



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEDE:

H. G. Z. C/M. F. No. 4 ZAMORA DE HIDALGO MICHOACÁN.

TITULO:

**EMBARAZO EN ADOLESCENTE Y DISFUNCIÓN
FAMILIAR, EN LA U.M.F. C/H No. 5 DE SAHUAYO,
MICHOACÁN.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ADRIANA VEGA ESPINOZA

SEDE: H.G.Z. C/M.F. No. 4 ZAMORA MICHOACÁN.

2007



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.

TITULO

**EMBARAZO EN ADOLESCENTE Y DISFUNCIÓN FAMILIAR,
EN LA U. M. F. C/H No. 5 DE SAHUAYO, MICHOACÁN.**

PRESENTA:

DRA. ADRIANA VEGA ESPINOZA

AUTORIZACIONES:

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPTO. DE MEDICINA UNAM
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR UNAM**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR UNAM**

TITULO

EMBARAZO EN ADOLESCENTE Y DISFUNCIÓN FAMILIAR,
EN LA U. M. F. C/H No. 5 DE SAHUAYO, MICHOACÁN.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA. ADRIANA VEGA ESPINOZA

AUTORIZACIONES:

DR. FERNANDO ALDERETE ALONSO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS

DR. JUAN MANUEL AGUIÑIGA RAMIREZ
ASESOR METODOLOGICO
H. G. Z. M. F. No. 4 ZAMORA MICHOACÁN.

DR. FERNANDO ALDERETE ALONSO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

ESTE TRABAJO FUE ACEPTADO POR EL COMITÉ LOCAL DE
INVESTIGACIÓN EN EL H. G. Z. C/M. F. No. 4 DEL I. M. S. S. EN ZAMORA
MICHOACÁN CON EL FOLIO 1601-1107.

DEDICATORIA

ESTA TESIS ESTA DEDICADA A MIS PADRES, A QUIENES AGRADEZCO DE TODO CORAZÓN, POR SU AMOR, CARIÑO Y COMPRENSIÓN EN TODO MOMENTO LOS LLEVO CONMIGO.

DEDICO Y AGRADEZCO A MIS HERMANOS POR EL APOYO Y LA COMPAÑIA QUE ME BRINDAN, SE QUE CUENTO SIEMPRE CON ELLOS.

LA DEDICO TAMBIEN ESTA TESIS A MI ESPOSO **CARLOS ALBERTO**, EL HOMBRE MARAVILLOSO CON QUIEN COMPARTO MI EXISTENCIA, QUIEN ME ACOMPAÑO EN MIS DESVELOS, ME APOYO CONTINUAMENTE E IMPULSO A SEGUIR ADELANTE CON MIS SUEÑOS Y ANHELOS.

Y POR ULTIMO Y MAS IMPORTANTE DEDICO TAMBIEN ESTE TRABAJO A MI HIJA **KARLA ADRIANA** QUIEN ES MI MOTOR PARA CUMPLIR MIS METAS.

AGRADECIMIENTOS

AGRADEZCO A DIOS POR LLENAR MI VIDA DE DICHA Y BENDICIONES A MIS PADRES POR SU APOYO INCONDICIONAL.

AGRADEZCO HABER ENCONTRADO EL AMOR Y COMPARTIR MI VIDA CON EL.

AGRADEZCO A MI PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DR. FERNANDO ALDERETE ALONSO POR SU APOYO Y ASESORIA CONTINUA, TANTO A LO LARGO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN COMO EN LA ELABORACION DE TESIS.

AGRADEZCO AL DR. JUAN MANUEL AGUIÑIGA RAMIREZ JEFE DE ENSEÑANZA POR SU APOYO EN LA TESIS Y SU CONTINUA DEDICACIÓN Y ENSEÑANZA.

EN GENERAL AGRADEZCO A TODOS MIS MAESTROS DE LOS DIFERENTES SERVICIOS POR SU DISCIPLINA Y AYUDAS BRINDADAS, ASI COMO A MIS COMPAÑEROS Y TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE NO ES POSIBLE MENCIONAR.

RESUMEN

TITULO

EMBARAZO EN ADOLESCENTE Y DISFUNCIÓN FAMILIAR, EN LA U.M.F. C/H No. 5 DE SAHUAYO, MICHOACÁN.

INTRODUCCIÓN.- El embarazo en la adolescencia se ha descrito como un problema complejo. Las investigaciones realizadas al respecto se centran en las causas y consecuencias de este acontecimiento; sus resultados califican esta acción como indeseable, desconociéndose como la adolescente enfrenta el embarazo y que sucede con las transformaciones que caracterizan a esta etapa de la vida cuando se agrega una gestación.

OBJETIVOS.- Identificar la presencia de disfunción familiar en embarazo de adolescentes en población adscrita a la U. M. F. C/H No. 5 de Sahuayo Michoacán.

OBJETIVO ESPECIFICO.- Conocer que repercusión y/o trastornos en la disfunción familiar dentro del ámbito afectivo, se presenta como efecto del embarazo en una adolescente, identificar embarazadas adolescentes de la población adscrita así como determinar la disfunción familiar en las embarazadas adolescentes.

MATERIAL Y METODOS.- Se realizara un estudio descriptivo transversal, observacional, experimental, en la población adscrita a la U. M. F. C/H No. 5 de Sahuayo Michoacán. Durante el periodo comprendido entre el 1ro. DE MARZO AL 30 DE JUNIO DEL 2006.

RESULTADOS.- Se entrevistaron a 67 pacientes adolescentes embarazadas, que formaron la muestra de trabajo donde 46 (69%) expresaron un involucramiento afectivo disfuncional, 22(33%) expresaron una comunicación funcional, 38 (57%) expresaron una resolución de conflictos funcional y por ultimo en cuanto al control de conducta 38 (57%) expresaron un control de conducta disfuncional.

CONCLUSIONES.- El funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de los roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo, el control de conducta y flexibilidad.

Los resultados indican disfunción familiar básicamente centrada en la disfunción de expresión de afecto, lo que a todas luces, y a pesar de la mayoría de los casos se encontró apoyo familiar, conduce a la adolescente a albergar sentimientos de culpa, pero sobre todo de soledad y de no pertenencia que lejos de resolver la crisis para normativa que se vive, se torna como un predisponente a realizar otras acciones que traigan nuevas crisis que se sumen a la anterior.

INDICE

MARCO DE REFERENCIA O ANTECEDENTES	09
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	38
JUSTIFICACIÓN	41
OBJETIVO	43
OBJETIVO GENERAL	43
OBJETIVO ESPECIFICO	43
HIPOTESIS	44
METODOLOGIA O MATERIAL Y METODOS	44
TIPO DE ESTUDIO	44
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	44
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	44
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACIÓN	45
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
INFORMACIÓN A RECOLECTAR	48
METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	48
ANALISIS ESTADISTICO	53
CRONOGRAMA	54
RECURSOS	54
CONSIDERACIONES ÉTICAS	55
RESULTADOS	58
TABLAS (CUADROS) Y GRÁFICOS	61
DISCUSION	71
CONCLUSIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	78
ANEXOS	84

MARCO DE REFERENCIA

INTRODUCCION

El embarazo en adolescentes debe de considerarse como un problema de salud pública ya que la morbimortalidad aún continua impactando en nuestro país, siendo la cuarta causa de muerte en mujeres en edad fértil. ⁽¹⁾ La familia es determinante en la evolución y resolución de estos embarazos, significando la muerte de la madre un desequilibrio familiar.

El objetivo Identificar la presencia de disfunción familiar en embarazo de adolescentes en población adscrita a la U.M.F. C/H No. 05 de Sahuayo Michoacán.

Se estudiaron sesenta y siete adolescentes embarazadas atendidas en medicina familiar en la U.M.F.C/H No. 5 Sahuayo, Michoacán, en el periodo de mayo de 2006 a mayo del 2007, mediante un estudio descriptivo, observacional y transversal.

La edad promedio de las pacientes fue de 17.83 años con un promedio de 31.3 semanas de gestación, se demostró que los médicos familiares de esta unidad no cuestionan en su consulta sobre la familia, los factores que más impactaron fueron el involucramiento afectivo disfuncional, los patrones de comunicación disfuncionales y los patrones de control de conducta disfuncionales.

Los factores involucramiento afectivo disfuncional y los patrones de comunicación disfuncionales están relacionados directamente con la menor edad y la escolaridad menor, mientras que el factor de control de patrones de conducta en su proceso disfuncional, se relaciona con el último trimestre del embarazo.

DEFINICIÓN

La Organización mundial de la Salud (OMS) la define como:

Período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica y fija sus límites entre los 10 y 19 años de edad.¹

DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia, es un período de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, dicho término se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, es una etapa de la vida compleja y difícil, un período caracterizado por continuos cambios, en el que el joven tiene que afrontar nuevas decisiones y realizar un esfuerzo permanente de adaptación e integración. Además, a esta nueva experiencia vital a la que todos los adolescentes tienen que adaptarse, se añade la inevitable aparición de conflictos con el exterior. Son los conflictos derivados del continuo proceso de autoafirmación y búsqueda de la propia identidad en la que se ven envueltos los adolescentes. Los conflictos son el resultado de la etapa de cambio. De manera inesperada, los adultos que están alrededor observan como la conducta de los jóvenes cambia, se muestran diferentes, reivindican y solicitan nuevas demandas; en definitiva, se inicia un proceso de necesaria adaptación para poder mantener los patrones de convivencia.²

Para muchos jóvenes la adolescencia es un período de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de desprendimiento de la “dictadura” de los padres, y de sueños acerca del futuro.

En casa de alguno de los padres y con su novia o novio, buena parte de los chicos y chicas se inicia sexualmente cuando está promediando los 15 años. Sin estadísticas oficiales, el comportamiento de los adolescentes se refleja en los hospitales públicos. Allí se realizan encuestas, las que arrojan como resultado que la edad promedio en que las adolescentes tienen su primera relación sexual es casi a los 16 años; y los chicos un año antes.³

Es considerada también como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, un caso especial.

Por los matices según las diferentes edades a la adolescencia tanto en hombres como mujeres, se le puede dividir en tres etapas cada una con características propias.⁴

La adolescencia puede ser definida como el periodo en que:

- El individuo evoluciona desde el inicio de la aparición de las características o caracteres sexuales secundarios hasta la maduración sexual total.
- Los procesos psicológicos y las formas de identificación para los individuos, evolucionan desde los de un año a los propios del adulto. Y,
- El individuo pasa de un estado de dependencia social y económica total, hacia el de relativa independencia.⁵

La adolescencia se divide en tres fases de desarrollo: inicial o temprana, media y final o tardía, que sigue un esquema constante en todos los individuos, cualquiera que sea su edad cronológica.⁶

ADOLESCENCIA INICIAL O TEMPRANA

Que comprende de los 10 a los 13 años de edad.

BIOLOGICAMENTE.- es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

PSICOLOGICAMENTE.- el pensamiento tiende aún a ser concreto, con fines muy inmediatos. La separación de los padres apenas comienza, con una actitud rebelde pero sin un distanciamiento real. Las amistades son fundamentalmente del mismo sexo; generalmente la vida la realizan con el grupo de amigos, con leves aproximaciones al sexo opuesto. Son frecuentes las demostraciones de mal genio, así como las rabietas que casi siempre van dirigidas a los padres. En casos extremos estas rabietas pueden transformarse en conductas antisociales, de violencia y delincuencia, tales como robos, destrozos de inmuebles urbanos o peleas callejeras. Así, pueden encontrar un gran atractivo por el robo de coches y motos. En otros casos se aprecia una retirada progresiva de sus actividades habituales, con un retraimiento emocional y la tendencia al aislamiento social. El joven se recluye en su habitación, limitando la comunicación y con la presencia de síntomas depresivos.⁷

INTELECTUALMENTE.- aumenta sus habilidades cognoscitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vacacionales irreales.

PERSONALMENTE.- se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

ADOLESCENCIA MEDIA

La cual comprende de los 14 a los 16 años.

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

PSICOLOGICAMENTE:

La separación de la familia comienza a hacerse más intensa, siendo una de sus características primordiales. Los amigos son mucho más selectivos y comienzan las relaciones en pareja. Empieza a destacar la capacidad de pensamiento abstracto y a jugar con las ideas y pensamientos filosóficos; como resultado de ello, se inicia un periodo de selección y prueba de diferentes intereses y amistades. El centro de interés está en las relaciones interpersonales y en la elaboración de las ideas propias y en descubrir las ideas de los demás. Aunque en esta etapa disminuye el interés por el propio cuerpo, en esta época pueden aparecer síntomas patológicos sobre el propio cuerpo, que pueden condicionar los estilos de vida y las conductas de riesgo del futuro, tanto en el orden físico como psicológico. De esta manera, se aprecia una etapa en la que se definen las personalidades hipocondríacas y las narcisistas. También es el momento en el que pueden desencadenarse síntomas de ansiedad o depresión, aunque de manera transitoria. Con menos frecuencia aparecen sentimientos de despersonalización o dudas acerca de la

propia identidad sexual, que en ocasiones desencadena conductas destinadas a expresar de forma acentuada los rasgos de masculinidad o feminidad.

Es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencias y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.⁸

ADOLESCENCIA FINAL O TARDIA

La cual comprende de los 17 a los 19 años.

Es el momento en el que surgen las relaciones personales estables. Se caracteriza por un periodo de mayor compromiso y la consolidación de una autoimagen estable. La capacidad de abstracción está consolidada, lo que permite planificar mirando hacia el futuro. En las relaciones familiares suele ocurrir un nuevo acercamiento, imponiéndose una mayor tolerancia hacia la diferencia, con actitudes menos beligerantes con los padres sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía, desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.⁹

Con esta descripción de las diferentes etapas de la adolescencia queremos alertar sobre la necesidad de atender a las particularidades del joven que tenemos delante de la consulta y de esta forma evitar los errores propios de asignar un concepto global, tópico, a un colectivo caracterizado por la diversidad.

