



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 12

CD. LÁZARO CÁRDENAS MICHOACÁN

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN

ADOLESCENTE EMBARAZADA

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

PRESENTA:

DR. MAURICIO RICARDO MARTINEZ VALENCIA

CD. LAZARO CARDENAS MICHOACAN

OCTUBRE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTE EMBARAZADA**

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

PRESENTA:

DR. MAURICIO RICARDO MARTINEZ VALENCIA

AUTORIZACIONES

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

DR. FELIPE GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA. UNAM

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA. UNAM

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTE EMBARAZADA.

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. MAURICIO RICARDO MARTINEZ VALENCIA

DR. MARIANO MENESES NAVA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION SEMIPRESENCIAL
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. EDUARDO PASTRANA HUANACO
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD
EN MICHOACAN

DR. JOSE LUIS RANGEL MUÑOZ
ASESOR TEÓRICO - METODOLOGICO DE TESIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

DR. JOSE ANTONIO CARBAJAL UGARTE
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN EN SALUD LOCAL
PROF. ACADÉMICO ASOCIADO "A"

CD. LAZARO CARDENAS, MICHOACAN

OCTUBRE 2007.

CONTENIDO:

I. - RESUMEN	5
II.-SUMMARY	6
III.-INTRODUCCION	7
IV.- ANTECEDENTES	8
V.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
VI.-PROPOSITO	13
VII.-MATERIAL Y MÉTODOS	14
VIII.-ANALISIS ESTADISTICO	16
XVI.-RESULTADOS	17
IX.-CONSIDERACIONES ETICAS	22
X.-CONCLUSIONES	23
XI.-DISCUSION	24
XII.-BIBLIOGRAFÍA	25
XII.-ANEXOS	27

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante que influye en 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 eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. Ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa

OBJETIVO; Identificar el grado de funcionalidad familiar en la adolescente embarazada de la UMF No. 58 y HGSZ No 9, mediante la aplicación del test FACES III.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron embarazadas al azar de las unidades mencionadas, durante el periodo de Abril 2006 a Marzo del 2007.

Se aplico a cada adolescente un formulario que consta de 2 partes; Ficha de identificación y FACES III. Se clasifico a la familia, como balanceada, media y extrema. A los resultados se le aplico la estadística descriptiva.

RESULTADOS: Se seleccionaron 50 embarazadas de entre 10 y 19 años de edad, el 50% fueron del grupo de edad de 18 a 19 años, el 48% tiene algún grado de secundaria, casadas el 80%, el 76% fueron amas de casa, el 72% fueron primigestas. En cuanto al instrumento que evalúa la funcionalidad familiar, en la dimensión de cohesión; no relacionada 10%, semirrelacionada 36%, relacionada 42% y aglutinada 12%. En relación a la adaptabilidad; 12% rígida, 32% estructurada 32% flexible y 24% caótica.

CONCLUSIONES: La funcionalidad familiar de la adolescente embarazada se encuentra alterada en un 14.1% de los casos. Probablemente se debe a que viven en una crisis de identidad, no cuentan con madurez física ni emocional y sienten rechazo personal, familiar y social, confunden la satisfacción de ser madre con la de ser mujer. Quizás esto sea lo que las obligue a tomar la decisión de unirse a otra persona.

PALABRA CLAVE: Funcionalidad Familiar, Adolescente Embarazada y FACES III
SUMMARY

INTRODUCTION: The good or bad operation of the family is a determining factor that influences in the conservation of the health or the appearance of the disease between its members. With base in which the family fulfils or lets act her as effectively, speech of functional or dysfunctional family. Since the familiar functionality is the capacity of the system to face and to surpass each one of the stages of the vital cycle and the crises by which it crosses

OBJECTIVE: Identification the grade familiar functionality in the pregnant adolescent in the UMF No. 58 and the HGSZ No.9, by means of the application of the test FACES III.

MATERIAL AND METHODS: They were selected of at random pregnant the units mentioned durint the period of April 2006 to march 2007.

Aplicated to each adolescent a form that consist of 2 parts; Card of identifiqued and FACES III. Clasificate a equilibrate family meadly and extreme. To results aplicate the descriptive statistic.

