo de 1 a n
No. de habitaciones en casa	cuantitativa	discontinua	número consecutivo de 1 a n
Ingreso económico	cuantitativa	discontinua	número consecutivo de 1 a n
Menarca	cuantitativa	discontinua	número consecutivo de 1 a n
Inicio de vida sexual	cuantitativa	discontinua	número consecutivo de 1 a n
Gesta	cuantitativa	discontinua	número consecutivo de 1 a n
Para	cuantitativa	discontinua	número consecutivo de 1 a n
Cesarea	cuantitativa	discontinua	número consecutivo de 1 a n
Aborto	cuantitativa	discontinua	número consecutivo de 1 a n
Utilizó método de planificación familiar	cualitativa	dicotómica	1= si 2= no

método usado	cualitativa	nominal	1= ninguno 2= preservativo 3= hormonales orales
conocimiento de métodos de anticoncepción	cualitativa	dicotómica	1= si 2= no
cuales métodos	cualitativa	nominal	1= ninguno 2= preservativo 3= hormonales orales
tenía una plan de vida antes del embarazo	cualitativa	dicotómica	1= si 2= no
cual era el plan de vida antes del embarazo	cualitativa	nominal	1= licenciatura 2= carrera técnica 3= trabajar 4= hogar 5= ninguno.
cambio el plan de vida después del embarazo	cualitativo	dicotómica	1= si 2= no
cual es el plan de vida después del embarazo	cualitativo	nominal	1= licenciatura 2= carrera técnica 3= trabajar 4= hogar 5= ninguno.
aspiraciones después del embarazo	cualitativa	ordinal	1= mismas 2= aumentaron 3= disminuyeron
embarazo planeado	cualitativa	nominal	1= si 2= no
apoyo familiar	cualitativa	nominal	1= si 2= no
Tus papas sabían de tu novio	cualitativa	nominal	1= si 2= no
edad de la paciente	cuantitativa	dicotómica	número consecutivo de 1 a n
estado de salud	cualitativa	nominal	1= sano 2= enfermo

escolaridad	cualitativa	ordinal	1= primaria 2= secundaria 3= preparatoria incompleta 4= preparatoria completa 5= preparatoria con carrera técnica.
estado civil	cualitativa	nominal	1= soltera 2= unión libre 3= casada
tipo de familia según su estructura	cualitativa	nominal	1= construida nuclear 2= construida extensa 3= construida compuesta 4= reconstruida nuclear  5= reconstruida extensa 6= reconstruida compuesta 7= extensa binuclear 8= extensa polinuclear 9= familia de dos 10= vive solo 11= no valorable
tipo de familia según su desarrollo	cualitativa	nominal	1= tradicional 2= moderna 3= no valorable
tipo de familia según su ocupación	cualitativa	nominal	1= profesionista  2= obrera 3= campesina 4= no valorable
tipo de familia según su integración	cualitativa	nominal	1= integrada 2= desintegrada 3= no valorable
etapa del ciclo de vida de la familia	cualitativa	nominal	1= matrimonio 2= expansión 3= dispersión 4= independencia 5= retiro y muerte 6= no valorable 7= no clasificable



relación con la madre	cualitativa	nominal	1= conflictivas 2= cerradas 3= distantes 4= dominantes 5= disfunción matrimonio 6= disfunción en el matrimonio y amante
relación con el padre	cualitativa	nominal	1= conflictivas 2= cerradas 3= distantes 4= dominantes 5= disfunción matrimonio 6= disfunción en el matrimonio y amante.
madre con antecedente de embarazo en la adolescencia	cualitativa	dicotómico	1= si 2= no
hermana con embarazo en la adolescencia	cualitativa	nominal	1= si 2= no
Número de hijos dependientes	cualitativa	nominal	0= ninguno 1= un hijo 2= dos hijos 2.5= tres o mas
escolaridad de la madre de la paciente	cualitativa	nominal	0= post primaria 1= primaria completa 2= primaria incompleta 2.5= sin instrucción
hacinamiento o número de personas por dormitorio	cuantitativa	discontinua	0=1-2 1=3 personas
índice de marginalidad	cualitativa	ordinal	1=0-3 sin evidencia de pobreza 2= 3.5 -6 pobreza familiar baja 3= 6.5-10 pobreza familiar alta-

## 5.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

\*Número de folio: número progresivo que se le asigna a cada formato de genograma.

\*Habitantes en casa: el número de personas que viven bajo el mismo techo.

\*Ingreso económico familiar: es el ingreso monetario en salarios mínimos generales mensuales que gasta una familia.

\*Menarca: Establecimiento o comienzo de la menstruación.

\*Inicio de vida sexual activa: cuando inician a tener relaciones sexuales.

\*Gestación: embarazo, preñez.

\*Para: conjunto de fenómenos fisiológicos conducentes a la salida del claustro materno de un feto viable y sus anexos.

\*Cesarea: operación o sección por la que se libera el feto a través de la pared abdominal y uterina.

\*Aborto: pérdida del producto de la concepción antes de que sea viable. El peso del feto debe ser inferior a 500g y tiempo de gestación inferior a 20 semanas.

\*Método de planificación familiar: es un agente o medio que impide la fecundación.

\*Cuales uso: existen varios métodos se especifica cual uso.

\*Conocimiento sobre métodos de planificación familiar: la adolescente sabrá que hay métodos de planificación familiar.

\*Plan de vida: si tiene una expectativa de vida antes del embarazo.

\*Plan de vida 2: conocer cual es el plan que tiene.

\*Plan de vida 3: conocer si cambio dicho plan de vida.

\*Plan de vida 4: conocer el nuevo plan.