El periodo de la adolescencia ha sido un problema que desde tiempos muy lejanos, los adultos no han logrado entender. Particularmente el embarazo en adolescentes, se ha convertido cada día en un problema que se relaciona con el crecimiento de la población sexualmente activa, no habiendo información completa para poder evitar esta situación. ¹⁰

Existen diversos factores de riesgo entre los cuales se pueden mencionar los de tipo biológico, como edad de la pubertad; y riesgo psicosocial, como la distribución familiar, la mitad de todos los embarazos adolescentes ocurren durante los seis primeros meses siguientes al inicio de las relaciones sexuales. ¹¹

Se ha dicho que la tasa de embarazos en adolescentes es un indicador inversamente relacionado al bienestar de los pueblos, por lo que día a día se lucha a favor de disminuirlo.

El embarazo de la adolescencia se ha descrito como un problema complejo. ¹² Las investigaciones realizadas al respecto se centran en las causas y consecuencias de este acontecimiento; sus resultados califican esta situación como indeseable, desconociéndose cómo la adolescente enfrenta el embarazo y que sucede con las transformaciones que caracterizan a esta etapa de la vida cuando se agrega una gestación. ¹³

HISTORIA

Los adolescentes han lamentado la actividad sexual y sus consecuencias, durante varias generaciones. Aristóteles ya en épocas remotas, expreso: “EN RESPUESTA AL DESEO SEXUAL, ELLOS (LOS ADOLESCENTES) EJECUTAN, NO SE DETIENEN” y sigue siendo así aún en los inicios del presente siglo XXI. ¹⁴

Desde tiempos pasados se han comunicado embarazos en niñas y adolescentes muy jóvenes. Una de las primeras comunicaciones, fue informada por Mandaleso en 1958, en una niña de 6 años. El mayor impacto es el del Dr. Ecomel en 1939 en una niña peruana quien a los cinco y medio años y mediante cesárea, dio a luz aun producto con un peso de 2,700grs siendo considerada la madre más joven del mundo hasta la actualidad.¹¹

Furtado en 1947 informo de una niña brasileña, de 7 años, quien dio a luz a gemelos.¹⁵

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. Con una revisión de 18,559 historias clínicas de pacientes obstétricas del Hospital de Maternidad "Rafael Calvo" de Cartagena Colombia, donde se atiende clase media baja y baja, Barrios y Ramos encontraron en la década de los 80's una frecuencia de partos en adolescentes de 11.1% de la población total.¹⁶

Monterrosa en 1991 de una población al azar de 763 partos, en la misma institución, encontró que el 15.2% eran pacientes adolescentes, Monterrosa y bello evaluaron todos los partos de 1994 de ese mismo Hospital, encontrando 12.416 en total, siendo 3161 (25.4%) en adolescentes y 57 de éstas (1.8%) eran jóvenes que no habían aún cumplido los 15 años.¹⁷

La OMS (organización mundial de la salud) define como adolescencia al periodo de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica y fija sus límites entre los 10 y 19 años de edad.¹⁸

En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estimó que en el 2000 llegarían a 1,100 millones.¹⁹

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que:

“Una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes”.²⁰

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Es toda gestación que ocurre dentro de los dos primeros años ginecológicos de la mujer y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.²¹

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

En el ámbito mundial, adolescentes y jóvenes (10 a 24 años de edad) representan la cuarta parte de la población; alrededor de 1 700 millones de personas se encuentran en este grupo de edad, de los cuales 85% viven en los países en desarrollo.²²

En México la población de este grupo de edad se ha incrementado considerablemente a partir de la segunda mitad del siglo XX en números absolutos. En 1950, la población total de México era cerca de 25.7 millones de personas y la población adolescente y joven era de casi ocho millones, la cual

representaba alrededor de 31% de la población total (22% la población adolescente y 9% la población joven).²³

De acuerdo con el censo 2000, en México 21.3% de la población es adolescente. Viven 29.7 millones de adolescentes y jóvenes (20.7 millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad; 9 millones de jóvenes de 20 a 24 años de edad). En cuanto a la proporción de adolescentes en el resto de la población hay poca variación de 1950 a la fecha; para este año los adolescentes representaban 22.23% de la población total; en 1980 fue de 25%, y para el año 2000, 21.26 %. Sin embargo, el incremento en números absolutos ha sido de casi 250%. Esto significa que si en 1950 había alrededor de ocho millones de adolescentes y jóvenes, para el año 2000 tenemos cerca de 30 millones (70% adolescentes y 30% jóvenes). Ha aumentado en forma notable en épocas recientes. Una de las razones que explica el aumento de los embarazos en las adolescentes es el hecho que el crecimiento de la población sexualmente activa no se ha acompañado del aumento en la educación sexual. Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos.^{24,25}

El 20% de los adolescentes entre 15 y 19 años en Bahía Brasil, declararon tener relaciones sexuales pre maritales, cifra que alcanzó el 13% en la ciudad de México y 22.2% en Guatemala.²⁶

En Europa casi 5 de cada cien embarazos se da en adolescentes, siendo la cifra mucho mayor en América Latina. El único factor de riesgo biológico en un embarazo adolescente, destacado por algunos autores, es la menarquia precoz. El precedente familiar de maternidad adolescente es muy

frecuente, generando situaciones conflictivas entre la pareja y los padres. La falta de educación sexual adecuada contribuye en gran medida, al aumento del número de embarazos adolescentes. ^{12,13}

En Sonora, México el censo registrado en el año 2001 indica que el 47% de los nacimientos registrados pertenecían a madres cuya escolaridad era de secundaria o equivalente (comercio) y para el siguiente año, 2002, la cifra aumentó al 51.8% nos colocamos por encima del promedio a nivel nacional que era de 30.4 y 30.8 % respectivamente cada año. ²⁷

En México, el número de mujeres entre 15 y 19 años que ya tienen hijos es de 511,642. ²⁸

- El número de niñas entre 12 y 14 años que ya tienen hijos es de 12,720.
- El total de mujeres menores de 19 años con hijos es de 524,362. ²⁸
- El porcentaje de adolescentes con hijos en relación con el total de las adolescentes del país 10.43%. ³²
- El número de nacimientos en madres adolescentes es de 450,000 cada año durante los últimos lustros Stern.

Número de nacimientos de madres adolescentes 390,000 cada año. ²⁹

El porcentaje de alumbramientos de adolescentes en relación con el total de nacimientos al año 17% cada año. ²⁹

En el estado de Michoacán el embarazo en adolescentes se esta convirtiendo en un problema de salud publica; tan solo en el 2003 el sector salud atendió a cinco mil 649 embarazos no deseados en jovencitas menores de 20 años, pero en el 2004 los embarazos no planeados ascendieron a diez mil en el estado mientras que de acuerdo con datos de autoridades de salud se tienen cifras que indican que anualmente en Michoacán se registran tres mil

abortos clandestinos. La relación sexual precoz está más extendida en las comunidades campesinas, las zonas suburbanas y las clases sociales bajas de las grandes ciudades. Diversos factores contribuyen al inicio más temprano y al aumento de la actividad sexual en los adolescentes.³⁰

FACTORES DE RIESGO PARA EL EMBARAZO ADOLESCENTE

ESTRUCTURA FAMILIAR

En México entre 35 a 40% de adolescentes viven en hogares de extrema pobreza. La gran mayoría viven en familias con madre y padre y 26.6% han salido del hogar paterno. Entre adolescentes de 15 a 19 años de edad, 1.5% son jefes de familia (hombres 2.3% y mujeres 0.7%). El 63.9%, del total de jóvenes en este mismo grupo de edad viven en hogares nucleares y en hogares extensos, 33.2%; de los hogares extensos, 30 de cada 100 son monoparentales y, de las familias nucleares, son monoparentales solamente 14%. El CONAPO identifica al menos 12 tipos de grupos familiares y 22% de la población de adolescentes viven en hogares monoparentales con prevalencia de la madre. Aunque los jóvenes en México viven solos con una frecuencia baja (1.1%) esto en el área urbana es cuatro veces más frecuente que en la rural, lo que significa que las y los adolescentes en México salen de sus casas con la intención directa de vivir en pareja o en asociación con otras personas. En cuanto al estado civil de las y los adolescentes, existen más mujeres solteras menores de 14 años de edad en áreas urbanas (95%), que en áreas rurales (77%). Entre adolescentes de 10 a 15 años de edad 99% son solteros y en los de 16 a 20 años de edad, hasta uno de cada 10 se encuentran ya en

unión; entre las mujeres este porcentaje aumenta hasta tres veces más con relación a los hombres, en este mismo grupo de edad.^{31, 32}

Otros factores adicionales son la creciente migración de los jóvenes, que los libera de presiones y controles familiares y sociales, y la influencia de los medios de comunicación, que son cada vez más explícitos en cuanto a las manifestaciones de la sexualidad.³³

MORBILIDAD

En América Latina, los nacimientos entre las adolescentes entre los 15 y 19 años de edad representan poco más del 10% del total de los nacimientos a nivel mundial, de los cuales el 70 % son no planeados.³⁴

Hay una gran variación en las tasas de fecundidad entre los diferentes países dependiendo de su grado de desarrollo y del promedio de de edad al matrimonio. Por ejemplo, en Japón la tasa su fecundidad en mujeres de 15 a 19 años es de edad es de 4/ 1000, en México es de 70/ 1000.³⁵

El embarazo en adolescentes es multicausal y están determinados básicamente por factores socioculturales además de elementos psicológicos. Algunos de los factores de riesgo que se presentan en la adolescencia y que favorecen el embarazo precoz son:

BIOLÓGICOS

La edad de la pubertad ha declinado desde los 17 años en el siglo XIX, a alrededor de 12 – 13 años en la actualidad. Los adolescentes con una edad de menarquia precoz, están más expuestas al riesgo de embarazarse.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, señala que en México, el 63.5 por ciento de los adolescentes hombres que tuvieron su primera relación sexual utilizó preservativo, mientras que el 56.6 por ciento de las adolescentes en la misma situación, dijo no haber usado ningún método anticonceptivo y un 38 por ciento señaló que su pareja usó condón.³⁶

La encuesta de la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública, subrayan la necesidad de enfocar una mayor atención a este grupo poblacional, principalmente a las mujeres de 12 a 19 años en donde los embarazos no planeados, están aumentando.

Y es que de acuerdo a los resultados obtenidos, el 14.4 por ciento de las y los adolescentes del país dijeron ya haber tenido relaciones sexuales, porcentaje que aumenta entre los grupos de mayor edad.

El dos por ciento de las y los adolescentes de 12 a los 15 años ya ha iniciado su vida sexual en tanto que de los 16 a 19 años representaron el 29.6 por ciento.

En 2006, la tasa de embarazo en adolescentes de 12 a 19 años fue de 79 por cada mil mujeres, la encuesta estima que 695 mil adolescentes que se encuentran en este rango de edad, han estado embarazadas alguna vez.

Conforme aumenta la edad de las jóvenes la tasa de embarazo también aumenta, pero el riesgo de muerte materna sigue presente en el grupo de las adolescentes de 12 a 15 años, en el 2005 se registraron seis embarazos por cada mil, Entre las adolescentes de 16 y 17 años, se registraron 101 embarazos por cada mil mujeres y “el mayor incremento” se observó en las adolescentes de 18 y 19 años, donde la tasa se ubicó en 225 embarazos por cada mil mujeres.

La encuesta que también analiza el tipo de partos por regiones geográficas, señala que a quienes se les realizan más cesáreas por urgencias es a las adolescentes de 12 a 15 años de las zonas urbanas de (48.1 por ciento) seguidas por las de las áreas metropolitanas (20 por ciento). Pero en el grupo de 16 a 19 años, la situación se invierte y el porcentaje de cesáreas por urgencia es mayor en áreas metropolitanas que en el área urbana.³⁷

Algunas gestaciones precoces presentan pequeñas hemorragias iniciales que pueden ser confundidas como anomalías menstruales sin mayor importancia.^{5,7}

La amenorrea en los primeros meses no siempre atrae la atención, razón por la que a menudo el diagnóstico de embarazo no se confirma sino hasta cerca del tercer mes, el costo de términos de muerte y enfermedad materno infantil y el impacto a nivel psicológico y social del embarazo es importante si se considera que es un fenómeno prevenible.⁸

Más del 10% de todos los nacimientos anuales se dan en mujeres entre los 15 y 19 años y debido a la falta de maduración del organismo, el riesgo de mortalidad es de dos a cuatro veces más alto en adolescentes que en mujeres mayores de 20 años, así mismo, la mortalidad de los recién nacidos es 30 veces mayor cuando se trata de madres adolescentes.³²

El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones pre-maritales.

