



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31 MÉXICO, D. F.

TÍTULO DE LA TESIS

**“EMBARAZO EN ADOLESCENTES
(DE 12 A 19 AÑOS) Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN
DERECHOHABIENTES DE LA UMF 42 (IMSS)”**

T R A B A J O

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

PRESENTA:
PATRICIA VALDOS MENESES



MÉXICO, D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“AGRADECIMIENTOS”:

AGRADEZCO A MIS PADRES VICTOR MANUEL Y GUDELIA
POR HABERME APOYADO TODOS ESTOS AÑOS.

MUY ESPECIALMENTE AL Dr. MARIO QUIROZ MALDONADO
QUE SIN SU APOYO Y AYUDA NO HUBIERA SIDO POSIBLE REALIZAR
ESTE PROYECTO.

ASÌ COMO A MI MÁS GRANDE AMOR DE MI VIDA
A BRIANDA PATRICIA
MI HIJA.

TITULO

**“EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y
DISFUNCIÓN FAMILIAR EN
DERECHOHABIENTES DE LA UMF 42 DEL IMSS”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

PATRICIA VALDOS MENESES

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

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**DR. FELIPE GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

INDICE:

Marco Teórico	1 -5
Planteamiento del Problema	6 -7
Justificación	8
Objetivo General	9
Objetivos Específicos	9
Hipótesis	10
Tipo de Estudio	11
Población, Lugar y Tiempo	11
Tipo y Tamaño de la Muestra	12
Criterios de Inclusión	12
Criterios de Exclusión	13
Criterios de Eliminación	13
Método para Captar la Información	14
Consideraciones Éticas	15
Resultados	16 -18
Discusión	19
Conclusiones	20
Propuestas y Recomendaciones	20
Referencias	21– 23
Anexos	24– 26

MARCO TEÓRICO:

Aspectos Epidemiológicos:

En México, al igual que en el resto del mundo, el embarazo en las menores de edad, constituye un importante problema de salud, tanto por la mortalidad como por los problemas sociales que genera, de tal manera que se le ubica entre temas tan prioritarios como el SIDA, cáncer, cardiopatías y el aborto. (3)

No se debe olvidar que la cronología del adolescente es dinámica, pues se “alarga” hacia ambos extremos. Hacia la infancia, porque la maduración fisiológica tiende a adelantarse como consecuencia de la mejoría de la alimentación y la calidad de vida. Hacia la juventud, como consecuencia del retraso en la inserción sociolaboral en el mundo adulto.

Se deben manejar grupos etáreos, siguiendo las recomendaciones de los comités de expertos de la O. M S de los años de 1995 y 2000, que convinieron en denominar menores de edad al periodo comprendido entre los 10 y 19 años; contemplándose una división en dos periodos. (5)

El primer periodo comprendido entre los 10 y 14 años; y el segundo entre los 15 y 19 años (5)

Los modelos tradicionales de la conducta sexual en las menores de edad están influidos, en mayor o menor grado por costumbres, moral, religión y valores culturales, así como factores de orden biológico y socioeconómico. Por ello es importante sistematizar las pautas actuales de la sexualidad y la fecundidad de las menores de edad. (7,12)

1) Los países desarrollados se caracterizan por la elevada incidencia del embarazo en menores de edad indeseada (Estados Unidos de América, Europa), con excepciones como los países bajos, donde el ejercicio de la sexualidad adolescente se acompaña de un uso efectivo de la contracepción. (9, 10, 21)

2) Edad temprana del matrimonio, partos precoces y frecuentes. La actividad sexual premarital es estigmatizada por profundos tabúes culturales y la fecundidad extramatrimonial virtualmente no debiera de existir. La porción de las menores de edad que son madres es muy alta. Esto es muy típico de países subdesarrollados (como es el caso de Centroamérica, Sudamérica, África y algunas regiones orientales). (11,19, 20)

3) Un tercer modelo aparecerá en sociedades en transición, donde las oportunidades económicas y de empleo para la mujer están en expansión. Son evidentes las restricciones tradicionales al ejercicio de la sexualidad en menores de edad, pero no ejerce menor control, (4, 5).

En los últimos 10 a 15 años, a aumentado significativamente la preocupación de diversos sectores sociales en México por el fenómeno del embarazo en menores de edad, lo cual se ha traducido en políticas y programas de población, de salud, de educación, sociales, planificación familiar, en los cuales tienden a invertirse recursos humanos, materiales y económicos crecientes (2).

La actividad sexual se considera comúnmente como un factor de riesgo psicosocial, ya que entre los menores de edad y jóvenes de las zonas urbanas se asocia la relación sexual temprana con el uso de anticonceptivos poco efectivos, el consumo de tabaco, de alcohol y de psicotrópicos.

La incidencia de la actividad sexual en este grupo de población ha tenido un incremento superior al de los tres últimos decenios (3).