RESULTS: Pregnant ones of between 10 and 19 years of age were, 50% were of the group of age of 18 to 19 years, 40% have some grade of high school, married 80%, 76% were housewives, 72% were their firs pregnant.

The instrument that evaluates the familiar functionality, in the dimension of cohesion; not relationated 10%, semi relationated 36%, relationated 42% agglutinated 12%.as the adaptability; 12% rigid, 32% structured, 32% flexible y 24% chaotic.

CONCLUSIONS: The familiar functionality of the pregnant adolescent is altered in 14.1% of the cases. Probably it must to that they live in a crisis of identity, does not count on physical or emotional maturity and feel personal rejection, familiar and social, they confuse the satisfaction to be mother with is woman. Perhaps this is what it forces to taking the decision to be united with another person.

KEY WORD: Familiar functionality, pregnant adolescent and FACES III.

INTRODUCCION:

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante que influye en 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 eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. Ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (1) La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones, los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad. (2) Los adolescentes ya sea que estudien o trabajen, encontraran en las relaciones sexuales una fuerza biológica que llevara a la búsqueda de la pareja y a desempeñar papales adultos. Cuando surgen el embarazo en una adolescente, la familia se ve obligada a reestructuración, de las funciones de sus miembros, ya que aparecen nuevas necesidades, en torno a este binomio; hay una movilización inmediata, de todos los integrantes para encontrar un nuevo estado de homeostasis familiar, el cual puede ser inicialmente rechazado o causar sorpresa y frustración.

ANTECEDENTES:

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante que influye en 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 eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. Ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (1)

La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones, los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad. (2)

Una familia funcional es aquella que al interactuar sus elementos mediante un dialogo abierto, honesto, y con el único interés de que prevalezca la unidad familiar, provocan la solución a cualquier problema corrigiendo actitudes personales e incluso culturales, que en la mayoría de las veces impiden la buena comunicación y relación de la familia, ya que es aquella donde operan fuerzas individualizantes e integradoras. (3)

La familia es la es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural. Aun cuando la forma de la familia varia en las diversas sociedades, toda sociedad mantiene sistema típico constante, es por eso que cada forma particular de familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad. (4)

Psicológicamente, los miembros de la familia, están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas, y están ligados económicamente en Interdependencia para la provisión de sus necesidades materiales. Los lazos familiares pueden consolidarse o relajarse ante los eventos críticos que se presentan en la existencia del individuo y que se manifiestan igualmente en la vida familiar. (5)

Es preferible no utilizar los calificativos normal o anormal para referirnos a la dinámica familiar, pues si los criterios para definir la normalidad psicológica del individuo son controvertidos, la naturaleza más compleja del sistema familiar hace prácticamente imposible determinar con precisión estos aspectos. Por ello tal vez sea más acertado y práctico utilizar los términos funcional y disfuncional, y considerar según Chagoya que una familia funcional es aquella en la que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y cuyos padres no están en lucha continua lo cual no excluye que existan dentro, sentimientos negativos como odios, celos ambivalencia e insatisfacciones, además de los positivos como amor, altruismo y respeto. (6)

Cuando la pareja no logra resolver satisfactoriamente los problemas inherentes a la fase inicial de la vida en común, hablamos de una disfunción familiar primaria. Esas dificultades pueden resumirse en incapacidad para relacionarse en forma compatible, por ser las personalidades de los esposos demasiado rígidas o por carecer de un mínimo de afinidades entre ellos, incapacidad para establecer un compromiso marital, es el caso de aquellos que quieren seguir haciendo su vida de soltero, con todas las libertades y un mínimo de obligaciones, y cuando existen expectativas inconcidentes conflictivas que producen síntomas neuróticos. (7).