\*Aspiraciones después del embarazo: que planes tiene ahora que esta embarazada la adolescente.

\*Embarazo planeado: si deseaba el embarazo o no.

\*Apoyo familia: si cuenta con la participación de sus padres ante este acontecimiento.

\* Si tiene novio: conocer si sus papas conocían al novio o que si sabían que tenia novio.

- \*Edad de la paciente: tiempo transcurrido desde el nacimiento.
- \*Escolaridad de la paciente: conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.
- \*Estado de salud: estado de completo bienestar físico, mental y social de un individuo.
- \*Estado Civil: condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.
- \*Genograma incluyen tres generaciones: el genograma representa como mínimo a tres generaciones de tipo ascendente o descendente según el lugar que ocupa el paciente, incluyendo abuelos, padres, hijos.
- \*Tipo de familia según su estructura: según las personas que integran el núcleo familiar, se clasificará a la familia con la propuesta de Monroy, Boschetti e Irigoyen expuesta en los antecedentes.
- \* Tipo de familia según su desarrollo: si la mujer tiene un empleo remunerado será moderna, si la mujer de la pareja se dedica solo al hogar será tradicional.
- \*Tipo de familia según su ocupación: dependiendo del trabajo que desempeñe la persona que sea el sostén familiar se trata de una familia profesional, obrera o campesina.
- \*Tipo de familia según su integración: si viven bajo el mismo techo ambos miembros de la pareja se trata de una familia integrada, si uno de ellos falta se trata de familia desintegrada.
- \*Etapa del ciclo de vida de la familia: una vez identificada a la familia se determinara la etapa del ciclo de vida que cursa actualmente según la clasificación de Geyman expuesta en los antecedentes.
- \*Relaciones interpersonales: relaciones del individuo con el mundo exterior constituyen los fenómenos de relación y actúan como estímulos las exigencias fisiológicas, los cambios ambientales y los restantes organismos.
- \*Madre con embarazo en adolescencia: antecedente de que la madre de la adolescente se embarazo en la adolescencia.
- \*Hermana con embarazo en la adolescencia: antecedente de que la hermana de la adolescente se embarazo en la adolescencia.

\*Número de hijos dependientes: cantidad de individuos que dependen económicamente en estas familias.

\*Escolaridad de la Madre: \*Escolaridad: conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

\*Hacinamiento: Personas que viven en un espacio pequeño amontonados.

\*Índice de marginalidad de pobreza familiar, es un instrumento para medir el índice de pobreza familiar. 38,39,40,41

## 5.8. DESCRIPCIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES Y DISEÑO DE LA BASE DE DATOS

El siguiente cuadro describe la estructura de la base de datos así como los valores operativos de las variables.

La base de datos fue diseñada en el programa de cómputo SPSS. 11

Nombre de la variable	etiqueta nombre completo de la variable	Valores que toma la variable códigos	Escala de medición S = escalar N = nominal.
folio	número de folio	número consecutivo de 1 a n	S = escalar
habcasa	número de habitantes en casa	número de 1 a n	S = escalar
ingecofa	ingreso económico familiar en salarios mínimos general mensual (smgm)	0= siete o más smgm 1= 5-6 smgm 2= 3-4 smgm 3= 1-2 smgm 4= menos de 1smgm	S = escalar
mena	menarca	número de 1 a n	S = escalar
ivsa	inicio de vida sexual activa	número de 1 a n	S = escalar

gesta	gestas	número de 1 a n	S = escalar
para	partos	número de 1 a n	S = escalar
cesa	cesarea	número de 1 a n	S = escalar
abor	aborto	número de 1 a n	S = escalar
mpf	utilizo método de planificación familiar	1= si 2= no	N = nominal.
cual	especificar cual uso	1= ninguno 2= preservativo 3= hormonales 4= inyectables 5= DIU 6= todos	N = nominal.
conanti	conoce de anticonceptivos	1= si 2= no	N = nominal.
cuales	cuales métodos de planificación conoce	1= ninguno 2= preservativo 3= hormonales 4= inyectables 5= DIU 6= todos	N = nominal.
planvida	tenia plan de vida antes del embarazo	1= si 2= no	N = nominal.
plan2	cual es el plan	1= licenciatura 2= carrera técnica 3= trabajar 4= hogar 5= ninguno	N = nominal.

plan3	cambio plan de vida con el embarazo	1= si 2= no	n=nominal.
plan4	cual es el nuevo plan	1= licenciatura 2= carrera tecnica 3= trabajar 4= hogar 5= ninguno	n=nominal.
aspira	aspiraciones despues del embarazo	1= mismas 2= aumentaron 3= disminuyeron	n=nominal.
embaplan	el embarazo fue planeado	1= si 2= no	n=nominal.
apoyofam	tiene apoyo familiar	1= si 2= no	n=nominal.
noviopas	sabian tus papas que tenias novio	1= si 2= no	n=nominal.
edadpac	edad de la paciente	número de 1 a n	s= escalar
escolari	escolaridad de la paciente	1= primaria 2= secundaria 3= secundaria incom 4=preparatoria incom 5=preparatoria compl 6=preparatoria con carrera técnica	n=nominal.
estasalu	cual es el estado de salud	1= sano 2= enferma	n=nominal.
estacivi	estado civil	1= soltera 2= unión libre 3= casada	n=nominal.