Adolescencia: La palabra adolescencia deriva del latín “adoleceré” y significa crecer, madurar. El término pubertad, del latín “pubertas” significa edad viril y designa a la primera fase de la adolescencia, cuando se pone de manifiesto la maduración sexual.

Con el término “salud familiar” nos referimos al funcionamiento de la familia como agente social primario, por lo que su buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad. (15)

Cuando la familia “enferma”, es decir, se hace ineficaz y no puede ejercer sus roles, utilizamos el término de familia con mal funcionamiento.

Decimos que una familia es normo funcional cuando es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o entorno. (16)

Los problemas de adaptación que tienen los familiares se relacionan con sus capacidades para llevar las funciones básicas que la sociedad espera de ellos. (7)

Factores de Riesgo Sociales para los adolescentes:

Los menores de edad representan el 25% de la población total, siendo la mitad mujeres. Entre sus principales problemas de salud destacan los accidentes, la fármaco dependencia, el embarazo no deseado y la crianza de los hijos a temprana edad.

El embarazo en los menores de edad se acompaña entre otras características de la incapacidad materna para cuidar un hijo y formar una familia e incluye también a las menores de edad con embarazo precoz. Las embarazadas que terminaron su desarrollo físico, presentan complicaciones debido al pobre acceso al servicio médico así como a patrones culturales y sociales que impiden una adecuada integración psicosocial de la madre. Entre ellas se mencionan: deserción escolar, desempleo, bajo ingreso económico, divorcios y mayor número de hijos. (23, 24)

El padre menor de edad, también enfrenta situaciones conflictivas tales como el fracaso escolar, ingresos deficientes o nulos comparado con su pareja, divorcios, incremento de estrés y trastornos emocionales. (12, 13)

Se menciona en varios estudios que hasta el 20% de los menores de edad presentan trastornos psiquiátricos. En una encuesta realizada en la zona de influencia de un hospital materno-infantil, llamo la atención que hasta en el 10% de los entrevistados, se encontraron entidades psicosociales tales como: problemas psicológicos, trastornos de la dinámica familiar y problemas de disciplina escolar; Factores que han sido considerados como predisponentes del embarazo precoz, delincuencia, fármaco dependencia y fracaso escolar. (14)

Estas características también son parte de los menores de edad con “crecimiento tumultuoso” que incluye familias con problemas conyugales, dependencias excesivas del grupo de sus padres y problemas escolares. (1)

Si bien las causas de las disfunciones psicológicas individuales suelen ser múltiples, las de origen familiar o ambiental adquieren especial relevancia en la precipitación y mantenimiento de los problemas comunes de niños menores de edad. (25, 26)

Implicaciones o Consecuencias en una Embarazada:

Ante la depresión materna y los malos funcionamientos familiares la niña menor de edad puede resistirse o abandonar su hogar o desarrollar síntomas psicósomáticos para no asistir a la escuela. (6)

La familia proporciona la salud y el bienestar básico al individuo y sigue siendo la unidad primaria de la sociedad.

La familia puede considerarse el primer laboratorio de las relaciones humanas. Sus funciones más elementales son dar y conservar la vida y humanizar a sus miembros. Sus métodos han cambiado según las necesidades de los tiempos.

APGAR FAMILIAR:

El APGAR Familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento de la familia como sistema.

Aunque parece obvio que la familia juega un papel importante como generadora de cierta patología y también como recurso fundamental de soporte, frecuentemente se olvida a realizar su valoración funcional.

Decir que el paciente tiene familia es como decir que el órgano enfermo es parte del individuo. Ambos hechos parecen demasiado obvios para ser discutidos, sin embargo, por mucho tiempo no se ha recibido el debido reconocimiento a la profesión médica.

En 1978 el Dr. Gabriel Smilkstein diseña el APGAR familiar como herramienta para valoración funcional de la familia, Según lo expresado por el Dr. Smilkstein en comunicación personal, al estar enfrentando, en la práctica diaria con familias, él detectó la necesidad de evaluar aspectos que no estaban relacionados y no eran evaluados en la historia clínica tradicional, pero que ejercieron una influencia positiva o negativa en el curso de la situación de salud o enfermedad que presentaba la persona en la consulta.

El instrumento fue denominado “APGAR Familiar”, por que se considero que APGAR era, además del apellido de la Dra. Virginia APGAR, una palabra de fácil evocación por parte del médico que significa evaluación rápida, y aplicación simple, que proporciona una idea general del estado global de un recién nacido. De la misma manera al asimilar cada inicial de la palabra con una función de la familiar era posible obtener un panorama grueso de la función de la misma, que permitía realizar anticipación o intervención. (18)

Estas funciones fueron adaptadas al español, conservando la inicial y el significado de la función, su denominación es la siguiente:

- * Adaptación
- * Participación
- * Ganancia o crecimiento
- * Resolución o recurso.

Adaptabilidad

Capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis.

Participación

Capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.

Crecimiento

Capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.