El marco conceptual desde el cual se parte, es el enfoque sistémico, acogido como paradigma para la comprensión del comportamiento humano en la familia; dimensiones primarias. La integración de los conceptos provenientes de la revisión de la literatura sobre familia y terapia familia revela 3 dimensiones centrales del comportamiento familiar:

1. Cohesión.
2. Adaptabilidad (cambio)
3. Comunicación.

Estas son las tres dimensiones primarias integradas en el modelo circunflejo tal como la formulan Olson y colaboradores (8,9)

El termino adolescencia se deriva de la voz latina *adoleceré*, que significa crecer hacia la madures y como tal, la adolescencia corresponde a un periodo en el cual se suceden simultáneamente cambios físicos, psicológicos miradas nuevas al ambiente sociocultural y apropiación de valores que con llevan a la construcción y adopción de una postura espiritual, de una escala de valores y del desarrollo moral. (10)

Durante la adolescencia se presentan cambios tanto de tipo físico como emocionales, que propician la ocurrencia de situaciones no deseables, entre los que destaca, el embarazo. (11)

La OMS define como adolescencia al periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica y fija sus limites entre los 10 y 19 años, Es considerada 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, en muchos aspectos un caso especial. (12)

Se sabe que el embarazo en adolescentes es un fenómeno relativamente frecuente en México. Los datos mas recientes indican que cada año se embarazan 500 mil adolescentes, lo que representa un 25% del total de embarazos que se registran en el país. (13)

El embarazo en la adolescencia aparece como preocupación social en la década de los setentas, para 1974 la OMS comenzó a prestarle atención dentro de la temática de la salubridad adolescente, planteándolo como un problema creciente y de capital importancia. Actualmente 80% de estos, tienen lugar en los países en desarrollo, existiendo una gran variación en las tasas de fertilidad de los adolescentes, entre los diferentes países, dependiendo del grado de desarrollo y de promedio de edad al matrimonio. (14)

La adolescencia es un paso que puede ser critico, en las sociedades que perecen, en las que a diferencia de las sociedades agrícolas o artesanales, la familia no es suficiente, para socializar a sus miembros de manera tal, que puedan desempeñarse de forma adecuada en la

actividad socioeconómica, debido principalmente a la complejidad de tales actividades. Así el paso de la niñez a la adultez, no se da en forma progresiva y adaptada, si no que surge en forma brusca, planteando una serie de complicaciones. (15)

En México la mortalidad materna en menores de 20 años corresponde a 33% del total, y los problemas de los hijos de madres adolescentes se relacionan con bajo peso al nacer, valoraciones de APGAR bajas y riesgo de muerte en el primer año de vida. (16)

Instituciones como MEXFAM, y la secretaria de salud han iniciado programas para atender esta problemática, pero aun falta mucho por hacer para lograr que la población menor de 19 años se acerquen a las instituciones de salud a fin de solicitar atención para llevar una vida sexual libre del miedo, de tener embarazos precoces o de contraer enfermedades sexualmente transmisibles. (17)

En muchos países los adolescentes, llegan a representar, los 20 a 25% de su población. En 1980 en el mundo habían 856 millones de adolescente y en el 2000 llegaron 1.1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de los partos en mujeres menores de 20 años. En base al censo nacional de población, en 1990, el 12% de los nacimientos registrados correspondieron a los hijos de madre adolescentes. Para la secretaria de salud se hace referencia que el total de las embarazadas menores de 20 años de edad atendidas en los centros de salud de esta durante el periodo enero septiembre de 1997 fueron cerca de 186 mil y que de acuerdo a estos resultados al cierre del año, abrían atendido en esta institución aproximadamente 250 mil. Para el INEGI en estadísticas demográficas En México y Michoacán, en la región de occidente (Aguascalientes, colima, Guanajuato, Jalisco, Nayarit y Michoacán) en el año de 1994 hubo un total de 22746 egresos obstétricos en menores de 20 años los que correspondieron al 15% del total. (18)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La gestación, desde un enfoque familiar debiera contemplar no solo la asistencia obstétrica, como tal, sino avistar un enfoque integral que atienda además, las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia. Se han mencionado ciertas condiciones riesgosas que pueden considerarse contribuyentes al embarazo en adolescentes como son en nuestra época, la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación familiar, sobre todo con la figura materna, el abandono de la escuela, la menarquia precoz, baja autoestima, con la consiguiente carencia de proyectos de vida, el poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos, familias disfuncionales, madre o hermana embarazadas en adolescencia, padre ausente, nivel socioeconómico bajo, integración precoz al área laboral, amigas que han iniciado vida sexual.

Por lo que es pertinente ¿conocer cual es la funcionalidad familiar en la adolescente embarazada?