tipofam	tipo familia según su estructura	1= construida nuclear 2= construida extensa 3= construida compuesta 4= reconstruida nuclear 5= reconstruida extensa 6= reconstruida compuesta 7= extensa binuclear 8= extensa polinuclear 9= familia de dos 10= vive solo 11= no valorable	n=nominal.
tipofam1	tipología familiar según su desarrollo	1= tradicional 2= moderna 3= no valorable	n=nominal.
tipofam2	tipología familiar según su ocupación	1= profesionalista 2= obrera 3= campesina 4= no valorable	n=nominal.
tipofam3	tipología familiar según su integración	1= integrada 2= desintegrada 3= no valorable	n=nominal.
ciclovi	etapa del ciclo vital	1= matrimonio 2= expansión 3= dispersión 4= independencia 5= retiro y muerte 6= no valorable 7= no clasificable	n=nominal.
relainte	relaciones interpersonales con la madre	1= conflictivas 2= cerradas 3= distantes 4= dominantes 5= disfunción matrimonio 6= disfunción en el matrimonio y amante	n=nominal.

relaint1	relaciones interpersonales con el padre	1= conflictivas 2= cerradas 3= distantes 4= dominantes 5= disfunción matrimonio 6= disfunción en el matrimonio y amante	n=nominal.
tiempo	tiempo de total elaboración	número de 1 a n	s= escalar
madread	antecedente de madre con embarazo en adolescencia	1= si 2= no	n=nominal.
hermaad	antecedente de hermana con embarazo en adolescencia	1= si 2= no	n=nominal.
nohijode	número de hijos dependientes	0= ninguno 1= un hijo 2= dos hijos 2.5= tres o mas	s= escalar
escolama	escolaridad de la mamá de la paciente	0= post primaria 1= primaria completa 2= primaria incompleta 2.5= sin instrucción	n=nominal.
hacinami	hacinamiento o número de personas por dormitorio	0=1-2 personas 1= 3 personas	s= escalar
índicema	índice de marginalidad	1= 0-3 sin evidencia de pobreza 2=3.5-6 pobreza familiar baja 3=6.5 -10 pobreza familiar alta.	s= escalar



## 5.9 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Se crea un formato que contiene ficha de identificación que incluye datos para detección del índice simplificado de marginación familiar, antecedentes gineco-obstétricos, conocimiento y uso de métodos de anticoncepción, se interroga sobre la presencia de un plan de vida, de embarazo sobre la percepción del apoyo familiar, si los padres tenía conocimiento de la pareja y espacio en blanco para dibujar el genograma. Anexo 2

Se agrega hoja de consentimiento informado para ser firmado por el adulto acompañante del adolescente.

## 5.10 MÉTODO DE RECOLECCION DE DATOS

Se solicitó el permiso de las autoridades del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos para la aplicación de la encuestas en el servicio de obstetricia consulta externa. Se aplicaron encuestas por parte de la autora únicamente en la sala de espera, para lo que se solicitó el consentimiento informado por escrito del adulto acompañante del adolescente. Se recabó la muestra por cuota, a los voluntarios, además de obtener información se resolvieron las dudas que surgieron en los participantes.

Los datos se almacenaron electrónicamente en el programa estadístico SPSS versión 10 para su análisis.

## 5.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva, las variables cualitativas se analizaron con porcentajes y frecuencias.

Las cuantitativas se analizaron con medidas de tendencia central y dispersión

## 5.12. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

Etapa/Actividad	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planeación del proyecto	X											
Marco Teórico		X										
Material y métodos y Registro y autorización del proyecto			X									
Prueba piloto				X								
Etapa de ejecución del proyecto				X	X	X	X	X	X	X		
Recolección de datos								X	X	X		
Almacenamiento de los datos									X	X		
Análisis de los datos										X		
Descripción de los resultados											X	
Discusión de los resultados											X	
Conclusiones del estudio											X	
Integración y revisión final												X
Reporte final												X
Autorizaciones												X
Impresión del trabajo final												X
Solicitud de examen de tesis												X
Examen de tesis												X

## 5.13 RECUSOS HUMANOS

Se contó con una investigadora que es la autora, misma que encuesta y una asesora.

## 5.14 RECURSO FÍSICOS

Instalación del hospital, papelería equipo de cómputo, apoyo bibliográfico.

## 5.15. FINANCIAMIENTO

Todos los recursos fueron aportados por la autora.

## 5.16. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud se apega al Capítulo único título primero de disposiciones generales, así como el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos que según el artículo 17 este trabajo corresponde a una investigación sin riesgo.

También está acorde con las recomendaciones para guiar a los médicos, en la investigación donde participan seres humanos manifestado en la Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, enmendada en la 52<sup>a</sup> asamblea general mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, octubre 2000. 42,43

A los pacientes se les entregó una carta de consentimiento informado que tendría que leer él mismo o ser leída por médico entrevistador y firmada por el adulto acompañante del paciente en caso de estar de acuerdo. Anexo 1

## RESULTADOS

Se entrevistaron a 25 adolescentes en la consulta externa de ginecología del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, se encontró que el promedio de edad, fue de 16.16 años.

Su escolaridad se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 1

Escolaridad de adolescentes entrevistadas		
Nivel escolar	Frecuencia	Porcentajes
Secundaria incompleta	10	40
Secundaria completa	10	40
Preparatoria incompleta	5	20

Fuente: Genogramas aplicados a adolescentes embarazadas Hospital Regional. Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE

Las 25 adolescentes se refirieron tener buen estado de salud negando enfermedades crónicas. Se negaron adicciones en todos los casos.

En cuanto al estado civil 23 adolescentes refirieron ser solteras (92%) y dos en unión libre (8%).