Afecto:

Capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia.

Resolución o recurso:

Capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia. (18)

PUNTUACIÓN DE LAS RESPUESTAS:

Casi siempre: 2 puntos
Algunas veces: 1 punto.
Casi nunca: 0 puntos.

Con la suma de las respuestas se obtienen los siguientes resultados:

00-03 Disfunción grave.

04-06 Disfunción moderada.

07-10 Familia funcional.

El diseño del APGAR considera principios básicos: es dinámico, es un formulario auto administrado, de fácil lectura e instrucciones simples, probado y validado en diversas culturas, que requiere un tiempo muy corto para ser completado. Puede ser leído, para que, en el evento de que esta persona sea iletrada, la persona elija cada ítem, presente problemas visuales o motores que le impidan completarlo por sí misma.

Los parámetros del APGAR se delinearon sobre la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de esta y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia es un recurso para el paciente o si mas bien contribuye a su enfermedad, el cuestionario esta elaborado de tal modo que puede ser contestado por todo tipo de familias, (18)

Creemos pertinente hacer la aclaración de que no es el único método que existe para medir satisfacción familiar, ya que se cuenta con otros instrumentos para medición de la misma; como el método Triaxial de la familia, el cual es un sistema basado en tres fuentes de información en la cual en cada una de las funciones se agrupan las disfunciones del grupo familiar.

Así mismo, existe la guía de McMaster la cual es un instrumento que provee una visión global de la familia como sistema.

Mencionaremos por último la escala de "HOLMES" en la cual se determina el valor de los eventos en la familia del hombre.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Todas las sociedades han construido modelos culturales para dirigir el ejercicio, tanto de la sexualidad, como de la reproducción entre sus individuos.

En México, al igual que en el resto del mundo, el embarazo en las menores de edad constituye un importante problema de salud, tanto por la mortalidad, como por los problemas sociales que genera, de tal manera que se le ubica entre temas tan prioritarios como el SIDA, el cáncer, cardiopatías y el aborto (1).

Haber realizado la presente investigación en la UMF. 42 del IMSS se fundamenta básicamente en la idea de que aunque la unidad esta en una de las delegaciones del D. F. la mentalidad en general de sus habitantes se sigue conservando de manera tradicional o lo que se conoce como “pueblerina”, ya que siguen prevaleciendo ideas sociales que se consideran hasta cierto punto retrogradadas como es el machismo, la idea de casarse de blanco y para toda la vida, no tener relaciones sexuales prematrimoniales porque se ve a la mujer como una propiedad o como alguien no decente, la idea de ser una “quedada” por la mala conceptualización de que existe una edad determinada para casarse. El embarazo en las adolescentes sigue siendo alto y supera a la mayoría de los países desarrollados, en el 2003, alrededor del 11% de todos los nacimientos correspondió a madres adolescentes (entre los 15 y los 19 años), la mayoría de los nacimientos de madres adolescentes (alrededor del 67%) corresponden a niñas entre los 18 y 19 años de edad. Así como alrededor del 17 % de las madres adolescentes tiene un segundo bebe dentro de los 3 años del nacimiento del primero, otros factores influyentes de las adolescentes frecuentemente tienen malos hábitos de alimentación, así como de fumar, beber alcohol, consumo de drogas, peso inadecuado, tienen menos probabilidad de que reciban atención medica prenatal, tienen mayor probabilidad de contraer infecciones de transmisión sexual, las madres adolescentes tienden a abandonar mas la educación primaria, secundaria que las jóvenes que posponen la maternidad, al carecer de la educación adecuada, es probable que la madre adolescente no posea las habilidades que necesita para conseguir un trabajo y conservarlo. Es común que dependa económicamente de su familia, y mayor probabilidad que vivan en la pobreza, también es posible que las adolescentes no hayan desarrollado todavía las habilidades para una buena maternidad o que carezcan de sistemas sociales de respaldo que las ayuden a manejar el estrés de criar un hijo, (5,6,7)

En el ámbito psicológico influirán factores para embarazarse en la adolescente, las presiones de grupo y la necesidad de intimidad son fuertes determinantes para ambos sexos, la necesidad de unión y de ternura, la búsqueda de alivio a la soledad y la falta de alguien que alivie la depresión son también causas importantes de que las adolescentes tengan relaciones sexuales, las chicas pueden tener relaciones sexuales por curiosidad o como un escape a sus temores de ser lesbiana, algunas se ven impulsadas a la Actividad sexual por sus propias madres, las que pudieran estar tratando de vivir sustitivamente, estando bien demostrado que algunas muchachas usan su conducta sexual para rebelarse contra sus padres, si la motivación es la pura curiosidad de actuar sexualmente, la muchacha puede considerar su primera experiencia sexual como un acto mecánico y sentirse decepcionada, por otra parte, una muchacha puede sentirse poderosa si “accede” y al hacerlo retiene el interés de su compañero, algunas chicas experimentarían placer y un sentido de comunión, mientras que otras sufren sentimientos de culpa, ira humillación, vergüenza y temor, por lo que definitivamente, todos los factores psicológicos, familiares, educativos, sentimentales, sociales, culturales, éticos, morales, y religiosos influirán en un embarazo temprano no deseado. (1, 2)

El fenómeno de la adolescencia no se ha evidenciado de igual manera en todos los tiempos y culturas. Responde a circunstancias históricas y culturales de las sociedades llamadas occidentales. Antes de nuestro siglo se tendía a prolongar la infancia o a privilegiar brutalmente al joven adulto. (3,5).