OBJETIVOS:

1.-GENERALES:

Identificar la funcionalidad familiar de la adolescente embarazada.

2.-ESPECIFICOS

Identificar el grado funcionalidad familiar.

HIPÓTESIS.

¿El embarazo en la adolescencia es un factor que contribuye a la disfunción familiar?

MATERIAL Y MÉTODOS:

TIPO DE ESTUDIO: Clínico observacional.

Diseño del estudio: Prospectivo, descriptivo, analítico y de corte transversal.

Definición del universo de estudio:

Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años.

Periodo de estudio: Abril 2006 a Marzo 2007.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se seleccionaron al 100% las adolescentes de 10 a 19 años de edad embarazadas que acudieron a consulta de medicina familiar durante el periodo comprendido de Abril del 2006 a Marzo del 2007 por conveniencia no probabilística.

VARIABLES DE ESTUDIO:

1.-INDEPENDIENTE: adolescente embarazada

2.-DEPENDIENTE: funcionalidad familiar.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Adolescentes que se embarazan en el periodo comprendido de abril del 2006 a Marzo del 2007.

Adolescentes de 10 a 19 años de edad.

Derechohabientes Embarazadas.

Adolescente embrazada y familia que acepten participar en el estudio y conteste el instrumento.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

Adolescentes menores de 10 años.

Adolescentes mayores de 19 años.

Adolescentes sin derechohabiencia.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Adolescentes que no contesten el cuestionario al 100%.

ANALISIS ESTADISTICO.

1.-Escala de medición

2.-Medidas de frecuencia.

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio se seleccionaron 50 adolescentes embarazadas, de los cuales se encontraron en la dimensión de cohesión, 5 (10%) no relacionada (baja cohesión), 6 (12%) aglutinada (alta cohesión), 18 (36%) semirrelacionada (cohesión intermedia) y 21 (42%) relacionada (cohesión intermedia) (grafica 1).

En la dimensión de adaptabilidad se obtuvo 6 (12%) rígida (adaptabilidad baja) 12 (24%) caótica (adaptabilidad alta) 16 (32%) estructurada (adaptabilidad intermedia) y 16 (32%) flexible (adaptabilidad intermedia) (grafica 2).

En el cuestionario de edades se encontró 50% fue para el grupo de 18 a 19 años, 20% para el de 17 a 18 años, 14% en el de 16 a 17 años 8% en el de 15 a 16, 4% en el de 14 a 15 y el 2% para los grupos de 13 a 14 y 12 a 13 años (grafica 3).

Las adolescentes embarazadas presentaron el siguiente nivel educativo; analfabetas 2%, primaria 40%, secundaria 48%, bachillerato 8% y carrera técnica 2%.

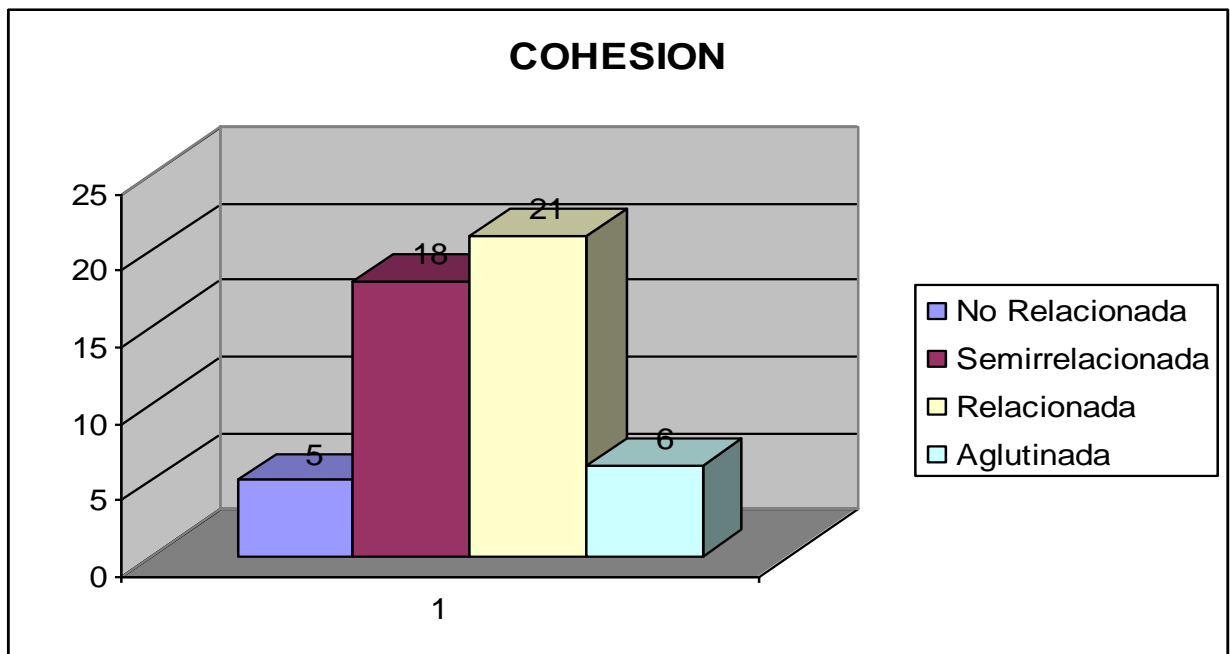
Su estado civil fue casada 80%, madres solteras 14% y unión libre 6%.