El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes latinoamericanos sigue siendo bajo.³⁰

FACTORES PSICOSOCIALES

La Disfunción familiar, un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura, una adolescente con baja autoestima y que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y, además puede encontrar alivio a la soledad y al abandono a través de un embarazo.³⁸

Se han descrito como factores de riesgo asociados a la familia: la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, la madre también con historia de embarazos adolescentes y enfermedad crónica en uno de los padres.⁹

LA ADOLESCENCIA DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos, y en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares, también, en su historia se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.³⁹

ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal.^{9,16}

Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. ⁶

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo. ^{4,19}

CULTURALES

En un ambiente de de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. ¹⁴

El “machismo” y la necesidad del varón de probarse, así como la existencia de carencias afectivas y necesidades no satisfechas son factores del comportamiento que también contribuyen al fenómeno. ⁴⁰

En amplios sectores de la sociedad mexicana, por ejemplo la población rural y la marginal urbana donde el embarazo temprano es mas frecuente, la maternidad forma parte indisoluble de la vida de las mujeres, y en muchas ocasiones es la única forma de valoración de que disponen. A diferencia de estos grupos, en las zonas urbanas la mayor parte de las adolescentes tiene

expectativas de educación o empleo que se contradicen con embarazo a esa edad.⁴¹

ESCOLARIDAD

La Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ) señala que entre los 12 y los 14 años de edad no acuden a la escuela 11.6% de adolescentes; de los 15 a los 19 años de edad no acuden 41.3%, y que al llegar a los 19 años de edad más de 75% de jóvenes ha abandonado la escuela por motivos económicos y falta de acceso en su localidad, principalmente. El promedio de escolaridad en México es actualmente de 7.7 grados, cerca de tres veces más que en 1960. Se prevé que en una década más el promedio será de nueve grados. La desigualdad en los niveles de escolaridad alcanzados entre la población joven que reside en localidades rurales respecto a la que reside en las ciudades es de 6.5 y 9.2 años, respectivamente. En México 97% de las y los adolescentes saben leer y escribir, la población general ha incrementado su nivel de instrucción y la brecha entre hombres y mujeres es nula, no así entre adolescentes indígenas en los cuales el analfabetismo puede llegar a 9% entre las mujeres. El problema de la asistencia a la escuela es la necesidad de preparación más especializada en los centros de trabajo.^{3,4} En México solamente 53% de la población menor de 19 años de edad asiste a la escuela; de los jóvenes de 10 años de edad acude 95%, pero de los mayores de 15 años de edad solamente 17%. En México, cuando los adolescentes cumplen 19 años de edad, han abandonado la escuela cerca de 89% de ellos.^{3,4}

FAMILIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

La palabra familia deriva de la raíz latina *famulus* que significa ciervo, la cual a su vez proviene del primitivo *famul* que se origina de la voz osca *famel*, esclavo doméstico. En la era del nomadismo con el término de familia se designaba a todo grupo de personas que se trasladaba de un lugar a otro, en tanto que en Roma se designaba como familia al conjunto esposas, hijos, esclavos y sirvientes que eran propiedad del *Pater*, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y muerte de todos ellos. En la actualidad el término cotidiano de familia suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir en familia.⁴²

El término de familia puede incluir varias acepciones y definiciones, por lo que resulta difícil elaborar un concepto de familia que tenga un carácter universal, de ésta manera el grupo formado por marido, mujer e hijos, sigue siendo la unidad básica preponderante en la cultura occidental conservando aun la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles protección física y apoyo emocional. El concepto de familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones.

La Organización Mundial de la Salud comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio; en tanto el diccionario de la Lengua

Española dice que “La Familia” es el grupo de personas que viven bajo la autoridad de una de ellas.⁴²

La Familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en ser humano, es la célula básica de la sociedad, en ellas sus miembros mantienen en forma común y unitaria, relaciones directas personales, con un vínculo entre sus componentes mediante el cual se comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones y en el que existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza.

La Familia es un grupo primario y sus características son las propias de un sistema natural abierto en donde las acciones de cada uno de los miembros producen reacciones y contra reacciones en los otros y en él mismo, por eso, no debe de ser entendida solo en función de la personalidad de sus integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos establecen.⁴³

Es posible entonces, definir a La Familia como el grupo social primario de individuos unidos por lasos consanguíneos, de afinidad o matrimonio que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas, con formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas, con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza y que comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva.⁴²

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante para la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones se habla de que la familia es funcional o disfuncional.⁴⁴

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.

En general se conoce que la familia es la institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad.

El comportamiento humano esta motivado, controlado e influenciado por una jerarquía de necesidades que son: fisiológicas, de seguridad, sociales, de estima y de realización personal. Deben de ser cumplidas de manera recíproca y conjunta dentro del grupo familiar y complementadas con otras instituciones sociales.

La familia funcional depende en gran medida del bienestar, biológico, psicológico y social que guarden sus integrantes. ⁴⁵

La familia tiene la tarea de preparar a los miembros para enfrentar cambios (crisis) que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales, e inciden en el bienestar de la Salud Familiar. ⁴⁶

Fundamentalmente son las funciones que asume la familia, asegurar la supervivencia de sus miembros y forjar sus cualidades humanas, en ningún caso debe contentarse con satisfacer solo las necesidades biológicas, ya que esto solo no basta para el completo desarrollo del individuo que además tiene la necesidad de aportaciones intelectuales y afectivas. Por lo que las funciones específicas de la familia pueden resumirse como las siguientes:

- Asegurar la subsistencia de cada uno de los miembros a través de la protección biopsicosocial, lo que implica proporcionar abrigo, alimento, seguridad física, incluyendo la satisfacción sexual de la pareja.
- Promover el afecto, la unión y la solidaridad social, a fin de mantener la capacidad de relación con otros seres humanos.
- Favorecer el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar, es decir que facilite la integridad psíquica.
- Moldear el papel sexual condicionado por la imagen de integridad y madurez de los padres, que favorezca a su vez, la maduración y la ulterior relación sexual de los hijos.
- Proporcionar nuevos miembros a la sociedad a través de la reproducción, a fin de garantizar la supervivencia de la especie.
- Educar y estimular el aprendizaje, la iniciativa y la relación creativa de los miembros en forma individualizada.
- Determinar la posición sociocultural de sus integrantes, de tal manera que la familia perpetúe las circunstancias y valores de sus miembros más viejos para trasmitirlas a los más jóvenes.⁴²

Entonces la familia debe satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias de sus miembros, fomentar la libre relación entre ellos, permitir y estimular la individuación a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de los integrantes, manteniendo la unión y la solidaridad en la familia con un sentido positivo de la libertad.⁴⁷

El modelo de McMaster de Funcionamiento Familiar (MMFF)⁴⁸ es un marco teórico que estudia dicho funcionamiento, en el cual se basa este estudio, identifica un gran número de dimensiones que han resultado ser de utilidad en

la evaluación de las familias en tratamiento. Este modelo proporciona una descripción clara de lo que es una familia “normal” por medio de seis dimensiones; *resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas y control de conducta.*

Este modelo de funcionamiento se ha desarrollado a lo largo de más de 25 años y surge de tres proyectos de investigación:

1.- El estudio inicial se hace a finales de 1950 en la Universidad de McGill, “La Mayoría silenciosa” (The Silent Majority) apoya la idea de que la familia apoya como sistema, este es un estudio interdisciplinario que combina aspectos psiquiátricos para estudiar la organización de las familias no clínicas.

2.- El siguiente estudio describe en “El Esquema de Categorías Familiares” (The Family Schema) el cual tuvo lugar a principios de la década de los sesenta, también en la Universidad de McGill este proyecto investigaba la relación entre el proceso terapéutico con las familias y sus resultados.

3.- El tercer proyecto “Modelo del Funcionamiento Familiar de McMaster” (McMaster Model of Family Functioning, MMFF) fue un estudio llevado a cabo en la Universidad de McMaster en Hamilton, Ontario. Este proyecto investigaba la relación entre varios terapeutas, variables de terapia y los resultados de la terapia familiar, presentado en varios trabajos a mediados y finales de los setentas.⁴⁸

Se han tomado ideas útiles de la literatura de terapia familiar, así como la clínica, la enseñanza y la investigación, que ha sido incorporado al modelo el cual se ha ido refinando y reformulando continuamente, los aspectos de funcionamiento familiar fueron conceptualizados y probados en trabajo clínico y los problemas que surgieron en la aplicación del modelo sirvieron como base

para la recapturación, el resultado fue un modelo pragmático que tiene ideas puestas en practica y que han funcionado.

El modelo ha sido utilizado en una serie de prácticas clínicas, psiquiátricas y familiares, así como en programas de entrenamiento de terapia de familia, encontrándose que es fácil de ser enseñado y aprendido. ⁴⁸

En el Modelo de McMaster de Funcionalidad familiar es indispensable identificar las siguientes áreas o dimensiones: ^{48, 49, 50}

A) Resolución de Problemas: Se refiere a la habilidad de la familia para resolver problemas a un nivel que mantenga un funcionamiento familiar efectivo.

Los problemas pueden ser instrumentales, que son los que se relacionan con aspectos mecánicos de la vida diaria (sustento, económico, alimento, casa, ropa, etc.) mientras que los problemas afectivos, pueden estar relacionados con aspectos emotivos (coraje, depresión, amor)

Para clasificar las etapas dentro del proceso de resolución de problemas el modelo incluye siete pasos definidos operacionalmente:

1. *Identificación del Problema:* Es la capacidad de la familia para identificar el problema ya que frecuentemente los problemas reales son desplazados hacia áreas que produzcan menos conflicto.
2. *Comunicación del problema a la persona adecuada:* Los padres suelen dirigirse al hijo cuando realmente quieren dirigirse a la pareja.
3. *Implementar alternativas de acción:* Los planes varían de acuerdo a la naturaleza del caso.
4. *Elegir una alternativa:* ¿Puede la familia llegar a una solución, lo hace de manera predeterminada y le informan a las personas involucradas en la decisión?

5. *Llevar a cabo la acción*: La familia lleva a cabo lo que decidió hacer, lo hace parcialmente o no hace absolutamente nada.

6. *Verificar que la acción se cumpla*: Se refiere a que la familia realmente revise que la acción fue cumplida.

7. *Evaluación del éxito*: Se trata de que la familia analice su propio éxito para resolver problemas y analice si trata de aprender de la situación siendo capaz de reconocer sus errores.

Se postula que la familia “normal” puede tener problemas no resueltos, pero estos no tienen la intensidad o la duración suficiente para crear mayores dificultades.⁴⁸

B) Comunicación: Esta es subdividida para fines del estudio en áreas instrumental y afectiva, al igual que en la solución de problemas, la facilidad de comunicarse en un área supone la facilidad de comunicarse en la otra, sin embargo puede haber familias con dificultad para la comunicación afectiva mientras en la instrumental funcionan muy bien, lo contrario se presta rara vez.

Se evalúan dos aspectos de la comunicación, la comunicación clara vs. confusa, y la comunicación *directa* vs. *indirecta*. La claridad y la confusión se refieren a la precisión con que el contenido es intercambiado. Directo e indirecto alude a si el mensaje es dirigido a la(s) persona(s) adecuada(s) o si se desvía hacia otra persona.

Se considera la comunicación *verbal* y recomienda estar alerta a la comunicación *no verbal* principalmente cuando esta en contradicción con la comunicación verbal. La comunicación no verbal contribuye a enmascarar la información y puede, a su vez, propiciar una comunicación indirecta.⁴⁸

C) Roles: Esta dimensión se refiere a los patrones de conducta, por medio de los cuales la familia asigna a cada individuo sus funciones, las cuales se dividen en dos áreas, instrumentales y afectivas y que a su vez se subdividen en funciones familiares necesarias y no necesarias. Cinco funciones familiares son identificadas:

1. *Manutención económica:* incluye tareas y funciones relacionadas con el suministro económico (alimento, ropa, calzado).

El sistema de manutención y administración incluye varias funciones:

a. *Toma de decisiones:* implica liderazgo, el cual debe ser manejado a nivel parental en el núcleo familiar.

b. *Límites:* incluyen funciones y tareas concernientes a la familia extensa, amigos, vecinos, escuela, etc.

c. *Control de conducta:* incluye la disciplina de los niños y dictar reglas incluso, para los adultos de la familia.

d. *Economía doméstica:* manejo de cuentas, asuntos bancarios, financieros, etc.

e. Funciones relacionadas con la salud física y mental.

2. *Afectividad y apoyo:* rol afectivo consistente en proporcionar a la familia cuidados, afectos, confianza y comodidad.

3. *Gratificación sexual adulta:* Ambos esposos deben encontrar gratificación personal en la relación sexual y sentir que pueden satisfacer a la pareja sexualmente.

4. *Desarrollo personal:* implica apoyar a los miembros de la familia con el fin de que desarrollen habilidades para su logro personal.

5. Incluyen tareas relacionadas con el desarrollo físico, emocional, educativo y social de los niños así como de los intereses de desarrollo social y cultural de los adultos.

Se toman en cuenta otros dos aspectos del funcionamiento familiar: A quién se les asignan estas tareas o funciones, y si se revisa que sean cumplidas o no.

- *La asignación de roles:* ¿es clara y explícita la asignación?, si se le asigna un rol a alguien, ¿tiene la habilidad para cumplirlo?, ¿son dadas fácilmente las reasignaciones?
- *La revisión de roles:* ¿se cumplen las funciones?, ¿es capaz la familia de llegar a mecanismos correctivos y de reajuste?

La familia puede desarrollar sus propias funciones, que no son necesarias como:

a. Funciones adaptativas instrumentales: se refieren a las contribuciones al gasto familiar, para pagar estudios, ahorro familiar, vacaciones, etc., que hacen los hijos y otros miembros de la familia.

b. Funciones adaptativas emocionales disfuncionales: son aquellas que requieren que un miembro se convierta en un receptor de aspectos o atributos negativos de la familia. El chivo expiatorio, es un ejemplo de este tipo de función ya que atrae la atención de si mismo de las tensiones familiares, por medio de conductas inadecuadas. ⁴⁸

D) Involucramiento Afectivo: Se refiere al grado en que la familia como en todo, muestra interés y valora las actividades e intereses, de cada miembro de la familia. El foco esta en la calidad y cantidad del interés que los miembros de la familia muestran hacia el otro. Existen seis tipos de involucramiento.