Los antecedentes gineco-obstétricos se reportan en el siguiente cuadro:  
Cuadro No. 2

Antecedente gineco-obstétricos de las adolescentes entrevistadas			
Antecedente gineco-Obstétricos	promedio	mínima	máxima
Menarca	11.7años	9 años	15 años
Inicio de vida sexual activa	15.2 años	13 años	17 años
Gestas	1	1	2
Partos	0	0	0
Cesárea	0.4	0	1
Abortos	0.04	0	1

Fuente: Genogramas aplicados a adolescentes embarazadas Hospital Regional. Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE

Al interrogar sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos 24 pacientes (96%) adolescentes mencionaron que sí conocían sobre los mismos, y solo una adolescente refirió no conocerlos (4%), al preguntar cuales anticonceptivos conoce 21 (84%) mencionó el preservativo, 3 (12%) los hormonales orales.

Cuando se preguntó si utilizaron algún método para no embarazarse 14(56%) refirió haberlos utilizado; en 11 casos (44%) se dijo que uso el preservativo y 2 (28%) adolescentes los hormonales orales, 12 adolescentes 48% negó haberlos usado.

A la pregunta de que si el embarazo era planeado 21 (84%) dijeron que no, solo 4 (16%) mencionó que si lo planeó. Se le preguntó que si tenían plan de vida 21(84%) respondió que si, solo 4(16%) dijeron que no. Se le pregunto si su plan de vida cambio después de embarazo 22 (28%) menciono que si cambio solo tres (12%) dijo que no.

El cambio de plan se muestra en el cuadro No 3

Plan de vida académico antes de embarazo y después del embarazo		
	Antes	Después
Licenciatura	16(64%)	5 (20%)
Carrera técnica	5 (20%)	16 (64%)
Ninguno	4 (16%)	3 (12%)
Trabajar	0	1(4%)

Fuente: Genogramas aplicados a adolescentes embarazadas Hospital Regional. Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE

Las adolescentes mencionaron que tenían las mismas aspiraciones después del embarazo en 12 casos (48%), aumentaron sus expectativas en 2 (8%) y disminuyeron 11 casos (44%).

El genograma de las adolescentes permitió clasificar a su familias, se encontró que 15 (60%) correspondía a familias construidas nucleares, 5 (20%) eran

familias reconstruidas nucleares, 3 (12%) son familias reconstruidas extensas, 1 (4%) fue reconstruida compuesta, 1 (4%) corresponde a una familia extensa binuclear.

En cuanto a la integración de la familia, el genograma mostró que en 14 (56%) eran familias integradas, porque ambos padres de la adolescente vivían bajo el mismo techo, 11 (44%) era familias desintegradas. Según su desarrollo 4 (16%) era tradicional y 21 (84%) eran modernas. Por su ocupación 11 familias (44%) eran profesionista y 14 (56%) obreras, con base en las actividades de los padres de la adolescente. En cuanto a la etapa del ciclo de vida de la familia de origen de la adolescente se mostró 13 (52%) se encontraban en fase de dispersión y 12 (48%) en fase de independencia.

Se dibujaron las líneas de relación interpersonales de la familia y se encontró que en 6 casos (24%) la adolescente tenía relaciones conflictivas con la madre, y en 19 casos (76%) se manifestaron relaciones estrechas.

La relación de la adolescente con el padre fue conflictiva en 4 (16%), estrecha en 8 (32%), y distante en 13 (52%). Al preguntarle a la adolescente sobre si su familia la apoyaba todas contestaron afirmativamente.

Con respecto a los antecedentes de madre con embarazo en la adolescencia en 5 casos (20%) es positivo, en 3 casos (12%) existió el antecedente de embarazo en la adolescencia en la hermana. Además se encontró 3 casos (12%) existió el antecedente de embarazo en adolescencia de mamá y hermana y/o cuñada.

En cuanto a que si su papas sabían que tenía novio mostró que 22 (88%) que si y solo 3 casos (12%) que no y en dos casos solo 2 casos la madre sabia del novio y la ignora el padre; en 13 casos la madre de la adolescente no sabia que su hija tenía vida sexual activa.

Con el formato utilizado se midió el índice simplificado de marginalidad familiar y se encontró lo reportado en el cuadro siguiente:

Cuadro No.4

Índice simplificado de marginalidad familiar		
Valores	Casos	Porcentajes
0-3 sin evidencia de pobreza	6	24
3.5-6 pobreza familiar baja	17	68
6.5-10 pobreza familiar alta	2	8

Fuente: Genogramas aplicados a adolescentes embarazadas Hospital Regional. Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE

Se calculó el índice simplificado de marginalidad familiar encontrando que 6 (24%) familias no tienen evidencia de pobreza, 17 (68%) tienen un pobreza familiar baja, y 2 (8%) tiene pobreza familiar alta.

Se encontró en el genograma 1 caso (4%) en el que uno de los padres había fallecido, y seis casos (24%) uno de los padres padecía una enfermedad crónica. A través del genograma se detectaron algunos de los factores de riesgo, de embarazo en la adolescencia, que ya han sido mencionados en la literatura.

Como la baja escolaridad, 80% de las adolescentes tenía secundaria incompleta a completa. El genograma permitió identificar un patrón de repetición en el nivel escolar de las familias de las adolescentes donde en el 56% de los casos los padres tenía estudios de secundaria o menos.