Su ocupación; trabajan 24%, amas de casa 76%.

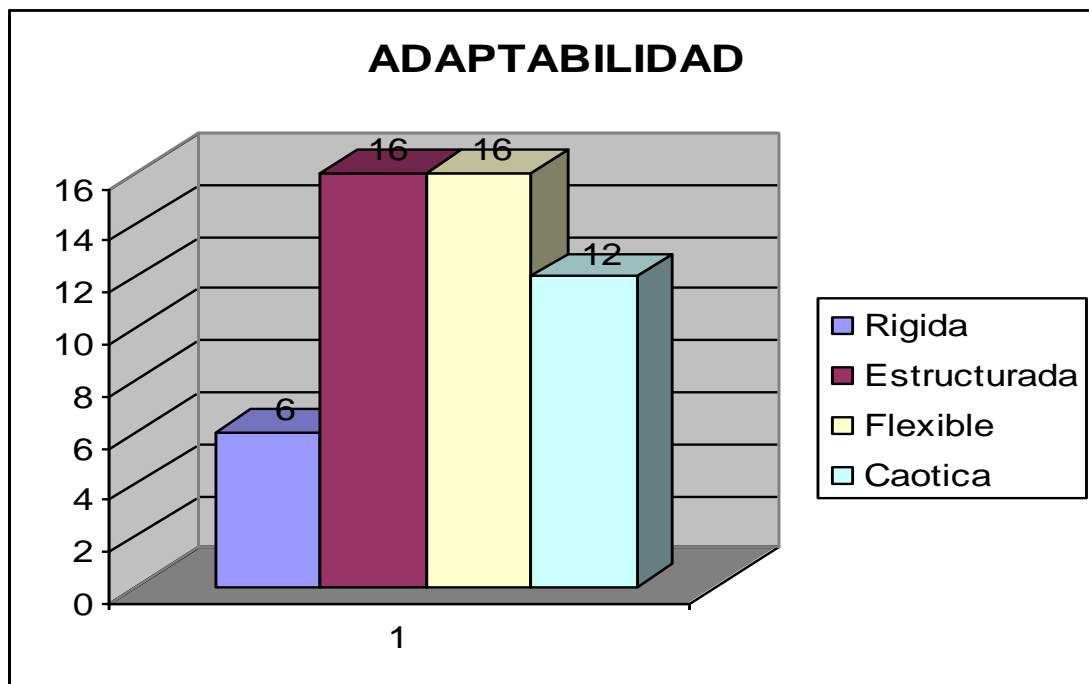
Numero de embarazos; 72% 1 embarazo, y 28% 2 o mas

El estado civil de los padres; casados 84%, divorciados 6%, y unión libre 10%.

Grafica 1.