- *Ausencia de involucramiento*: no existe interés en las actividades o bienestar de los demás.
- *Involucramiento desprovisto de afecto*: el interés es básicamente de naturaleza intelectual y hay escaso interés en los sentimientos que solo se manifiestan cuando hay demandas.
- *Involucramiento narcisista*: habrá interés en el otro solo si se beneficia a si mismo, y es básicamente egocéntrico.
- *Empatía*: existe un interés verdadero en las actividades significativas del otro, aun cuando este sea periférico al propio interés.
- *Sobreinvolucramiento*: excesivo interés de uno hacia el otro e implica sobreprotección e intrusión.
- *Simbiosis*: interés patológico en el otro; la relación es tan intensa que resulta difícil establecer límites que diferencien una persona de la otra. Se ve solo en las relaciones perturbadas seriamente.

En el conjunto de estos seis grados, la empatía es el óptimo, a medida que la familia se mueve hacia los extremos la familia se vuelve menos efectivo.

E) Respuestas afectivas: Alude a la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo tanto en calidad como en cantidad.

La calidad de las respuestas afectivas se refiere a la habilidad de la familia para responder con una amplia gama de emociones, según el tipo de estímulo.

La cantidad de respuesta efectiva, esta relacionada con el grado de respuesta afectiva y describe un continuo, desde la ausencia de respuestas hasta una respuesta exagerada.⁴⁸

A pesar de que esta dimensión considera un patrón general de respuestas, hace énfasis en las características individuales. Se distinguen dos

categorías de afecto: sentimiento de bienestar (afecto, ternura, calor, apego, felicidad) y sentimientos de crisis (coraje, miedo, depresión, tristeza)

En el extremo saludable de esta dimensión están las familias que poseen la capacidad de expresar una amplia gama de emociones con una duración e intensidad razonable y adecuada al estímulo.

F) Control de Conducta: se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento en tres situaciones:

- Situaciones que implican peligro físico.
- Situaciones que implican enfrentar y expresar necesidades Psicológicas, biológicas e instintivas.
- Situaciones que implican sociabilización, entre los miembros de la familia y con la gente fuera del sistema familiar.

Las familias pueden desarrollar los cuatro patrones de control de conducta:

1. *Control de conducta rígido:* los patrones o normas son estrechos o específicos para esa cultura y existe poca negociación o variación de las situaciones.
2. *Control de conducta flexible:* los patrones de control son razonables y existen la negociación y el cambio, dependiendo del contexto.
3. *Control de conducta laissez-faire (dejar hacer):* existe total lasitud en los patrones de control a pesar del contexto.
4. *Control de conducta caótico:* es un funcionamiento impredecible y los miembros de la familia no saben que normas aplicar en ningún momento, ni consideran la negación ni hasta donde llegar.

El control de conducta flexible es el estilo más efectivo y el control de conducta caótico es el menos efectivo. ⁴⁸

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescente se ha convertido en un problema que se relaciona con el crecimiento de la población sexualmente activa, no habiendo información completa para poder evitar esta situación

¿Qué siente la adolescente embarazada? ¿Qué hace?, ¿cómo percibe su embarazo?, ¿cual es la reacción de la familia ante un evento de esta naturaleza y cuál es la forma en que esta se adapta a la nueva situación, que de alguna manera modifica la dinámica, la estructura y los roles dentro de la homeostasis familiar?, son interrogantes que motivaron este estudio cuyo propósito es describir y comprender bajo el punto de vista de la adolescente embarazada, el proceso de enfrentar una gestación con el fin de acercarse a necesidades y a las potencialidades que ofrece enfrentar esta experiencia de tal manera que este conocimiento permita proponer acciones preventivas, eficaces y aceptables para ellas. ¹⁴

No obstante los programas de educación sexual impartidos en las escuelas, siendo preocupante el incremento de la población adolescente embarazada, habiéndose realizado múltiples estudios sobre los impactos de este hecho en la adolescente que repercute en una mayor morbilidad y reacciones sociales en este grupo etéreo. ⁵¹

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional (Pérez 1989). Se ha considerado a la familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir

con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y las crisis por la que pueda atravesar.

La dinámica familiar es aquella confrontación de fuerzas, tanto positivas, como negativas que se relacionan y actúan entre si como un conjunto de pautas transaccionales en el comportamiento de cada miembro de la familia, y hace que esta, como una unidad, reaccione ante diversas circunstancias que se le presentan en el diario vivir. ^{46, 52}

Los problemas de la familia cambian y consecuentemente las prioridades en las funciones varían de acuerdo con las etapas por la que pase su ciclo vital.

La interrupción de las actividades propias de la adolescente; el estudiar, jugar, divertirse, hacer deporte, son actividades que ahora se ven limitadas o suspendidas ante la responsabilidad de asumir el cuidado y la crianza del hijo. La adolescente por lo general se ve más afectada que el varón, ya que frecuentemente culmina como madre soltera. La deserción del sistema escolar; obedece a presiones ejercidas por la institución, la familia o por decisión propia, (por sentimiento de vergüenza) limitando sus posibilidades de desarrollo personal y profesional.³

El rechazo a los padres y entorno social; la exclusión o rechazo físico y emocional de la joven, por parte de los padres y amigos en un primer momento, conlleva muchas veces a la disminución de su autoestima y confianza en si misma factor que dificulta la asunción de este nuevo rol.³

Multiparidad y embarazos sucesivos: se ha encontrado que existe una relación directa entre las relaciones sexuales tempranas, el número de hijos y el esparcimiento de los embarazos, embarazos a más temprana edad, conllevan en gran número de casos a mayor número de hijos y más seguidos. Vinculación con parejas sucesivas; las relaciones entre adolescentes tienden a ser transitorias, sin un compromiso real con la pareja; en estas circunstancias el varón adolescente por lo general, no asume su responsabilidad y la joven madre en la búsqueda de satisfacer sus necesidades socio-afectivas y económicas, la lleva a buscar apoyo en otra pareja con la cual tampoco logra la estabilidad familiar.³

Matrimonio Precoz; ante el problema de un embarazo a esta edad, surge como solución, impuesta en la mayoría de los casos, por la familia. Sin embargo, sabemos que durante esta etapa de la vida del adolescente se encuentra en un proceso de cambio y búsqueda de sí mismo y por ende, las relaciones amorosas suelen ser efímeras e inestables. El matrimonio en estas condiciones y sin ser elegido libremente no nos indica que sea la mejor opción.³⁷

Pero poco se ha abordado sobre la repercusión en la dinámica de la familia, por lo que consideramos que el conocer estas repercusiones pueda abordarse la problemática en forma integral y que ello permita que la adolescente que por diversas circunstancias se embaraza pueda ser reintegrada familiar y socialmente.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Qué tipo de disfunción familiar se presenta cuando hay un embarazo en las adolescentes?

JUSTIFICACIÓN

Desde los años 60's el país inicia la aplicación del modelo biopsicosocial de atención a la mujer gestante orientado a la identificación de factores de riesgo para las enfermedades productoras de morbilidad y mortalidad perinatal e interviniendo tanto el riesgo biológico como el psicosocial.^{13, 14}

Existen estudios sobre la prevalencia de embarazo en la adolescente, sin embargo, la repercusión en la dinámica familiar que disfunciona directamente y afecta al binomio tanto en el aspecto social, cultural y económicamente, no ha sido estudiada por lo que es importante conocer sus implicaciones en las adolescentes embarazadas en la U. M. F. C/H No. 05 de Sahuayo Michoacán.^{16, 1}

Nos serviría también para aclarar si en términos generales se comparte la misma problemática de tipo bio-psico-social.¹⁵ Finalmente, el actual trabajo, traería beneficios desde el punto de vista integración y/o dinámica familiar, social, cultural y económico, porque el conocer las repercusiones psicosociales en la madre adolescente y su hijo, será la base para la generación de programas para la estabilización familiar y desarrollo de políticas de salud tendientes a contrarrestar los efectos deletéreos y a minimizar los riesgos inherentes a este grupo poblacional.^{6,14} Considero que este trabajo es viable, ya que se cuenta con los recursos, humanos y materiales para realizarlo, disponemos de los pacientes suficientes para su estudio. La población general adscrita a la U. M. F. C/H No. 05 de Sahuayo Michoacán es de: 10,408 derechohabientes. De los cuales 3296 son personas del grupo etáreo entre los 10 y 19 años de edad, de estos 1590 son mujeres, diana del problema en estudio.

En el año de 2004 se atendieron un total de 406 Embarazos, y de estos el 27.5 % pertenecía a mujeres dentro del grupo etáreo de adolescentes. Por lo que se puede señalar que existe un alto índice de mujeres adolescentes que han cursado con por lo menos un embarazo. Lo que corresponde a una tasa de 7.02% que es menor a las cifras reportadas de manera internacional y nacional; sin embargo, no deja de ser un problema de salud, por lo que se decide realizar el presente trabajo. (Sistema de Información Médica Operativo; SIMO U.M.F. C/H No. 05 Sahuayo Michoacán) Se cuenta con la existencia de recursos y de organización suficiente para llevar a cabo esta investigación, lo que se considera viable, ya que tenemos el tiempo y oportunidad para su aplicación, si considero que la aplicación será a través de un test evaluatorio, básicamente la duración será de acuerdo al tamaño de la muestra establecido, por lo que el tiempo estimado fue de 2 meses, en que puedan realizaron todas la visitas domiciliarias.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la presencia de disfunción familiar en embarazo de adolescentes en población adscrita a la U.M.F. C/H No. 05 de Sahuayo Michoacán.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar Disfunción familiar en las embarazadas adolescentes en las siguientes dimensiones:
 - resolución de problemas en la familia.
 - Comunicación en la familia.
 - Roles en la familia.
 - Involucramiento afectivo.
 - Respuesta afectiva.
 - Control de conducta.
 - Edad.

HIPÓTESIS

No se requiere hipótesis ya que se trata de un estudio descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional no experimental, en la población adscrita a la U.M.F. C/H No. 05 de Sahuayo Michoacán.

En el periodo comprendido del 1º de Marzo al 30 de Junio de 2006

Universo de estudio

Población: Adolescentes embarazadas derechohabientes, adscritas a la U.M.F. C/H N° 05. del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Lugar

Sahuayo, Michoacán.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO

Muestra no probabilística por conveniencia con sujetos tipo.

Tamaño de la muestra: 67 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres embarazadas que tengan edad entre 12 y 19 años.
- Que en el momento de la aplicación del instrumento sean portadoras de embarazo ya notificado a los padres.
- Cualquier raza o etnia.
- Solteras.
- Que vivan en la casa de sus padres.
- Que tengan dependencia económica de alguno de sus padres o de ambos.
- Que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujer menor de 12 años.
- Mujer mayor de 19 años.
- No embarazadas.
- Que tengan un estado civil diferente al de soltera.
- Que vivan fuera de la casa de la familia de origen.
- Que sean independientes.
- Qué reciban apoyo económico de la pareja.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Que no acepten participar en el estudio
- Cédulas o cuestionario

VARIABLES A RECOLECTAR

Definición operacional de variables

NOMBRE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO VARIABLE	ESCALA MEDICION	INDICADOR
Edad	Relación cronológica del individuo a través del tiempo.	Ordinal Continua	Ordinal Continua	Mayores de 12 años Menores de 20 años
Disfunción Familiar	<p>Es toda repercusión de la dinámica familiar y que limita el funcionamiento de la familia desde el punto de vista del involucramiento afectivo funcional y disfuncional, y según tipo de comunicación funcional y disfuncional.</p> <p>Resolución de problemas: Habilidad de la familia, para resolver problemas a un nivel que mantengan un funcionamiento familiar efectivo.</p> <p>Comunicación: Intercambio de información en la familia.</p> <p>Roles: Patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funcionales familiares.</p> <p>Involucramiento afectivo: Grado en que la familia, como un todo muestra interés y valora las actividades de cada miembro.</p> <p>Respuesta afectiva: Habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo tanto en calidad como en cantidad.</p> <p>Control de conducta: Patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento de sus integrantes</p>	Cualitativa	Nominal Dicotídica	<p>1) Si lo expresan</p> <p>2) No lo expresan</p>
Presencia en el hogar de adolescente embarazada	Dx. de embarazo en adolescentes que ocurra durante la adolescencia, cuando la adolescente es aún hija de familia o dependiente de su núcleo familiar.	Nominal	No cuantitativa	<p>1) Presencia de embarazo</p> <p>2) Ausencia de embarazo</p>

Variable Independiente: Adolescente embarazada Para los fines de este estudio el diagnóstico de embarazo en adolescentes se consideró tomando en cuenta los siguientes criterios: edad < 12 a 19 años.

Variable Dependiente: Funcionamiento familiar, definido como: Involucramiento afectivo-funcional, Patrones de comunicación, Solución de problemas y control de conductas en la familia; medidas con el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (CEFF) diseñado por la Dra. Maria Luisa Velasco.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR

PROCEDIMIENTO

Las adolescentes embarazadas fueron captadas a partir de su asistencia a control prenatal con el médico familiar. Con base en los datos clínicos y antecedentes se elaboró el diagnóstico de adolescente embarazada. Una vez seleccionadas, se tuvo una entrevista con cada paciente para solicitar su consentimiento bajo información, explicando el propósito del estudio y la confidencialidad de los datos. Sobre esta base, se procedió a aplicar el CEFF. El cuestionario se entregó a las pacientes y se les solicitó lo contestaran al final de la entrevista.