Otro factor de riesgo es la menarca precoz, que se encontró en solo dos casos, el inicio de vida sexual activa en promedio ocurrió a los 15 años de edad, se evidenció por el genograma que el embarazo ocurrió en el primer año de haber iniciado la relación sexual en 8 casos, y en 13 casos más de dos años de haber iniciado actividad sexual y más de tres años en dos casos. De cuatro casos de adolescentes embarazada con mas de cuatro años de inicio de vida sexual activa su edad era de 16 y 17 años y se encontraban en la adolescencia tardía, las adolescentes mas jóvenes se encontraban en etapa intermedia y se embarazo en el primer año de actividad sexual. Durante la entrevista se cuestiono si los padres tenía conocimiento de la actividad sexual de su hija con su novio, solo en tres casos fue afirmativo. Se menciona que es un factor de riesgo desconocer los métodos de planificación familiar, se detectó en el formato elaborado para esta investigación, que el 96% de las adolescentes, dijeron conocer los métodos anticonceptivos, 56% mencionaron haber usado alguno y el más utilizado fue el

preservativo. Se interrogó sobre la presencia de adicciones y todas las adolescentes lo negaron, faltó interrogar y plasmar en el genograma el tabaquismo y/ o ingesta de alcohol previo al embarazo y en los familiares. Se cuestionó sobre el plan de vida de la adolescente, el 16% no tenía ninguno, el resto tenían planes de desarrollo académico, 88 % mencionó que sus planes cambiaron con el embarazo.

El genograma nos permitió clasificar a las familias de las adolescentes, según su estructura, integración, desarrollo, ocupación y etapa de ciclo de vida. Se encontró entre el factor de riesgo familiar, cuantas familias tenían a uno de los padres con alguna enfermedad crónica, en 12 casos 48%. En un de los casos un padre fallecido, 4%. Al revisar los genogramas y poner atención en las edades de quienes eran padres y sus hijos se encontró que en 4 casos existían el antecedente de que la mamá había sido madre adolescente, en cinco casos alguna hermana o cuñada había sido madre adolescente, en un caso tanto la madre con una hermana habían sido madres adolescentes.

Se registraron las relaciones principalmente entre la adolescente y el resto de los integrantes de la familia. No se puede determinar la dinámica familiar para catalogar la disfunción familiar, ya que se requiere de la participación de los otros miembros de la familia para conocer en forma completa el contexto familiar. Con el formato utilizado se midió el índice simplificado de marginación familiar, y que la mayoría de la familias.

## 7.- DISCUSIÓN

Del total de adolescentes embarazadas encuestadas su edad media fue de 16 años, 13 pacientes corresponden a la etapa de adolescencia intermedia y 12 pacientes a la de adolescencia tardía lo que implica que casi la mitad de las pacientes aun se encuentra en una etapa muy cambiante de inestabilidad en su estado de ánimo, por lo que ameritarán mayor apoyo para el cuidado del futuro hijo. Las 12 pacientes que se encuentran en la etapa tardía de la adolescencia pueden encontrar la consolidación de su identidad por medio de la maternidad.

10,12,13,16, 29.



La escolaridad de las adolescentes fue en su mayoría de secundaria incompleta y terminada con 20 casos solo cinco tenía estudios incompletos de preparatoria, llama la atención que 21 adolescentes tenían en su plan de vida estudiar una carrera técnica o licenciatura, planes que con el embarazo cambiaron en 22 casos, 4 adolescentes que no tenían planes de estudio académico no cambiaron después del embarazo; se piensa que el fracaso escolar es un factor de riesgo para el abandono de la escuela y el embarazo por sí mismo pone en riesgo de obtener menos estudios en las adolescentes que sí tienen la capacidad y deseo de seguir preparándose. 2,10.

El formato de genograma usado, permitió conocer los antecedentes gineo-obstétrico de las pacientes, se menciona que un factor de riesgo de embarazo en la adolescencia es la menarca precoz. Se encontró en solo en un caso. 15

Se confirma lo mencionado por Nolph, con respecto a la presencia del embarazo dentro del primer año de haber iniciado la vida sexual activa, lo que ocurrió en 8 casos y en 13 casos el embarazo de adolescentes se presentó en los dos años de vida sexual. 23.

Las pacientes mencionaron conocer los métodos anticonceptivos en 24 casos lo que es un factor de protección pero las adolescentes no los utilizaron, es probable que se presenten diversos factores relacionados con su pensamiento adolescente de que no les podría pasar, lo inesperado de la relación sexual o el temor a ser descubiertos usando un método anticonceptivo, entre otros. 13

Llama la atención que solo cuatro adolescentes mencionaron que su embarazo fue planeado y 21 no lo planearon, entre ellas se encuentran algunas jóvenes que no utilizaron método anticonceptivo a pesar de mencionar que sí lo conocían. El tener conocimiento de los métodos anticonceptivos no garantiza en acceso a los mismos ni su buen uso se encontró un caso en donde la adolescente secundigesta que tuvo su primer embarazo dentro del primer año de haber iniciado su vida sexual activa. 44

Menciono conocer los métodos anticonceptivos y usarlos sin embargo el embarazo ocurrió sin desearlo; en su genograma se encuentra a dos familiares

adolescentes embarazadas lo que nos muestra gráficamente en flujo de ansiedad horizontal en esta etapa de vida de la familia de la adolescente.

Durante la primera entrevista se preguntó a la adolescente su estado civil y sus familiares mencionaron que era soltera, sin embargo durante el desarrollo del trabajo de investigación se encontraba a la paciente en sus consultas de control prenatal y en ocasiones eran acompañadas por su pareja, hasta ese momento la adolescente admitía vivir en unión libre, explicaban que su primera negación del estado civil que por temor a perder la derechohabiente al servicio de salud. En la normatividad del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las adolescentes al embarazarse deben comprobar que son dependientes económico de sus padres para continuar recibiendo atención como hija beneficiaria. Condición que se pierde al casarse o demostrar la unión, el reducido número de investigaciones que estén sobre adolescentes embarazadas en México se basa en poblaciones hospitalarias con características muy particulares que en su mayoría son poblaciones cerradas con acceso limitado a trabajadores del estado y sus cónyuges, en donde se excluye la atención prenatal a las hijas menores de edad. 2,45.