Todo lo anterior genera la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre la disfunción familiar y el embarazo en adolescentes?

JUSTIFICACIÓN:

El embarazo no deseado ni planeado se convierte en un problema tanto en el ámbito de la salud, como en el aspecto social. Cuando éste se presenta en la menor de edad es mayor su impacto por las condiciones de inmadurez tanto orgánica como mental, siendo estos factores determinantes para tener un mayor número de complicaciones. (3)

Se sabe que en una familia con descontrol en su funcionalidad se encuentran todo tipo de divergencias entre los componentes de ese núcleo familiar. (7)

Se pretendió determinar si existe satisfacción en la familia de embarazadas adolescentes, pero sobretodo si esta satisfacción de la familia es el determinante. Es conocido también que existen diferentes determinantes que ayudan a la disfunción familiar, por ejemplo que el embarazo en la adolescente tienda a repetirse entre las generaciones, a conducir a uniones inestables, a una jefatura de hogar femenina, a condiciones precarias para el desarrollo de los hijos, a mecanismos o inercia de la pobreza a perpetuarla o inducirla (22,23).

Por ejemplo en algunos grupos sociales marginados y sectores de la población rural debido a que estos embarazos forman parte de su modo de vida, de la trayectoria usual que se sigue para formar una familia; para otros, como el sector marginal urbano porque los embarazos en adolescentes son vividos como una salida así sea falsa en muchas ocasiones secundaria a problemas de violencia familiar y abuso, o como una manera de adquirir valoración social, etc. Por lo tanto en términos de sus consecuencias, existe evidencia de que el embarazo temprano se asocia con una situación menos ventajosa en todos los términos como bienestar material de la familia, psicológico, cultural, educativo, moral, ambiental, sexual por poca maduración sexual, repercutirá en el contexto familiar y social severamente. (8,11)

Consideramos que fue importante hacer la investigación en este tipo de población, para que la unidad de medicina familiar No. 42 considerará la posibilidad de hacer una campaña interna, con el fin de tratar de prevenir éste tipo de situaciones y al mismo tiempo prevenir y evitar en lo posible en la población adolescente la posibilidad de embarazos no deseados.

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el grado de funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes de la UMF. 42.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar a través del instrumento de Apgar Familiar el grado de disfuncionalidad familiar.
- Identificar a las embarazadas en etapa de adolescencia de 12 a 19 años de edad en la UMF. 42.

HIPÓTESIS:

POR EL TIPO DE ESTUDIO, ESTE TRABAJO NO REQUIERE HIPOTESIS.

TIPO DE ESTUDIO:

En un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

Pacientes adolescentes embarazadas derechohabientes del IMSS. Adscritas a los servicios de medicina familiar y enfermería materna infantil (EMI) de la Unidad de Medicina Familiar Número 42, en el periodo comprendido entre el mes de diciembre de 2005 y el mes de mayo de 2006.

No se considero pertinente tomar en cuenta a las secundigestas, porque el estudio estuvo dirigido a primigestas, aunque hay reportes de que se presentan secundigestas adolescentes; además de que ya que por lo regular el segundo embarazo se presenta en pacientes que ya no son adolescentes, es decir ya se encuentran en la etapa de adultos.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

En una muestra por conveniencia, se captaron 73 pacientes derechohabientes de las clínica 42 del IMSS, femeninas, embarazadas, adolescentes, de los servicios de medicina familiar y enfermería materno infantil (EMI).

La forma en que se captaron a las pacientes fue solicitando a los 13 consultorios restantes de la unidad, así como al servicio de EMI. Que todas las pacientes primigestas adolescentes se enviaran al consultorio 8 para invitarlas a participar en el estudio y en caso de aceptación, llenar el cuestionario y formulario realizado específicamente para el citado estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se incluyeron adolescentes embarazadas, primigestas, derechohabientes de la UMF No 42 del IMSS. que aceptaron participar en este estudio, las secundigestas no fueron consideradas para este estudio debido a que un segundo embarazo regularmente ocurre en la etapa de adolescencia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Embarazadas adolescentes menores de 12 años.
- Mayores de 20 años.
- No derechohabientes del IMSS.
- Pacientes embarazadas secundigestas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes embarazadas adolescentes que no aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes que estando en el estudio cambien de UMF.
- Pacientes que causen baja en el IMSS durante el estudio.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR:

VARIABLE DIRECTA: OPERACIONAL.