INSTRUMENTO

Se aplicó el CEFF que está basado en el modelo de McMaster mediante la autoaplicación. Este modelo fue diseñado en 1981 el cuestionario se generó a partir de un banco de 200 reactivos con base en el marco teórico del modelo McMaster, se realizó una primera selección de reactivos, utilizando como referencia la claridad y la pertinencia con la escala y quedaron posteriormente 151. Distribuidos de la siguiente manera: 25 correspondían al área de solución de problemas, 25 al área de comunicación, 26 al área de roles, 26 al área de respuestas afectivas, 22 al área de involucramiento afectivo y 27 al área de control de conducta. Estos se repartieron a 20 expertos para efectuar la validación por jueces, quienes eligieron los 10 reactivos más significativos de cada una de las 6 dimensiones, los cuales volvieron a ser revisados aleatoriamente para formular el cuestionario original. ⁽²⁹⁾

El CEFF es de tipo Likert, utiliza 5 opciones para valorar cada reactivo: Totalmente de acuerdo (5), de acuerdo (4), ni en acuerdo ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (2) y totalmente en desacuerdo (1).

Para obtener la validez del instrumento se realizó un análisis de componentes principales con dos métodos de rotación de ejes: el de solución Varimax y el de rotación oblicua.

La solución Varimax dio 16 factores con Valores Eigen superiores a 1, que acumularon 63.5% de la varianza total, se rotaron los ejes para encontrar aun factores más reducidos. En la rotación oblicua, esos 16 factores se redujeron a 6 con valores Eigen superiores a uno que acumularon 61.8% de la varianza total.

En una rotación Varimax esos 16 factores de rotación original se redujeron también a seis factores con valores Eigen superiores a uno que acumularon 75.4 % de la varianza, razón por la cual se decidió utilizarla para la validación del instrumento; en el primer factor se obtuvo 68.6% de la varianza, en el segundo 31.3%, en el tercero 65.6%, en el cuarto 32.8%, en el quinto 43.2% y el sexto acumulo 58.2 de la varianza.

Debido a que el estudio donde fue probado el instrumento fue carácter exploratorio, se realizaron todas aquellas rotaciones que se consideraron pertinentes y que se ajustan mejor al tipo de datos. Se eligió la derivada Varimax como la solución para analizar los datos, lo cual representó la mejor opción empírica para explicar la estructura factorial subyacente, por que acumuló mayor porcentaje de varianza explicada y se ajustó mayor a la evaluación de aspectos que no se estima sean dependientes teóricamente.

La teoría de McMaster había planteado seis constructos: Resolución de Problemas, Comunicación, Roles, Involucramiento Afectivo, Respuestas Afectivas y Control de Conducta, sin embargo al efectuar el análisis de componentes principales surgieron también seis factores pero, a diferencia del modelo McMaster el resultado hace notar la imposibilidad de separar o discriminar los constructos propuestos originalmente. ⁽²⁹⁾

El primer factor se denomina **Involucramiento Afectivo Funcional** con 17 reactivos. En este primer factor todos los reactivos tienen que ver con los aspectos positivos en el nivel afectivo del funcionamiento familiar. Representa el grado en que la familia muestra interés y valora cada miembro de la familia y denota la habilidad para responder con una amplia gama de emociones, así como la capacidad de crear afectos, cuidados y bienestar.

El segundo factor incluyó 11 reactivos que tienen que ver con aspectos negativos del funcionamiento familiar, sobre todo en el nivel afectivo. Implica una sobrecarga en algún miembro de la familia que lo convierte en un receptor de los aspectos negativos de la familia denominado **Involucramiento Afectivo Disfuncional**.

El tercer factor agrupó cuatro reactivos y tiene que ver con aspectos negativos de la comunicación, tanto en el nivel verbal como en el no verbal. Se enfoca a una marcada dificultad en el intercambio de información en el área afectiva, denominado **Patrones de Comunicación Disfuncionales**.

El cuarto factor quedó formado por tres reactivos que tienen que ver con aspectos positivos de la comunicación: se refiere al intercambio de información verbal principalmente en el área instrumental, se le denomina **Patrones de Comunicación Funcionales**.

El quinto factor reúne tres reactivos y engloba áreas como resolución de problemas, control de conducta y roles, revela que la familia es capaz de ponerse de acuerdo y que tiene una buena organización familiar, por lo tanto, infiere que pueden resolver los problemas instrumentales que se les presentan, denominado **Resolución de Problemas**.

El sexto factor incluyo dos reactivos, ambos pertenecientes al área, se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento, los patrones son razonables con la posibilidad de negociación y cambio, dependiendo del contexto, se le denomina **Patrones de Control de Conducta**.

Forma de calificación del Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (CEFF).

Para obtener la calificación es necesario:

- a) Seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor.
- b) Sumar la calificación de los puntajes (1, 2, 3,4 y 5) dados por el sujeto.
- c) El puntaje obtenido es la calificación para ese factor.
- d) Comparar el puntaje con el punto medio o punto de corte, tomando también el puntaje máximo que podamos obtener como el mínimo.

Factor 1: involucramiento Afectivo Funcional

Reactivos: 1, 2, 4, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 29, 33, 35, y 38.

Total: 17 reactivos, redactados en positivo. Se hacen la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto medio o punto de corte que es de 51, con un máximo de 85 y un mínimo de 17.

Factor 2: involucramiento afectivo disfuncional

Reactivos: 3, 5, 7, 14, 15, 22, 30, 32, 34, 37 y 39.

Total: 11 reactivos, redactados en negativo, se hacen la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto medio o punto de corte que es de 33, con un máximo de 55 y un mínimo de 11.

Factor 3: patrones de comunicación disfuncionales

Reactivos: 5, 16, 25 y 27.

Total: 4 reactivos, redactados en negativo, se hacen la suma de los puntajes obtenidos en este factor y comparar con el punto medio o punto de corte que es de 12, con un máximo de 20 y un mínimo de 4.

Factor 4: patrones de comunicación funcionales

Reactivos: 8, 36 y 40.

Total: 3 reactivos, redactados en positivo, se hacen la suma de los puntajes obtenidos en este factor y comparar con el punto medio o punto de corte que es de 9 con un máximo de 9 y un mínimo de 3.

Factor 5: resolución de problemas

Reactivos: 17, 23 y 31.

Total: 3 reactivos, redactados en positivo, se hacen la suma de los puntajes obtenidos en este factor y comparar con el punto medio o punto de corte que es de 9, con un máximo de 9 y un mínimo de 3.

Factor 6: patrones de control de conducta

Reactivos: 9 y 28.

Total: 2 reactivos, redactados en positivo, se hacen la suma de los puntajes obtenidos en este factor y comparar con el punto medio o punto de corte que es de 6 con un máximo de 10 y un mínimo de 2.²⁹ Formato de Cuestionario de Evaluación de Funcionalidad Familiar. Anexo (1).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se elaboró un banco de datos en una hoja de tipo Excel, que contiene: nombre, edad, sexo de cada una de las pacientes.

Se utilizó estadística descriptiva en términos de media y desviación estándar y para las variables discretas frecuencia con su respectivo porcentaje. Se presentan tablas de contingencia con sus respectivas gráficas. Para efectuar el contraste de variables dicótomas se utilizó el estadístico no paramétrico U de Mann Whythey, así como también para las variables multinominales se utilizó un ANOVA (Análisis de variables no paramétricas) con una prueba Posthoc Tuckey Alpha, para discriminar la tabla de subconjuntos homogéneos. Para la elección del modelo se utilizó la prueba de Normalidad de Kolmogorov Smirnov, con la corrección de significancia de Lilliefors; sólo se utilizó el estadístico de T de Student para facilitar la interpretación, ya que este estadístico de prueba tiene robustez estadística.

Para el análisis y proceso de datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS versión 15). A las cifras estadísticamente significativas se les asoció un valor < 0.0001 . Además se utilizó el parámetro estadístico no paramétrico; se aplicó la prueba X^2 (Chi-cuadrada) para buscar el grado de disfunción familiar en la adolescente embarazada.

CRONOGRAMA

- Ver anexos

RECURSOS MATERIALES

- Se utilizarán formas impresas para lo que se utilizará computadora e impresora.
- Lápiz.
- Borrador.
- Tabla de apoyo.
- Calculadoras para análisis de datos.

RECURSOS HUMANOS

- Únicamente se hará necesario del apoyo de asistentes médicas de los consultorios adscritas a la U.M.F. C/H No. 05 Sahuayo Michoacán para captura de sujetos.

PRESUPUESTO

- Se utilizaran los recursos económicos propios del investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitara la participación de las adolescentes embarazadas en el estudio, previo consentimiento informando en relación a las expectativas del mismo, y la seguridad de estricta confidencialidad de los datos expresados.

Previa realización del protocolo de investigación se solicito la aprobación de la comisión ética y de investigación del Hospital General de Zona C/MF No. 04 de Zamora del Instituto Mexicano del Seguro Social en Michoacán.

Posteriormente se realizó el estudio previa autorización de los directivos de la Unidad de la U.M.F. C/H No. 05 de Sahuayo del Instituto Mexicano del Seguro Social Michoacán

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (1984) con última reforma publicada 12/01/2006, el presente estudio se apego a lo que establece el:

TITULO PRIMERO, Artículo 2º, apartado VI: El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud. Ya que se investiga las causas de disfunción familiar ante la presencia de una adolescente embarazada en la unidad medica referida. Artículo 3º, apartado: VII: la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud. Por que de alguna manera se esta supervisando el ejercicio profesional del medico familiar sobre un estado de salud especifico.

Se apega a lo que establece el TITULO TERCERO CAPITULO V, ARTICULO 61. La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

III. La promoción de la integración y del bienestar familiar.

Se apega a lo que establece el TITULO CUARTO, CAPITULO III, Artículo 90, apartado IV, Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas. Porque el estudio se realiza con la participación voluntaria del personal para médico de la Unidad de Medicina Familiar C/H N° 05 de Sahuayo Michoacán.

Se apega a lo establecido en el TITULO QUINTO, CAPITULO Único, Artículo 96.- II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.

Apartado III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población, ya que el embarazo en adolescente es una de los problemas que a pesar de las acciones que se realizan para su prevención continua mostrándose como un problema de salud pública.

A lo establecido en el TITULO QUINTO, CAPITULO ÚNICO, Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: Apartado II. Podrá realizarse solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo, el presente estudio solo se puede realizar con la información obtenida de los mismos pacientes.

Apartado III.- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

Apartado IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizara la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud. Para la realización del estudio se contó con consentimiento por escrito de los sujetos a investigar.

El presente estudio se apega al Código de Helsinki (1964) la investigación científica biomédica en humanos es necesaria, pero solamente aceptable cuando llene los requisitos señalados por este código: apartado 2: Consentimiento informado del sujeto.

RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 98 pacientes adolescentes embarazadas, en cualquier trimestre del embarazo de las cuales solamente 67 reunieron los criterios de inclusión encontrándose la siguiente distribución por edad.

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo a familias con una embarazada adolescente, y se aplicó el instrumento de evaluación de evaluación del funcionamiento familiar de Mc Master que evalúa 4 puntos básicos del funcionamiento familiar.

Encontrando los siguientes resultados:

Se estudió a 67 mujeres adolescentes embarazadas. La edad promedio fue de 17.8 con un máximo de 19 y mínimo de 12 años; el índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 32,3, con una máxima de 40.2 y mínima de 23.5; el inicio de vida sexual activa (IVSA) un promedio de 17.4 con una máxima de 19 y una mínima de 12 años y semanas de gestación (SDG) con un promedio de 30.3 con una máxima de 39 y una mínima de 8 semanas. Estos resultados se presentan en la tabla 3, en máximos (máx.), mínimos (min.) y desviación estándar (DS). Tabla 2.

La escolaridad de las adolescentes embarazadas está en la tabla 4, el 68% rebasa el nivel secundaria. El número de gestaciones por embarazada lo representa la tabla 3, pondera la intervención del médico familiar con la familia de la adolescente embarazada, solo el 2% de las pacientes fue interrogada buscando factores de riesgo familiares. La tabla 4 muestra los datos

relacionados con la ocupación de las pacientes y en ella destaca que el 55 % de las mujeres laboran fuera del hogar.

La tabla 1, muestra los resultados de las disfunciones familiares detectadas a través de los diferentes factores del CEFF. Como puede apreciarse el involucramiento afectivo muestra patrones disfuncionales en un 69%. Otro punto importante a destacar es lo que muestra el factor patrones de comunicación, donde el 66% tiene alteraciones de comunicación. Dado que el cuestionario evalúa comunicación en otros factores de manera global se registra un 32% de patrones de comunicación funcionales, pero esta aparente contradicción la considera el instrumento y está de acuerdo con lo previsto ya que en una misma familia se pueden encontrar los diferentes factores relacionados entre sí (involucramiento afectivo y patrones de comunicación) como funcionales y disfuncionales. En los factores de resolución de problemas, la mayoría reveló tener una buena organización familiar y en el factor de patrones de conducta, de igual manera la mayoría reflejó patrones adecuados para manejar su comportamiento.

En la tabla 2, se presentan los datos relacionados con el riesgo global del embarazo en adolescentes, como puede observarse a cada una de las variables consideradas se le estableció un rango de evaluación, y la calificación es el resultado de esta ponderación. De esta manera cada paciente tuvo un grado de riesgo; el riesgo global se dividió en tres categorías: 1.- De 4 a 6 puntos alto riesgo grado I, 2.- De 7 a 8 puntos alto riesgo grado II, 3.- mayor a 9 puntos alto riesgo grado III.

La fiabilidad y validez del cuestionario para explorar la funcionalidad familiar se realizó con la prueba en Alpha de Cronbach, corroborado por el índice de correlación Spearman Brown de manera global y en cada uno de los factores, como se muestra en la tabla No. 2; El coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach del instrumento en forma global es de 0.75 lo que significa que el instrumento aplicado en el estudio es consistente en su estructura. La relación de factores de riesgo (variables) y factores del CEFF se determinó en base a la prueba estadística de chi-cuadrada de Pearson.

