



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.75
MORELIA, MICHOACÁN.**

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. JOSÉ CARMEN GARCÍA FULGENCIO



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.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSÉ CARMEN GARCÍA FULGENCIO

AUTORIZACIONES:

DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UMF NO. 75, MORELIA, MICHOACÁN.

DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO

ASESOR DEL TEMA Y METODOLOGÍA DE TESIS
DOCTOR EN INVESTIGACIÓN MÉDICA.

DR. EDUARDO PASTRANA HUANACO

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DR. JOSÉ CARMEN GARCÍA FULGENCIO

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi profesor y asesor de tesis Dr. Octavio Carranza Bucio por su entrega a la enseñanza, por su paciencia que tuvo para conmigo, gracias gran amigo.

A mis compañeros y amigos de este curso por brindarme su apoyo y estimularme a seguir adelante cuando ya me sentía sin ánimos de continuar.

A mi esposa e hijas porque me permitieron y perdonaron el estar ausente en sus momentos de alegría o de tristeza cuando debí estar con ellas, por su comprensión y apoyo gracias.

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	7
2.	ANTECEDENTES.....	10
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
4.	JUSTIFICACIÓN.....	26
5.	OBJETIVOS.....	28
6.	METODOLOGÍA.....	29
7.	RESULTADOS.....	36
8.	CUADROS Y GRÁFICAS.....	37
9.	DISCUSIÓN.....	45
10.	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	48
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
12.	ANEXOS.....	54

RESUMEN

Introducción: La adolescencia es el período de transición de la niñez a la edad adulta en donde se generan innumerables cambios, tanto físicos, biológicos, sociales y psíquicos. El funcionamiento familiar es un factor importante en el desarrollo de la adolescente, aunado a esto, un embarazo puede provocar desajustes importantes. El embarazo en las adolescentes se presenta como un problema importante de salud con un posible riesgo materno y neonatal en edades tempranas. **Objetivo:** identificar las características de funcionalidad familiar en las familias de origen de las adolescentes embarazadas, identificar las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas y sus familias. **Diseño del estudio:** se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal, tipo encuesta en adolescentes embarazadas atendidas en la UMF no. 76 de Uruapan, Mich., **Material y métodos:** se incluyeron 30 adolescentes embarazadas y se les aplicaron 2 escalas, una para conocer las características generales y otra para evaluar el funcionamiento familiar (Escala de la Dra. Joaquina Palomar Lever). **Resultados:** de las adolescentes embarazadas estudiadas el 23% (6) de los casos correspondieron a madres solteras, el resto son casadas. 26 (80%) estuvieron entre 15 y 17 años y 4 (20%) de 14 años. 7 mujeres (26%) iniciaron su vida sexual activa a los 14 años, 8 (26.7) a los 15 años y 15 (50%) entre 16 y 17 años. 25 (78%) mujeres tuvieron una sola pareja sexual y 5 (22%) 2 parejas sexuales. 27 (90%) adolescentes fue su primer embarazo y 3 (10%) cursaban su segundo embarazo. El 80% que corresponde a 26 adolescentes embarazadas son integrantes de familias tradicionales, el 20% (4) son familias modernas y el 100% (30) nucleares. En cuanto al nivel de escolaridad, 7 cursaron primaria completa que corresponde al 26%, primaria incompleta 75% (23). De acuerdo a la funcionalidad se encontraron 7 familias disfuncionales que corresponde al 23.3%, moderadamente funcionales 15 (50.0%) y funcionales 8 (26.7%). **Conclusiones:** existe una relación muy estrecha entre disfunción familiar y la presentación de embarazo en las adolescentes.

Palabras clave: adolescente, embarazo, funcionalidad familiar.

1. INTRODUCCIÓN

El propósito de este estudio fue averiguar las características del funcionamiento familiar en las familias de origen de adolescentes embarazadas. El presente trabajo intenta aclarar las dudas que surgen de la observación cotidiana en la consulta de medicina familiar, donde con frecuencia aparece el problema de crisis familiar motivada por la presencia del embarazo.

Aún cuando este problema ha sido muy estudiado en la dinámica de la familia que forma o formará la adolescente, nuestro objetivo se orientó a la familia de origen de la misma. Lo que se buscó fue conocer las influencias que tienen los padres y todo el núcleo familiar en cuanto a propiciar el embarazo como única salida.

Nuestro estudio se ubica en familias de tipo suburbano, con baja escolaridad y de condiciones económicas propias de familias obreras. La base metodológica de la investigación fue la aplicación de un cuestionario de funcionamiento familiar.

La adolescencia es definida por la organización mundial de la salud (OMS) como el periodo de vida 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, acompañados de cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil. Muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad.

Datos obtenidos de algunas encuestas sobre el comportamiento sexual y reproductivo en los adolescentes, muestran que estos, tienden a iniciar relaciones sexuales a más temprana edad. En la mayoría de los casos lo hacen desprovistos de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca del manejo de la sexualidad y las responsabilidades que implica la maternidad; lo cual plantea la necesidad del uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos modernos. Estas situaciones exponen a los jóvenes a mayores riesgos de que se produzca un embarazo no deseado, un aborto provocado o una infección de transmisión sexual.

El embarazo durante la adolescencia se considera por la (OMS) como de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto; además de las secuelas psicosociales particularmente sobre el proyecto de vida de las jóvenes.

La ayuda que necesitan los adolescentes varía de acuerdo a sus características particulares, recordando que cada adolescente es diferente y se clasifican por su sociología en: adolescentes tempranos, intermedios, y tardíos. Otra forma de agrupar a los adolescentes es por la zona y el medio donde se desarrollan: urbanos, rurales e indígenas. Por otra parte, según el grado de educación se habla de adolescentes escolarizados y no escolarizados. Por lo anterior, el adolescente lo debemos ubicar en diferentes contextos socioculturales.

En consecuencia, los adolescentes requieren programas que den cuenta de diversas necesidades: tienen que ser escuchados, contar con servicios de salud que protejan su intimidad e identidad, y estén

dispuestos a abordar cualquier tema; servicios en suma que ganen su confianza, vayan a donde ellos van y hablen su mismo lenguaje.

Los resultados aquí obtenidos enfatizan la necesidad de programas en los cuales se eliminen los obstáculos burocráticos, la ineficiencia y falta de atención. Para que ello sea posible, es indispensable que se involucre a los jóvenes en el diseño de los modelos educativos; fomentar la comunicación interpersonal, articulando la educación a la prestación de servicios de salud.

2. ANTECEDENTES

Los conceptos de familia que más se identifican con su papel protagónico en la salud, conciben que “la familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y de fracaso, de salud y enfermedad”¹ Paúl Sheckrer, alude a que “la familia es una organización de diversos individuos basada en un origen común y destinada a conservar y transmitir determinados rasgos, posiciones, aptitudes y pautas de vida físicas, mentales y morales”² El grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica de la sociedad en la cultura de Occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la Sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. Por otra parte, la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural ³

Desde el punto de vista social, y para su estudio, la familia se clasifica:

- Con base en su desarrollo en Moderna, Tradicional, Arcaica o Primitiva.
- En base a su demografía en Urbana, Rural.
- En base a su integración: En Integrada, Semi-integrada, Desintegrada.
- Desde el punto de vista Tipológico, en Campesina, Obrera y Profesional.⁴

Desde 1928, Burgess sugirió que la familia podía ser estudiada como una unidad de personas en interacción, ocupando cada una de ellas dentro de la familia, una posición definida por un determinado número de papeles. Los

papeles vitales de marido, esposa, madre, padre e hijo, adquieren un significado propio sólo dentro de una estructura familiar y una cultura específicas. De este modo, la familia moldea la personalidad de sus integrantes en relación con las funciones que tienen que cumplir en su seno, y ellos a su vez, tratan de conciliar su condicionamiento inicial con las exigencias del papel que se les imparte. La multiplicidad de papeles atribuidos a cada miembro de la familia resulta inevitable y se admite que son funcionales cuando reúnen las siguientes características:⁵

Deben ser aceptados: Si cada miembro se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay acuerdo sobre lo que se espera de él.