Grafica 2



EIDADES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS:

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
18 A 19	25	50
17 A 18	10	20
16 A 17	7	14
15 A 16	4	8
14 A 15	2	4
13 A 14	1	2
12 A 13	1	2

Cuadro1

CARACTERISTICAS DE 50 ADOLESCENTES		NUMERO	%
ESCOLARIDAD	ANALFABETA	1	2
	PRIMARIA	20	40
	SECUNDARIA	24	48
	BACHILLERATO	4	8
	TECNICA	1	2
	PROFESIONAL	0	0
ESTADO CIVIL	CASADA	40	80
	OTRO	3	6
	SOLTERAS	7	14
OCUPACION	TRABAJA	12	24
	HOGAR	38	76
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES	CASADOS	42	84
	DIVORCIADOS	3	6
	OTROS	5	10
NUMERO DE EMBARAZOS	UNO	36	72
	2 O MAS	14	28

Cuadro 2

CONSIDERACIONES ETICAS.

La investigación se realizó de acuerdo a los lineamientos de la declaración de Helsinki de 1964 y las subsecuentes modificaciones, por lo que el estudio contó con la debida autorización del comité respectivo, además de asegurar el consentimiento informado por los participantes del estudio.

CONCLUSIONES:

La funcionalidad familiar de la adolescente embarazada se encuentra con alteración del 14.1 %, probablemente se debe a que viven en una crisis de identidad, no cuentan con madurez física ni emocional y sienten rechazo personal, familiar y social, confunden la satisfacción de ser madre con la de ser mujer, quizá esto sea lo que las obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja.

Conociendo que las adolescentes y en especial las primigestas tiene mayor riesgo obstétrico, deben crearse programas específicos para la atención de las mismas, en donde se pueden reducir las complicaciones medicas y quirúrgicas, pero el compromiso del medico familiar es realizar acciones en el primer nivel de atención, disminuyendo el riesgo obstétrico de las adolescentes.

Las madres adolescentes que llegaron a nuestra clínica, iniciaron tempranamente su vida sexual, muchas de ellas con el antecedente de fracaso escolar, y bajo nivel socioeconómico, que son también factores que determinan el inicio de relaciones cóitales desprotegidas, el insuficiente acceso a cuidados médicos prenatales, lo que aumenta el riesgo de patología del binomio madre adolescente y neonato de alto riesgo, todo a su vez exacerbado por ingresos equivalentes al mínimo o menor a este, lo que determina el pronostico de salud de los hijos.

Debemos trabajar en los aspectos preventivos y de educación sexual, a partir de conocer las necesidades de nuestra población, no olvidando que la adolescencia es un proceso de “desarrollo y crecimiento” físico y mental.

Concluimos que los niveles en los cuales actúa el medico familiar con las familias, son el educativo y el de orientación, haciéndose cada vez mas importante el de orientación, por los resultados que se obtienen de este estudio.

DISCUSIÓN:

En el presente estudio se encontró una disfunción de la familia en la adolescente embarazada de 14.1% a diferencia de lo reportado en el estudio realizado por Rangel y cols. (1) Donde se reporta una disfuncionalidad de 33% de los casos, probablemente debido a que se utilizó el APGAR como instrumento de evaluación el cual tiene menor grado de confiabilidad. En similitud con dicho estudio se encuentra el promedio de edad de la adolescente embarazada en la edad de los 18 a 19 años con un 55% y 50% de nuestro estudio. En relación con el estudio de Mendoza y cols. (19), en donde realiza un estudio de dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria en Xalapa Veracruz, utiliza el FASES III, en el cual se encuentran resultados similares, encontró un 43% de familias de rango medio, un 41% a familias balanceadas y un 16% a familias extremas; en nuestro estudio resultó familia extrema en 14.1%, media 50% y balanceada 35.9%. se deduce que de acuerdo a estos estudios la situación geográfica y cultural no influyen para que la adolescente se embarace.

La discusión y el análisis de estos resultados nos permiten comprender que nuestros adolescentes piensan que ya no son niños, por tanto, pueden tomar dediciones, comportarse a semejanza de los adultos, sienten que tienen la oportunidad de ser y de hacer.