El embarazo en adolescentes de pacientes de la U. M. F. No. 42 del IMSS; con una muestra de 73 pacientes y con criterios precisados.

VARIABLE INDIRECTA: CONCEPTUAL.

La familia disfuncional como factor coadyuvante en adolescentes, con aplicación de cuestionarios de APGAR familiar.

NOTA: Se anexa muestra de la carta de consentimiento de información y firma por parte de las pacientes para cuestionario individual.

MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:

Se aplicaron encuestas de APGAR familiar en adolescentes embarazadas que acudieron a control, prenatal en la sala de espera de consulta externa de medicina familiar y al servicio de enfermera materno infantil (EMI) de la UMF No 42 del IMSS, en el periodo de Diciembre del 2005 a Mayo del 2006.

Para valorar los cuestionarios la autora fue la encargada de verificar que cada sujeto de estudio cumpliera con los criterios de inclusión y firmará la carta de consentimiento informado. (Anexo 1). Además fue la responsable de proporcionar el cuestionario correspondiente, así como, la evaluación que se realizó en conjunto con el médico asesor.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

La realización del presente trabajo de investigación no puso en riesgo la vida ni la evolución del embarazo en las pacientes seleccionadas, ya que se apegó a los artículos del Título quinto, capítulo único art. 96 inciso I, II, III, los cuales tratan acerca del consentimiento informado que deben otorgar los pacientes, por lo que se les solicitó su autorización por escrito para su participación. (Anexo 1)

Así mismo, los art. 97, 98, 99 y 100 incisos I, II, III, IV, V, VI y VII; en materia de investigación de la Ley General de Salud en los cuales se fundamentan las investigaciones sin riesgo para el binomio.

Igualmente se tomaron en cuenta los Estatutos del Instituto Mexicano del Seguro Social; así como la declaración de la convención de Helsinki.

Así mismo, toda la información que se obtuvo se maneja en forma confidencial sin ningún perjuicio para la paciente, utilizándose únicamente para fines de estudio.

RESULTADOS:

Se aplicaron 73 encuestas (100%) en adolescentes embarazadas: se encontraron 24 casadas (33%) y 49 solteras (67%). Tabla 1.

Por grupos de edad de 14 a 16 años resultaron, 18 casos (25%) y de 17 a 19 años 55 casos (75%) Tabla 2.

Del APGAR familiar y Soporte de Amigos en adolescentes embarazadas encontramos Buena función 8 casos (11%), Disfunción leve 18 casos (25%), Disfunción moderada 3 casos (4%) y Disfunción Severa 44 casos (60%).Tabla 3

De las respuestas globales sobre cada una de las funciones familiares se observó que Socialización: 279 - respondieron que SI (64%), y 159 - respondió NO (36%), En Atención: 267 dijo- SI (61%) ,171- dijo NO (39%). En Afecto: 236 -contestó SI (65%), 129 -contestó NO (35%). En Reproducción: 151 - respondió SI (41%), 214 -respondió NO (59%). En Status: 233 -respondió SI (53%) de las adolescentes y, 205 -dijo NO (47%).Tabla 4.

TABLA 1

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	NO	%
CASADA	24	33
SOLTERA	49	67

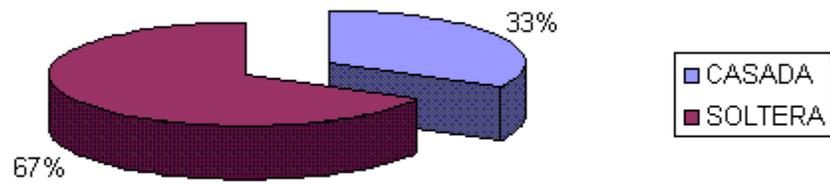


TABLA 2

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD

EDAD

14-16

17-19

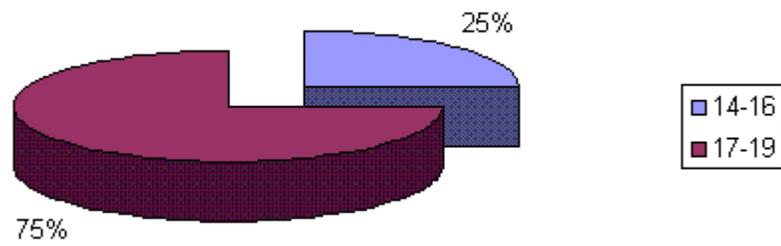


TABLA 3

FUNCIONALIDAD FAMILIAR (APGAR)