Deben ser flexibles: De tal manera que se puedan llevar a cabo ajustes periódicos ante la presencia de eventos críticos, sin que se altere la homeostasis familiar.

Deben ser complementarios: Los papeles tradicionales siempre significan pares. No se puede desempeñar el papel de esposa sin marido, ni el de padre sin hijos, etc.

Existen dos tipos de crisis con varias etapas cada una que pueden originar una disfunción familiar y estas son: Crisis Normativas, se compone de 4 etapas:

a) Etapa constitutiva.- Matrimonio; dependencia económica o afectiva de la pareja de sus familias de origen; cónyuges adolescentes; problemas de adaptación sexual; diferencias socioculturales, intelectuales, económicas, educativas y religiosas de la pareja.

b) Etapa procreativa. Diferentes expectativas sobre el embarazo; embarazo; nacimiento del primer hijo; dificultad para asumir el papel

prenatal; familia con hijos lactantes y preescolares; adolescencia; ingreso y adaptación escolar de los hijos, hijo único, nacimiento de otros hijos, familia numerosa, sobreprotección o rechazo a los hijos, crecimiento y desarrollo de los hijos, etc.

- c) Etapa de dispersión: Separación de los hijos por causas escolares y/o laborales, independencia y matrimonio de los hijos, etc.
- d) Etapa familiar final. Padres nuevamente solos, síndrome del nido vacío, jubilación o retiro, climaterio, muerte de uno de los cónyuges y viudez.

Crisis paranormativas se componen de:

- a) Factores ambientales: Abandono o huida de hogar, relaciones sexuales prematrimoniales, embarazo no deseado, matrimonio no planeado, experiencias sexuales traumáticas, conflictos conyugales, rivalidad entre hermanos, problemas con las familias de origen, separación y/o divorcio, incorporación de otras personas a la familia por adopción o por llegada de un padrastro, hermanastro miembros de la familia extensa. Suspensión de la escuela.
- b) Enfermedades o accidentes. Abortos provocados o espontáneos, complicaciones del embarazo y parto, enfermedades venéreas, traumatismos y lesiones, pérdida de funciones corporales (amputaciones), enfermedades, hospitalización, invalidez o muerte de cualquier miembro de la familia, esterilidad, toxicomanías, suicidio.
- c) Factores económicos. Cambios bruscos en el estatus socioeconómico, problemas económicos graves.
- d) Factores laborales: Cambios de puesto u horario en el trabajo, huelgas, despidos, desempleo prolongado.

e) Factores legales por conductas delictivas: Detención, juicio, actividades criminales, pérdida de la libertad.

f) Situaciones ambientales: Emigración, cambios de residencia desastres naturales (terremotos) o provocados (guerras)

Los papeles disfuncionales resultan ambiguos, matizados de rivalidad y competencia, rígidos, no complementarios y en ocasiones invertidos; por ello reflejan patología, tanto individual como familiar.⁶

Se considera que una familia debe satisfacer o llenar algunas funciones básicas como:

1.- Socialización.

2.- Cuidado.

3.- Afecto.

4.- Reproducción.

5.- Status y nivel socioeconómico.

Socialización.- Consiste en preparar a los hijos mediante la educación para su desarrollo y aceptación en la sociedad.

Cuidado.- Se concibe como el medio para asegurar la subsistencia de cada uno de sus miembros a través de la protección bio-psico-social de cada uno de ellos, lo cual implica proporcionar abrigo, alimento y seguridad física incluyendo la satisfacción sexual de la pareja

Afecto.- Es la capacidad de la familia para proporcionar amor, cariño, sentimientos de pertenencia y contacto humano.

Reproducción.- Constituye el proceso mediante el cual la familia puede proporcionar nuevos miembros a la sociedad, a fin de garantizar la supervivencia de la especie.

Status y nivel socioeconómico.- Se refiere a la forma como se determina la posición sociocultural de los integrantes de la familia, de manera tal, que se perpetúen las circunstancias y valores de sus miembros mas viejos para transmitirlos a los jóvenes.

De tal manera que los problemas de disfunción que suelen tener las familias como grupo o alguno de sus elementos como individuos, están relacionados y son de una magnitud similar a su incapacidad para satisfacer éstas necesidades básicas.

Por otro lado, una familia también puede ser analizada observándola desde la perspectiva de los cambios que va presentando conforme transcurre el tiempo. Así podemos hablar de un Ciclo de Vida familiar y encontrar en él, las siguientes fases:

- 1.- Matrimonio.
- 2.- Expansión.
- 3.- Dispersión.
- 4.- Independencia.
- 5.- Retiro y Muerte.

Matrimonio.- Alianza por la que el varón y la mujer constituyen entre sí un consorcio de toda la vida, ordenado por su misma índole natural al bien de los cónyuges y a la generación y educación de los hijos.

Expansión.- Es la etapa pro creativa donde inician los embarazos o por adopción de los hijos, incluye la crianza y el desarrollo de estos durante sus primeros años. Corresponde el período en que los hijos son económica, afectiva y jurídicamente dependientes de sus padres.

Dispersión.- Comienza con la separación del primero de los hijos del núcleo familiar y termina cuando el último ha dejado a los cónyuges nuevamente solos.

Independencia.- Es cuando los hijos se convierten en seres productivos para su propio grupo social y forman nuevas familias.

Retiro y muerte.- Esta etapa comprende dos fases: la de independencia en que la pareja nuevamente sola, debe llevar a cabo el ajuste final del papel de proveedor por jubilación o retiro del jefe de la familia y la de disolución, en la que la pareja anciana debe afrontar diversas situaciones como el desarrollo de nuevas relaciones con los hijos, nietos y demás miembros de la familia residual.³

En cada una de estas fases del ciclo familiar, existen particularidades específicas que requieren atención especial y que por lo tanto el médico necesariamente tendrá que conocer si quiere interpretar debida y cabalmente el proceso de salud-enfermedad, sobre todo en los aspectos sociales y psicológicos.⁷ En este sentido, además de las

funciones y del ciclo vital familiar, el médico debe saber utilizar algunos otros elementos teóricos para el adecuado estudio familiar, tales como:

Tipología familiar, Dinámica familiar, Teoría general de la comunicación, Teoría General de Sistemas, Teoría general de grupos humanos, Relación Médico Paciente, Fenómenos de transferencia y contra transferencia y Técnicas de Entrevista.

Solo entonces se podrá entender bajo una metodología científica que la familia es la propia causa de muchos problemas relacionados con la salud pero también es un magnífico recurso para resolverlos y mucho más importante para prevenirlos, es decir, habrá que entender a la familia en el centro del manejo de los problemas de salud y que muchos de estos problemas fueron inicialmente el resultado de su propio mal funcionamiento causado por una enfermedad específica, o por una incapacidad para manejar todas las implicaciones terapéuticas por parte de la propia familia y de los profesionales de la medicina.

Varios autores coinciden en que: “La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa”. Satir prefiere utilizar los términos de familia nutridora o conflictiva.⁸ La dinámica familiar es por tanto, el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia⁹.

La manera en que el sistema familiar considera la amplia gama de los sentimientos humanos es de importancia básica para su propio bienestar, por ello, explicar cómo son los patrones familiares referentes a la expresión emotiva y al compromiso familiar y cuáles son los sentimientos expresados en la familia, permite conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del grupo familiar.¹⁰

De acuerdo a los postulados de la Teoría General de Sistemas y siguiendo un enfoque estructural, se deduce que la familia no debe ser entendida únicamente en función de la personalidad de sus integrantes, sino que en gran medida hay que tomar en cuenta las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen. Es decir; la familia constituye un sistema abierto donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contra reacciones con los otros y con él mismo.

Sin embargo, la dinámica familiar como todo proceso en desarrollo no es lineal y ascendente. Este proceso se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, ejm. una enfermedad crónica, los cuales tienen una expresión particular en cada familia dependiendo de su historia, su propia dinámica y de los recursos con que cuenta para hacerle frente.