En la tabla 4, se presenta el grado de asociación estadística de los factores explorados por el CEFF y los factores de riesgo edad, índice de masa corporal (IMC), inicio de vida sexual activa (IVSA), semanas de gestación (SDG), escolaridad y ocupación. Solo en cuatro de las variables ahí señaladas se encontró asociación significativa relacionada con las semanas de gestación y escolaridad.

En las variables Edad, IVSA, SDG y Ocupación en relación a los factores 2 y 3, aunque no representaron significancia estadística con chi-cuadrada, si muestran relación importante como se describe en las tablas 3 y 4. Mostrando básicamente que a menor edad, menor inicio de vida sexual activa mayor disfunción, las dedicadas al hogar mayor disfunción y finalmente las que presentan mayor edad gestacional presentan igualmente mayor disfunción en estos factores.

La variable de Riesgo global que es determinante a relacionar con el CEFF en el estudio, no mostró significancia estadística, pero resultaron relaciones importantes nuevamente en el factor 2 Involucramiento afectivo

disfuncional y en el factor 3 Patrones de comunicación disfuncional, cuadros 1 y 2.

TABLA No. 1. Disfuncionalidad de los Factores de CEFF, puntaje y por ciento % de acuerdo a la calificación establecida por el instrumento.

Numero de Factor	Porcentaje	Disfuncionalidad	% de Disfuncionalidad
Factor 1	Menos de 52	46	69%
Factor 2	Mas de 33	21	31%
Factor 3	Mas de 12	44	65%
Factor 4	Menos de 10	22	32%
Factor 5	Menos de 10	29	43%
Factor 6	Menos de 7	39	58%

Fuente: CEFF aplicado en estudio realizado en la U. M. F. "H" No. 5 de Sahuayo Michoacán.

TABLA No. 2. Fiabilidad de la muestra por factores y en forma global.

Numero de Factor	Alfa de Cronbach	Spearman Brown
Factor 1	0.921	0.930
Factor 2	0.718	0.845
Factor 3	0.478	0.658
Factor 4	0.510	0.538
Factor 5	0.577	0.599
Factor 6	0.650	0.678
Global de muestra	0.753	0.838

Fuente: CEFF aplicado en estudio realizado en la U. M. F. "H" No. 5 de Sahuayo Michoacán.

TABLA No. 3. Características clínicas de las adolescentes embarazadas.

Criterios	Edad	I.M.C.	I.V.S.A.	S. D.G.
Promedio	17.8	32.3	17	22
Máximo	19	40.3	19	39
Mínimo	12	23.5	12	8

Fuente: Estudio realizado en la U. M. F. "H" No. 5 de Sahuayo Michoacán.

TABLA No. 4. Calificación de Embarazadas Adolescentes de la U.M.F."H" No 5 de Sahuayo Michoacán.

Variable	Rango	Calificación
Riego inicial	De 1 a 9	Todas inician de 4
Edad	Mayor de 12 y menor de 19	2
I. M. C.	Mayor de 33	1
I. V. S. A.	Mayor de 12	2
Escolaridad	Primaria y Secundaria	2
Numero de gestas	De 1 en adelante	1
Ocupación	Estudiantes	60

Fuente: Estudio realizado en la U. M. F. "H" No. 5 de Sahuayo Michoacán.

Se entrevistaron a 67 pacientes adolescentes embarazadas, que formaron la muestra de trabajo, de ellas 20 (30%) expresaron un involucramiento afectivo funcional y 46 (69%) (**Tabla 5**) expresan un involucramiento afectivo Disfuncional, en tanto 1 paciente (1%) de la muestra no expresa ningún tipo de tendencia.

TABLA No. 5. Involucramiento afectivo disfuncional.

Expresión	Afectivo Funcional	Afectivo Disfuncional	Total	X ²	P
Si	20	46	67	18.661	<0.0001
No	47	21	67	-	-
Total	67	67	-	-	-

Fuente: Adolescentes embarazadas U.M.F. No 5 IMSS

TABLA No. 6. Comunicación Disfuncional.

Expresión	Comunicación Funcional	Comunicación Disfuncional	Sin Expresión	Total	X ²	P
Si	22	44	1	67	11.95 1	<0.000 5
No	44	22	1	67	-	-
Total	66	66	-	-	-	-

Fuente: Adolescentes embarazadas U.M.F. No 5 IMSS

En relación a la comunicación, 22 (33%) pacientes expresan una comunicación funcional en contraste con 44 (66%) (**Tabla 7**) que expresan una comunicación disfuncional y 1 paciente (1%) no expresó ningún tipo de conducta.

TABLA No. 7 Resolución de conflictos.

Expresión	Resolución de Conflictos Funcional	Resolución de Conflictos Disfuncional	Total	X ²	P
Si	38	29	67	1.910	<0.1669
No	29	38	67	-	-
Total	67	67	-	-	-

Fuente: Adolescentes embarazadas U.M.F. No 5 IMSS

La resolución de conflictos, fue expresada de la siguiente manera; 38 (57%) expresaron una resolución funcional de los conflictos y 29 (43%) (Tabla 3) expresaron disfunción.

TABLA No. 8 Control de conducta familiar.

Expresión	Control de conducta Funcional	Control de conducta disfuncional	Total	X²	P
Si	28	39	67	2.985	<0.0840
No	39	28	67	-	-
Total	67	67	-	-	-

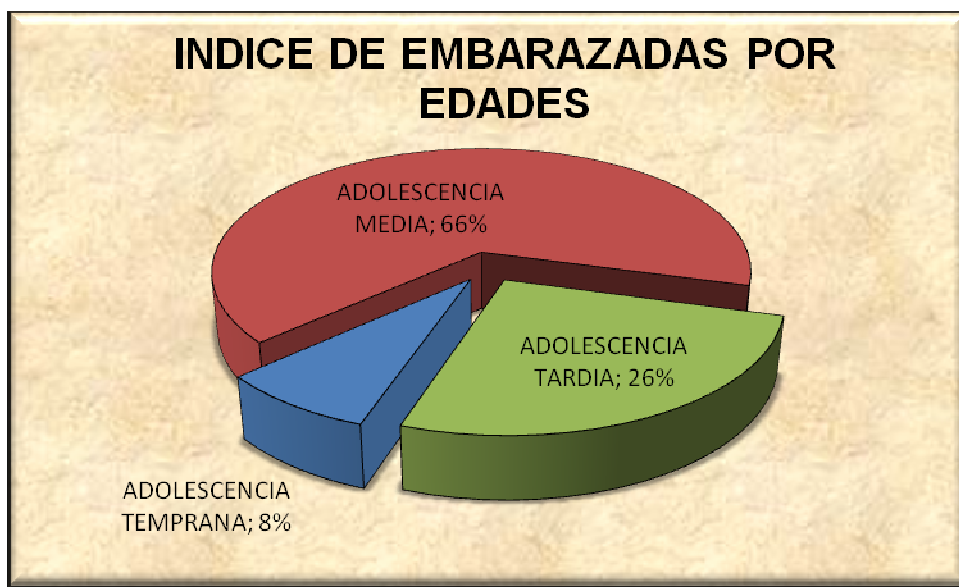
Fuente: Adolescentes embarazadas U.M.F. No 5 IMSS

El control de conducta fue referida de la siguiente manera; 29 pacientes (43%) expresan un control de conducta funcional y 38 (57%) (Tabla 4) expresan un control de conducta disfuncional.

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVA

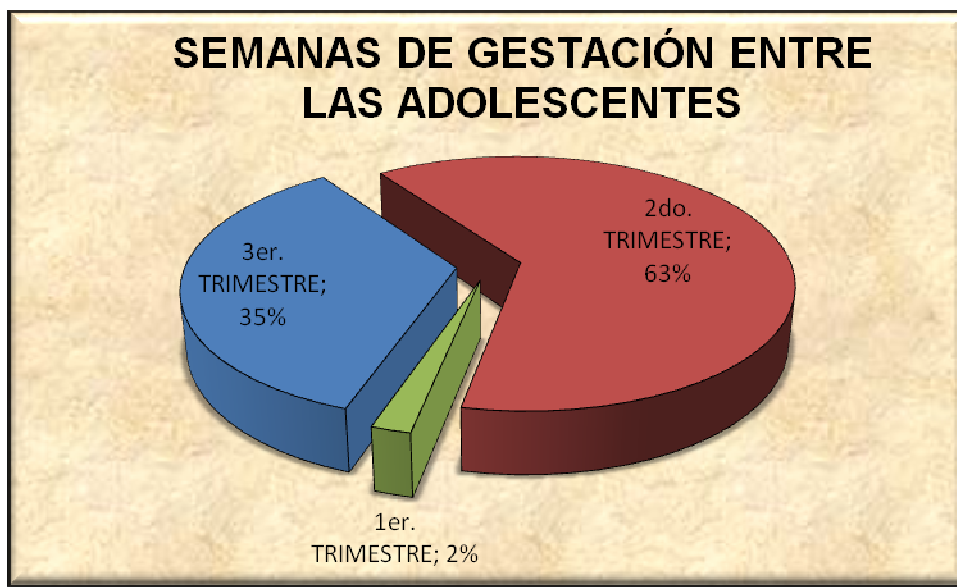
Relación de la expresión del involucramiento afectivo en familias funcionales contra disfuncionales. Dentro del involucramiento afectivo, se observa que la expresión entre las familias funcionales y disfuncionales manifiestan la expresión a favor de las disfuncionales, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa con una $P < 0.0001$.

GRAFICA No. 1 EMBARAZADAS POR GRUPO DE EDADES DURANTE LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA.



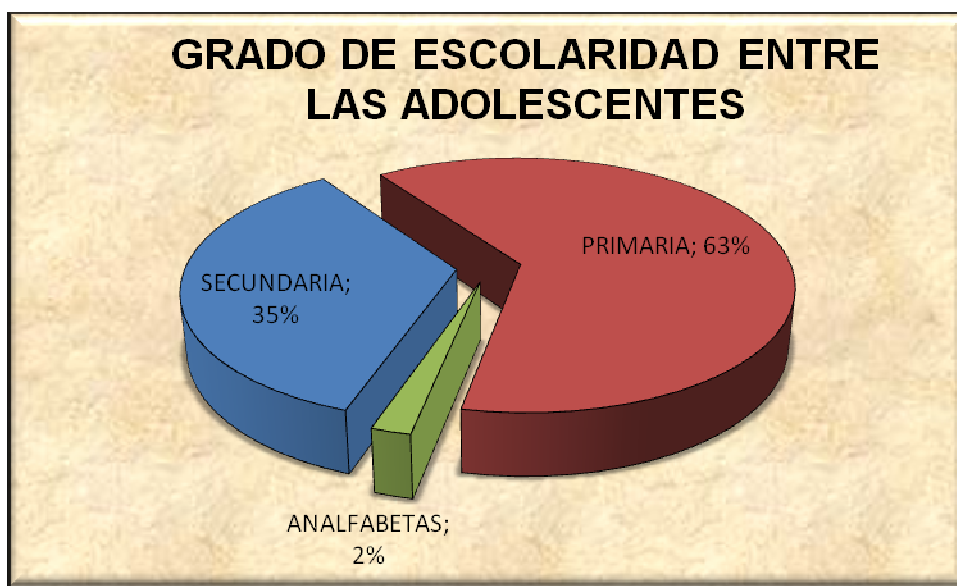
Fuente: Adolescentes embarazadas U.M.F. No 5 IMSS

GRAFICA No. 2 SEMANAS DE GESTACIÓN.



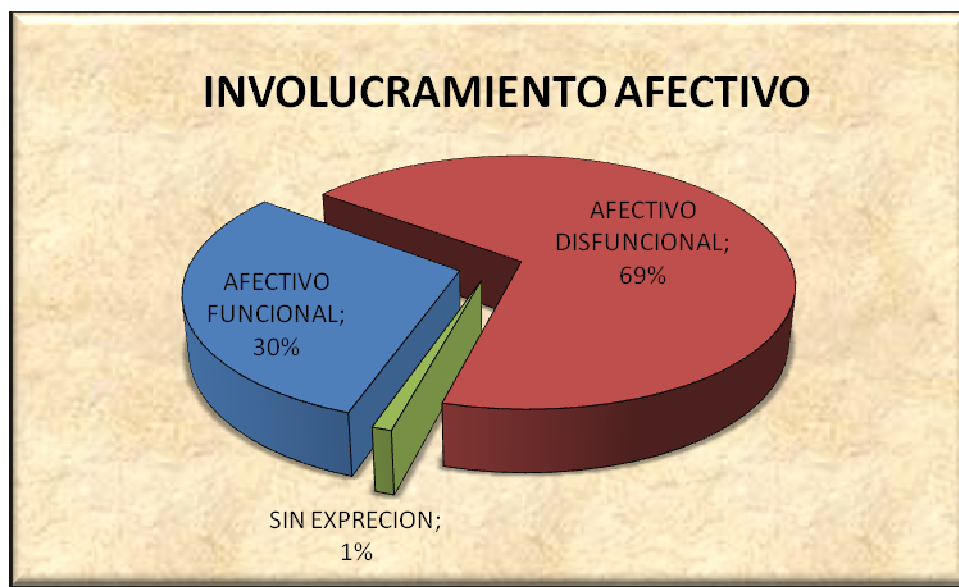
Fuente: Adolescentes embarazadas U.M.F. No 5 IMSS

GRAFICA No. 3 GRADO DE ESCOLARIDAD.



Fuente: Adolescentes embarazadas U.M.F. No 5 IMSS

GRAFICA No. 4 INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO.