A través del genograma se identificaron algunos de los factores de riesgo del embarazo en adolescentes en la familiar, se encontraron 11 familias desintegradas, 21 familias modernas, 14 familias obreras, todas eran familias urbanas que están inmersas en una sociedad en permanente cambio, de la que recibe múltiples influencias, algunas de ellas no siempre benéficas y positivas.<sup>14</sup>

Se encontraron 13 familias en la etapa de dispersión y 12 en de independencia lo que implica que estas familias están cursando por etapas de adaptación y crisis, si la familia no se adecúa a estos cambios el adolescente experimenta dificultad para llegar a la edad adulta y ser responsable, es posible que opte por conductas inapropiadas como el inicio de vida sexual temprana.<sup>14</sup>

Los padres y los hijos se deben readecuar a la cambiante situación, con flexibilidad y comunicación, sin embargo los padres, no siempre están preparados para enfrentar las nuevas necesidades entre la expresión y manejo de la sexualidad; se interrogó si los padres conocían a la pareja de la adolescente y en

22 caso contestaron que sí, pero al interrogar si los padres sabían de la actividad sexual del adolescente con su novio solo en tres casos contestaron afirmativamente.

La educación sexual en familiar tiene privilegio de darse en lo privado e íntimo. Y en forma continuada y adecuada a la edad de cada uno de los hijos. 14,46.

El genograma mostró relaciones interpersonales de la adolescente con su madre, estas fueron conflictiva en 6 casos, estrechas en 19 casos; desafortunadamente en genograma no pudo mostrar como eran éstas antes del embarazo. La relación de la adolescente con el padre se mostró conflictiva en 4 casos, estrechas en 8 casos y distantes en 13 casos, al momento de la elaboración de genograma.

El genograma permitió identificar el factor de riesgo que implica el antecedente de la mamá que tuvo un embarazo en la adolescencia (29.46) así como una hermana con embarazo adolescente. De las 25 adolescentes entrevistadas se encontró en su genograma, seis caso donde la mamá del adolescente también fue madre adolescente, así como otros seis casos en los que una hermana o cuñada tenía el antecedentes de embarazo en la adolescencia entre otros tres casos en donde se encontró con el antecedente de mamá y hermana y/o cuñada con embarazo en adolescente. En total fueron 15 genogramas que mostraron una pauta familiar de repetición de embarazo en adolescente. 29

En los genogramas se detectó otro factor de riesgo mencionado en la literatura la ausencia por fallecimiento de uno de los padres solo en un caso. La presencia de enfermedad crónica se detectó en 12 casos. 16,22.

Con el formato utilizado se midió el índice simplificado de marginación familiar, en donde se detectaron seis casos sin evidencia de pobreza, 17 casos con pobreza baja y dos casos con pobreza alta. 38.39

## CONCLUSIONES

Se logró identificar algunos de los factores de riesgo para embarazo en la adolescencia mencionados en la literatura; estos fueron la escolaridad, menarca precoz, inicio de vida sexual activa, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, adicciones en adolescentes, las expectativas de vida y la comunicación sobre su relación de pareja y con sus padres. se identificó el tipo de familia el estado de salud de los padres o el fallecimiento de alguno de ellos, y la presencia de antecedente de mamá y/o hermana con embarazo en la adolescencia; se determinó el nivel socioeconómico por medio del índice de marginalidad familiar. Mediante el genograma no se logró identificar otros factores que son la autoestima del adolescente, la educación sexual recibida en casa o escuela, la funcionalidad familiar completa ni todas las redes sociales de las adolescentes entrevistadas.

El genograma resultó un instrumento útil en la detección de la mayoría de los factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia. De los factores modificables se encuentran el conocimiento de métodos de anticoncepción; actualmente se cuenta con gran variedad de métodos que pueden utilizarse desde edades tempranas, el médico familiar debe orientar sobre el uso de estos métodos tanto al adolescente como a los padres de este, respetando la idiosincrasia de la familia y trabajando con el equipo de salud, como la enfermera y trabajadora social. <sup>11</sup>

El médico familiar puede influir en el abandono de adicciones como el tabaquismo y canalizar a centros de atención especializada en caso necesario. En cuanto al factor de tener un padre con enfermedad crónica el médico familiar participa con la familia en el control de estas enfermedades. Cuando se detecten problemas graves de funcionalidad familiar es conveniente canalizar al familiar para que reciba terapia.

Las instituciones de salud son una red social importante y el médico familiar es un eslabón en el sistema para la obtención de los diferentes servicios con que se cuentan. Es importante ser conciente de que son pocos los factores de riesgo en los que influye el médico familiar y aún en estos es la adolescente en su entorno

familiar la que toma decisiones por lo que el trabajo con ella se orienta a darle la mejor información para que la convierta en la herramienta que le ayuden a tomar buenas decisiones con su vida.

Los factores de riesgo no modificables cuando se atiende a una adolescente dependen en gran parte de la familia a la que pertenece. Como es ésta la que crea el ambiente para la comunicación entre sus miembros, la aceptación y rechazo de los mismos, es la que de manera informal educa en la sexualidad; estos eventos ocurren de diferentes formas según la etapa del ciclo de vida en la que se encuentran. Por lo que el trabajo del médico familiar es incesante durante la vida de la familia para prevenir crisis no normativas y orientar sobre los cambios que enfrentarán durante su desarrollo.