APGAR	NO	%
BUENA FUNCION	7	10
DISFUNCION LEVE	16	22
DISFUNCION MODERADA	18	25
DISFUNCION SEVERA	32	43

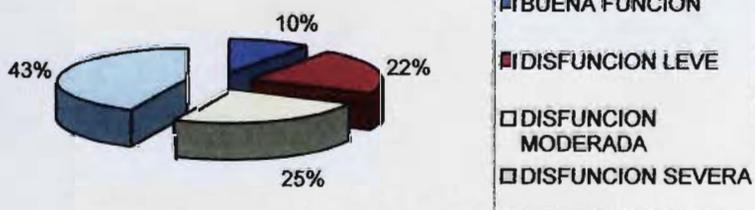
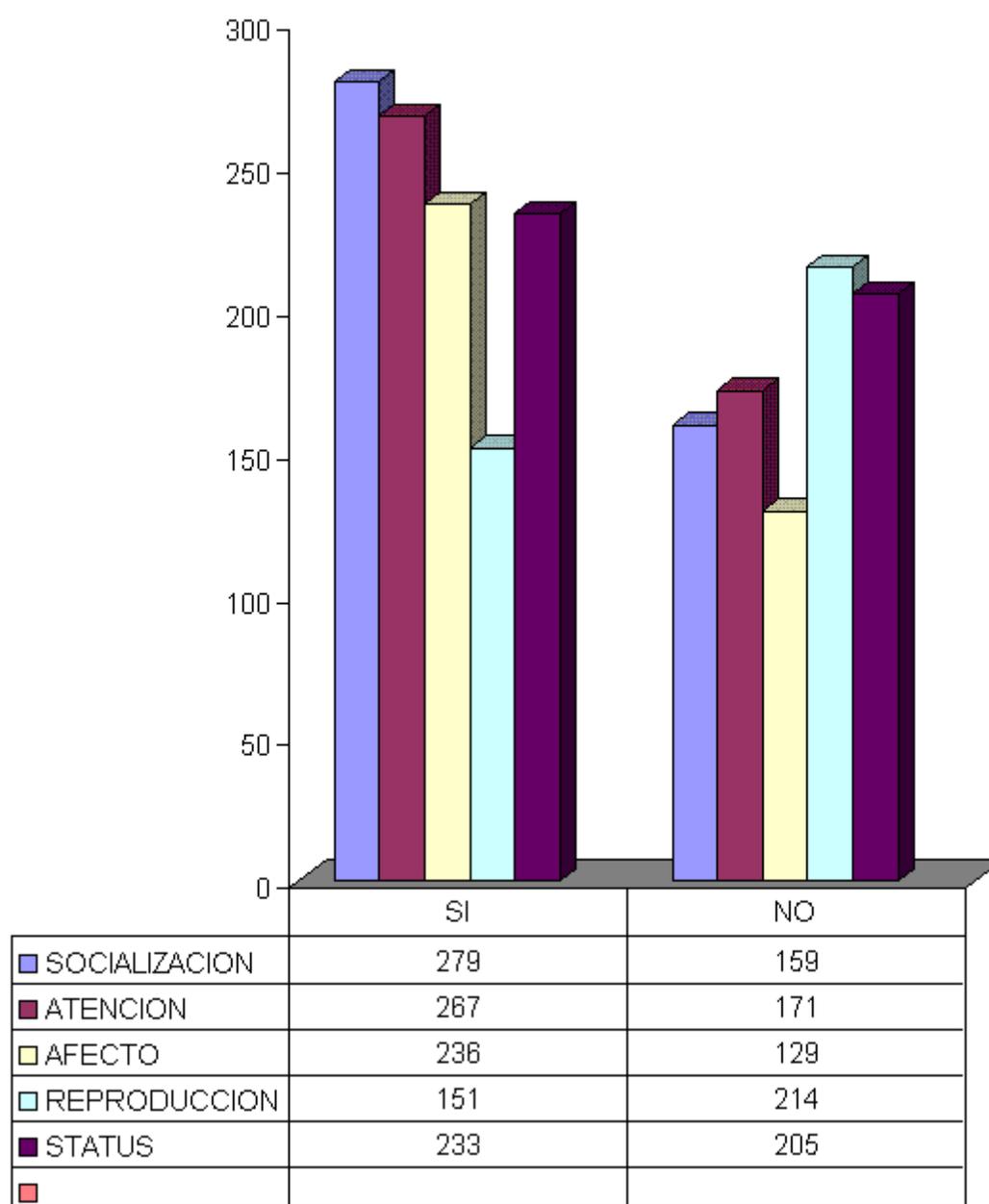


TABLA 4

**RESPUESTAS GLOBALES DE
ADOLECENTES EMBARAZADAS**



DISCUSIÓN:

Se aplicó el APGAR para valorar funcionalidad familiar integrada con el soporte de amigos, el cual según Smilkstein, se percibe como un factor importante para el individuo correlacionándolo significativamente con la función familiar. Contar con una persona como soporte social y elemento facilitante para enfrentar los tiempos de crisis lo califica como fundamental. (18).

Asociando los resultados de APGAR y soporte de amigos en las adolescentes embarazadas se encuentra una relación franca entre ambos. Mientras más disfuncional, menos soporte. (17).