De ahí que desde la perspectiva de una sociedad en funcionamiento, Fromm llama sana a una familia cuando es capaz de cumplir con sus funciones sociales.¹¹

En consecuencia, es importante darnos cuenta de que la salud no puede ser entendida limitadamente desde la experiencia individual y de que una visión

más amplia de este proceso debe comprender también la dinámica del grupo familiar.

Si se tiene presente que aproximadamente entre el 75 y el 80% de las mujeres que cursan el periodo fisiológico del climaterio experimentan los trastornos vasomotores clásicos de manera perceptible para ellas mismas, resulta probable la demanda real de atención por este problema.¹²

Existe un equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella, éste equilibrio denominado por Jackson como homeostasis familiar. Cuando esta homeostasis familiar se ve amenazada, la familia puede tratar de mantener el equilibrio haciendo que un miembro de ella, generalmente uno de los hijos, desarrolle síntomas, se enferme o comience a expresar el conflicto.¹³

Es por esto que la comprensión de estos eventos, permitirá al médico familiar y al equipo de salud llevar a cabo acciones oportunas y eficaces de primer contacto en bien de la familia.

La palabra adolescente proviene del latín *adolescere*, que significa crecer, edad que sigue a la niñez; desde que aparecen los primeros indicios de ésta hasta el completo desarrollo del organismo.¹⁴ Es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que transcurre entre la pubertad y la edad juvenil. Su presencia está señalada por la pubertad sin embargo la aparición de este fenómeno biológico es únicamente el comienzo de un proceso continuo y más general tanto sobre el plano somático como el psíquico, que prosigue por varios años hasta la formación completa del adulto.

Aparte del aspecto biológico de la adolescencia, las transformaciones psíquicas están completamente influidas por el ambiente social y cultural, de

manera que las transiciones entre la pubertad y la edad adulta pueden presentar los matices más inusitados según el medio, la clase social, la cultura, inclusive pueden faltar por completo como ocurre en algunos pueblos llamados primitivos.¹⁵

Muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad.¹⁶ Durante la adolescencia la capacidad física y sexual, imaginativa, intelectual y crítica funcionan con mayor intensidad, que cualquier otro momento, los cambios fisiológicos y psicológicos ocurridos durante este periodo preparan a el individuo para las funciones biológicas y emocionales propias del adulto maduro. La pubescencia es el momento durante el cual maduran las funciones de reproducción; también incluye la aparición de los caracteres sexuales secundarios y la maduración de los órganos sexuales primarios. En general se llega a la pubertad cuando se ha alcanzado la madurez reproductiva.

Un rasgo prominente de la adolescencia es la acelerada rapidez de crecimiento, junto con los cambios del tamaño corporal se forman los rasgos físicos del adulto propios de su sexo. Las características principales son los cambios de distribución de la grasa subcutánea, las diferencias en la conformación de los brazos, hombros y pelvis.¹⁷

La disfunción familiar es un factor predisponente en forma importante en la aparición de trastornos emocionales psicológicos expresados muchos de ellos en conductas dañinas para el adolescente como: embarazo, enfermedades de transmisión sexual, fármaco dependencia.¹⁸

El embarazo en la adolescente se presenta como un problema de salud con riesgo materno y neonatal en edades tempranas a los 14 años o menores.

El 80% de las adolescentes embarazadas pertenecen a un medio desfavorecido, una familia desunida, numerosa, monoparental, afectada por la desocupación. Las madres del 76% de estas adolescentes también fueron madres adolescentes.¹⁹ El hecho de que el embarazo precoz se encuentre frecuentemente asociado con la pobreza no implica que dicho fenómeno conduzca a esta situación ni que por sí mismo llegue a perpetuarla. Mas bien habría que considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos mayoritarios de la población como unas de las principales causas de embarazo en adolescentes, para algunos grupos sociales, los embarazos en adolescentes son vividos como una forma de salida a problemas de violencia familiar y abuso.²⁰

El embarazo no siempre puede considerarse como accidente, con frecuencia representa una forma de respuesta a condiciones de vida difíciles, el embarazo en adolescentes también puede representar una alternativa de integración social.²¹ Sin duda además de los riesgos biológicos, en la problemática del embarazo de la adolescente intervienen otras situaciones, como el significado que tiene esta gestación en el desarrollo y madurez psicosocial de la mujer, la limitación de oportunidades educativas, la aceptación o rechazo del entorno familiar ante tal situación estos factores incidirán en la salud materna.²²

Los factores que determinan los embarazos en adolescentes pueden variar de acuerdo a las características socioculturales de las diversas

poblaciones. Así, por ejemplo existen poblaciones en que el embarazo en la adolescente es culturalmente aceptado y por el contrario su no ocurrencia causa rechazo.

El Embarazo en adolescentes no solo es un problema social y educacional, sino también un problema de relación y estructura familiar; por eso sugerimos abordar este problema desde la familia, por ser el eje primordial del desarrollo integral de los jóvenes.²³ La relación entre disfunción familiar y escasa comunicación puede influir en embarazo precoz en adolescentes. Además la calidad de interacción del adolescente con la familia es uno de los factores protectores más importantes para el inicio de la actividad sexual precoz como para otras conductas de riesgo.²⁴

El embarazo en adolescentes por lo general es un embarazo no planeado, involuntario o no deseado, resultado del sexo sin protección, falta de información anticonceptiva, alcoholismo, drogadicción y un ambiente social y familiar deteriorado. La disfunción familiar puede predisponer una relación sexual prematura, una adolescente con baja autoestima, que sufre discriminación afectiva, recibe cariño, calor y atención a través de las relaciones sexuales, además puede encontrar alivio a su soledad por medio de un embarazo que le permite huir de un hogar patológico amenazado por la violencia, el alcohol y la inestabilidad. Se ha descrito a la familia disfuncional como causa principal del embarazo en adolescentes.²⁵

Uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana se produce justamente en la adolescencia. El embarazo en este periodo considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, conlleva a un incremento en

las tasas de morbilidad y mortalidad materna peri natal y neonatal tiene además complicaciones socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social.

Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna provocando una situación de abandono afectivo, económico y social a la madre y el niño.

En este grupo de embarazadas adolescentes predominan problemas familiares, entre los que destacan el abandono del padre, y la separación de los padres, violencia intrafamiliar y factores económicos.²⁶ Existen diversos elementos al respecto por ejemplo, que el embarazo en adolescentes tiende a repetirse como un círculo vicioso entre las generaciones, a conducir uniones inestables, a condiciones precarias de vida para el desarrollo de los hijos, etc. lo cual se arguye y se traduce en un mecanismo de transmisión de la pobreza.²⁷

La frecuencia en el inicio precoz de la actividad sexual se correlaciona con el antecedente de la madre, divorcios y nuevos matrimonios de la misma.²⁸ Existe una fuerte asociación entre embarazo temprano en una generación y la edad al embarazo de la siguiente generación, ya que es más probable que una mujer que fue madre tempranamente sea hija de una mujer que también fue madre adolescente. Por lo tanto, si el embarazo adolescente se origina principalmente en condiciones de pobreza y a su vez tiene consecuencias económicas y sociales, la repetición intergeneracional del

embarazo adolescente puede ser un mecanismo intermediario en la reproducción intergeneracional de la pobreza.

En las familias en donde se repite la maternidad en adolescentes pueden existir normas o creencias construidas culturalmente y refinadas mediante las interpretaciones compartidas por la gente sobre una variedad de factores, incluyendo la longevidad, el acceso a las oportunidades económicas y sociales, la pertenencia a organizaciones sociales, restricciones ambientales y necesidades familiares. Los tiempos de las transiciones en el curso de la vida, pueden ser más acelerados y la maternidad temprana puede representar una opción viable de desarrollo personal disponible en el contexto familiar.