La adolescencia es una fase indudablemente difícil de gran vulnerabilidad, que quiere una atención especial, por lo que todos los que tenemos responsabilidades como educadores debemos convertirnos en guías que los ayuden a alcanzar la madurez indispensable, para que, finalmente sean capaces de determinar por si solos sus destinos existenciales, indispensables para su vida personal y social.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Rangel Muñoz JL., Patiño Ponce J., Valerio Flores LM., Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada, IMSS, Unidad de medicina familiar No 53 León Guanajuato, Fac. de Medicina UNAM, Vol. 47 México 2004, Pág. 4,5.
2. Maddaleno M., enfoque familiar y los problemas de salud del adolescente. Florenzano R., Horwitz N., Rigeling Y., Ventura G., et al., editores. Salud familiar, primera edición, división de ciencias medicas, facultad de medicina .U. de Chile; 1986 Pág. 125-141.
3. Olivo V.M., familia y funcionalidad, mecanograma en imprenta, ISEM 1999.
4. Irigoyen Coria A., Fundamentos de Medicina Familiar, 7ª edición, México 2000. editorial Medicina Familiar mexicana. Págs. 41-42, 123-126.
5. Ackerman N.M., Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires; Home, 1992, Pág.23.
6. Chagoya L. Dinámica Familiar y Patología. La Familia medio propiciador e inhibidor del desarrollo humano. Editado por DULANTO, ediciones medicas del hospital infantil de México. 1995, Págs. 24-25.
7. Satir V. terapia familiar conjunta. La prensa medica mexicana, México 1982.
8. Olson D. H. Mc.Cubbin HI., Barnes Larsen A., Maxen M., Wilson M. Editions, Family inventories,. St. Paul MN; Family Social Science. University of Minnesota 1996.
9. Ponce Rosas R., Gómez Clavelina FJ., Irigoyen Coria A., Terán Trujillo M., Hernández Gómez A., Análisis de la confiabilidad del FASES III, atención Primaria, 1999; 23 (8), Págs. 484-579.

10. Meneses Garduño J., PAC MF-1, Salud del adolescente, primera edición, 1999, Págs. 16-40.
11. Florenzano UR. La familia, como factor de riesgo, adolescentes y familia en Chile 1992., 7; Págs. 24-34.
12. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, Plan de acción y desarrollo en la adolescente de las ameritas. 1998-2000.
13. Aguilar Meyeb. Hablemos de sexualidad. Consejo Nacional de población. Fundación México. Para la Planificación Familiar.
14. Ster C. El embarazo en la adolescencia, como problema publico, una visión critica. Salud Pública, México 1997; 39, Págs. 137-143.
15. Fernández F. et al. Característica socio familiares y morbilidad materna infantil, en el embarazo de adolescentes. Boletín Medico del Hospital Infantil de México 1998. Pág. 55.
16. Erhenfed Lenkiewuiezn, Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. Salud Pública, México 1991, Págs. 154-160.
17. Organización Panamericana de la Salud, Normas para la atención del embarazo y el parto en adolescentes. México 1994. Págs. 23-25.
18. Caballero Hoyos R., Hidalgo San Martín A., Madrigal de León E., Nuño Gutiérrez F., Tapia Curiel A., Investigaciones en la salud del adolescente, 1ª edición IMSS., OPS/OMS, México 2002. Págs. 63-68.
19. Mendoza Solís LA, Soler Huerta E, Sainz Vázquez L. Gil Alfaro I, Mendoza Sánchez HF, Pérez Hernández C., Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos de medicina familiar, vol.8, (1), enero-abril, año 2006, Vol. 8, asociación latinoamericana de profesores de medicina familiar AC, UAEM, México, Págs. 27-32.

ANEXOS

FASES III.

Olson D. H. Portner J., Lavee Y.

Versión en español, Gómez Irigoyen C.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre

Describe su familia:

1. _____ Los miembros de la familia se dan apoyo entre si.
2. _____ En nuestra familia se toman en cuenta la sugerencia de los hijos para resolver los problemas
3. _____ Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
4. _____ Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
5. _____ Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos de la familia.
6. _____ Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
7. _____ Nos sentimos más unidos entre nosotros, que con personas que no son de nuestra familia.
8. _____ Nuestra familia cambia, el modo de hacer las cosas.
9. _____ Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
10. _____ Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
11. _____ Nos sentimos muy unidos.
12. _____ En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
13. _____ Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente.
14. _____ En nuestra familia las reglas cambian.
15. _____ Con facilidad podemos planear actividades en familia
16. _____ Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
17. _____ Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
18. _____ En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
19. _____ La unión familiar es muy importante
20. _____ Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