La socialización y la atención juegan un papel importante, pues el tener un amigo cercano para buscar ayuda, habla de que la familia ha cumplido con esas funciones, pues se le ha considerado como la socializadora primordial y en cuanto a la atención se señala un aspecto sobresaliente como lo es el apoyo emocional entre otros. (17).

Predominaron las adolescentes embarazadas casadas, con edades entre 17 y 19 años como grupo mayoritario. La disfunción severa fue la que más se presentó, estando la disfunción leve en segundo lugar.

La socialización, la atención y el afecto tuvieron más respuestas positivas y la reproducción y el Status fueron negativas en alrededor del 50%, considerándose factores importantes para que se presentara la disfunción.

El Status se describe como el conferir a cada uno de los integrantes de la familia un nivel socioeconómico, así como, transferirle derechos y obligaciones. Al formar una nueva familia del mismo nivel socioeconómico se considera una medida de perpetuar los privilegios y logros familiares. (17).

De acuerdo con la Comisión Nacional de la Población (CONAPO) en el censo realizado en 2005 se reportó que de la población nacional de mujeres en edad reproductiva, el 20% fue de adolescentes entre 12 y 19 años de edad. (27).

CONCLUSIONES:

- + Las cifras utilizadas no confirman el propósito del estudio.
- + Se considera que los objetivos no se lograron porque la disfunción familiar no es
Suficiente elemento para que una adolescente se embarace.

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES:

- + En caso de se continuara con esta línea de investigación, se incluyeran otros elementos aparte
de la disfunción familiar tales como:
 - Alcoholismo
 - Educación
 - Religión
 - Drogadicción
 - Cultura
- + El instrumento de recolección de datos deberá contener otro tipo de preguntas y aumentar el número de las mismas.

REFERENCIAS:

- 1- National Center for Health Statistics. Births to Teenagers in the United State, 2000. National Vital statistics Reports, 9/25/01.
- 2- The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Teen Pregnancy, So What ? Updated 2/04, accessed 5/11/04.
- 3-Aspectos Psicológicos en Ginecología y Obstetricia, Autor: Benjamin .Wolman; Ph. D. México. Editorial P.L.M, Edicion 1995, capitulo XI páginas 77-82.
- 4- Barglow, P; Bornstein, M.: Exum, D; Wright, M.; and Visotsky H. "Some Psychiatric Aspects of Orthopsychiatry 38:672,2001.
- 5- Gómez-Clavelina FJ, Diagnostico de Salud Familiar En: Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ ed. Fundamentos de Medicina Familiar. 6a. Ed. México: Medicina Familiar Mexicana 2000; p.101:140.
6. Centers for Disease Control, and Prevention, Healthy Youth: Health Topics: Sexual Behaviors. Updated 4/26/04, acceded 5/10/04.
- 7- Gomez- Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Two Types of family assessment (Letter) Family Process 1995;34 (3):de 363:364.
- 8- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Las Familias Mexicanas.3a. Ed México: INEGI; 2001.
- 9- The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy .Not Just Another Single Issue: Teen Pregnancy's Link to Other Critical Social Issues.Washington,D.C.,2002.
- 10- De la Revilla L, Fleitas L, Cavaille E, Cubillo J. La influencia de las Condiciones Socioeconómicas y Culturales en la función familiar. Aten. Primaria 1999; 7:710-712.
- 11- Claudio Stern, Ph. D. El Embarazo en la Adolescencia como problema público: una visión crítica Salud Publica Méx. 2000; 39:137-143.
- 12- Population Reference Bureau. La Actividad Sexual y la Maternidad entre los adolescentes en América latina y el Caribe: riesgos y consecuencias. Washington, D. C.: Population Reference Bureau, Demographic and Health Surveys, 2000.
- 13.-The Annie E. Casey Foundation, 2003 Kids Count-Data Book, Baltimore, MD, 6/11/03.
- 14- Pérez-Segura J, Torres A. Repercusión del embarazo en la Salud Perinatal de la Adolescencia En: Atkin L. Arcelus M, Fernández-Macgregor A. Tolbert K, ed. La Psicología en el Ámbito perinatal México, D. F.: Instituto Nacional de Perinatología,1999:380-397.