Las relaciones entre pobreza y embarazo de adolescentes se hacen más complejas cuando se observan intergeneracionalmente. Primero, el embarazo adolescente puede ser visto como una consecuencia de la pobreza y puede acentuarla; en segundo lugar, es un hecho que la pobreza en una generación probabiliza la pobreza para la segunda generación; en tercer lugar, también el embarazo adolescente en la primera generación hace probable que se repita en la segunda generación; por último, además de la carga de los antecedentes socioeconómicos, al repetirse el embarazo adolescente en la segunda generación se profundiza la pobreza y se suman obstáculos para la movilidad social de esa generación a la siguiente.

Las restricciones económicas y la maternidad adolescente pueden determinar en gran medida las posibilidades de movilidad social de las hijas, lo que obstaculiza el desarrollo por vías alternativas como la educación, cerrando de esta forma un círculo de reproducción de la pobreza.

Si la mujer y su familia padecen las restricciones económicas de su grupo social y las que suma el embarazo adolescente (muchos hijos, inestabilidad de pareja, dependencia familiar, etc), las condiciones de desarrollo para la tercera generación representan nuevos obstáculos para romper el ciclo de pobreza. Entre los factores de riesgo del embarazo precoz se distinguen aspectos sociales antropológicos y psicológicos de los cuales destaca la disfunción familiar la escasa autoestima y la pobreza.²⁹

En México existen 9 mil 579 adolescentes, entre los 12 y los 18 años, que están en riesgo de abandonar la primaria o la secundaria por estar embarazadas o ser ya madres jóvenes, de acuerdo con la Secretaría de Educación Pública (SEP).

Pese a que la propia Secretaría reconoce que el número de embarazos entre adolescentes ha sido creciente en los últimos tres años, hasta convertirlo en un problema de "focos ámbar" en el país, en esta segunda edición del Programa sólo se podrá apoyar con una beca a tres de cada diez adolescentes embarazadas o que se convirtieron en madres en este año.³⁰

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescente es un problema de gran preocupación en México. Existe un interés preponderante por parte de las instituciones de salud y educativas por conocer cuáles son los factores que desencadenan este fenómeno social, así como determinar si son las conductas que asumen los adolescentes alrededor de la sexualidad, o es resultado de una disfunción familiar en las familias de origen de las adolescentes.

La adolescente requiere dentro del seno familiar; cuidado, respeto, cariño y atención del adulto, éste debe imprimir valores, hábitos costumbres, estereotipos, y comportamientos que resulten factibles de ser vivenciados. El vehículo para lograr todo ello se centra en un ambiente familiar armonioso equilibrado y agradable, así como una educación sexual impartida por un sistema escolarizado.

Tomando en cuenta lo anterior, en este trabajo nos hemos planteado la siguiente pregunta: **¿Cuál es la funcionalidad familiar en las familias de origen de las adolescentes embarazadas?**

4. JUSTIFICACIÓN

Los embarazos no deseados, tanto en parejas adolescentes como en las que no los son, suelen asociarse a situaciones críticas de la vida familiar. No es infrecuente que estas situaciones terminen en abandonos, separaciones y estigmatizaciones de los integrantes de una familia hasta entonces armónica. El fenómeno en sí mismo amerita ser estudiado, pues epidemiológicamente se ha incrementado.

De acuerdo a datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Michoacán, la población adolescente entre 15 y 19 años de edad es de 47,564; lo que representan el 7.5% de la población amparada. Las madres solteras menores de 20 años pasaron de 43% al 71% entre 1980 y 1999, según datos del INEGI.

El embarazo en adolescentes ha aumentado considerablemente en nuestro país y se ha presentado como un problema que preocupa debido a la inestabilidad que genera en el núcleo de la familia tanto emocional, social y económicamente. La disfunción familiar puede ser causa de un embarazo en adolescentes que en cualquier caso se puede traducir como un problema de salud.

Desde el punto de vista epidemiológico este grupo de población presenta la mayor incidencia de complicaciones del embarazo relacionados con la toxemia y un alto índice de abortos y de embarazos no deseados, (INE).

El médico familiar por tener su práctica en el primer nivel de atención, suele ver llegar a la consulta a jóvenes adolescentes embarazadas, cuyo

embarazo fue resultado de un acto no planeado. El drama que ello conforma, es una situación triste, pues vemos el sufrimiento, dolor y desamparo expresados de manera silenciosa.

Un embarazo precoz conlleva a la joven a procrear hijos que posteriormente son rechazados y se ven afectados por carencias de amor e insatisfacción social plena; lo que incluso propicia maltrato y abandono; transformándolos en seres antisociales; al tiempo que la madre es marginada por la sociedad e incluso por la misma familia; transformando el hecho un círculo vicioso difícil de romper.

Los estudios acerca de la adolescencia están en boga en nuestro medio, a las instituciones de salud les preocupa este sector de la población, principalmente en lo que se refiere a los efectos de la disfunción familiar y embarazo en adolescentes. Frecuentemente se escuchan iniciativas que pretenden brindar servicios de atención médica a dicha población, sin embargo, son pocos los servicios que le brindan atención integral.

Todo lo anterior indica que el embarazo de adolescentes sigue siendo un problema médico y social relevante, de mucho impacto en la familia y condicionante de riesgos para la salud.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las características de funcionalidad familiar en las familias de origen de las adolescentes embarazadas atendidas en el consultorio No 5, turno matutino de la UMF 76 en Uruapan

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas y sus familias.
- Evaluar el grado de funcionalidad familiar de las familias de adolescentes de 14 a 17 años embarazadas.
- Identificar la edad de inicio de vida sexual activa y número de embarazos de las adolescentes embarazadas.

6. METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo.

Población lugar y tiempo de estudio:

El universo poblacional lo constituyen las mujeres adolescentes usuarias en el primer nivel de atención del Instituto mexicano del Seguro Social de la UMF no. 76, en Uruapan, Mich., embarazadas y sus familias adscritas al consultorio no. 5, turno matutino; en el período comprendido entre agosto de 2004 y junio de 2005. Considerando a esta población representativa, ya que reúne las características clínicas para este tipo de estudio y que me permitirán en un manejo subsiguiente establecer relaciones, ya que dependen directamente de la interrelación con el médico familiar.

Tamaño de la muestra:

Para el tamaño de la muestra se tomó el total de la población de adolescentes entre 14 a 17 años embarazadas que acudieron a consulta al consultorio no. 5 de la UMF NO. 76 de Uruapan, Mich., en el período señalado para el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes de 14 a 17 años de edad, que acudieron a consulta al consultorio no. 5 de la UMF no. 76 en cualquier trimestre del embarazo.
- Adolescentes embarazadas que dieron su consentimiento para ser incluidas en el estudio.
- Adolescentes embarazadas cuya familia aceptó participar en el estudio.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Adolescentes entre 14 a 17 años que acudieron a consulta al consultorio no. 5 de la UMF no. 76 que no estaban embarazadas.
- Adolescentes entre 14 a 17 años de edad, embarazadas con amenaza de aborto o aborto en evolución.
- Adolescentes embarazadas que no dieron su consentimiento para ser incluidas en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adolescentes embarazadas y sus familias que desistieron aunque ya habían aceptado participar,
- Que cambiaron de adscripción de consultorio.

VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE

Características de la dinámica familiar en las familias de origen de las adolescentes.

VARIABLE DEPENDIENTE

Adolescentes embarazadas

Para medir la variable independiente se utilizaron dos instrumentos: el Cuestionario de Funcionamiento Familiar propuesto por la Dra. Joaquina Palomar Lever²⁹ y el Estudio Integral de Salud Familiar de acuerdo con el protocolo del Colegio Mexicano de Certificación en Medicina Familiar.

Esta variable se define como la capacidad que muestran la familia con adolescentes para mantener el equilibrio interno del sistemas y hacer los ajustes necesarios que lleven a superar las crisis.

La Variable dependiente concebida como embarazo en adolescentes, se midió con los criterios clínicos tradicionales.

Validación de instrumentos utilizados.