Se encontró que el genograma tiene varias ventajas además de la información escrita, como mejorar la confianza en el médico; con la entrevista con la adolescente y su familiar acompañante se logró involucrar a ambos en las respuestas dadas, la adolescente obtenía en ese momento información de su familia que desconocía antes, a los entrevistados les sorprendía darse cuenta del patrón repetitivo de embarazo en la adolescencia existente en su familia, lo que ayudó a hacer consciente la necesidad de prevenir este evento. A todas las personas les agradó la forma de abordar el tema. También se encontraron limitantes en el formato del genograma, ya que no se logró diferenciar las relaciones de la adolescente con sus padres antes del embarazo, no se obtuvo información importante de la pareja del adolescente ya que el genograma se centró en el caso índice y no existen símbolos para relacionar a los novios; limitante que se detecta desde la definición de familia y limitación del ciclo de vida familiar donde muchos autores excluyen al noviazgo. El embarazo no es un factor determinante de que se inicie la formación de una familia ya que se puede interrumpir por diversos motivos, una vez perdido, la pareja puede o no continuar su relación; a pesar de esto el embarazo en la adolescencia permanece como un antecedente importante en la vida de la persona y la familia.

Proponemos aplicar, por parte del médico familiar, el formato de genograma utilizado en esta investigación en adolescentes sin embarazo, para detectar

factores de riesgo modificables y hacer prevención primaria, y en adolescentes embarazadas para crear un plan de trabajo de prevención secundaria y terciaria; en el segundo caso sería bueno completar otro formato en el que se interrogue sobre las relaciones del adolescente con sus papas antes y después del embarazo así como su estado de ánimo con respecto a la gestación.

Se deberá encontrar la forma de representar la relación de la adolescente con su pareja y a la familia de éste.

No se obtuvieron estudios que detectaran factores de riesgo de embarazo en la adolescencia en varones ya que ésta área ha sido poco estudiada, algunos autores sugieren que los factores de riesgo son similares.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Vázquez E. Medicina Reproductiva en México. 1ª edición. México, DF: editores. 1999:41-64.
- 2.- Barrera-Torres G, Gonzalez-Perez R y cols, Revista Psicología, Marzo-Abril 2001.
- 3.- Mesita Restrepo M. Enfoque integral del adolescente. Medicina Familiar 2003, disponibles en: <http://ocenet.oceano.com/salud/welcome.do?at=1p&prd=3&login=issste&password=is2812>.
- 4.- Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suárez EN. Manual de Medicina de La Adolescencia. 1ª. Washington. DC: Organización Panamericana de la Salud. 1992:13-46, 473-518.
- 5.- Stern. C. El embarazo en La adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Publica de México 1997 Marzo- abril; 39 (2)
- 6.- Mendizábal. RJA, Anzures LB. La Familia y el Adolescente: Revista Médica del Hospital General 1999:62 (3):191-197.
- 7.- Masdeu Huget M Las características de la adolescencia. Universidad de Barcelona Virtual 2003. Disponible en : <http://ocenet.oceano.com/salud/welcome.do?at=1p&prd=3&login=issste&password=is2812>.
- 8.- Rincón L, García AM, Crisis. Disponible en: <http://www.Monografias.com/trabajos11/mcrisis/mcrisis.shtml>.
- 9.- Marin Badilla Adolescencia ¿crisis o duelo? Ensayo. Disponible en: <http://www.Monografias.com/trabajos15/adolescencia-crisis/adolescencia-crisis.shtml>
- 10.- Saucedo GJM, Forcerrada MM. III La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Rev Med IMSS 1981;19 (2): 155-163.
- 11.- McAnarney ER, Kreipe RE, Orr DP, Comerci GD. Medicina del Adolescente 1ª. edición Argentina: Editorial Panamericana. 1997:220-732.
- 12.- Mullins HC, Christie- Selly. Working with the family in primary care. A systems approach to health and illness. USA: Praeger ed; 1994.p. 179-191.
- 13.- Nelson Tratado de Pediatría 16ª ed. México: Interamericana/Mc Graw-Hill; 2001.

14.-Dulanto E. La Familia. Un espacio de encuentro y crecimiento para todos. Editorial ETM. México.D.F. Academia Mexicana de Pediatría AC : 353-399.

15.-Martínez y Martínez R, La salud del niño y del adolescente. 3ª edición México; Ciencia y Cultura Latinoamericana. 1995:1119-1132.

16.-Torres R. Embarazo en adolescente. Servidor Médico, Secretaria de Salud del Distrito Federal Junio 2000: No.4. 1-18.

17.-Vázquez A, Guerra C, Herrera V, y cols, Embarazo y Adolescencia: Factores biológicos maternos y perinatales más frecuentes. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(2):158-64.

18.-Taracena.R. Vincente C,Embarazo Adolescente. Grupo Información en Reproducción Elegida. A:C: México. Nov 2003. 1-5.

19.-Juarez-Márquez S, Murillo-Gómez Y, Ávila-Jiménez L. Factores familiares Asociados al embarazo en un grupo de adolescentes mexicanas. Arch Med Fam 2003; 5(4):118-122.

20.-Correón- Vázquez J, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C. cols, Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Arch Med Fam septiembre- diciembre 2004; 6(3): 70-73.

21.- Pérez J, Taquín L, Tolbert K, Arcelus M, y cols, Repercusión del Embarazo en la Salud Perinatal de la Adolescente. Revista Psicología 2001, Marzo-Abril;1-31.

22.-González –Figuroa LE, Martínez-Sánchez C, Blancas-Guzmán RG. Resultados de un programa de promoción de la salud sexual y reproductiva en adolescentes a nivel comunitario, en una institución de tercer nivel. Perinatol Reprod Hum. 2000. octubre-diciembre 14(1)

23.-Nolph Ringdahl E, The Role of the Family Physician in Preventing Teenage Pregnancy. American Family Physician. 1992 May 45 (5) : 2215-2219.