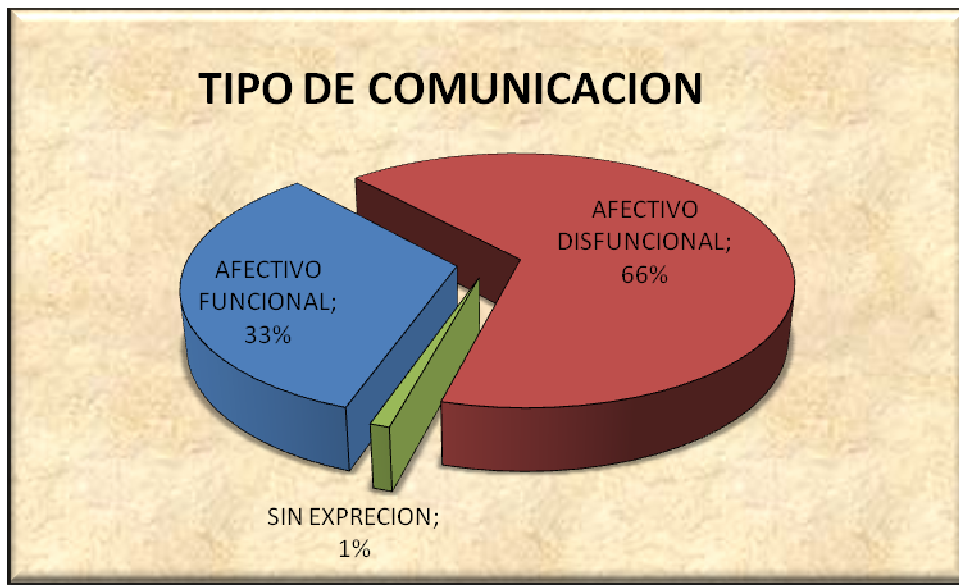
Fuente: Adolescentes embarazadas U.M.F. No 5 IMSS

Expresión del involucramiento afectivo en familias funcionales contra disfuncionales en porcentajes.

TIPO DE COMUNICACIÓN

Expresión del tipo de comunicación entre familias funcionales y disfuncionales. Existen dentro de la comunicación, una diferencia entre familias funcionales y disfuncionales a favor de estas últimas con una X^2 de 11.951 y una $P < 0.0005$, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa.

GRÁFICA No. 5 TIPO DE COMUNICACIÓN



Fuente: Adolescentes embarazadas U.M.F. No 5 IMSS

Expresión del tipo de comunicación en familias funcionales contra disfuncionales en porcentajes.

RESOLUCION DE CONFLICTOS

Expresión de resolución de conflictos entre familias funcionales y disfuncionales.

Hay una diferencia entre las familias funcionales y disfuncionales en número, sin embargo esto no es estadísticamente significativo con una X^2 de 1.910 y una P de < 0.1669 .

GRÁFICA No. 6 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS



Fuente: Adolescentes embarazadas U.M.F. No 5 IMSS

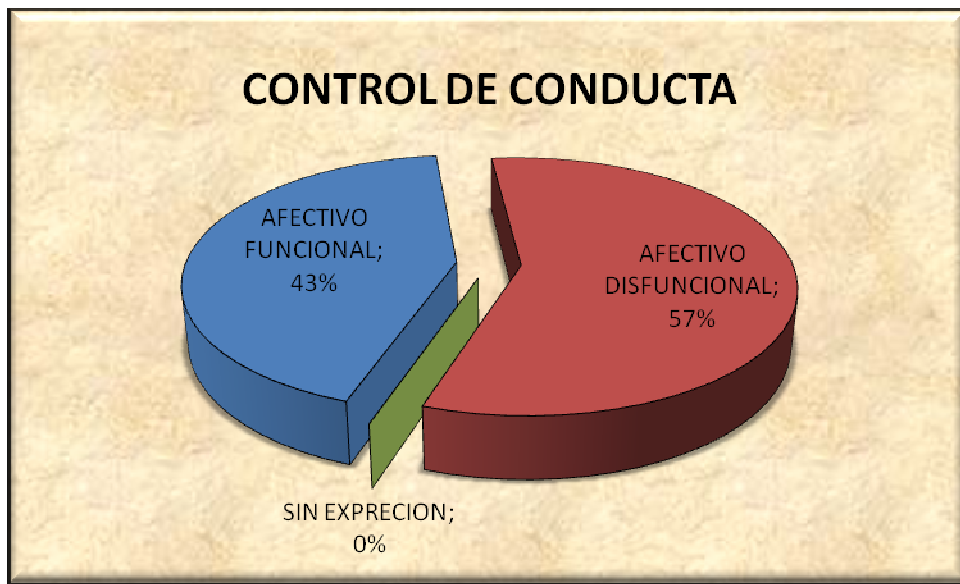
Expresión del tipo de resolución de conflictos en familias funcionales contra disfuncionales en porcentajes.

CONTROL DE CONDUCTA

Expresión de control de conducta en familias funcionales contra disfuncionales.

En relación al control de conducta, se observa que la expresión entre las familias, existe una diferencia numérica, relacionada con la expresión funcional o disfuncional del control de la conducta, sin embargo no expresa una significancia estadística.

GRÁFICA No. 7 CONTROL DE CONDUCTA.



Fuente: Adolescentes embarazadas U.M.F. No 5 IMSS

Expresión del tipo de control de conducta en familias funcionales contra disfuncionales en porcentajes.

DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo permiten evidenciar que existe un alto grado de asociación entre los siguientes factores de riesgo reproductivo: escolaridad, semanas de gestación y las disfunciones familiares detectadas por el CEFF. Aunque hay que señalar no en todos los factores se encontró significancia. El involucramiento afectivo disfuncional, los patrones de comunicación disfuncionales y patrones de conducta fueron los que mayor asociación mostraron. Esto pudiera tener relación con el tamaño de la muestra o con el tipo de pacientes a la que se sometió el estudio, ya que aunque la escolaridad del grupo en un 70% rebasa la primaria y 55% tubo que trabajar, las pacientes se desarrollan en un medio suburbano en donde el estrés no parece ser tan alto. Sería importante repetir el estudio incrementando el número de muestra.

Debemos destacar la validación que se obtuvo del CEFF, comparada con lo reportado en la literatura investigada que fue de 0.92 es menor, este punto puede explicarse por el tamaño de la muestra, ya que la literatura revisada menciona una muestra de 300 sujetos de clase alta, seleccionada a partir del criterio, sexo indistinto y tener hijos en escuelas particulares de nivel preescolar a 4^o año de primaria, lo que es contrastante con nuestra muestra y con las características de las pacientes, por lo que es importante continuar con la exploración de este instrumento en posteriores estudios. Cabe señalar que es difícil comparar por completo este estudio con algunos similares debido a que no se encontró en la literatura estudios de este tipo para confrontarlos.⁶

Hay que destacar que no estaba en los propósitos de este estudio hacer una exploración exhaustiva de la estructura familiar, sin embargo en estudios

posteriores parece indispensable hacerlo utilizando instrumentos como el genograma sociodinámico y complementarlo con escalas, como lo propuesto por la Dra. Emma Espejel que facilita un estudio de la dinámica familiar.⁶

El estudio realizado en U.M.F. C/H No. 05 de Sahuayo Michoacán en el I.M.S.S., que busca la presencia de un embarazo en adolescente y su relación con disfunción familiar, señala que de las 67 pacientes incluidas en la muestra, 30% de ellas expresan un involucramiento afectivo funcional contra un 69% que lo expresa de manera disfuncional, encontrando un 1% que no expresa ninguna de las dos alternativas, así mismo, notamos que la expresión del tipo de comunicación, es manifestada de la siguiente manera; 33% de la muestra se dice funcional mientras que el 66% de la misma se ubica dentro de la que calificamos como disfuncional y 1% sin ningún tipo de expresión.

Estos dos rubros, expresan una franca significancia estadística, lo cual corresponde a lo que se ha publicado a nivel nacional. El cumplimiento cabal de las funciones familiares, cuidado, estatus, socialización, reproducción, expresión de la sexualidad e involucramiento afectivo, permiten a las familias, minimizar los riesgos psicosociales que les conduzcan a las diferentes crisis existentes, predominantemente las llamadas, paranormativas, por lo que la finalidad del estudio familiar es precisamente determinar aquellas situaciones que se tornan en riesgos psicosociales que expliquen en un momento dado aquella disfunción o empobrecimiento de alguna de estas funciones.

Es bien sabido que la disfunción en la comunicación, forzosamente, conducirá a diferentes trastornos, dentro de la dinámica familiar, que puede tener múltiples manifestaciones, en las que se incluyen alteraciones de la

estructura, las relaciones y los roles, con una afectación clara de la función básica de la familia de involucramiento afectivo y cuya expresión puede manifestarse en diferentes conductas, como la presencia de adicciones en algún miembro de la familia, violencia intrafamiliar, la presencia de una adolescente embarazada o cualquier otra, situación que convierte al paciente que expresa estas conductas en porta voz del funcionamiento inadecuado de la familia.

Por otro lado, los siguientes puntos analizados en el presente estudio, muestran que el tipo de resolución de conflictos, 57% de las familias expresan una resolución funcional, contra un 43% que muestran disfunción en el mismo.

El control de conducta se reporta de la siguiente manera; un 43% funcional y un 57% de forma disfuncional.

Estos puntos a pesar de que se expresan numéricamente diferentes, no alcanzan a tener un valor estadístico significativo, sin embargo, esto nos habla de que a pesar de que se tenga o no un control adecuado de conducta, o un tipo de resolución de conflictos funcional o no, es posible vivir este tipo de conflictos psicosociales, sobre todo cuando no se cumple cabalmente con todas y cada una de las funciones básicas de la familia.

CONCLUSIONES

1.- La disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas de riesgo, entre ellas el embarazo en adolescentes coincidiendo con estudios previos sobre el tema.

2.- La mayoría de los adolescentes se encuentran en la adolescencia tardía con una media de 17 años, todas sin antecedente de embarazo previo.

3.-La funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada debido a que no tienen una madurez emocional, y aunque las familias son capaces de responder de manera funcional ante una situación de este tipo y son capaces además de resolver de manera adecuada, la crisis sigue siendo crisis y las adolescentes no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, por lo que la función de expresión de afecto, es frecuentemente alterada.

4.- El funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y flexibilidad. Los resultados indican disfunción familiar básicamente centrada en la función de expresión de afecto, lo que a todas luces y a pesar de que en la mayoría de los casos se encontró apoyo familiar, conduce a la adolescente a albergar sentimientos de culpa, pero sobre todo de soledad y de no pertenencia que lejos de resolver la crisis para normativa que se vive, se torna como un predisponente a realizar otras acciones que traigan nuevas crisis que se sumen a la anterior.

Por lo que el papel del médico familiar ha de ser el de prevenir estas situaciones toda vez que el estudio de la familia, cautiva del médico familiar, brinda a su médico todos los indicadores psicosociales que la encaminan a estos problemas sociales. Y en su caso ha de acompañar a la familia en la búsqueda de formación de recursos que permitan enfrentar estas crisis sin que alteren de manera significativa la dinámica y función de la misma.

Aunque no es el objetivo de este estudio, podemos inferir que la presencia de una embarazada adolescente en el seno de una familia, y de acuerdo con múltiples estudios, tiene como antecedente una disfunción familiar previa y que generalmente tiene que ver con la función de la expresión de la sexualidad y el afecto, lo que debe poner luz roja cuando encontremos una situación de este tipo, es decir es una situación de alerta que no debe dejarse pasar ya que nos indica la gran posibilidad de la presencia de una adolescente embarazada con las consiguientes alteraciones de la dinámica y funcionalidad de la familia.

El presente trabajo demostró que si existe relación importante entre la embarazada adolescente y el funcionamiento familiar medido a través del CEFF. Este mostró utilidad en la detección de factores de la funcionalidad familiar aunque no en todos los apartados que este evalúa.

El involucramiento afectivo disfuncional mostró estar ligado a la escolaridad, los patrones de comunicación disfuncionales igualmente a la

escolaridad y los patrones de control de conducta a la presión arterial media y a las semanas de gestación.

Por otro lado el médico familiar no mostró aptitud clínica para indagar sobre aspectos de la funcionalidad en la familia de las adolescentes embarazadas, por lo que queda el compromiso de hacerles notar el resultado del estudio para que en conjunto podamos lograr el máximo beneficio en nuestras pacientes, en consecuencia es indispensable capacitar a médico familiar para que considere los factores de la dinámica familiar que son relevantes en el embarazo en las adolescentes y que pueden complicarlo mayormente.

Aunque los resultados de este trabajo no son concluyentes habría que repetir el estudio con una muestra más grande, podemos afirmar desde ahora que el análisis que hace esta escala puede ser útil para reconsiderar la calificación y evolución del embarazo en las adolescentes en términos de puntaje y proponer cada uno de los factores que si asociaban como elementos del perfil de riesgo de la paciente obstétricas.

La conclusión más importante en este trabajo, va en el sentido de reconsiderar las variables que se ponderan para evaluar el riesgo reproductivo en la adolescente embarazada incluyendo en ello los factores del cuestionario aquí utilizado y asignándoles valor de acuerdo a la siguiente tabla:

TABLA No. 8. Calificación del riesgo global en las adolescentes embarazadas de la U.M.F. "H" No 5 de Sahuayo Michoacán.

Variable	Rango	Calificación
Riego inicial	De a 9	Todas inician de 4
Edad	Mayor de 12 y menor de 19	2
I. M. C.	Mayor de 33	1
I. V. S. A.	Mayor de 12	2
Escolaridad	Primaria y Secundaria	2
Numero de gestas	Mayor de 1	1
Ocupación	Estudiantes	60
Involucramiento afectivo	Disfuncional	1
Patrones de comunicación	Disfuncional	1
Patones de conducta	Disfuncional	1

Fuente: Estudio realizado en la U. M. F. "H" No. 5 de Sahuayo Michoacán.