El Cuestionario de la Doctora en Psicología Joaquina Palomar consta de 56 ítems, con índices de consistencia que van desde 0.52 a 0.94 con opciones de respuesta: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre lo que equivale a 0% del tiempo, menos del 25% del tiempo, alrededor del 50% del tiempo, más del 75 % del tiempo y 100% del tiempo respectivamente.

Fue validado en estudios con familias mexicanas reportando un alfa de Cronbach de .84 en su versión original, y valora 10 factores de funcionamiento familiar, que son los siguientes:

1. Relación de pareja.
2. Comunicación.
3. Cohesión
4. Reglas y apoyo
5. Tiempo que comparte la familia.
6. Roles y trabajo doméstico.
7. Autonomía familiar.
8. Organización.
9. Autoridad.
10. Violencia física y verbal.

Confiabilidad y validez.

Se realizó un análisis de frecuencia de los ítems con el propósito de eliminar los reactivos de los cuales el 80% o más de los sujetos de las muestras contestaron una sola opción de respuesta (no existió ningún reactivo en este caso). Enseguida se procedió a tomar un análisis factorial de componentes principales y rotación varimax que incluyó los reactivos de todas las dimensiones excepto los que constituyeron la de roles y antecedentes familiares por tener opción de respuesta diferente.

Una vez obtenidos los factores de funcionamiento familiar se procedió a la realización de un análisis de varianza con el objetivo de conocer si existían diferencias y/o interacciones estadísticamente significativas entre los factores

del funcionamiento familiar según las variables que se controlaron: tipología familiar y escolaridad.

El instrumento de la Dra. Joaquina Palomar Lever, en cuanto a los reactivos 1, 7, 11 18 y 21 miden la relación de pareja, encontrando una consistencia de 0.94, la comunicación está medida mediante los reactivos 3, 30, 31 y 47, con una consistencia de 0.92, la cohesión familiar mediante los reactivos 4, 6, 17 33 y 45 con una consistencia de 0.9, los aspectos disfuncionales son medidos mediante los reactivos 2, 10, 22, 36 y 40, que dieron una consistencia de 0.79.

En cuanto al tiempo que comparten con la familia los reactivos que miden este factor son los 19, 23, 30 y 44 resultando una consistencia de 0.85, los factores de roles familiares y trabajo doméstico son medidos mediante los reactivos 5, 24, 32, 35 y 40, la autonomía e independencia se miden mediante los reactivos 8, 9,14, 20, 28, 41 y 43, con una consistencia de 0.72, la autonomía y poder mediante los reactivos 15, 16, 38, 41 y 43, la violencia física y verbal se mide con los reactivos 13, 26 y 27, la calidad de vida con los reactivos 39, 48 49, 50, 51, 52, 53, 54 y 55.

Las calificaciones fueron determinadas por intervalos homogéneos que van de 123 a 201, lo cual nos permitió dar rangos fijos de 15; (1) de 123 a 138: disfunción grave; (2), de 139 a 154: disfunción moderada; (3) de 155 a 169: disfunción leve; (4) de 170 a 184, moderadamente funcional; (5) de 185 a 199 funcional.

Funcionamiento familiar: es el conjunto de patrones de comportamiento del sistema familiar que rigen el estilo de vida familiar y promueven su funcionalidad o disfuncionalidad. (Palomar, J. 1998).³⁴

PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN

Al iniciar el estudio se estableció una libreta para anotar los datos de las pacientes en el caso de que se presentaran en el turno vespertino. Se realizó una reunión con todos los médicos y el Jefe de departamento de Medicina Familiar para pedir la colaboración y derivar los casos de embarazo al consultorio 5 turno matutino.

Una vez seleccionados los casos, a las mujeres que reunieron los criterios de inclusión para la realización del estudio, se les otorgó una cita a un consultorio exprofeso donde se les solicitó su consentimiento para la aplicación de los cuestionarios.

La entrevista se realizó con toda la familia, así como la aplicación del instrumento para evaluar la funcionalidad familiar, (Cuestionario de la Dra. Joaquina Palomar Lever).

En el caso en que las familias no pudieron acudir a la unidad de Medicina Familiar, se programaron visitas a domicilio para la entrevista familiar y aplicación del cuestionario, la cual se realizó en un ambiente de privacidad y cordialidad con los entrevistados.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para la captura de los datos se utilizaron hojas de Excel. Se utilizó estadística descriptiva para obtener promedio y medidas de dispersión. Se formaron tablas, cuadros y gráficas. Para el análisis se agruparon los reactivos por factores y se procedió a valorar los puntajes de funcionalidad familiar,

tomando como punto de corte 50 más uno del puntaje global esperado para cada factor.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apegó a las normas y procedimientos establecidos por la Coordinación Nacional de Investigación Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

A todos los participantes en el estudio se les explicó ampliamente las características de la investigación y se les solicitó su aceptación a participar por escrito firmando carta de consentimiento informado, (Anexo). La información y los resultados se manejaron de manera confidencial.

Lo anterior, de acuerdo a la Norma de la Convención de Helsinki, la cual fue ratificada en Tokio en 1975 y posteriormente en Edimburgo en el año 2000 de acuerdo al título 5º, Artículos 96 al 103 de la Ley General de los Estados Unidos Mexicanos, por medio de los cuales se garantiza no dañar la integridad física ni moral de las personas.

7. RESULTADOS

Se estudiaron 30 casos de mujeres adolescentes entre 14 y 17 años de edad que fueron atendidas en la UMF 76 entre agosto de 2004 a junio de 2005. Desde el punto de vista descriptivo, se trata de familias numerosas, tradicionales 26 (80 %).

Familias modernas 4 (20%) Nucleares 30 (100%). Con nivel de escolaridad primaria completa 7 (26 %) y primaria incompleta 23 (74%). 26 familias con un salario mínimo (80%), dos salarios mínimos 4 (20%). Cuadro no. 1. A todas se les aplicó el Cuestionario de funcionalidad familiar de la Dra. Joaquina Palomar Lever. El (23%), 6 de los casos correspondió a madres solteras, el resto, 24 mujeres (77%) eran casadas.

Cuadro no. 2

De los casos estudiados; 26 adolescentes embarazadas se encontraron entre 15 y 17 años que corresponde al 80% y 4 mujeres (20%) de 14 años. Cuadro no. 3

En cuanto al inicio de su vida sexual activa, 7 mujeres (26%) la iniciaron a los 14 años, 8 (26.7) a los 15 años y 15 (50) entre 16 y 17 años. Cuadro no. 4. 25 mujeres (78%) refirieron haber tenido solo una pareja sexual, y solo 5 que corresponde al 22% con dos parejas sexuales. Cuadro no. 5. 27 adolescentes (90%) fue su primer embarazo y 3 (10%) cursaban su segundo embarazo. Cuadro no. 6

En el análisis global de la funcionalidad familiar se encontraron 7 familias disfuncionales (23.3%), familias moderadamente funcionales 15 (50.0%) y familias funcionales 8 (26.7) disfuncional. Cuadro no. 7 y gráfica no. 1. En el cuadro no. 8 se presentan los datos relacionados con la confiabilidad y consistencia del instrumento, comparado con lo reportado en su versión original.

CUADROS Y GRÁFICAS

Cuadro 1. Principales características de las familias estudiadas

Características familiares	No. de familias	Frecuencia
Escolaridad:	7	26%
a) primaria completa b) primaria incompleta	23	74%
Promedio de ingreso:	26	80%
a) un salario mínimo b) dos salarios mínimos c) tres y más salarios mínimos	4 0	20% 0%
Tipo de familia:	26	80 %
Tradicionales	4	20%
Modernas	30	100%
Nucleares	0	
Compuestas		

Fuente: Primaria por encuesta en población de estudio.

Cuadro no. 2 Estado civil de las adolescentes embarazadas.

Estado Civil	Número	%
Solteras	6	23%
Casadas	24	77%

Fuente: Primaria por encuesta en población de estudio.

Cuadro no. 3 Edad de las adolescentes embarazadas.