24.-Mc Whinney IR. La familia en la salud y la enfermedad. En: Medicina Familiar, Capítulo 10. editorial MOSBY, 1995:207-233.

25.-Herrera Santí PM, González Benítez I. La crisis normativa de la adolescencia y su repercusión familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral 2002; 18 (5). Disponibles en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18\\_5\\_02/mgi0352002.shtml](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgi0352002.shtml)

26.-Nuñez MA. Detección de ideación suicida en Adolescentes de 11 a 16 años en una escuela secundaria de la ciudad de México. México: UNAM: 2005.



27.-Mellanby AR, Pearson AV, Tripa JH, preventing teenage pregnancy, Arch Dis Chile 1997, 77: 459-462 (november).

28.-Rivera-Reyes G, Aguilar-Gil JA, Schiavon- Ermani R. Métodos Anticonceptivos para adolescentes. Manual Para Prestadores de Servicio. 1ar ed. 1999, Documentos de Pathfinder.

29.- Navarro AM. Elaboración de genogramas por un grupo de residentes de la Unidad de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" México. UNAM 2004.

30.-Irigoyen CA. Diagnóstico Familiar. 5ª ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 1996.

31.-Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER, Terán- Trillo M. Fernández-Ortega MA, Yañez-Puig EJ, Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en medicina familiar. Arch Med Fam 1999; 1 (1): 13-20.

32.- Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar AC Guía de Estudio. Examen de Certificación en Medicina Familiar 5º Revisión México. 2003-2004.

33.- Revilla L. Conceptos e instrumentos de la Atención Familiar

34.-Huerta Gonzáles JL. Medicina Familiar. La familia en el Proceso Salud-Enfermedad.1ª edición México. 2005, pag 57-114.

35.- Monroy-Caballero C, Boschetti-Fentanes B, Irigoyen-Coria A. Propuesta de una clasificación de la familia con base en su composición. Arch. Med Fam 2002;4 (1) p- 42-44.

36.-Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina Familiar 7ª ed, México: Editorial Medicina Familiar Mexicana: 2000.

37.- De la Revilla L, Feitas L, Prados MA, De los Rios A, Bailón ME. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. Aten Primaria 1998; 21 (4): 219-224.

38.-Ponce-RosasER. Irigoyen-Coria, Gopmez-ClavelinaF:J.Confiabilidad del Índice Simplificado de Marginación Familiar, Arch Med Fam 1999;1(4):99-104.

39.-Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER, Gómes-Clavelina FJ. Índice Simplificado de Pobreza Familiar: Proposta para uma previsto ponderada. Pan American Family Medicine Clinics 2005 (1) p 97-98.

40.-Diccionario Médico 3ª edición México, 1996, ediciones científicas y Técnicas S:A.

- 41.-Enciclopedia Salvat Diccionario.6ta edición, Salvat Editores, S.A.
- 42.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Para la salud. Secretaria de Salud. México. Cap 1 Art 17 Aspectos éticos de la investigación en seres Humanos, Apartado 1.
- 43.- Declaración de Helsinkin de la Asociación Médica Mundial Adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinkin. Finlandia. Junio 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia Octubre de 2000.
- 44.-Jewell D, Tacchi Jo, Donovan Jenny. Teenage Pregnancy: Whose Problem is it?, Familiy Practice 2004; 17 ( 6); 522-528.
- 45.-Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Capítulo 11 artículo 28 fracción I.
- 46.- Muñoz Galligo E, Mattos Guillen, Páramo Moya B. Anticoncepción y sexualidad en la adolescencia. Toko-Ginecología Práctica. Marzo 1999: 58 (635): 81-87 Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyna/mrevista.fulltext?pident=13007965>.
- 47.- Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas: Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para Publicación en revistas biomédicas. Aten Primaria 1998; 21 (5): 331-339.

## ANEXOS

### Anexo #1

#### CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Consentimiento para participar en el trabajo: Uso del genograma para la detección de factores de riesgo de embarazo en la adolescencia

El siguiente cuestionario tiene como propósito: Conocer los factores de riesgo de la adolescente embarazada por medio del genograma que se atiende en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. ISSSTE.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Medica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si Usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla (s) respetando sus pensamientos y decisión. También si Usted se siente en algún momento herida, lastimada o agredida en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta unidad médica

El cuestionario tienen varias preguntas, no existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta usted Tutor contestarlas ¿ Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Muchas gracias por su participación

## ENCUESTA DE DETECCION DE FACTORES DE RIESGO

NOMBRE \_\_\_\_\_

GENOGRAMA

REGISTRO \_\_\_\_\_

COLONIA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

HABITA \_\_\_\_\_

ING. ECON. FAM. \_\_\_\_\_

Hrs Inicio: \_\_\_\_\_ Termino: \_\_\_\_\_

### CASO IDENTIFICADO

M: \_\_\_\_\_

I.V.S.A: \_\_\_\_\_

Gesta: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_

Cesarea: \_\_\_\_\_

Aborto: \_\_\_\_\_

MPF: \_\_\_\_\_

Cuales: \_\_\_\_\_

Cono.Antico: \_\_\_\_\_

Cual uso: \_\_\_\_\_

Plan de vida: \_\_\_\_\_

Antes y despúes: \_\_\_\_\_

Emb planeado: \_\_\_\_\_

Apoyo Familiar: \_\_\_\_\_

Papas Sabian de tu novio: \_\_\_\_\_