Riesgo global : 4 a 6 = Riesgo grado I.
 Riesgo global : 7 y 8 = Riesgo grado II.
 Riesgo global : 9 y más = Riesgo grado III.

BIBLIOGRAFIA

¹ Monroy A. El Embarazo en la Adolescencia. En: Salud Reproductiva en las Américas Washington; OPS/OMS, 1992.

² Programa de Formación Continuada Acreditada para médicos de Atención Primaria desarrollado para la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO, diario electrónico de la sanidad.

http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema20/adolescente2.htm

consultada el 30/07/08.

³ Velasco ML, Sinibaldi JF. La Familia Funcional. En el Manejo del Enfermo Crónico y su Familia. Editorial Manuel Moderno México DF 2001: 12-46

⁴ Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay

⁵ Arcos Griffiths E, Alberdi Lag M, Molina Díaz C, Uarac Uarac M. Madres Adolescentes Solteras, Relaciones Familiares y Desarrollo Psicomotor del hijo. Rev Chil Cienc Med Biol 1996;-6(2):87-92.

⁶ Ortiz L. Los riesgos en adolescentes embarazadas. Rev. Gaceta Universitaria. <http://www.comsoc.udg.mx/gaceta/paginas/110/7-110.pdf> (Consultada 15 de Mayo 2008)

⁷ Haida TA, Masoz FR, Hochstetter AE. Embarazo y adolescencia. Rev. Soc Chil Obstet Ginecol Infant Adolesc 1996; 3(1):9-12.

⁸ Valdés Banda F, Valle Virgen O. Prevalencia y Factores de Riesgos Para Complicaciones Obstétricas en la Adolescente. Comparación con la Población Adulta. Ginecol Obstet México— 1996; 64(5):209-13.

⁹ Uzc Tegui O. Embarazo en la Adolescente Precoz. Rev Obstet Ginecol Venezuela 1997; 57(1):19-27.

¹⁰ Molina R.: "Adolescencia y Embarazo" – Pérez Sánchez A., Donoso Siña E.: Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edic. 1992 – Publicac. Técnicas MEDITERRANEO – Santiago de Chile.

¹¹ Coll A.: "Embarazo en la Adolescencia" – Clínicas Perinatológicas Argentinas, Nº 4, 1997 – Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).

¹² Propuesta Normativa Perinatal. Tomo I: Atención del Embarazo Normal, Parto de Bajo Riesgo y Atención Inmediata del Recién Nacido. Secretaría de Programas de Salud.

¹³ Subsecretaría de Atención Comunitaria. Dirección de Salud Materno Infantil. 1996.-Votta R., Parada O.; Cesárea Abdominal; Obstetricia; 5ta Edición. Editorial López. 1992; Cap. 8 656:665.

¹⁴ Pelaez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol 1996; 22(19):11-5.

¹⁵ Wolk LI, Rosebaum R. The Benefits of School-Based Condom Availability: Cross Sectional Analysis of a Comprehensive—High School-Based Program. J Adolescent Health 1996; 17(3):184-8.

¹⁶ Calero JL. Salud reproductiva. Sexología y Sociedad 1999;5-(13):33-35

¹⁷ Molina R.: "Adolescencia y Embarazo" – Pérez Sánchez A., Donoso Siña E.: Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edic. 1992 – Publicac. Técnicas MEDITERRANEO – Santiago de Chile.

¹⁸ Monroy A. El Embarazo en la Adolescencia. En: Salud Reproductiva en las Américas. Washington; OPS/OMS, 1992.

¹⁹ Cervantes Bergazo R. Aspectos Biológicos del Embarazo Precoz. Lima: UNICEF/Consortio mujer. 1993:191-8.

²⁰ Palacios E, Pozo J, Rivera L, Viez R, Zumba W. Implicaciones Médicos Sociales del Embarazo en Madre Adolescente y su Hijo. Rev Fac Cienc Med Univ. Cuenca- Ecuador 1996; 21(3):-50-64.

²¹ Uzcátegui O. Embarazo en la Adolescente Precoz. Rev Obstet Ginecol Venez. 1997; 57:29-35.

²² Fondo de Población de las Naciones Unidas. Vivir juntos, en mundos separados. Hombres y mujeres en tiempos de cambio. Estado de la población mundial. Nueva York (NY): FNUAP, 2000.

²³ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. VII Censo General de Población y Vivienda 1950. Resumen General. México, D.F.: INEGI, 1952.

²⁴ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. VIII Censo General de Población y Vivienda 1960. Resumen General. México, D.F.: INEGI, 1952.

²⁵ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. X Censo General de Población y Vivienda 1980. Resumen General. México, D.F.: INEGI, 1952.

²⁶ Galletta MA, Lippi Adriana de Toledo A, Giribola A, Miguelez J, Zugaib M. Resultados Obstétricos Peri natales en Gestantes Adolescentes Atendidas en Prenatal Especializado. Rev Ginecol Obstet FMUSP 1997; 8(1):10-9.

²⁷ (2002) INEGI VII

²⁸ 1990) INEGI V

²⁹ (2002) CONAPO III

³⁰ Miller HS, Lesser KB, Reed KL. Adolescence and Very Low-Birth Weight: a Disproportionate Association. Obstet Ginecol 1996; 87(1):83-8.

³¹ Consejo Nacional de Población. Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico. México, D.F.: CONAPO, 2002.

³² Encuesta Nacional de Juventud 2000. Resultados Generales. México, D.F.: Secretaría de Educación Pública, Instituto Mexicano de la Juventud, agosto 2002.

³³ .- Peláez Mendoza J, Sarmiento Barceló JA, Osa Cornesa R de la, Zambrano Cárdenas A. Cesárea en la Adolescencia: Morbilidad Materna y Peri natal. Rev. Cubana Obstet Ginecol 1996; 22(1):45-52.

³⁴ "Supporting Adolescent facts & Youth". En:

<http://www.uspa.org/adolescents/facts.htm>>

³⁵ CONAPO. Situación actual de los jóvenes en México. México CONAPO 2000

³⁶ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006,

³⁷ Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública, 2006

-
- ³⁸ OPS-OMS. Análisis Preliminar de la Situación de Salud de Venezuela. Gobierno y Población: El Desafío para la Salud y el Desarrollo. 2002; disponible en: URL: <http://www.OMS-OPS.com>.
- ³⁹ Pelaez Mendoza J. Adolescente Embarazada: Características y Riesgos. Rev Obstet Ginecol 1997; 23 (1):13-
- ⁴⁰ Viteri F, Mervers L, Pelto H, Naeye R, Gebre Mederin M, Ziegler E, et al. Nutrición Materno Infantil en Países en Desarrollo. Bol Of Sanit Panam. 1985; 538-592.
- ⁴¹ Atkin LC. The psychosocial meaning of pregnancy among adolescents in Mexico City.en popline,of cit.
- ⁴² PAC DE Medicina familiar-1, Colegio Mexicano de Medicina Familiar, 1ª ed. 1999, ed. Intersistemas S,A de C.V
- ⁴³ Ackerman W, N. Diagnostico y tratamiento de la relaciones familiares, Buenos Aires, ed. Horne 1982
- ⁴⁴ Mc. Whinney I. R, Medicina de familia, 1ª ed. México D.F. Manual Moderno 1995
- ⁴⁵ Medalie J.H, Medicina familiar, Principios y practicas, 1ª ed. México, D.F. ed. Limusa 1987.
- ⁴⁶ Irigoyen C.J, Fundamentos de Medicina Familiar, 2ª ed. México, Medicina. Familiar, Mexicana.2004.
- ⁴⁷ Minuchin S, Familias y terapia familiar, 6ª Reimpresión Barcelona.Ed. Gedesa 2001.

⁴⁸ Velasco C.M, Luna M.R, Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. 1ª ed. Ed. Pax México, 2006

⁴⁹ Ortiz G.M, La salud familiar. Rev. Cubana de med.gral e integral, 1999, 5(4)
Pp.77- 81

⁵⁰ Baldwin M, Modelo Mc Master de evaluación Familiar. 2ª ed. Ed.gedesa,
Buenos aires, 1998.

⁵¹ De la Revilla L; Fleitas I. 1994 Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Ediciones Doyma. Barcelona España.

⁵² Huerta J. La Familia en el Proceso Salud Enfermedad. México: 1998:7-40

ANEXO 1.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FAMILIAR:

Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EFF).

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible.

La información que usted nos proporcione será **absolutamente confidencial**. Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación. Por favor no deje enunciados sin contestar. La forma de responder es cruzando con una **X** el número que mejor se adecue a su respuesta con base en la siguiente escala:

Totalmente de acuerdo	(5)
De acuerdo	(4)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(3)
En desacuerdo	(2)
Totalmente en desacuerdo	(1)

1.- Mi familia me escucha	1	2	3	4	5
2.- Si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme	1	2	3	4	5
3.- En mi familia ocultamos lo que nos pasa	1	2	3	4	5
4.- En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos	1	2	3	4	5
5.- No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
6.- Raras veces platico con la familia sobre lo que me pasa	1	2	3	4	5
7.- Cuando se me presenta algún problema, me paraliza	1	2	3	4	5
8.- En mi familia acostumbramos discutir nuestro problemas	1	2	3	4	5
9.- Mi familia es flexible en cuanto a las normas	1	2	3	4	5
10.-Mi familia me ayuda desinteresadamente	1	2	3	4	5

11.-En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	1	2	3	4	5
12.-Me siento parte de mi familia	1	2	3	4	5
13.-Cuando me enojo con algún miembro de la familia se lo digo	1	2	3	4	5
14.-Mi familia es indiferente a mis necesidades afectiva	1	2	3	4	5
15.- Las tareas que me corresponden sobrepasan a mi capacidad de cumplirla	1	2	3	4	5
16.-Cuando tengo algún problema se lo platico a mi familia	1	2	3	4	5
17.-En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
18.-En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	1	2	3	4	5
19.-Me siento apoyado (a) por mi familia	1	2	3	4	5
20.-En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	1	2	3	4	5
21.-Me duele ver sufrir a otro miembro de la familia	1	2	3	4	5
22.-Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia	1	2	3	4	5
23.-Si falla una decisión, intentamos una alternativa	1	2	3	4	5
24.-En mi familia hablamos con franqueza	1	2	3	4	5
25.-En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta	1	2	3	4	5
26.-Las normas familiares están bien definidas	1	2	3	4	5
27.-En mi familia no expresamos abiertamente los problemas	1	2	3	4	5
28.- En mi familia, si una regla no se puede cumplir la modificamos	1	2	3	4	5

29.- Somos una familia cariñosa	1	2	3	4	5
30.- En casa no tenemos un horario para comer	1	2	3	4	5
31.- Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuales son las consecuencias	1	2	3	4	5
32.-Mi familia no respeta mi vida privada	1	2	3	4	5
33.-si estoy enfermo, mi familia me atiende	1	2	3	4	5
34.-en mi casa, cada quien se guarda sus Problemas.	1	2	3	4	5
35.- en mi casa nos decimos las cosas Abiertamente.	1	2	3	4	5
36.-en mi casa logramos resolver los problemas cotidianos	1	2	3	4	5
37.- existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia	1	2	3	4	5
38.-En mi familia expresamos la ternura que tenemos	1	2	3	4	5
39.-Me molesta que mi familia me cuente sus problemas	1	2	3	4	5
40.-En mi casa respetamos nuestras reglas reglas de conducta	1	2	3	4	5

ANEXO 2.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: _____

Edad _____

Nº de seguro social _____

Estado civil _____

Actualmente vive con _____

Antes de embarazarse vivía con: _____

Ocupación: _____

Acepto participar en el estudio Si () No ()

ANEXO 3.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL**

CONSENTIMIENTO INFORMADO:
Yo _____ reconozco que me ha proporcionado información amplia y precisa sobre el estudio al que se me pide participar por lo que entiendo y declaro lo siguiente:
1.- Se me informó sobre el estudio de investigación que se pretende realizar.
2.- Que seré sometida a un instrumento de evaluación para valorar la funcionalidad de mi familia.
3.- Que la información obtenida de los datos que yo proporcione se manejará de manera confidencial y no se harán públicos de ninguna forma escrita, verbal o electrónica.
4.- Que no sufriremos ningún tipo de consecuencia por participar en el estudio.
5.- Que me comprometo a contestar el instrumento de la manera mas veraz y de acuerdo a las indicaciones que reciba.
Por lo anterior, manifiesto, que es mi decisión libre y consciente de participar en el estudio que se me solicita

Firmo este consentimiento informado por mi libre voluntad en presencia de un testigo y sin haber estado sujeta a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Lugar y fecha: _____

Aceptante

Nombre y Firma

Numero Seguro Social

Unidad Médica de Adscripción

Testigo

Nombre y Firma

U.M.F. C/H No. 05 SAHUAYO
Unidad donde se otorgó consentimiento

DRA. ADRIANA VEGA ESPINOZA
Personal responsable

ANEXO 4**CRONOGRAMA**

INICIO	TERMINO	ACTIVIDAD A REALIZAR	
01 JULIO 2005.	30 OCTUBRE 2005	REVISION DE LITERATURA	√
01 NOVIEMBRE 2005.	28 FEBRERO 2006	ELABORACION DE PROTOCOLO	√
01 MARZO 2006.	30 JUNIO 2006	RECOLECCION DE DATOS	√
01 JULIO 2006.	31 OCTUBRE 2006	ANALISIS DE DATOS	√
01 NOVIEMBRE 2006.	28 FEBRERO 2007	REVISION GENERAL	√
01 MARZO 2007.	30 SEPTIEMBRE 2007	ANALISIS ESTADISTICO Y CONCLUSIONES	√
08 OCTUBRE 2007.		ENVIO DE INFORME FINAL FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.	√