Adolescentes embarazadas	Edad	%
26	15 a 17 años	80%
4	14 años	20%

Fuente: Primaria por encuesta en población de estudio.

Cuadro no. 4 Edad de inicio de la vida sexual activa de las adolescentes Embarazadas.

Adolescentes embarazadas	Edad inicio vida sexual activa	%
7	14 años	26%
8	15 años	26.7%
15	16 a 17 años	50%

Fuente: Primaria por encuesta en población de estudio.

Cuadro no. 5 No. de parejas sexuales de las adolescentes embarazadas.

Adolescentes embarazadas	Parejas sexuales	%
25	1	78%
5	2	22%

Fuente: Primaria por encuesta en población de estudio.

Cuadro no. 6 No. de embarazos de las adolescentes embarazadas.

Adolescentes embarazadas	No. de embarazos	%
27	1	90%
3	2	10%

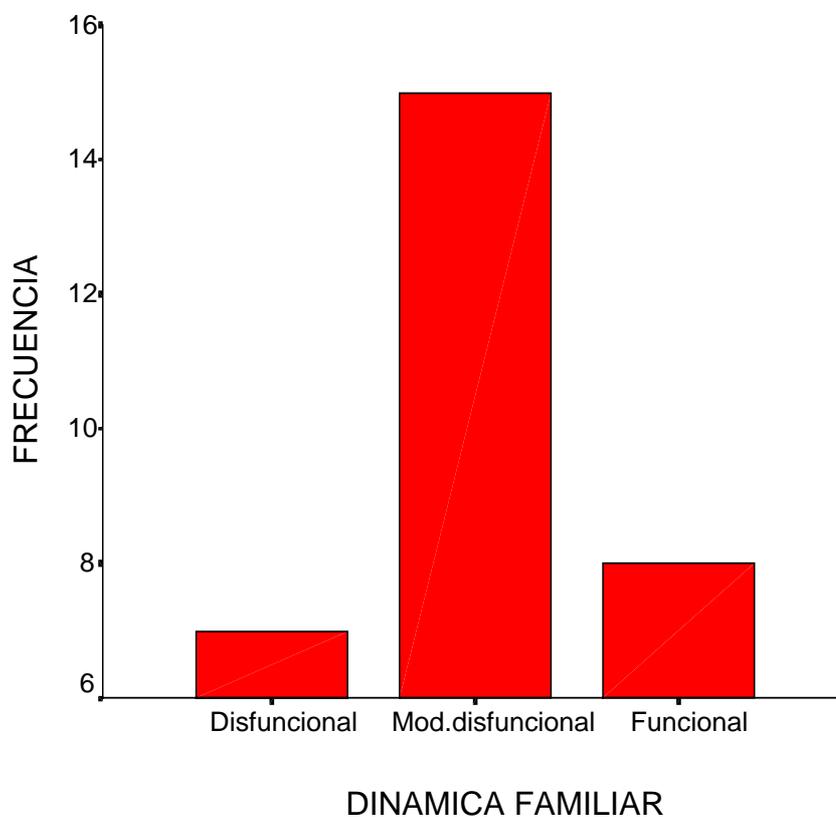
Fuente: Primaria por encuesta en población de estudio.

Cuadro no. 7 Funcionalidad de las familias con adolescentes Embarazadas.

Familia	No. de familias	frecuencia	Frecuencia acumulada
Disfuncional	7	23.3	23.3
Moderadamente Disfuncional	15	50.0	73.3
Funcional	8	26.7	100
Total	30	100	

Fuente: Primaria por encuesta en población de estudio.

Gráfica no. 1 Funcionalidad de las familias con adolescente embarazada



Fuente: Primaria por encuesta en población de estudio.

Cuadro No. 8 Consistencia del cuestionario de funcionalidad familiar en familias con adolescente embarazada.

Factor	Reactivos del CFF	Consistencia observada	Consistencia esperada
1. Relación de pareja	1, 7, 11, 18,21	0.78	0.94
2. Comunicación	3, 31, 47	0.57	0.92
3. cohesión	4, 6, 17, 33, 45	0.81	0.9
4.Aspectos disfuncionales	2,10, 22, 36 ,46	0.69	0.79
5.Tiempo que comparte la familia	19,23, 30, 44	0.65	0.85
6.Roles familiares y trabajo domestico	5, 24,32, 35,40	o.74	no valorado
7.Autonomía independenciam	8, 9,14,20,28, 34	0.52	0.85
8.Organización	12, 29, 38, 41, 43	0.42	0.72
9. Autoridad -poder	15,16,25, 37	0.61	0.63
10.Violencia física y verbal	13, 26, 27	0.55	0.52

* Palomar LJ. *Funcionamiento familiar y calidad de vida*; tesis inédita de doctorado en psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 1998.

8. DISCUSIÓN

La familia mexicana vive una verdadera crisis cuando se enfrenta al embarazo de una adolescente, más aún cuando se trata de familias con cultura y moral tradicionales. Sin duda en ello también influyen, el nivel de escolaridad bajo y el factor económico. En el presente estudio se observa que la mayoría de las pacientes entrevistadas se encuentran entre 14 y 17 años de edad con estudios mínimos de primaria y primaria incompleta, igual que los estudiados por otros autores.³⁰

Cuando comparamos nuestro estudio con la literatura revisada coincidimos en que las relaciones sexuales se inician en edades cada vez más tempranas y por supuesto esto implica una mayor posibilidad de embarazos a esta edad,^{31,32} comprobando la alta frecuencia de complicaciones durante la gestación y problemas con el producto. Tal es así que este niño en su primer año de vida tiene una probabilidad de enfermar de 2 a 3 veces superior que el resto de la población de recién nacidos.³³

Los resultados obtenidos en este estudio son parecidos a los realizados por otros autores en cuyas investigaciones han utilizado el mismo instrumento de evaluación familiar,³⁴ las causas condicionantes asociadas al hecho de que la adolescente haya decidido embarazarse, un poco para escapar de los problemas familiares.

Al comparar los resultados con los encontrados en la literatura se destaca un hecho interesante que está dado porque en los estudios realizados en los años 80 y parte de los 90 el embarazo en las adolescentes se veía en etapas más tardías de la vida (17 a 19 años), mientras que los estudios de años más recientes están mostrando la tendencia de que las adolescente se

embarazan en etapas más temprana de la vida, lo que resulta adverso desde el punto de vista de la salud y también de sus consecuencias sociales.³⁵

Esto confirma que efectivamente en la etapa de la adolescencia tenemos una inestabilidad física, biológica y fundamentalmente psicológica y emocional, lo cual coincide con estudios realizados por otros autores.³⁶

Los resultados obtenidos en cuanto al hecho de tener o no una relación de pareja estable al momento del embarazo hacen pensar que estos pueden ser expresión de prácticas promiscuas, en la mayoría de los casos desprotegidas, con toda la gama de complicaciones que este tipo de relaciones puede acarrear. En los trabajos consultados, nuestros resultados coinciden en el hecho de que a medida que han transcurrido los años aparecen mayor número de embarazos en adolescentes sin pareja estable.³⁷

La adolescente embarazada no encuentra cabida en la familia ni en la sociedad, para los cual; en forma defensiva, y a la vez tratando de llamar la atención, se aleja e intenta minimizarse ante ella misma y ante los demás, siente baja su autoestima forzada por el contexto que la rodea. La edad sexual activa recae en el rango de los 16 años coincidiendo casi en la edad promedio referida de inicio de las relaciones sexuales, a temprana edad y riesgosas, lo cual tiene como consecuencia, la presencia de un embarazo muchas veces no deseado y que frecuentemente trunca la vida en el ámbito educativo atándola a un sinfín de responsabilidades y obligaciones, que se reflejan aún más en su estado psíquico favoreciendo la disfunción en las relaciones familiares. Resultados similares encontraron León V. Emilia y otros³⁸

En este sentido, el cuestionario formulado por la Dra. Palomar³⁴ es una guía auxiliar para la entrevista con la familia, específicamente con los padres de la adolescente embarazada.