- 15- Fernández-Paredes F, Castro-García M, Ávila-Reyes M, Montiel Martín-Blanco E, Godínez-González ME, Fuentes-Aguirre S. Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz. vol. Med. Hosp. Infantil Méx. 2001; 53(2):84-88.
- 16- Saucedo GJ Lineamientos para evaluar la vida en familia Rev. Med. IMSS (Méx.) 1995; 33:249-256.
- 17- Irigoyen A. Funciones de la Familia Fundamentos de Medicina Familiar.5a De Editorial Medicina Familiar Mexicana 1998:33-38.
- 18- Smilkstein G. The family APGAR a proposal for a family function test and its use by physicians. J. Fam. Pract. 1978; 6:1231-1239.
- 19- Tolbert K. La adolescente embarazada, características y riesgos psicosociales. En: Atkin L, Arcelus M, Fernández-Mc-Gregor A, Tolbert K, ed. La psicología en el ámbito perinatal. México, D. F.: Instituto Nacional de Perinatología, 2002: 398-425.
- 20- Silbert TJ, Giurgiovich A, Munist MB. El embarazo en la adolescencia. En: Organización Panamericana de la salud, ed. La salud de la adolescente y el joven. Washington, D. C.: OPS, 2001.
- 21- Atkin L, Givaudan M. Perfil psicosocial de la adolescente embarazada mexicana. En: Karchmer S, ed. Temas selectos de la reproducción humana. México, D. F.: Instituto Nacional de Perinatología, 2003:123-133.
- 22- Stern C. Embarazo Adolescente. Significado e implicaciones para distintos sectores sociales. Demos. Carta Demográfica sobre México 1998; 8:11-12.
- 23- Coll A. "Embarazo en la Adolescencia" - Clínicas Perinatológicas Argentinas, No 4, 2001- Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).
- 24- García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjón Sánchez A. "Embarazo y Adolescencia" Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clin. Univers. de Salamanca-Rev. sobre Salud Sexual y reproductiva No 2, año 2, junio 2000, Pág.10-12- Asociación Argentina por la Salud Sexual y reproductiva (AASSER).
- 25- State-by-State Information. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute; 2004 U. S. Teenage Pregnancy Statistics: Overall Trends, Trends by Race and Ethnicity State-by- State Information. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute; 2004.
- 26- Version en ingles revisada por: Melanie N. Smith, M. D., Department of Obstetrics and Gynecology, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA. Review provided by Verimed Healthcare Network. Traducción y localización por: Dr Tango, 2/27/2006

27- Comisión Nacional de la Población (CONAPO); Censo Nacional de la población, año 2005

28- Alegre Palomino, Y. y Suárez Bustamante M. RAMPA, 2006. 1 (1): pp. 48-57

22

29. Ronderos Osorio y Serrano Mario, Medicina Familiar con la familia; guía practica para el equipo de salud, Educ. Co/ file/ 39, salud familiar, 2007. (1): pp. 104- 107.

30. Ascofame: programa de desarrollo educacional con enfoque en salud primaria, abril 1990 volumen III.

31. Roa Evelin y Rojas Víctor, XIX simposio de Medicina Familiar, 03 octubre 2007: Anzoátegui Venezuela.

ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 42
SERVICIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE: _____

NÚMERO DE AFILIACIÓN: _____

A través de la presente doy mi autorización para participar en el estudio titulado: Embarazo en Adolescentes (de 12 a 19 años) y disfunción familiar en derechohabientes de la UMF. No. 42 del IMSS. Así mismo, estoy informada de la aplicación de cuestionario, estando totalmente de acuerdo y consciente de que

24
ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 42
SERVICIOS: MEDICINA FAMILIAR-ENFERMERIA MATERNO INFANTIL.

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE APGAR-FUNCIONES FAMILIARES.

INSTRUCCIONES:

- *Entregar a cada paciente para que lo realice en forma personal
- * Favor de llenarlo con letra de molde o a maquina
- *Si el paciente no sabe leer o escribir el entrevistador aplicará el cuestionario
- *Para cada pregunta marcar solo una X
- * En caso de duda preguntar al aplicador.

1.) Ficha de identificación:

2.) Nombre: _____

3.) Edad: _____

4.) Numero de afiliación: _____

5.) Fecha: _____

6.) Estado civil: casada () soltera ()

7.) Me siento satisfecha con la ayuda y orientación que recibo de mi familia cuando tengo algún trastorno o hablo de temas sexuales?

8.) Estoy satisfecha con la manera en que mi familia discute de igual acuerdo o interés y participa en la resolución de problemas?

9.) Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida?

25

10.) Estoy satisfecha con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como ira, aflicción y amor?

11.) Estoy satisfecha con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos?

Siempre o casi siempre (2 puntos)	Algunas ocasiones (1 punto)	Dificultad (0 puntos)
7.) _____	_____	_____
8.) _____	_____	_____
9.) _____	_____	_____
10.) _____	_____	_____
11.) _____	_____	_____

Calificación APGAR:

0-0 (3 puntos) Disfunción severa.

0-4 (6 puntos) Disfunción moderada a leve.

0-1 (10 puntos) Familia funcional o buena función.

GRÁFICA DE GANT

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	2005 DICIEMBRE			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	2006 MAYO JUNIO	
	7	14	21						
PLANEACIÓN DEL PROCESO, RUTA Y PROGRAMACION									
MARCO TEÓRICO									
RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN									
ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN									
CAPTURA Y FORMACIÓN DEL ESCRITO									
ANÁLISIS									
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS									
REPORTE FINAL									