Sin embargo, un problema metodológico básico en este tipo de estudios ha sido no contar con instrumentos que permitan explorar los mecanismos que llevan a la crisis familiar y la forma de brindar apoyo efectivo a las familias.

Dado que la metodología del cuestionario busca establecer un valor diagnóstico de funcionalidad por áreas, consideramos necesario hacer la validación estadística. Los valores obtenidos y comentados en el capítulo de resultados, podemos concluir que el instrumento es confiable con alpha de Cronbach 0.87.

El reporte de resultados estadísticos aquí mostrados es realmente un análisis global de la funcionalidad familiar, que como ya se comentó es alta; pues 75 % de las familias presentaban disfunción entre severa y moderada. El trabajo clínico con las familias está pensado para continuar y será objeto de otros reportes.

9. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La funcionalidad familiar es de gran importancia en la vida de los adolescentes, tema importante en la especialidad de Medicina Familiar; a través de él se muestra la dinámica del núcleo familiar en su máximo esplendor.

La orientación y preocupación por parte de los diversos sistemas de salud relacionados con la familia y su adecuado funcionamiento no está llegando en forma oportuna.

La disfunción familiar moderada prevaleció en el presente estudio; lo cual es una causa importante en la aparición de trastornos emocionales y psicológicos y que desarrolla una conducta de riesgo de embarazo en las adolescentes.

La mala relación entre la familia disfuncional, la escasa comunicación y el embarazo en las adolescentes ha sido demostrada en este estudio, así como también se ha demostrado que las relaciones de la adolescente con la familia es uno de los factores de riesgo más importantes para el inicio de actividad sexual precoz como para otras conductas de riesgo.

Tomando en cuenta todo lo anterior este estudio aporta conocimientos sobre el impacto que tiene la disfunción familiar para un embarazo no deseado en una adolescente. Así mismo, describe las condiciones de un funcionamiento familiar óptimo que conlleve a una mayor integración familiar y educación en lo relativo a la sexualidad en los adolescentes.

En general la información con respecto a la sexualidad, la maternidad el uso de métodos anticonceptivos, así como una disfunción dentro del entorno

familiar a los adolescentes, es escasa y mal sistematizada, ya que ni aun en las instituciones educativas se han podido definir estrategias pedagógicas orientadas a impactar.

Se recomienda:

1. Extender el estudio para identificar factores de riesgo que propicien el embarazo temprano en adolescentes. Es posible que una adolescente sea menos vulnerable a un embarazo y a conductas de riesgo generalizadas si durante esta etapa encuentra suplidas sus necesidades básicas de seguridad, sienta acompañamiento afectivo y adecuado por parte de la familia, goce de un proyecto de vida.

De esta manera no verá tan inalcanzable la realización de sus tareas si cuenta con el apoyo de una familia que la responsabilice pero al mismo tiempo la apoye en la continuidad de su desarrollo personal.

2. Dentro del modelo de salud familiar es importante realizar acciones multidisciplinarias preventivas con grupos de adolescentes. Mediante este trabajo se recomienda a los médicos familiares, psicólogos y trabajadoras sociales, ya que tienen un vínculo más estrecho con la comunidad, que se trabaje con los círculos de adolescentes identificando los problemas que presentan y tratar de modificarlos mediante métodos educativos para evitar complicaciones en un futuro cercano.

3. Es necesario establecer un vínculo entre el sistema educativo y servicios de salud que permitan ofrecer atención integral a los adolescentes y a su núcleo

familiar, así como brindar orientación y consejería para un mejor funcionamiento familiar y la reincorporación de la adolescente a continuar con sus estudios.

4. Los factores familiares son los más importantes, se podría decir que la familia que desee proteger a sus hijos deberá ser responsable, estar estructurada, ser afectiva, comunicadora y comprensiva ante ciertas situaciones de los hijos, además existirá una autoridad "afectiva", compartida y responsable. Para esto se debe evaluar adecuadamente la dinámica familiar para conocer sus relaciones ya que esto puede contribuir al bienestar de la adolescente.

Logros

Actualmente se han identificado grupos de adolescentes y ya se están estudiando en forma integral. Se han enviado a los servicios de trabajo social médico para integrarlas a grupos sociales, se les han programado pláticas sobre adolescencia.

Está resultando difícil reunir a la familia completa para conocer la dinámica entre sus miembros y que pudiera repercutir en conductas no apropiadas en la adolescente, pero se está insistiendo en esta acción en la UMF no. 76 de Uruapan, Mich., citando a las familias de las adolescentes y realizando un estudio de salud familiar por cada familia para conocer sus pautas relacionales y buscar estrategias de ayuda.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ackerman NW. *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires: Horme 2001; 5, p 12-53.
2. Irigoyen CA, *Fundamentos de Medicina Familiar*. 6ª edición, México: Editorial Medician Familiar Mexicana; 2000.
3. Huerta GL, *La familia como unidad de estudio*. En: Programa de actualización continua en Medicina Familiar, vol. 1, México: Intersistemas S.A; 2000 p. 11-38.
4. Herrera SP. *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud*. Rev. Cubana de Medicina integralista, 2002; 13 (6): 591-595.
5. Rodríguez E, Gea A. Gómez A, García JM. *Estudios de la función familiar*. Atención primaria 1996; 17: 338-41.
6. Mc. Goldrick M. Gerson R. *Genogramas en la evolución familiar*. México: Gedisa; 2002.
7. Gómez CF, Irigoyen CA, Ponce RE. *Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y la funcionalidad familiar*. Arch. Medicina familiar 2000; 1(2): 45-57.
8. Satir V. *Psicoterapia familiar conjunta*. 2ª edición. México. La prensa médica Mexicana, 1989.
9. Jackson DD. *Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar conjunta*. En Sluski EC, interacción familiar. 2ª edición. Buenos Aires; tiempo contemporáneo, 1985: 164-95.
10. Macía AR. *El grupo familiar, su historia, su desarrollo y su dinámica*. En: 1º Simposium sobre la dinámica familiar y la psicoterapia de la familia. Instituto de la familia A.C. México; 1981, noviembre; 12-28.
11. Fromm E. *The sane society*. New York, Rinehart and Winston, 1995. 18: 123-142.
12. Baworth, Hayden B, Bastian L, Steffen, *Symptoms women al midlife*. American Psychosomatic Society. 2001; 63:603-8.
13. Huerta GL. *La familia como unidad de estudio*. En: Programa de actualización continua en Medicina Familiar, vol. 1, México: Intersistemas S.A. de C.V.; 2000.
14. Readers Digest Selecciones, *Diccionario enciclopédico ilustrado*. México 2001; 45.

15. Merani A. *Enciclopedia de psicología*. Ed. Grijalva, S.A. 3ª Edición, México 2000.
16. Pérez Ruth, *Prevención del embarazo no planeado en adolescentes*. Secretaría de salud. 2ª edición, 2002, México, D.F.
17. Molina M, Ferrado C, *Embarazo en la adolescencia y su relación con la disfunción familiar*. Revista Médica de Chile, 2ª edición, 2004; 65.
18. Luna N. A. Gómez A. Soto V. *Disfunción familiar en adolescentes embarazadas*, Revista de salud pública y nutrición, edición especial 2003.
19. Arana C. V. *Embarazo en la adolescencia*. Revista de salud pública de México; Mar-Abr 2000; 39:137-143.
20. M. Salaverry Olga/psicóloga. *Embarazo en adolescentes*, foro 122, autor IMSS, fecha de modificación 19/05/2005.
21. Tamara Z. *Embarazo y adolescencia*, trabajos distinguidos de ginecología y obstetricia; sep 1994; 8(5) 126-128.
22. Rangel JL, Castro F. *Educación sexual y embarazo*. Family plan perfect. University Press. Oxford New York; 2001: 17(4) 137-144.
23. Fuentes A.M. *Disfunción familiar en adolescentes embarazadas*. Revista de salud pública y nutrición. VII foro de investigación en salud del IMSS, Nuevo León, México, 2006, edición especial 2-2003.
24. Romero MI. *Embarazo en adolescentes*, autor IMSS, edición especial 2-2003, fecha de modificación 13/05/2003.
25. Rangel JL, García M. *Art perfil social de madres adolescentes*. Apuntes año 2-2, mayo-agosto 2004.
26. Valencia L, Patiño J. *Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar*. Vol. 132, Santiago, 2004, 3:167-173.
27. Vázquez MA. Ángel M, Almirall CH. *Embarazo en adolescencia como problema público, una visión crítica*. Vol 39, Revista Médica de Chile.
28. Tamara Z, Herrera V, Herrera V. *Curso de salud y desarrollo del adolescente*, módulo III, lecciones 15, *Sexualidad del adolescente*.
29. Piña OM, Loreto A, *Estudio de salud Familiar*, Revista de Medicina Familiar, nov-dic. 2001; 2(5): 135-37.
30. Arbelo A. Lamour M. *Adolescencia y embarazo*, Madrid. Ministerio de Sanidad y consumo, 1998; 1(4):67-73.

31. *Salud materna infantil y atención primaria en las Américas*. Hechos y tendencia. OPS. Publicación científica 2005.
32. Álvarez LC. *El embarazo en la adolescencia*. Ciudad de La Habana. Editorial Científico-técnico 2003.
33. Pagola, PV. Y cols. *Algunos aspectos sobre el embarazo en las adolescentes*. Rev. Cubana Obst y Ginecol. 6:249-254, julio y septiembre 2004.
34. Palomar LJ. *Funcionamiento familiar y calida de vida*; tesis inédita de doctorado en psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 1998.
35. De la Lastra y cols. *Embarazo y adolescencia*, familia, Santiago de Chile, no. 23,1998; pp 18-21.
36. Díaz Quesada, Rosa M. *El desempeño de la maternidad en la adolescencia*. San José Costa Rica, URC. Memorias del seminario, Revista Panamericana de Salud Pública, 1999; 5(2)125-235.
37. Lajonchere Alvarez. C: *El embarazo en la adolescencia*. La Habana: Editorial Científico Técnica 1998; 24(3):137-44.
38. León V. Emilia y otros, *Embarazo en la adolescencia y la familia*, Revista de salud reproductiva. San José C.R., OPS/VCR/ Escuela de salud pública, 1997.

10. ¿De cuantos integrantes se compone tu familia?

(1) Tres (2) Más de tres

11. ¿Como son las relaciones con tu familia?

(1) Buenas (2) Malas

12. ¿Como fue la reacción de tu familia al conocer tu embarazo?

(1) Buena (2) Mala

ANEXO 2

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

DRA. JOAQUINA PALOMAR LEVER.

INSTRUCCIONES: Por favor marque con una cruz en el recuadro de la derecha la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se presentan. No deje sin contestar ninguna de ellas.

		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	Comparto actividades e intereses con mi pareja.	1	2	3	4	5
2	Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia.					
3	Cuando alguno de los miembros de mi familia se enoja, puede decirlo.					
4	Disfruto mucho las actividades que hago con mi familia.					
5	Los quehaceres de la casa están distribuidos equitativamente.					
6	Cuando tengo algún problema los miembros de mi familia son capaces de entender como me siento.					
7	Me siento valorada por mi pareja.					
8	En mi familia se anima el hecho de decir lo que cada quien piensa, sea lo que sea.					
9	En casa se respetan las decisiones que cada quien tome.					
10	Existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros dentro de la familia.					
11	Las relaciones sexuales con mi pareja son buenas.					
12	Los miembros de mi familia se aseguran de que todo esté recogido y ordenado en sus cuartos.					
13	Los miembros de mi familia nos criticamos unos a otros.					
14	En mi familia se fomenta que cada quien haga lo que cree que es mejor.					
15	Cuando no se cumple una regla en casa, sabemos cuales son las consecuencias.					
16	En mi familia está claro quien manda.					

17	Los miembros de nuestra familia demuestran con facilidad el cariño e interés por los demás.					
18	Cuando tenemos problemas mi pareja y yo generalmente lo resolvemos de manera rápida.					
19	En mi familia hacemos actividades juntos.					
20	En mi familia se anima a que seamos independientes.					
21	Como pareja, somos cariñosos.					
22	En mi pareja es difícil decir lo que uno siente sin que alguien se moleste.					
23	En mi familia compartimos mucho interés.					
24	En nuestra familia todos tenemos responsabilidades.					
25	Las normas familiares están bien claras.					
26	Las peleas con mi pareja llegan a la violencia física (empujones, jalones, golpes, etc.)					
27	Si algo sale mal en mi casa nos desquitamos con la misma persona.					
28	Cada miembro de la familia puede tomar parte en las decisiones familiares importantes.					
29	En mi familia somos ordenados.					
30	Los miembros de mi familia acostumbramos hacer actividades juntos.					
31	En mi familia se puede hablar abiertamente de las preocupaciones de cada uno.					
32	En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartirnos los quehaceres de la casa.					
33	Cuando un miembro de la familia tiene éxito, los demás nos sentimos contentos.					
34	En mi familia se inculca que cada uno debe valerse por si mismo.					
35	Cada uno de nosotros cumple con lo que tiene que hacer en casa.					
36	En mi familia es difícil solucionar nuestros problemas.					
37	Las reglas familiares no se discuten, se cumplen.					
38	En nuestra familia las actividades se planean con bastante cuidado.					
39	En mi familia acostumbramos hablar de nuestras cosas personales.					
40	En mi familia cada uno puede decidir la forma en la que ayuda en las tareas					

	de la casa.					
41	Ser puntual, es importante para nosotros.					
42	En casa podemos decir nuestras opiniones libremente.					
43	En nuestra casa es difícil encontrar las cosas cuando uno las necesita.					
44	Los miembros de mi familia pasamos juntos nuestro tiempo libre.					
45	Cuando tengo un problema, los primeros en saberlo son los miembros de mi familia.					
46	Algunos parientes (suegros, cuñados, hermanos, etc.) intervienen en las decisiones que se toman en mi familia.					
	Qué miembro de la familia es el que la mayoría de las veces, o en mayor proporción realiza las siguientes actividades.	PAPÁ	MAMÁ	OTRA PERSONA DE SEXO MASC.	OTRA PERSONA DE SEXO FEMEN.	TOTAL
		1	2	3	4	
47	Tomar las decisiones más importantes.					
48	La comida.					
49	Sostener económicamente a la familia.					
50	Reprender a algún miembro de la familia cuando comete una falta.					
51	Revisar las tareas de los hijos.					
52	Hablar con alguno de la familia cuando no llega a la hora convenida.					
53	Arreglar los pequeños desperfectos de la casa (Ej. un foco fundido, una silla rota, una llave descompuesta, etc.).					
54	Enseñar hábitos higiénicos como lavarse los dientes, las manos, bañarse, enseñar a los niños pequeños a ir al baño, etc.					
55	Cuando alguien sale de la casa tiene que avisar a:					
56	¿Qué miembro de la familia es la persona más reconocida y tomada en cuenta?					

* Palomar LJ. *Funcionamiento familiar y calidad de vida*; tesis inédita de doctorado en psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 1998.

ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Por medio de la presente declaro que acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS”.

El objetivo de este estudio es identificar la funcionalidad familiar en las familias de origen de las adolescentes embarazadas atendidas en la UMF no 76 en Uruapan, Mich.

Se practicará un cuestionario a la adolescente embarazada, ficha de identificación.

Además se practicará otro cuestionario, de la Dra. Joaquina Palomar Lever, para evaluar el funcionamiento familiar en las familias de estas mujeres.

También se me ha informado que el siguiente procedimiento no atentará contra mi integridad física ni moral debido a mi participación en el estudio. Y que el investigador principal se ha comprometido a darme información, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los resultados obtenidos, así como los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones públicas que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente:

Investigador:

Nombre y firma de un integrante de la familia:

José Carmen García F.
Médico Familiar.

Testigo: