

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



SECRETARÍA DE SALUD

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

SEDE TEAPA, TABASCO

**"LA FAMILIA MULTIPROBLEMATICA Y EL EMBARAZO EN LA
ADOLESCENTE"**

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

PRESENTA

DRA. MARIA ELENA FANY ISLAS SOSA

TEAPA, TABASCO

2009



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.

**" LA FAMILIA MULTIPROBLEMATICA Y EL EMBARAZO EN LA
ADOLESCENTE"**

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

PRESENTA

DRA. MARIA ELENA FANY ISLAS SOSA

AUTORIZACIONES

**DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO**

**Q.F.B. SERGIO LEON RAMIREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA E INVESTIGACION**

**" LA FAMILIA MULTIPROBLEMATICA Y EL EMBARAZO EN LA
ADOLESCENCIA"**

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

PRESENTA

DRA. MARIA ELENA FANY ISLAS SOSA

AUTORIZACIONES

**DR. BLADIMIR MORALES ARIAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN SEDE TEAPA, TABASCO.**

**DR. MIGUEL PABLO GARCIA
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS**

**" LA FAMILIA MULTIPROBLEMÁTICA Y EL EMBARAZO EN LA
ADOLESCENTE"**

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

PRESENTA

DRA. MARIA ELENA FANY ISLAS SOSA

AUTORIZACIONES

**DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

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

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

INDICE	
ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
JUSTIFICACION	19
OBJETIVO GENERAL.....	21
OBJETIVO ESPECIFICIO	21
HIPOTESIS:	21
HIPOTESIS NULA:	21
HIPOTESIS ALTERNA:	21
MATERIAL Y METODO.....	22
DISEÑO DEL ESTUDIO	22
UNIVERSO DE ESTUDIO:	22
Criterios de Inclusión.	22
Criterios de Exclusión:	22
Criterios de eliminación	23
DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS VARIABLES	23
OBTENCION DE LA INFORMACION.....	25
Sistema de captación de la información.	25
Método de recolección de la información	25
Método estadístico Medición de las variables:.....	27
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	27
RESULTADOS:	28
DISCUSION:.....	36
CONCLUSION.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	40

ANTECEDENTES

DINAMICA FAMILIAR Y FAMILIA MULTIPROBLEMATICA

La familia es el primer grupo social al que pertenecemos, cada familia esta hecha por afecto, valores y sentimientos, por lo que la familia y la cultura son un pilar muy importante en el desarrollo del individuo y tiene una gran influencia en la toma de decisiones de este. De este modo podemos afirmar que el cumplimiento de las funciones familiares y de la dinámica de la familia es determinante en el proceso salud enfermedad de un individuo.

Las familias aún en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en las tareas de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar; las conocidas tareas de la familia y por otros autores como las funciones familiares. La familia es un sistema que se compone de subsistemas como son el conyugal, paterno filial y fraternal; toda familia tiene características que las hacen similares o distintas que representan la tipología estas son: la composición, el desarrollo, la demografía, la ocupación, la integración.

Estos aspectos por tanto son considerados la funcionalidad familiar y corresponde a uno de los parámetros principales que se evalúa en el estudio de la salud familiar. La función familiar es el resultado de una adecuada dinámica familiar; sabiendo que la funcionalidad familiar; es la capacidad que tiene cada sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital o una crisis.

1-2

Ya que la Dinámica Familiar (Olson y cols 1979): es sistema de intercambio de las interacciones familiares especialmente; los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre si y el grado de autonomía experimenta en la familia

(cohesión), así como la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta a estrés o crisis y desarrollo (adaptación).³

La comunicación en la Familia: es fundamental que todos integrantes de la familia pueden expresar sus necesidades, emociones sin temor a ser rechazado no ser escuchado, al poder realizar una comunicación directa es posible que se establezcan relaciones más claras y eficientes.

En cuanto al conflicto es importante que la familia sepa como enfrentarlo; todas las familias consideran que un conflicto surge cuando hay diferencias entre los intereses, las necesidades y deseos de cada miembro, diferencias en la opinión de los procesos familiares (como hacer las cosas), criterios a seguir para tomar una decisión, criterios para repartir los bienes y servicios de la familia y las diferencias de valores. Cuando un conflicto no es resuelto, los sentimientos asociados, quedan guardados y se van acumulando cada vez que viene otro conflicto que no se resuelva, y se manifiestan de la peor manera, por lo general con conductas violentas; para que una familia supere estos estrés, es necesario que la familia tenga la capacidad resolver sus conflictos basados en la conversación y el dialogo.

La distribución de las tareas dentro del hogar son parte de la Dinámica Familiar, por lo que la distribución equitativa de las tareas del hogar entre los miembros de la familia, independientemente del sexo de sus miembros y de acuerdo a la edad de cada uno de ellos, por lo que la responsabilidad de las tareas del hogar se tiene que tomar en cuenta en particular la edad de los niños, esto significa que los niños y las niñas no deberían desarrollar tareas que excedan sus capacidades físicas y/o psicológicas, ni eximir de desarrollar tareas que estén a su alcance.⁴

Minuchin, menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización, tales como: roles, jerarquía y demarcación de los límites, la adaptabilidad (flexibilidad, versus rigidez), cohesión

(proximidad versus distancia) y estilos de comunicación.⁵ Entonces, la familia se convierte en un factor muy importante en el desarrollo y las decisiones de sus integrantes; incluidos los adolescentes; de ahí la importancia de la influencia de una Familia Multiproblemáticas; que tienen características que las específicas.⁵

Como definición de Familia Multiproblemáticas, según Escartin: representan desorganización en la estructura, esto es: confusión de los roles, incumplimiento de las funciones familiares, disfunción de los límites (pudiendo ser rígidos o muy laxos), relaciones emocionales intrincadas o distantes, reglas secretas o ausencia de reglas que articulen las relaciones y una dinámica de poderes confusas.

Las Familias Multiproblemáticas presentan muchas dificultades para cumplir con sus funciones y se caracterizan por tener:

- ✓ Dificultades en el desarrollo de roles, sobre todo roles parentales y asunción de liderazgo.
- ✓ Escasa delimitación de subsistemas; así, se observa poca definición de los límites generacionales.
- ✓ Inestabilidad psicosocial de los individuos y subsistemas, provocada por una escasa organización estructural.⁶

El concepto de Familia Multiproblemáticas se considera reciente; se inicia su descripción como tal a partir de los años 50^s, aun que no así la existencia de este tipo de familias, ya que desde tiempos inmemorables se ha considerado que las familias de recursos limitados son las que mayor cantidad de dificultades tanto medicas, como sociales presentan, inmersas en estas la violencia intrafamiliar y la drogodependencia (incluido el alcoholismo).

La mayoría de los artículos que hablan sobre este tipo de familia, la definen con 5 características: siendo estas las Familias aisladas, excluidas, sub-organizadas, asóciales y desorganizadas; todo esto para establecer que en estas familias se

consideran aisladas debido a que ante una crisis familiar, no hay apoyo de la misma para poder superarlo, independientemente de la clase social a la que pertenezca la familia; familia excluida; ya que por las características de las mismas hay una separación entre las familias, el sistema parental y las instituciones de la comunidad; sub organizadas: debido a que como característica hay una disfuncionalidad desde el punto de vista estructural, con afectación de los roles principalmente del subsistema paténtales. Familias asóciales: ya que se encuentran comportamientos desviados a nivel social, primordialmente la fármacodependencia y la violencia intrafamiliar. Familias desorganizadas: según Minuchin, la comunicación entre los miembros de estas familias se caracteriza por:

- Un intercambio muy limitado de las informaciones entre los miembros familiares, y una experiencia cognitiva y emotiva tendencialmente indiferenciada para cada individuo.
- Un uso prevalente de la comunicación analógica mas que de la digital.
- Se da más resonancia a los aspectos relacionales que a los aspectos comunicativos de los mensajes.
- Caos comunicativo, que es índice de desorden relacional, desorganización estructural y que a su vez contribuye a reforzarlo. ⁷

Otra de las características de las Familias Multiproblemática; es ser consumidoras de manera ambigua, ya que consumen cosas no básicas, principalmente artículos de la modernidad, como televisores, teléfonos celulares, etc., en numero innecesario y hay ausencia de cosa básicas; como alimentos adecuados que suplan las necesidades de los integrantes, no hay para dar una educación a los hijos o vestirlos decorosamente, y son consumidores de servicios sociales o programas de ayuda social, por excelencia. Estas ultimas características, no solo se dan en los estratos sociales bajos, sino también en los medios y medios altos, ya que si bien puedan tener adecuadas entradas económicas, hay una administración inadecuada, llevando a la familia a etapas de opulencia y otras de carencia.⁷

La unión familiar debe asegurar a sus integrantes: estabilidad emocional, social y económica, además de prodigar amor, cariño y protección, es allí donde se transmite la cultura a las nuevas generaciones, se prepara a los hijos para la vida adulta y se aprende tempranamente a dialogar, escuchar, conocer y desarrollar los derechos y deberes como persona social.⁸

ADOLESCENCIA

La OMS define como adolescencia al "período 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 límites entre los 10 y 20 años.

Las adolescentes representan poco mas de 10% de las embarazadas a nivel mundial⁹ En América Latina, la población de jóvenes es cada vez mas numerosa e importante, en el año 2000, los adolescentes de 10 a 19 años conforman el 20% de la población y mas del 80% habitan en zonas urbanas.

Según la CONAPO mediante un informe nacional en 2006, reporta que el 31.1% de las jóvenes habitantes de zonas rurales, ya han tenido su primer hijo a los 18 años, mientras que en zonas urbanas en 23.3%, esto significa que las adolescentes embarazadas interrumpen su preparación académica a edades muy tempranas. Este mismo informe, menciona que los adolescentes sexualmente activos se inician sin conocimiento adecuado de métodos anticonceptivos y que 14 millones de adolescentes a nivel mundial dan a luz. Este fenómeno no es propio de los países en desarrollo, sino que también se ha notado que en algunos países desarrollados la mitad de las adolescentes ya son madres a los 18 años.⁹⁻

¹⁰ Como consecuencia se ha encontrado que la educación sexual ha sido deficiente en los adolescentes.

Ayala Mejía⁹, considera que la educación de la sexualidad, es un proceso continuo a lo largo de la vida, que está dirigido a proporcionar información científica lo mas objetiva posible, que debe ir contra de los prejuicios y en cambio formar actitudes que hagan prevalecer los valores de respeto, tolerancia, amor y responsabilidad, por tanto deben abordarse todos los aspectos básicos de la sexualidad y el sexo: biológicos, psicológicos y sociales; siendo el objetivo principal ayudara a los jóvenes adolescentes a tener una visión positiva de la sexualidad, proveerlos de información y habilidades sobre como cuidar se salud sexual, y a adquirir destreza para la toma de decisiones ahora y en el futuro. Ayala Mejía, realizó un trabajo con padres y madres de adolescentes, para conocer las actitudes que presentaban acerca de la conveniencia de dar educación de la sexualidad a sus hijos e hijas en la escuela, y reporta que los padres piensan que los adolescentes adquieren esta educación de manera informal, principalmente por medio de la familia, con los amigos, y sobre todo por los medios de comunicación, como son le cine la televisión, el radio, las revistas y actualmente vía Internet, dejando muy pocas posibilidades de que sea adquirida de manera formal, en la escuela. Alguno de los padres suponen que la sexualidad es lago muy “especial”, y que por esta razón se requiere de una “virtud especial” para poder brindar un buena educación sexual. No es, el tema en sí, lo que impide abordar adecuadamente la educación de la sexualidad, son las actitudes, los miedos y prejuicios que dificultan hablar directa, abierta y objetivamente del tema⁹.

La adolescencia se divide en tres etapas a) la adolescencia temprana que va de los 10 a los 13 años, biológicamente es la etapa en la que suceden los mayores cambios físicos y biológicos como la menarca; psicológicamente el adolescente cambia la relación con los padres, ya que inicia una relación mas estrecha con individuos de su edad, con quienes pasa la mayor parte del tiempo. En esta etapa aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas irregulares; se preocupa mucho por su apariencia física.

b) Adolescencia media va de los 14 a los 16 años, se considera la adolescencia misma, se ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático: hay

más convivencia con personas de su edad con quienes comparte valores y conflictos, incluidos los que representan los padres. Teniendo un sentimiento de omnipotencia y c) Adolescencia tardía va de los 17 años a 19 años, casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas, y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrolla su propio sistema de valores, con metas vocacionales reales.¹¹

Por tanto, sabiendo que la adolescencia: es la etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que se asocia al embarazo adolescente y que carece de adecuada dirección por parte de los responsables de la educación ya sean padres o maestros, por diferentes causas, ya sea el poco conocimiento del tema, el no saber el momento de dirigir la educación y la poca apertura de los jóvenes a este tema con los adultos; prefiriendo adquirir información por sus iguales;¹² como lo menciona Romero, la información sobre la sexualidad a menudo está desvirtuada; ya sea por ser incompleta o por ser rutinaria, por una repetición sin que exista refuerzo; la mayor parte de la información es obtenida de los amigos, ya que son con quienes los adolescentes mencionados pueden hablar abiertamente. El 48% de los adolescentes incluidos en este estudio, revelan que les daría igual recibir la información de manera informal que formal, y el 38% preferirían que fuera en grupos.¹³ Estos resultados revelan que los adolescentes dan muy poca importancia a la educación sexual.

Es importante conocer las características de las etapas de la adolescencia, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes, especialmente durante el embarazo, sabiendo que: “una adolescente cuando se embaraza se comportará según el momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada”. Así se considera que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno causado por múltiples factores,

principalmente de origen psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en ellos, por las siguientes consideraciones:

- 1- Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente
- 2- Estratos mas bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, siendo parte de la cotidianeidad.¹⁴

La anticipación de la actividad sexual, el ambiente familiar, la influencia social donde se desarrolla la adolescente, están relacionados con el presente aumento del riesgo de tener embarazos no deseados, abortos o partos; que en esta edad traen consecuencias adversas. Ayala en el estudio realizado en una ranchería de Tabasco, encontró que el factor mas importante relacionado con el embarazo, fue la falta de conocimiento sobre el sobre el mismo, así como la asociación con bajo desarrollo académico de los padres o el vivir con un solo progenitor; el comienzo cada vez mas temprano de la vida sexual activa potencializa los riesgos de embarazo temprano y no deseado, la transmisión de enfermedades sexuales y aborto¹⁵

Un estudio desarrollado en Cuba muestra con 150 adolescentes embarazadas, 43.3% de dijeron haber iniciado su primer relación sexual a los 14 y 15 años de edad. Comúnmente las instituciones de salud visualizan la problemática del embarazo adolescente desde el punto de vista clínico (biológico) dejando de lado los aspectos de la Dinámica Familiar debido a que tienden a ser más difíciles de manejar, ya que existe alteración, desde mucho tiempo antes del embarazo de la adolescente, agudizándose durante este periodo. ¹⁶

Otro aspecto que se ha relacionado al embarazo de adolescentes, es la mayor integración a un grupo de iguales, al bajo rendimiento académico, así como consumo de sustancias toxicas se asocia a un inicio temprano de las relaciones

sexuales en la adolescencia, en este estudio no se ha tomado en cuenta el rol que juega la familia en esta situación, o como factor precipitante.¹⁷

Dentro de los resultados obtenidos en diversos estudios, se ha encontrado una asociación importante de una inadecuada información de la sexualidad y los embarazos tempranos no planeados. En este contexto el enfoque de la salud reproductiva imprime un alto valor al derecho de toda persona a regular su fecundidad en forma segura y efectiva, a cursar un embarazo y parto sin riesgos, a tener y criar a hijos saludables; a comprender y disfrutar su propia sexualidad, con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción con responsabilidad, para esto, además hace falta la conciencia de quedar embarazada, lo cual se contrapone a los mensajes solo de celibato o postergación de las relaciones sexuales, pues se ha determinado que estas estrategias tienen efecto contrario al deseado.¹⁸ Según el estudio presentado por Candia, menciona que el embarazo en adolescentes puede tener gran influencia intergeneracional, ya que existe un circuito de embarazo precoz, en el que la madre adolescente, la que es relegada de sus responsabilidades por sus padres, luego al buscar otra pareja y tener otros hijos, meten a la nueva adolescente en un conflicto que la llevará a un embarazo precoz y a quien inició el ciclo con el embarazo temprano a ser la abuela, que cuidará al producto y continuará con el ciclo.¹⁹

Las consecuencias de un embarazo no deseado pueden ser muchas, y llevar a la adolescente a toma de decisiones que ponen en riesgo su vida, como es el aborto inducido; siendo también una importante causa de muerte materna. Se considera que entre 17-35% de las embarazadas se realizaron aborto inducido, de estas 20% de los que se realizan en clínicas clandestinas y hasta un 50% en casas particulares, presentan complicaciones que pueden conducir a la muerte, aumentando la morbi mortalidad del aborto; posterior al procedimiento un porcentaje no definido, que hipotéticamente se considera alto; el síndrome pos aborto, que dentro de sus características incluye culpa, depresión, ansiedad,

miedo entre otros, y sin lugar a duda una importante repercusión a nivel familiar. Otras complicaciones y efectos del embarazo en adolescentes son los siguientes:

- Las madres adolescentes; en especial las menores de 15 años, tienen una mortalidad materna 2.5 veces mayor de las de 20-24 años.
- Las adolescentes corren mayor riesgo de ganar poco peso durante el embarazo, sufriendo hipertensión inducida por el embarazo, anemia, infección de transmisión sexual y desproporción céfalo pélvica.
- Las adolescentes tienen mayor riesgo de sufrir abuso sexual y violencia.
- Ante un embarazo, en el que la adolescente no está en condiciones de llevar a término, debido a que la joven suele carecer de conocimientos, recursos y orientación para resolver la situación. Sola y vulnerable, recurre a los métodos más peligrosos para interrumpir el embarazo. Así mismo, el miedo a la censura la lleva a retrasar la asistencia a los servicios de salud para buscar ayuda frente a las complicaciones derivadas de un aborto incompleto. Esta cadena de acontecimientos coloca a la joven en alto riesgo de enfermedad y muerte.

Los hijos de estas madres también tienen riesgos como mayor incidencia de muerte súbita, enfermedades y accidentes; corren además más riesgo de morir durante los primeros 5 años de vida.²⁰ Las embarazadas de edades tempranas se consideran un grupo de riesgo y muestran una elevada morbilidad y mortalidad materna, pero fundamentalmente infantil.²¹

En México, un promedio de 400,000 nacimientos anuales, que representan 20% del total de embarazos provienen de madres que no han cumplido 20 años de edad.²² Por tanto, es comprensible que el embarazo interrumpe la vida de los adolescentes en instantes en que todavía no alcanzan la madurez física y mental,

a veces en circunstancias adversas, como son la carencia nutricional u otros padecimientos, y en ocasiones una familia poco receptiva para aceptarlo y protegerla.²³

En México, 23% de los niños que nacen de madres adolescentes, son producto de embarazos no deseados. A estas cifras no se suman los productos que resultan con lesiones neuromotoras o sensoriales -40 mil al año según datos de la APAC- ni las muertes perinatales, que también más frecuentes en este rango de edad. La escolaridad no ha evitado los embarazos en adolescentes y en adultos jóvenes, pues por ejemplo, en la UNAM en el año 2002, 5.1% de la población escolar, refirió embarazos no deseados, con 0.7% de los 21,510 alumnos en bachillerato y que aumentó al 3.1% de 17,581 de ingreso a la licenciatura, hasta el 7.8% de los 4,221 estudiantes de 4° año de licenciatura.²³

A si mismo,²³ Díaz en 2003, menciona que ocurrieron en México cerca de 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años , lo que representa el 17 % del total de nacimientos y una tasa especifica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo de edad. A pesar de que durante los últimos seis años el número de nacimientos se redujo en poco mas de 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continua siendo un desafío prioritario en salud reproductiva.

En lo que se refiere a la región Sur-Sureste, dentro de la cual se encuentran Tabasco y Chiapas, según los datos de la encuesta del Instituto de la Juventud del 2000, del grupo de mujeres de 15 a 19 años de Chiapas, 44.3% dice haber acogido la información más importante acerca de la sexualidad en la escuela, aunque 13.3% dice haberlo aprendido por sí misma y 3.7% por los amigos y esto contrasta con 28% del grupo de 25 a 29 que recibió información en la escuela, y 28.9% que aprendió por sí misma; está lejos de ser un porcentaje satisfactorio, sobre todo si se compara con otras regiones dentro del mismo país.²⁴

La encuesta Nacional de la Juventud²⁰ señala que entre 12 a 14 años, no asisten a la escuela 11.6%, de los 15 a 19 años de edad no acuden el 41.3% y de los que llegan a los 19 años no acuden más del 75% de los 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.¹⁹ Romero de Castilla en 2001²⁰ señala, que los adolescentes como fuentes de información sobre sexualidad, prefieren a los amigos en 26%, revistas 24%, médico 7%, padres 6%. Consideran la fuente más útil revista y profesores 21%. Pueden hablar abiertamente sobre sexualidad con los amigos el 90.8%, con a pareja 80.5%, profesores 18%, padres 17% y sacerdotes 8%, mencionan que la información recibida en los centros educativos, se focaliza en torno al SIDA y el 97% percibe la necesidad de una educación sexual.

El uso de métodos anticonceptivos en general, se ha incrementado hasta en un 22% o más, sin embargo, entre jóvenes y adolescentes estas cifras son menores y con prevaecía del uso de preservativos.²¹ En otro estudio, 220 adolescentes entre 13 y 19 años de edad del estado de Morelos México, el 22.73% declararon que su embarazo no fue deseado, el 91.3% enuncio la píldora anticonceptiva entre los métodos que conocía, un 84.72% conocía el DIU y 63.68% el condón.²⁵

García y Colaboradores 2006,²⁵ refieren que los principalmente como resultados que el 61 % de los encuestados tenía vida sexual activa, el inicio de las relaciones ocurrió en un 44 % en las edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, y en el 55 %, antes de los 20. El preservativo no se empleó nunca en el 30 % de las encuestadas y ocasionalmente en un 49 %. Las principales causas argumentadas para no usarlo fueron: expresar que resultaba incómodo y que no le gustaba a su pareja. Existe una correlación estrecha entre la tasa de fecundación y la prevaecía del uso de método anticonceptivo²⁶

Dado que muchos jóvenes inician su vida sexual a los 12 años de edad, la OMS recomienda que los programas de educación sexual se emprendan mucho antes y plantea la creación de dos tipos de programas de educación sexual: los dirigidos a adolescentes que no han mantenido relaciones sexuales, y los diseñados para aquellos que las han tenido. Se ha demostrado que la utilización de anticonceptivos orales y preservativos, es más constante si la información se recibe antes de la primera relación sexual, en la preadolescencia, además de que no promueve el inicio más temprano o indiscriminado de las relaciones sexuales, lo cual si sucede sin la información, ya que la iniciación temprana de las relaciones sexuales representa un factor de riesgo adicional, ya que además de hacerlo sin protección, la tasa de cambio de pareja sexual es más elevada entre los 15 y los 24 años de edad.²⁶ A pesar de que esto se ha reconocido, los programas han fallado en las comunidades indígenas, ya que no fomentan la integración biopsicosocial que respete las costumbres y tradiciones propias de la cultura y dogmas religiosos de la comunidad, por lo que se hace necesario desarrollar estrategias de integración para la apropiación de los mismos por las comunidades.²⁷

Mezquita,²⁸ en un estudio sobre sexualidad en los estudiantes de nuevo ingreso a las carreras de nivel Licenciatura de la División Académica Ciencias de la Salud de la UJAT en Villahermosa, Tabasco durante el ciclo escolar 2003-2004, con el objetivo de determinar los conocimientos sobre sexualidad, así como proponer lineamientos generales para una estrategia que permita estructurar un programa educativo incluyó a 274 alumnos de todas las licenciaturas, factores sociodemográficos género, edad, nivel socioeconómico mostraron diferencias en relación al conocimiento. Educadores y padres revelaron como las principales fuentes de información, señalando también libros, revistas e Internet. Se encontró condicionamiento de la conceptualización de la sexualidad por elementos socioculturales, fundamentalmente la religión, que presenta un aspecto favorecedor de la responsabilidad de ambos géneros en las relaciones sexuales, así como de estabilidad de la pareja, el amor y la comprensión, pero relega o

minimiza los aspectos del disfrute de la sexualidad en la pareja, restando importancia a la necesidad del conocimiento científico sobre el aparato reproductor, la anticoncepción y el embarazo entre otros estigmatizando el aborto. Los conocimientos sobre sexualidad de acuerdo con el reporte de la escala de respuestas fue regular y mal, lo que refleja la necesidad de implementar estrategias y programas en el plan de estudios. En México sola la mitad de los jóvenes con vida sexual activa utilizan algún método anticonceptivos.²⁸⁻³⁰

De Acuerdo a la proyección de la CONAPO, del Estado de Tabasco el 71.5% de mujeres unidas en edad fértil utilizan métodos de planificación familiar, las que más lo usan están comprendidas entre el grupo de edad de 30 a 34 años, con 3 hijos, con escolaridad secundaria, y origen urbanizadas. Y las que menos los usan corresponde al grupo de edad de 15 a 19 años sin hijos, sin escolaridad y de origen rural. Y en lo que respecta el uso de anticonceptivo, el 53% utilizan la oclusión tubaria bilateral, el 14.8% los métodos naturales, el 10.8% los inyectables, el 10% el DIU, el 7% las pastillas, el 2.9 % los condones, el 1.3% la vasectomía, el 0.4% los locales, el 34% de las usuarias son atendidas por la Secretaría de Salud y las demás por instituciones de Seguridad Social o con el Sector Privado.³⁰ Maravilla³¹ comenta que el Municipio de Huimanguillo, Tabasco, los métodos anticonceptivos mas utilizados son la Oclusión tubaria bilateral en edades menores de 30 años, con escolaridad primaria, multigestas, y que los métodos los obtienen a través de los Centros de Salud.

La ONU, define a la violencia: como todo acto de agresión basado en la pertenencia, hacia el sexo femenino, que tenga o pueda tener daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer. En una encuesta en Estados Unidos de tres años de duración en la cual participaron 4008 mujeres se revelaron 34 casos de embarazos relacionados con la violación, de estas el 48% quedaron embarazadas entre las edades 12 a 17 años.³¹ La violencia y los abusos asociados con el embarazo puede ser en distintos niveles, a nivel individual existen evidencia de que uno de los resultados del abuso durante la niñez es la

tendencia a que, mas adelante en su vida, la víctima participe en comportamientos arriesgados que puedan afectar sus decisiones, tanto en el inicio de su vida asexual, como en el uso de métodos de planificación; esto a nivel interpersonal, debido al temor de ser maltratadas por sus parejas que se oponen a limitar el número de hijos, también pueden impedir que la mujer use anticonceptivos.

Esta inequidad también refleja falta de educación y asistencias tanto para atender a los niños, como para prevenir el embarazo no esperado; que en su mayoría serán niños no deseados y sujetos a desnutrición y muerte. La pobreza es un común denominador y tanto la mortalidad infantil como la alta fecundidad son consecuencias de ella.

El embarazo en sí, también puede ser un factor que precipite violencia por parte de las parejas de algunas mujeres; así lo demuestra la Organización Panamericana de la Salud, al citar que de cada 10 embarazadas una recibe maltrato físico. Otras sufren violencia psicológica: como castigo por haber quedado embarazadas, especialmente si el embarazo ocurre fuera del matrimonio o en alguna madre soltera incluso agredir hasta llegar a propiciar la muerte como consecuencia de violencia. La violencia intrafamiliar se ve más marcada cuando uno de los padres es alcohólico, siendo el padre el principal victimario. Así lo demuestran diversos estudios que revelan que en los hogares de embarazadas había ocurrido por lo menos una vez violencia en el orden de psicológica, física y por último sexual.³²

Para las familias de las adolescentes embarazadas, según la CONAPO³³ ha detallado al menos de 12 tipos de grupos, 22% de la población adolescente viven en hogares mono parentales; con prevaecía de vivir con la madre, aunque los jóvenes en México viven solos con una frecuencia muy baja 1.1% el área urbana y 4 veces más frecuente que en el área rural, lo que significa que los adolescentes en México salen de sus casas con la intención de vivir en parejas o en asociación

con otras personas. En cuanto al estado civil de las y los adolescentes se hallan 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, son solteros el 99%.³³

INTERVENCION DEL MEDICO FAMILIAR EN LA FAMILIA MULTIPROBLEMÁTICA Y LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

El embarazo en la adolescencia es una condicionante para elevar riesgos tanto en la madre como el producto, debido a que la madre aun no ha logrado una madurez psicológica y social para enfrentar este evento, mas aun si el embarazo se encuentra en el medio de una desorganización familiar debida al ambiente mutiproblemático; Amar en su publicación menciona: que por si mismas tanto la adolescencia como el embarazo son etapas de gran peso psicológico y necesitan de un apoyo familiar importante. Explica que la adolescentes embarazada puede presentar depresión, derivada tanto por los factores estresantes en la familia como del propio autoconcepto y el sentido de no pertenencia a algún grupo social, ya que sientes que ya no forman parte de sus iguales, ni de la propia familia y de la comunidad, ya que consideran que no las van a comprender y apoyar.³⁵

Derivado de todo lo anterior es importante llevar acabo una intervención adecuada en este tipo de pacientes y de familias; en la literatura encontramos, desde un abordaje paternalista y expectante ³⁶ hasta programas establecidos en donde existen guías clínicas (aunque no dirigidas específicamente a embarazadas, pero si a adolescentes con familias Multiproblemáticas), en donde se expresan buenas experiencias, contemplando que si bien la familia Multiproblemática es un apoyo deficiente para el adolescente, se puede involucrar gradualmente en el seguimiento, dando resultados satisfactorios. Las técnicas que manejan son la terapia individual, la terapia grupal y familiar, hallando que es importante el manejo integral y la combinación de los diferentes tipos de intervenciones. Por otra parte Rodríguez, hace mención de diversas formas de intervención del medico en las familias Multiproblemáticas por medio del Modelo Sistémico, partiendo de la

premisa de que la forma de intervención familiar debe de tener una estrategia diferente a la del resto de las familias (sin multiproblemas).

Al iniciar la intervención es importante:

- Delimitar e área de intervención de forma que no quede ahogado por otros aspectos, ya que continuamente aparecen acontecimientos estresantes en estas familias. Es importante que el terapeuta se centre en los aspectos subyacentes.
- Redefinir el problema dentro del ciclo vital familiar y dentro de las relaciones familiares
- Conducir a la familia a ver al paciente identificado de modo distinto (su función y el problema). Señalar la importancia de seguir con la terapia y acudir a la próxima cita.

Para Minuchin los puntos a redefinir en estas familias es: imponer orden, reducir el ruido. Explicar y aclarar las normas de conversación en el contexto terapéutico: no hablar a la vez, oír lo que cada uno dice, responder solo cuando se le dirija la palabra. Distinguir desde el principio los componentes de contenido y la relación de los mensajes.

Debido a las características de las familias Multiproblemáticas es necesario que se trabaje en reducir el caos conductual, el desafío agresivo provocador (como miedo, dolor o necesidad). Es necesario trabajar con el desarrollo de la desigualdad paterno filial, ya que los padres padecen de autoridad efectiva; siendo que en estas familias la comunicación y la convivencia familiar es escasa o nula, es necesario que se logre que los integrantes de la familia aprendan a que es posible convivir y disfrutar de la mutua compañía. En este tipo de familia se puede y debe trabajar también con los subsistemas separados, ya que es indispensable intervenir en el subsistema de los cónyuges, ya que en estas sesiones se deberá reorientar su capacidad de control hacia los otros subsistemas y la de aprender a desarrollar habilidades para expresar los sentimientos de ternura y amor hacia los otros miembros.

El manejo de la familia Multiproblemáticas y de las adolescentes embarazadas debe de ser desde un punto de vista multidisciplinario ya que debido a los diversos factores adversos con los que cuenta es indispensable la intervención de psicología, de ginecología, trabajo social, del medico familiar e idealmente el terapeuta familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el Municipio de Teapa, Tabasco; durante el año 2006, se dio atención a 894 embarazadas de las cuales 208 (23.2%) fueron adolescentes, mientras que a nivel Estatal el porcentaje de embarazo en adolescentes fue en el mismo periodo de 26.7%, ambos porcentajes se encuentran muy por encima de los porcentajes a nivel nacional y mundial que va de 17-20%. En el Municipio de Teapa, se ha tratado de disminuir este problema; llevando a cabo orientación a los adolescentes sobre sexualidad, por medio de las sesiones educativas del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, y por las sesiones educativas impartidas a la población en las diferentes Unidades de Salud.

Mediante el programa de Arranque Parejo en la Vida, de la Secretaria de Salud; los médicos de este Municipio, llevan el control prenatal de las embarazadas incluidas las adolescentes, estas ultimas son reportadas a la Jurisdicción Sanitaria, por medio del Censo de Embarazadas de Riesgo; de forma mensual, a todas las pacientes incluidas en este censo, se les proporciona consulta por el servicio de Gineco obstetricia en segundo nivel. El objetivo de este Programa es disminuir las muertes maternas, al tener un control multidisciplinario de las embarazadas con algún tipo de riesgo obstétrico. Cada centro de Salud cuenta con un club de Embarazadas, en donde estas son capacitadas sobre las complicaciones que existen durante este periodo de la vida y se indica de forma sencilla los signos de alarma. Fuera de estas acciones, no se han establecido otras para disminuir la incidencia de este problema en el Municipio.

La OMS define como adolescencia al "período 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 límites entre los 10 y 19 años. Se sabe que hay una gran influencia en la toma de decisiones durante la adolescencia, si bien el embarazo adolescente es un tema muy

controversial y del que se han realizado múltiples investigaciones, en muy pocas se hace referencia de la familia de la adolescente.

No existen estudios previos en este municipio sobre la adolescente embarazada o el tipo de familia de origen de estas, a nivel del sureste de México se realizó un trabajo en donde no se encontró diferencias en cuanto a la estructura de las familias de origen, sin tomar en cuenta la dinámica familiar de estas; es por lo que nos preguntamos:

¿CUAL ES RELACIÓN ENTRE LAS FAMILIAS MULTIPROBLEMATICAS Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DE TEAPA, TABASCO?

JUSTIFICACION.

Se considera que a nivel nacional hasta mitad de este año hay un promedio de 22, 156,261 adolescentes en nuestro país según CONAPO. A nivel mundial se considera que del 100% de los embarazos en el mundo 13 millones son de adolescentes, del total de embarazos 15% son abortos y mortinatos, y un 22%, presentan abortos provocados, de todos los abortos se estima que hasta el 10% se realizan en menores de 20 años. Informe sobre la salud en el mundo, 2005, OMS, En América del año 200-2005 hubieron 10,534 nacimientos en mujeres de 15 a 19 años, una cifra de 41,043 en mujeres mayores a esa edad, lo que representa el 20% de los nacimientos en América Latina según world population prospects-onu 2006.

En México, la proporción de nacimientos producto de embarazo en adolescentes es del 17% del total de nacimientos.⁸ A nivel estatal el año pasado se atendieron en el sector salud un total de 8646 embarazadas de las cuales 26.7% fueron embarazadas adolescentes, con un total estimado de 44,7560 adolescentes estimados en el estado, a nivel municipal el año pasado se atendieron en la secretaria de salud un total de 894 embarazadas de 1ra vez de las cuales 208 fueron adolescentes, representando el 23.2 % de las embarazadas atendidas, no

contando con un registro de abortos de mujeres que nunca llevaron un control de embarazo por lo que no se tiene el dato exacto de embarazos en adolescentes en el municipio, solo de los que se llevaron control prenatal, de acuerdo al sistema de información en salud de 2006.

Podemos concluir que el porcentaje de nacimientos en adolescentes a nivel nacional según Peláez y Díaz a disminuido del 97 al 2003, de 20 a 17% sin embargo tanto a nivel estatal como municipal sobrepasa este porcentaje, lo que constituye un importante problema de salud pública.

En muchos casos, el embarazo en la adolescencia es resultado de la falta de acceso de las y los adolescentes a la información, los medios y al poder necesarios para ejercer su derecho a decidir cuándo tener a sus hijos(as). Asimismo, en términos macro sociales, los patrones de fecundidad temprana agudizan los efectos de corto y mediano plazos de la inercia demográfica y favorecen, más que la transmisión intergeneracional de la pobreza, la falta de cambios culturales y sociales que permita a las mujeres tener objetivos distintos de la formación temprana de una familia. ²²⁻²³

Las evaluaciones de programas de salud reproductiva proponen a la educación sexual como medio idóneo para ayudar a los jóvenes a prevenir esos problemas y mejorar su futura salud reproductiva. Sin embargo, en México existe una brecha significativa entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 lo cual hace persistir la alta incidencia de embarazos adolescentes, sobre todo en estados como Tabasco y Chiapas. ³⁴

Es factible realizar esta investigación, debido a la alta incidencia de este problema a nivel municipal, estatal y Nacional; debido a que es la institución de primer nivel de atención y el médico familiar; ser el primer contacto con los adolescentes y su familia.

JUSTIFICACION.

Se considera que a nivel nacional hasta mitad de este año hay un promedio de 22, 156,261 adolescentes en nuestro país según CONAPO. A nivel mundial se considera que del 100% de los embarazos en el mundo 13 millones son el adolescentes, del total de embarazos 15% son abortos y mortinatos, y un 22%, presentan abortos provocados, de todos los aborto se estima que hasta el 10% se realizan en menores de 20 años. Informe sobre la salud en el mundo, 2005, OMS, En América del año 200-2005 hubieron 10,534 nacimientos en mujeres de 15 a 19 años, una cifra de 41,043 en mujeres mayores a esa edad, lo que representa el 20% de los nacimientos en América Latina según world pupilation prospects-onu 2006.

En México, la proporción de nacimientos productos de embarazo en adolescentes es del 17% del total de nacimientos.⁸. A nivel estatal el año pasado se atendieron en el sector salud un total de 8646 embarazadas de las cuales 26.7% fueron embarazadas adolescentes, con un total estimado de 44,7560 adolescentes estimados en el estado, a nivel municipal el año pasado se atendieron en la secretaria de salud un total de 894 embarazadas de 1ra vez de las cuales 208 fueron adolescentes, representando el 23.2 % de las embarazadas atendidas, no contando con un registro de abortos de mujeres que nunca llevaron un control de embarazo por lo que no se tiene el dato exacto de embarazos en adolescentes en el municipio, solo de los que se llevaron control prenatal, de cuerdo al sistema de información en salud de 2006.

Podemos concluir que el porcentaje de nacimientos en adolescentes a nivel nacional según Peláez y Díaz a disminuido del 97 al 2003, de 20 a 17% sin embargo tanto a nivel estatal como municipal sobrepasa este porcentaje, lo que constituye un importante problema de salud pública.

En muchos casos, el embarazo en la adolescencia es resultado de la falta de acceso de las y los adolescentes a la información, los medios y al poder necesarios para ejercer su derecho a decidir cuándo tener a sus hijos(as). Asimismo, en términos macro sociales, los patrones de fecundidad temprana agudizan los efectos de corto y mediano plazos de la inercia demográfica y favorecen, más que la transmisión intergeneracional de la pobreza, la falta de cambios culturales y sociales que permita a las mujeres tener objetivos distintos de la formación temprana de una familia. ²²⁻²³

Las evaluaciones de programas de salud reproductiva proponen a la educación sexual como medio idóneo para ayudar a los jóvenes a prevenir esos problemas y mejorar su futura salud reproductiva. Sin embargo, en México existe una brecha significativa entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 lo cual hace persistir la alta incidencia de embarazos adolescentes, sobre todo en estados como Tabasco y Chiapas. ³⁴

Es factible realizar esta investigación, debido a la alta incidencia de este problema a nivel municipal, estatal y Nacional; debido a que es la institución de primer nivel de atención y el médico familiar; ser el primer contacto con los adolescentes y su familia.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar si existe relación entre las familias Multiproblemática y el embarazo en las adolescentes.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar los Problemas Familiares de las adolescentes embarazadas entre 13 y 19 años, del Municipio de Teapa, Tabasco

- Identificar los Problemas Familiares, de las adolescentes no embarazadas entre 13 y 19 años, del Municipio de Teapa, Tabasco
- Determinar la edad, escolaridad, religión y estado civil de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de 13 a 19 años, del Municipio de Teapa, Tabasco.

HIPOTESIS:

HIPOTESIS NULA:

Si existe Familia Multiproblemática, no se presenta embarazo en adolescentes (no hay asociación entre factor y problema)

HIPOTESIS ALTERNA:

Si existe Familia Multiproblemática, se presenta embarazo en adolescentes (existe asociación entre factor y problema)

MATERIAL Y METODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional: ya que solo se analizó por medio de una encuesta si existen problemas al interior de las familias de las adolescentes a estudiar.

Transversal: se obtuvo la información al aplicar solo en una ocasión el cuestionario de problemas familiares

UNIVERSO DE ESTUDIO:

43 adolescentes primigestas embarazadas del Municipio de Teapa, de junio a agosto de 2008; Reportadas en el Censo de Embarazadas de Riesgo; y 54 adolescentes usuarias de las Unidades de Salud de este mismo Municipio.

Teapa es un municipio del Estado de Tabasco, perteneciente a la Región de la Sierra, que tiene como principal actividad económica la ganadería y la agricultura, de esta última sobresale el cultivo de plátano, cuenta con poco más de 51 mil habitantes, distribuidos en un cabecera municipal y 14 comunidades.

TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA

No se utilizó tipo ni tamaño de muestra, dado que se trabajó al universo

Criterios de Inclusión.

- Embarazadas primigestas entre 13 y 19 años que habiten en Teapa, Tabasco; que acepten participar en el proyecto
- Adolescentes entre 13 y 19 años nuligestas que habiten en Teapa, Tabasco; que acepten participar en el proyecto.

Criterios de Exclusión:

- Adolescentes con trastornos psiquiátricos
- Adolescentes con retraso mental

Criterios de eliminación

- Las encuestadas que no contesten adecuadamente los cuestionarios

DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Familia Multiproblemática.

VARIABLE DEPENDIENTE: Embarazada adolescente entre 13 y 19 años

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	VALOR AGREGADO
EDAD	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	CUANTITATIVA	AÑOS CUMPLIDOS
RELIGION	RELIGIONES MAS FRECUENTES DE LA REGION	CUALITATIVA	1. CATOLICA 2. TESTIGO DE JEHOVA 3. ADVENTISTA 4. EVANGELICA 5. OTRA 6. NINGUNA
NIVEL EDUCATIVO	ESCOLARIDAD CURSADA	CUALITATIVA	1. ANALFABETA 2. PRIMARIA 3. SECUNDARIA 4. BACHILLERATO
ESTADO CIVIL	ESTADO CIVIL EN QUE SE ENCUENTRA	CUALITATIVA	1 SOLTERA 2 CASADA 3 UNION LIBRE 4 OTRO

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	VALOR AGREGADO
OCUPACION	ACTIVIDAD QUE REALIZA	CUALITATIVA	1 ESTUDIA 2 HOGAR 3 EMPLEADA 4 ESTUDIA Y TRABAJA 5 OTRA
1.COMUNICACIÓN FAMILIAR	1. ADECUADA: cuando existe una buena comunicación en la familia 2. NO ADECUADA: cuando no existe una adecuada comunicación en la familia	CUALITATIVA	1 ADECUADA (igual o mayor a 87) 2 NO ADECUADA (igual o menor a 86)
2. INTERACCION FAMILIAR NEGATIVA	1. POSITIVA: la relación familiar es adecuada 2. NEGATIVA: la relación familiar es negativa	CUALITATIVA	1 POSITIVA (igual o menor a 83) 2 NEGATIVAS (igual o mayor a 84)
3. CONFLICTO FAMILIAR	1. NO CONFLICTIVA: no existe conflicto familiar 2. CONFLICTIVA: existe conflicto familiar	CUALITATIVA	1 NO CONFLICTIVA (igual o menor a 56) 2 CONFLICTIVA (igual o mayor a 57)
4. AGRESION FAMILIAR	1 SIN AGRESION FAMILIAR: no hay agresión en la familia 2.CON AGRESION FAMILIAR: hay agresión en la familia	CUALITATIVA	1 SIN AGRESION (igual o menor a 44) 2 CON AGRESION (igual o mayor a 45)
5. DESACUERDOS ENTRE EL PADRE Y LA MADRE	1. CON ACUERDOS: los padres están de acuerdo 2. CON DESACUERDO: hay desacuerdo entre el padre y la madre	CUALITATIVA	1 CON ACUERDOS (igual o menor a 32) 2 CON DESACUERDO (igual o mayor a 33)
6. IMPACTO DEL ALCOHOL EN LA FAMILIA	1. SIN IMPACTO NEGATIVO: no se han presentado alteraciones en la familia, la presencia de alcohólicos en ella. 3, IMPACTO NEGATIVO: existe una repercusión en la familia con la presencia de algún miembro alcohólico)	CUALITATIVA	1. SIN IMPACTO NEGATIVO (igual o menor a 20) 2. IMPACTO NEGATIVO (igual o mayor a 21)

7. FARMACODEPENDENCIA EN LA FAMILIA	1. AUSENTE: no hay fármacodependencia en la familia. 2. PRESENTE: hay fármacodependencia en la familia	CUALITATIVA	1 AUSENTE (igual o menor a 17) 2 PRESENTE (igual o mayor a 18)
8. CONDUCTA ALCOHOLICA EN LA FAMILIA	1. NEGATIVA: no existe una conducta alcohólica en la familia. 2. POSITIVA: existe un conducta alcohólica en la familia	CUALITATIVA	1 NEGATIVA (igual o menor a 20) 2 POSITIVA (igual o mayor a 21)
FAMILIA MULTIPROBLEMATICA	1. NO MULTIPROBLEMATICA: existen 3 o menos factores anteriores con resultado 1 2. MULTIPROBLEMATICA: 4 o mas factores con resultado 1	CUALITATIVA	1 NO MULTIPROBLEMATICA 2 MULTIPROBLEMATICA

OBTENCION DE LA INFORMACION

Sistema de captación de la información.

Para poder obtener la información referente al estudio, se utilizó un cuestionario auto administrado, encaminado a la identificación los problemas familiares, esta encuesta fue contestada por las adolescentes participantes y evaluada según “El Cuestionario de Problemas Familiares”, este se aplico a adolescentes embarazadas en los módulos de atención correspondientes y a adolescentes no embarazadas que participaron, previa autorización de los padres o tutores.

Método de recolección de la información

El cuestionario auto administrado se realizó en la unidad de salud correspondiente de las adolescentes embarazadas por el investigador directamente en un ambiente de confianza y discreción, y a las del grupo control no embarazadas en las aulas de clase a estudiantes nivel secundaria y medio superior; mediante el Cuestionario de Problemas Familiares”, contando con la previa autorización de los padres o tutores.

El Cuestionario de Problemas Familiares”, fue diseñado a partir de 1994 por Pick y López, basados en dos preguntas realizadas a 100 personas voluntarias, las

preguntas fueron ¿Qué entiende por problemas familiares? Y ¿Cuáles considera que son los mas frecuentes en su familia?, según las respuestas concluyeron que existen 8 factores a estudiar para determinar si existe o no problemas en la familia y estos son: 1.comunicación e integración familiar, 2. Interacción familiar inadecuada, 3. Conflicto familiar 4. Agresión familiar 5. Desacuerdos entre el padre y la madre, 6.Impacto del alcohol en la familia, 7. Fármacodependencia en la familia y 8. Conducta alcohólica en la familia; cada uno de estos factores se evalúan por separado y se da valores según la media. Para conocer el puntaje de cada factor se multiplica el numero de reactivos referentes a este, por una constante 3.

De esta manera se obtienen los siguientes valores y calificaciones:

- **COMUNICACIÓN E INTEGRACION FAMILIAR:** Si el resultado de la suma de los reactivos es igual o mayor de 87 la familia tiene una comunicación con integración familiar adecuada, si es menor la familia tiene comunicación con integración familiar inadecuada.
- **INTERACCION FAMILIAR NEGATIVA:** si la suma de los reactivos es 83 o menor hay una interacción familiar positiva, si es igual o mayor a 84 existe una interacción familiar negativa.
- **CONFLICTO FAMILIAR:** si la suma de los reactivos es igual o menor a 56 no hay conflicto familiar; si es igual o mayor a 57 hay un conflicto familiar.
- **AGRESION FAMILIAR:** si la suma de los reactivos es igual o menor a 44 no existe agresión familiar; si es igual o mayor a 45 existe una agresión familiar.
- **DESACUERDO ENTRE PADRE Y MADRE:** si la suma de los reactivos son iguales o menores a 32 existe un acuerdo entre padre y madre; si es igual o mayor a 33 hay un desacuerdo entre el padre y la madre.
- **IMPACTO DEL ALCOHOL EN LA FAMILIA:** si la suma de los reactivos es igual o menor a 20 no hay un impacto “negativo” del alcohol en la familia; si es igual o mayor a 21 existe un impacto negativo del alcohol en la familia.

- FARMACODEPENDENCIA EN LA FAMILIA: si la suma de los reactivos es igual o menor a 17, no hay fármaco dependencia en la familia; si es igual o mayor a 18 existe fármaco dependencia en la familia.
- CONDUCTA ALCOHOLICA EN LA FAMILIA: si la suma de los reactivos es igual o menor a 20, no hay una conducta alcohólica en la familia; si es igual o mayor a 21 existe una conducta alcohólica en la familia

Si se encuentran cuatro o más factores conflictivos en la familia se considera que la familia es Multiproblemática.

Método estadístico Medición de las variables:

Los métodos estadísticos que se utilizaron es porcentaje promedio mediana moda desviación estándar de la edad, el Riesgo absoluto, Riesgo relativo, Fracción atribuible a la población y X^2 , del embarazo en las adolescentes de Teapa y la familia Multiproblemática, y los diferentes factores de problemas familiares que se evaluaron en las encuestas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El presente estudio se realizó con el interés científico de aportar sobre los problemas prioritarios de salud de trascendencia que además fuera de interés para las autoridades sanitarias.

Para cumplir con los principios éticos en materia de investigación, el estudio se llevo acabo según reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Artículo 17, párrafo 1 y Artículo 23 del capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación con seres humanos, con fecha 7 de febrero de 1984 y los resultados permanecerán bajo resguardo y protegidas de usos inadecuados.

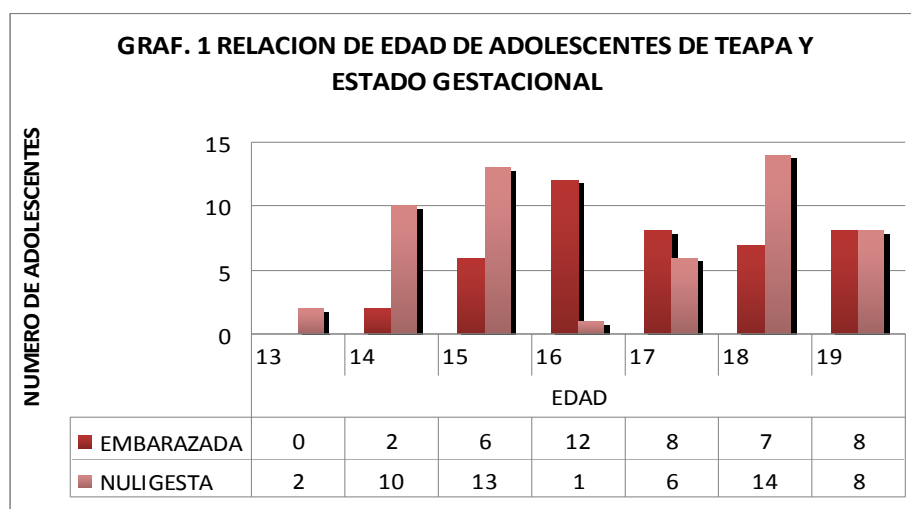
Se le explicó al usuario previamente en forma verbal el propósito de dicho estudio e informándole que su aportación no representa ningún riesgo para la integridad

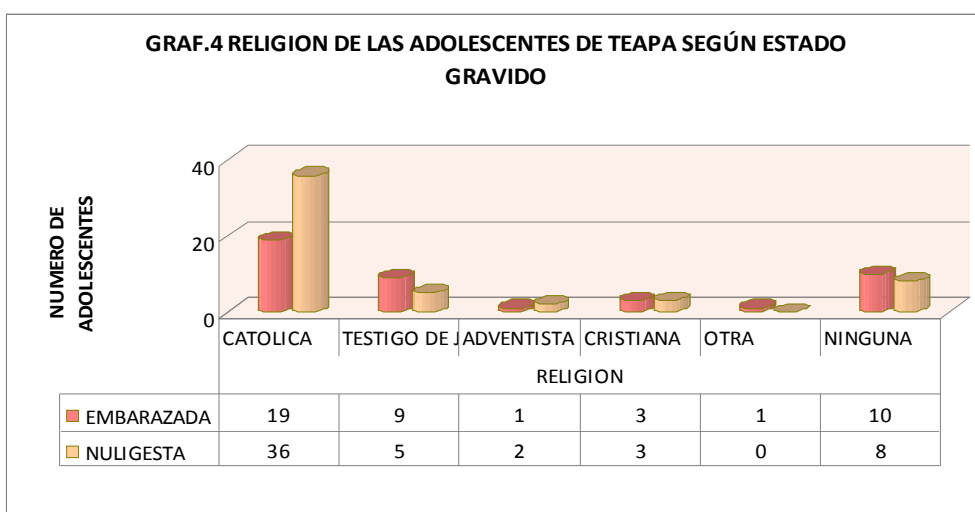
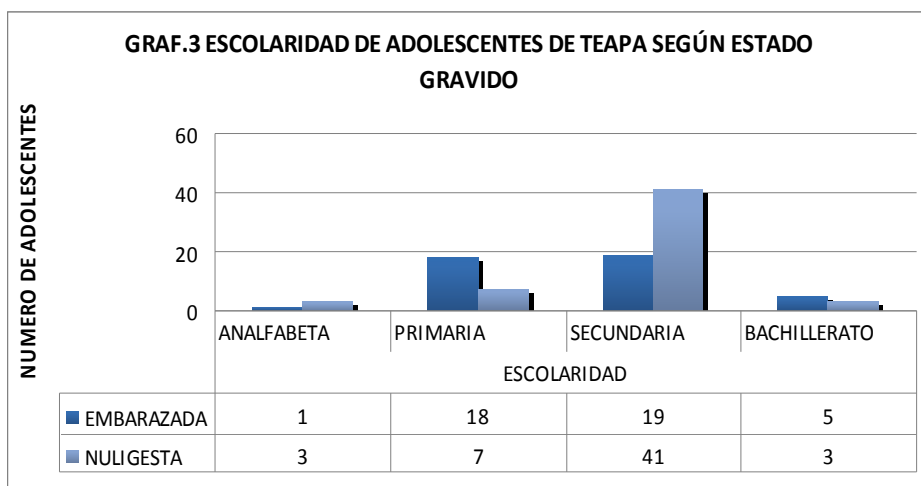
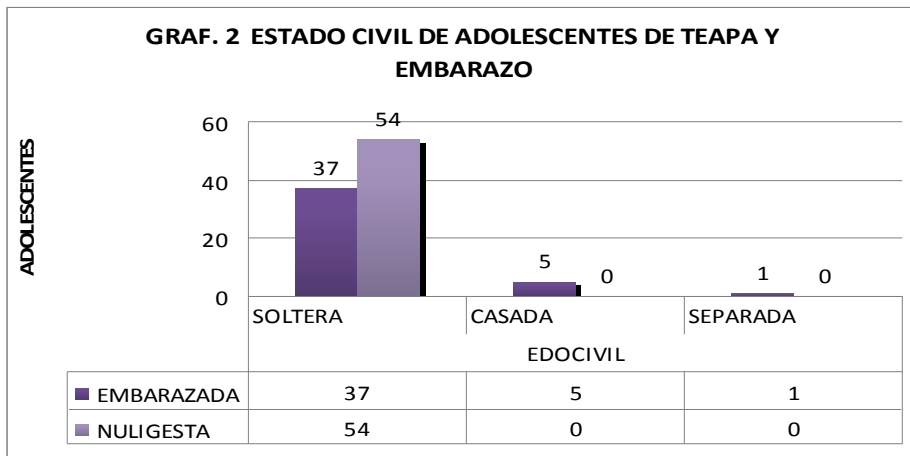
física y moral de las personas que decidan participar y los resultados permanecerán bajo resguardo para el investigador y protegidas de usos inadecuados; basados en la declaración de Helsinki en los diferentes puntos, con mayor énfasis de los puntos 23, 24, 25, 26 y 27; de se dio a firmar su consentimiento a los padres de las menores de edad y a las adolescentes de 18 o mas años se aplicó la encuesta directamente.

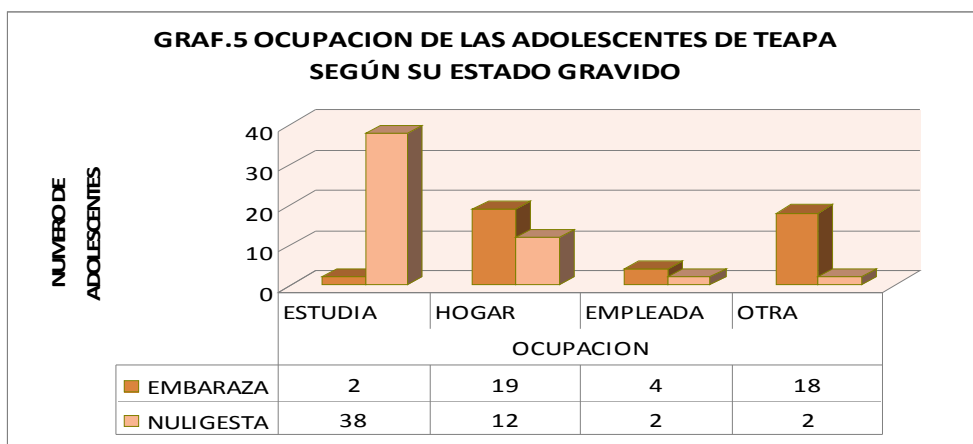
Se informó a las participantes que después de las evaluaciones, se enviarían a quienes resultaran positivas al cuestionario, a valoración y manejo multidisciplinario. Las embarazadas con problemas familiares, a parte de continuar su control prenatal tanto en primer nivel, como con obstetricia, se evaluaron por psicología y consejería familiar; las no embarazadas con problemas familiares solo a las dos últimos servicios.

RESULTADOS:

De las 97 encuestas aplicadas a las adolescentes, 54 son nuligésta y 43 embarazadas; en donde el promedio de edad es de 16.5 años, una mediana de 17 años, una Moda de 18 años y una Desviación estándar 2.09.







Tab. 1. Embarazo en adolescentes en Teapa y Familia Multiproblemática

FACTORES	FAMILIA MULTIPROBLEMATICA		TOTAL
	SI	NO	
EMBARAZO	27	16	43
NO EMBARAZO	8	46	54
TOTAL	35	62	97

RIESGO ABSOLUTO	0.77
RISGO RELATIVO	9.7
FRACCION ATRIBUIBLE	89.7%
CHI CUADRADO	23.89
p=	<0.0001
FRACCION A TRIBUIBLE A LA POBLACION	56.3%

Tab. 2. Embarazo en adolescentes de Teapa y Comunicación Familiar Adecuada

FACTORES	COMUNICACION FAMILIAR		TOTAL
	ADECUADA	NO ADECUADA	
EMBARAZO	23	20	43
NO EMBARAZO	19	35	54
TOTAL	42	55	97

RIESGO ABSOLUTO	0.54
RISGO RELATIVO	2.12
FRACCION ATRIBUIBLE	52.8%
CHI CUADRADO	3.27
p=	0.07
FRACCION A TRIBUIBLE A LA POBLACION	28.2%

Tab. 3. Embarazo en adolescentes de Teapa e Interacción Familiar Negativa

FACTORES	INTERACCION FAMILIAR		TOTAL
	NEGATIVA	POSITIVA	
EMBARAZO	18	25	43
NO EMBARAZO	8	46	54
TOTAL	26	71	97

RIESGO ABSOLUTO	0.69
RISGO RELATIVO	2.8%
FRACCION ATRIBUIBLE	76
CHI CUADRADO	8.9
p=	0.0028
FRACCION A TRIBUIBLE A LA POBLACION	32%

Tab. 4. Adolescentes embarazadas de Teapa y Conflicto Familiar

FACTORES	CONFLICTO FAMILIAR		TOTAL
	CONFLICTIVA	NO CONFLICTIVA	
EMBARAZO	20	23	43
NO EMBARAZO	3	51	54
TOTAL	23	74	97

RIESGO ABSOLUTO	0.86
RISGO RELATIVO	14.7%
FRACCION ATRIBUIBLE	93
CHI CUADRADO	22.19
p=	<.0001
FRACCION A TRIBUIBLE A LA POBLACION	43%

Tab. 5 Adolescentes embarazadas en Teapa y Agresión Familiar

FACTORES	AGRESION FAMILIAR		TOTAL
	CON AGRESION	SIN AGRESION	
EMBARAZO	28	15	43
NO EMBARAZO	9	45	54
TOTAL	37	60	97

RIESGO ABSOLUTO	0.75
RISGO RELATIVO	9.33%
FRACCION ATRIBUIBLE	89.3
CHI CUADRADO	23.81
p=	<.0001
FRACCION A TRIBUIBLE A LA POBLACION	58.1%

Tab. 6 Adolescentes embarazadas de Teapa y Desacuerdo entre los Padres

FACTORES	DESACUERDO ENTRE PADRE Y MADRE		TOTAL
	SIN ACUEDO	CON ACUERDO	
EMBARAZO	29	14	43
NO EMBARAZO	16	38	54
TOTAL	45	52	97

RIESGO ABSOLUTO	0.64
RISGO RELATIVO	4.92%
FRACCION ATRIBUIBLE	79.7
CHI CUADRADO	13.76
p=	0.0002
FRACCION A TRIBUIBLE A LA POBLACION	53.7%

Tab. 7. Adolescente embarazada e Impacto Alcohólico en la Familia

FACTORES	IMPACTO DEL ALCOHOL EN LA FAMILIA		TOTAL
	IMPACTO NEGATIVO	NO IMPACTO NEGATIVO	
EMBARAZO	17	26	43
NO EMBARAZO	25	29	54
TOTAL	42	55	97

RIESGO ABSOLUTO	0.4
RISGO RELATIVO	2.4%
FRACCION ATRIBUIBLE	0.9
CHI CUADRADO	0.445
p=	0.502
FRACCION A TRIBUIBLE A LA POBLACION	0.09%

Tab. 8. Adolescente embarazada y Fármacodependencia en la Familia

FACTORES	FARMACODENPENENCIA EN LA FAMILIA		TOTAL
	PRESENTE	AUSENTE	
EMBARAZO	25	18	43
NO EMBARAZO	10	44	54
TOTAL	35	62	97

RIESGO ABSOLUTO	0.7
RISGO RELATIVO	6.11%
FRACCION ATRIBUIBLE	83.6
CHI CUADRADO	16.29
p=	<.0001
FRACCION A TRIBUIBLE A LA POBLACION	48.6%

Tab. 9 Adolescente embarazada de Teapa y Conducta Alcohólica en la Familia

FACTORES	CONDUCTA ALCOHOLICA EN LA FAMILIA		TOTAL
	NEGATIVA	SIN CONDUCTA ALCOHOLICA	
EMBARAZO	19	24	43
NO EMBARAZO	5	49	54
TOTAL	24	73	97

RIESGO ABSOLUTO	0.8
RISGO RELATIVO	7.76%
FRACCION ATRIBUIBLE	87.1
CHI CUADRADO	15.68
p=	<.0001
FRACCION A TRIBUIBLE A LA POBLACION	3.5%

DISCUSION:

Según Welti Chanes en el 2000, concluye en su estudio que la instrucción educativa es un factor protector para el embarazo durante la adolescencia y que la mayor parte de los nacimientos de los hijos de las adolescentes mexicanas se presenta durante los primeros 12 meses de la unión conyugal, sin tener antecedente de la situación civil durante el embarazo. Mientras que Tuñón Pablos en 2006, menciona que la mayor parte de las adolescentes tiene una relación casi inmediata de embarazo y unión conyugal, sin especificar cual se da primero; así mismo demuestra en su estudio que la mayor parte de las adolescentes tabasqueñas, forman familias extensas sin haber diferencia entre el tipo de familias de origen, pudiendo ser nucleares o extensas, sin mencionar el tipo de dinámica familiar de las adolescentes.

En este estudio se encontró que la ocupación de la adolescente juega un papel importante como factor protector, ya que mientras que las adolescentes embarazadas se encuentran dedicadas al hogar o a otras ocupaciones (incluyendo en estas a las que contestaban que no se dedicaban a nada), tomando en cuenta que también se encontró que la ocupación de predominio de las no embarazadas la ocupación de predominio fue el ser estudiantes; observando que aun cuando no

se demostró que a mayor nivel educativo menor embarazo si se demostró que mientras la adolescente estudie, menor riesgo de embarazo en este periodo.

Ayala en 2001, demuestra que hay factores socioculturales relacionados con el embarazo en adolescentes Tabasqueñas, como lo es el tener un conocimiento deficiente sobre el embarazo, el tener un ingreso familiar adecuado no pudiendo cubrir las necesidades económicas básicas de la familia; tener una familia de origen con un solo progenitor, tener bajo nivel educativo, el trabajar y la inestabilidad familiar, en otra investigación; Zarate demuestra que mediante el estudio de las familias de adolescentes sexualmente activa; con el modelo Circunflejo; hay una relación directa del inicio temprano de la vida sexual con una cohesión deficiente y una adaptabilidad inadecuada, proviniendo de familias en las que la relación conyugal esta alterada; teniendo por tanto una dinámica familiar inadecuada, aun cuando no se define directamente una familia con múltiples problemas si se encuentran factores de estas según los estudios previamente comentados, Amar en su investigación del autoconcepto de la adolescente embarazada menciona que el 67.2% de las adolescentes mencionan una mala interacción familiar esto coincide con los resultados de nuestra investigación en la cual se encontró una relación directa del embarazo en adolescentes y la familia Multiproblemáticas y con los factores interacción familiar negativa, conflicto familiar, agresión familiar, desacuerdo entre padre y madre y conducta alcohólica negativa; evaluados con el instrumento utilizado.

CONCLUSION

Por lo anterior se sugiere la necesidad de nuevos estudios, ya que hay pocas investigaciones sobre este tipo de familias; por los resultados obtenidos en este trabajo, se demostró que las familias multiproblemáticas, de Teapa, Tabasco; tienen 9.7 veces mas riesgo de tener una embarazada adolescente, que las familias que no lo son.

De acuerdo al cuestionario de Problemas Familiares, diseñado por Pick y López; se encontró que de los factores que demuestran menor riesgo de embarazo en el adolescente de Teapa; son 2 la comunicación adecuada en la familia y el impacto del alcohol en la familia; sin embargo existe un riesgo importante de la mayor parte de estos factores (interacción familiar negativa, conflicto familiar, desacuerdo entre padre y la madre; familia con fármacodependencia y la conducta alcohólica de la familia, con el embarazo en adolescentes de Teapa) y en general con la Familia Multiproblemáticas.

Se encontró: que el nivel educativo y el que la adolescente sea estudiante se presenta como factor protector, ya que la mayor parte de las adolescentes nuligestas han cursado un nivel primaria o secundaria y son mínimas las analfabetas, y que la mayor parte de estas adolescentes estudian y las embarazadas se dedican al hogar o son desempleadas; en cuanto a la religión no se determinó que sea un factor protector o precipitante del problema; por otra parte se encontró que la edad mas frecuente de las embarazadas es igual o mayor a 16 años, en este estudio la mayor parte de las embarazadas eran solteras al momento del embarazo.

RECOMENDACIONES

1. Detección precoz de las Familias Multiproblemáticas, en el primer nivel de atención por medio del uso del “Cuestionario de Problemas Familiares”; que sería de utilidad en la identificación de estas familias
2. Identificar a las Adolescentes Embarazadas integrante de Familias Multiproblemáticas para evitar mayores complicaciones.
3. Fortalecer los programas de información sobre el embarazo en adolescentes, y los Clubes de Embarazadas; tomando en cuenta las características de la familia de la adolescente, ya que al conocer sus fortalezas o problemáticas se pueda trabajar en base a estas.
4. Fortalecer la participación del Médico Familiar, en el seguimiento de todo tipo de familia, a lo largo del ciclo vital familiar, incidiendo en la dinámica de las familias multiproblemáticas, para disminuir el riesgo de un embarazo en adolescentes.
5. Trabajar con las Familias Multiproblemáticas detectadas, mediante la participación de un equipo interdisciplinario, para manejar a la adolescente integrante de estas familias de forma individual y familiar, con la participación del médico familiar, el terapeuta familiar, gineco-obstetricia y los servicios o dependencias que sean necesarios.
6. Fortalecer las relaciones familiares de los adolescentes con familias sin problemas.

BIBLIOGRAFIA

1. Rangel JL, Valerio L., Patiño J., Funcionalidad Familiar en la Adolescente Embarazada, Revista de la Facultad de Medicina UNAM, Enero- Febrero, 2004; 24-27
2. Mendoza LA, Soler HE., Sainz VL., Gil AI., Mendoza SH. F., Análisis de la Dinámica y Función Familiar en Atención Primaria, Archivos de Medicina Familiar, Enero- Abril 2000; 27-32.
3. Osorio CL, Estructura y Dinámica Familiar de Adolescentes del sexo femenino con Intento Suicida, Proyecciones,, Junio-Julio 2000; 6(1):25-36
4. <http://www.fundaciondelafamilia.cl>
5. Minuchin S. Familias y Terapia Familiar 2a. Ed. Paídos, 1979. Barcelona. 78- 138.
6. Pérez W. Aspectos psicosociales del embarazo en adolescentes, Habana Cuba. Rev. Ginecología. 2001. 15-20
7. Godoy GM, Trabajo Social con Familias Multiproblemáticas afectadas con Cáncer, Revista de trabajo y acción social, 2004; 31: 61-93.
8. González GC, Rojas MR, Hernández SMI, Oláis FG. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA. *Salud Pública de México*, 2005. 47(3):209-218.
9. Ayala MM. Actitudes que presentan los Padres y las Madres de adolescentes Acerca de que se les Imparta Educación se la Sexualidad a sus Hijos e Hijas en la Escuela. Archivos Hispanoamericanos de Sexología. 1999; 2:165-180.
10. Consejo Nacional de Población, Situación actual de los y las jóvenes en México, CONAPO 2002.

11. Pineda PS, Aliño SM, "Concepto de Adolescencia", Manual de Prácticas Clínicas para la atención en la adolescencia. 15-23; disponible en <http://aps.sld.cu>
12. Organización Panamericana de la Salud, Consejo Directivo Organización Mundial de la Salud, Comité Regional, "Salud de los adolescentes Plan de acción para el periodo 1998-2000". tema 5-10 del programa provisional CD40/21 1997. Washington, DC.
13. Romero de C, R. J.; Lora CMN. y Cañete E, Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida Atención Primaria. 2001; 27(1):42-55.
14. Langer A, Nigenda G, López OM. Salud sexual y reproductiva y reformas del sector salud en América Latina. Population council/ banco interamericano de desarrollo. 1ra. Edición 2000;3-5
15. Sánchez RL. Asociación entre algunos factores psicosociales y el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes escolares. Rev. Cubana Med. Gen Integr: 2006;22-1
16. Cortés AA, García RR, Hernández SM, Monterrey GP, Encuesta sobre comportamientos sexuales riesgosos y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes adolescentes de Ciudad de La Habana, 1996. Rev. Cubana Med Trop 1999; 51; 2.
17. Mirabal MG, Modesta MM, Pérez DD. "Repercusión Biológica Psíquica Y Social Del Embarazo En La Adolescencia", Rev. Cubana Enfermería. Cuba, 2002;18 (3) 87-175
18. Núñez UR, Hernández PB, García BC, González D, Walter D. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Pública Méx. 2003;45 (1);592-102
19. Jimena CC, "Embarazo en Adolescentes: Trasmisión intergeneracional", Unidad de Adolescencia Consultorio Alejandro del río, Estudios de Psicología, 2001;23

20. Langer A. El embarazo no deseado: Impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2002; 11;(3).
21. Plockinger B. Cuando las niñas se convierten en madres. Problemas de embarazo en niñas entre 11 y 15 años. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 1998; 14 (1).
22. Peláez MJ. Adolescentes embarazadas: Características y riesgos. *Hosp. Docente Materno Infantil "10 de Octubre", Rev. Obst. Ginecol.* 1997; 23(1):13-17..
23. Díaz SV. El embarazo de las adolescentes en México, *Gac. Med. Méx.* 139;(1)2003.
24. Encuesta Nacional de la Juventud 2000, Resultados generales México. Secretaría de Educación Pública, México. 2002.
<http://www.imjuventud.gob.mx/main.asp>
25. [García RR, Cortés Alfaro Alba, Vila Luis Enrique, Hernández Mariela, y Mesquiza Valera Alina.](#) Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2006; 22(1)
26. Secretaría de Salud. Guía para el cuidado de la salud. IMSS-Oportunidades, México, 2005:44.
27. Rodríguez G., Modelos de Educación Sexual, Consultoría de la Federación Internacional para la planificación familiar (IPPF) y de la Fundación MAC. Arthur. OPS, 2000; 13
28. Mezquita SN. "Conocimiento sobre la sexualidad en estudiantes de nuevo ingreso a la DACS- UJAT Villahermosa Tabasco", México 2004. Tesis de grado.

29. Díaz S. V. El Embarazo No Deseado Y El Aborto Como Problema De Salud Pública, El Embarazo De La Adolescente. México, Gacha .Med. Méx. 2003;1;139
30. Secretaría de Salud. Cuadernos de salud reproductiva: Tabasco. Consejo Nacional de Población, 2001:82
31. Maravilla MM, Amaro M. Uso, preferencia de anticonceptivos y organización de los servicios de Planificación Familiar. Huimanguillo, Tabasco.2005. Tesis de grado.
32. Stern CI. El embarazo en la adolescencia como problema público: Una visión crítica. Sal. Púb. Méx. 1997;39:137-143
33. Secretaría de Salud, México 2002. "Programa de acción: Programa de atención a la salud de la adolescencia". SSA, México, 68-74
34. Consejo Nacional de Población CONAPO del Estado de Tabasco, Cuadernos de Salud Reproductiva Tabasco, México, 2001. Primera edición. Estadísticas Indicadores. Sociodemográficos 2000-2007. URL <http://www.salud.gob.mx/información>.
35. Amar AJ, Hernández JM. Autoconcepto y Adolescentes embarazadas Primigestas solteras. Psicología desde el Caribe, junio No. 015, Universidad del Norte de Barranquilla, Colombia; 1-17
36. Tobeña V. Representación social sobre el adolescentes entre un grupo de profesionales a la salud ¿Una cuestión de abordaje disciplinar? Revista argentina de sociología 2005; 3, :107-132
37. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía Clínica, Consumo perjudicial y dependencia de drogas en menores de 20 años. Series Clínicas No 53, 2007.
38. Rodríguez MM. La Familia Multiproblemáticas y el Modelo Sistémico, Portularia 2003; 3: 89-115.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
JURISDICCION TEAPA, TABASCO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha TEAPA, TABASCO JUNIO-AGOSTO 2008

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y FAMILIA MUTIPROBLEMÁTICA

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

CONTESTAR UNA ENCUESTA TITULADA "PROBLEMAS FAMILIARES"

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable se ha comprometido mantener la información que le proporcione esta encuesta en discreción, y hacer uso adecuado de esta, en busca de beneficio para mi comunidad.

Nombre y firma de la participante y/o del padre o tutor

Nombre y firma del Investigador Responsable.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
SECRETARIA DE SALUD TABASCO
JURISDICCION SANITARIA TEAPA**

NOMBRE: _____
 _____ EDAD: _____
 EDO CIVIL _____ ESCOLARIDAD: _____
 RELIGION: _____ OCUPACION: _____

Contesta las siguientes preguntas, colocando una X el numero que consideres que representa mejor lo que sucede en tu familia.

TOTALMENTE DE ACUERDO	5
DE ACUERDO	4
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	3
EN DESACUERDO	2
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1

NUM	PREGUNTA	1	2	3	4	5
1	EN MI FAMILIA NOS EVITAMOS UNOS A OTROS	1	2	3	4	5
2	EN LA CASA SON RESPONSABLES DE LAS LABORES DEL HOGAR	1	2	3	4	5
3	MIS PADRES SE DEPRIMEN	1	2	3	4	5
4	MIS PADRES ME REGAÑAN	1	2	3	4	5
5	MIS PADRES TIENEN DESACUERDOS	1	2	3	4	5
6	ALGUN MIEMBRO DE MI FAMILIA FUMA MARIHUANA	1	2	3	4	5
7	MI MADRE NO ACEPTA MI PARECER	1	2	3	4	5
8	ME PROHIBEN SALIR DE LA CASA PARA HACER TRABAJOS	1	2	3	4	5
9	EN MI CASA, MI PADRE IMPONE SU CRITERIO	1	2	3	4	5
10	EN MI CASA SE AGREDE A LOS HIJOS	1	2	3	4	5
11	EN CASA SUELE HABER FALTAS DE RESPETO ENTRE LOS PADRES Y LOS HIJOS	1	2	3	4	5
12	EN CASA, SI NO CUMPLO HAY CASTIGOS	1	2	3	4	5
13	NOS BURLAMOS UNOS DE OTROS EN MI FAMILIA	1	2	3	4	5
14	SI ALGUIEN BEBE, EN CASA HAY PROBLEMAS	1	2	3	4	5
15	CUANDO SE ENOJAN, MIS PADRES SE ENOJAN CON LOS HIJOS	1	2	3	4	5
16	MIS HERMANOS (AS) SE DALEN CON LA SUYA	1	2	3	4	5
17	MIS PADRES SE AGREDEN VERBALMENTE	1	2	3	4	5
18	PODEMOS LLEVAR A NUESTROS AMIGOS A CASA	1	2	3	4	5
19	ANTES DE OIRNOS, NUESTROS PADRES NOS PEGAN	1	2	3	4	5
20	EN CASA LA COMUNICACIÓN ES AGRESIVA	1	2	3	4	5
21	ELGUN MIEMBRO DE MIS FAMILIA TOMA BARBITURICOS	1	2	3	4	5
22	EN CASA NO ME DEJAN IR A FIETAS	1	2	3	4	5
23	MIS PADRES MUESTRAN SUS DIFERENCIAS FRENTE A NOSOTROS	1	2	3	4	5
24	EN MI FAMILIA HAY AGRESIONES VERBALES	1	2	3	4	5
25	MI PADRE ESTA DESEMPLEADO	1	2	3	4	5
26	CUANDO QUIERO UN PERMISO, MIS PADRES SE HECHAN LA BOLITA	1	2	3	4	5
27	EN MI FAMILIA COMEMOS JUNTOS	1	2	3	4	5
28	EN MI FAMILIA LOS HOMBRES AYUDAN AL QUEHACER	1	2	3	4	5
29	MIS PADRES ACEPTAN MIS OPINIONES	1	2	3	4	5
30	MIS PADRES ME PROHIBEN TENER NOVIO	1	2	3	4	5
31	MI PADRE CELA A MI PADRE	1	2	3	4	5

32	EN MI CASA SE DAN FALTA DE RESPETO ENTRE MIS PADRES	1	2	3	4	5
33	ASISTIMOS JUNTOS A LA IGLESIA EL DOMINGO	1	2	3	4	5
34	SE HACEN GASTOS INNECESARIOS (ALCOHOL) O EN COSAS NO BASICAS	1	2	3	4	5
35	ALGUN MIEMBRO DE MI FAMILIA TOMA PASTILLAS PARA DORMIR	1	2	3	4	5
36	EN CASA NOS TURNAMOS TODOS PARA LAVAR LOS TRASTES	1	2	3	4	5
37	MI PADRE ME IGNORA	1	2	3	4	5
38	HAY PREFERENCIAS DE MIS PADRES POR ALGUNO(S) DE SUS HIJO(S)	1	2	3	4	5
39	CON MIS PADRES ES IMPOSIBLE HABLAR	1	2	3	4	5
NUM	PREGUNTA	1	2	3	4	5
40	EN MI FAMILIA NOS IGNORAOS UNOS A OTROS	1	2	3	4	5
41	LOS PERMISOS SE PIDEN A MI PADRE	1	2	3	4	5
42	CELEBRAMOS LOS CUMPLEAÑOS EN MI FAMILIA	1	2	3	4	5
43	EN MI CASA NO ALCANZA EL DINERO PARA PAGAR LA ESCUELA	1	2	3	4	5
44	LAS REGLAS SON IGUALES PARA HOMBRES Y MUJERES	1	2	3	4	5
45	EN MI FAMILIA, LA COMUNICACIÓN ES INDIRECTA	1	2	3	4	5
46	EN CASA HAY FALTA DE RESPETO ENTRE HERMANOS	1	2	3	4	5
47	EN CASA FALTA DINERO PARA LO NECESARIO	1	2	3	4	5
48	MI PADRE QUITA AUTORIDAD A MI MADRE	1	2	3	4	5
49	HAY DESINTERES DE MIS PADRES PARA MIS ESTUDIOS	1	2	3	4	5
50	EN MI FAMILIA SON IRRESPECTUOSOS CON LOS SECRETOS	1	2	3	4	5
51	EN CASA ESTAMOS EN DESACUERDO	1	2	3	4	5
52	EN MI CASA NO CONVIVIMOS	1	2	3	4	5
53	MIS PADRES NO ME ESCUCHAN	1	2	3	4	5
54	MIS FAMILIA ESTA INTEGRADA	1	2	3	4	5
55	CON MI MAMA PUEDO HABLAR	1	2	3	4	5
56	MIS PADRES SE QUEJAN POR LO QUE CUESTA MANTENERME	1	2	3	4	5
57	MIS PADRES SE CELAN ENTRE ELLOS	1	2	3	4	5
58	MIS PADRES PERMANECEN MUCHO TIEMPO DISTANCIADOS	1	2	3	4	5
59	EN CASO LOS PERMISOS, SE PIDEN A MI MADRE	1	2	3	4	5
60	MIS PADRES SE CONTRADICEN	1	2	3	4	5
61	MIS PADRES ME IMPIDEN SALIR CON MIS AMIGOS	1	2	3	4	5
62	EN MI FAMILIA ME SIENTO RESPETADO (CUENTO CON UN LUGAR ENTRE ELLOS)	1	2	3	4	5
63	EN MI CASA SE MOLESTAN CONMIGO SI BEBO	1	2	3	4	5
64	MIS PADRES EVITAN CONFLICTOS ENTRE NOSOTROS	1	2	3	4	5
65	MIS PADRES HACEN COMPARACIONES ENTRE LOS HIJOS	1	2	3	4	5
66	RESPONDEMOS MAL A NUESTROS PADRES O MAYORES	1	2	3	4	5
67	ENTRE LOS MIEMBROS DE MI FAMILIA HAY COMUNICACIÓN	1	2	3	4	5
68	MIS PADRES NO SE DAN APOYO PERSONAL MUTUO	1	2	3	4	5
69	EN MI FAMILIA PODEMOS HABLAR DE TODO	1	2	3	4	5
70	A TODOS LOS HIJOS, MIS PADRES NOS AYUDAN POR IGUAL	1	2	3	4	5
71	ENTRE MIS PADRES NO HAY COMUNICACIÓN	1	2	3	4	5
72	EN CASA HAY COSAS DE LAS QUE NO SE PUEDE HABLAR	1	2	3	4	5
73	EN MI CASA SE ACOSTUMBRA BEBER ALCOHOL	1	2	3	4	5
74	MIS MADRE PREFERE A MIS HERMANO (AS) QUE A MI	1	2	3	4	5
75	NOS BURLAMOS UNOS DE OTROS EN MI FAMILIA	1	2	3	4	5
76	MIS HERMANOS NO ME RESPETAN	1	2	3	4	5
77	EN MI CASA ES MI MADRE LA QUE CASTIGA	1	2	3	4	5
78	EN CASA LOS CASTIGOS LOS IMPONE MI PADRE	1	2	3	4	5
79	EN MI CASA NO SE DICEN LAS COSAS CLARAMENTE	1	2	3	4	5
80	EL TABACO CREA PROBLEMAS EN LA FAMILIA	1	2	3	4	5
81	EN MI FAMILIA SON SUPERFICIALES EN LAS CONVERSACIONES	1	2	3	4	5
82	NO RECIBO DINERO PARA GASTAR EN LO NECESARIO	1	2	3	4	5
83	EN MI FAMILIA SE ACOSTUMBRA FUMAR TABACO	1	2	3	4	5
84	EN MI CASA NADIE SACA LA BASURA	1	2	3	4	5

85	EN MI CASA ES DIFICIL OBTENER PERMISOS	1	2	3	4	5
86	SIENTO QUE EN MI CASA NO ME HACEN CASO	1	2	3	4	5
87	EN CASA, LAS TAREAS LAS REPARTIMOS ENTRE TODOS	1	2	3	4	5
88	EN CASA FALTA LO NECESARIO	1	2	3	4	5
89	SE DAN CRITICAS HIRIENTES EN LA FAMILIA	1	2	3	4	5
90	CUANDO LO NECESITO, MI PADRE ME ESCUCHA	1	2	3	4	5
91	EN MI CASA SE ENOJAN SI NO ACEPTO SUS CREENCIAS	1	2	3	4	5
92	HAY CONFIANZA ENTRE MIS PADRES	1	2	3	4	5
93	MIS PADRES PREFERIAN QUE NO ESTUDIARA	1	2	3	4	5
94	EN MI FAMILIA IMPORTA LO QUE YO PIENSO	1	2	3	4	5
95	EN MI FAMILIA DESAYUNAMOS JUNTOS	1	2	3	4	5
96	QUIEN BEBE EN LA FAMILIA NO LLEGA A LA CASA	1	2	3	4	5
97	EN MI FAMILIA LOS HOMBRES AYUDAN AL QUEHACER	1	2	3	4	5
98	EN MI FAMILIA NO HAY VARIEDAD DE TEMAS PARA HABLAR	1	2	3	4	5
99	LA ORGANIZACIÓN FAMILIAR SE ALTERA SI ALGUIEN BEBE	1	2	3	4	5
100	EN CASA NOS GUSTAN LAS MISMAS DIVERSIONES	1	2	3	4	5
101	MIS PADRES DISCUTEN	1	2	3	4	5
102	CUANDO ALGUIEN BEBE EN CASA, NOS AGREDE A LOS DEMAS	1	2	3	4	5
103	AL HABLAR EN LA FAMILIA, NOS INSULTAMOS	1	2	3	4	5
NUM	PREGUNTA	1	2	3	4	5
104	VEMOS JUNTOS LA TELEVISION	1	2	3	4	5
105	NO NOS DAMOS LOS RECADOS TELEFONICOS	1	2	3	4	5
106	PUEDO EXPRESARME FACILMENTE CON MI PADRE	1	2	3	4	5
108	EN CASA SE HACE LO QUE MI MADRE DICE	1	2	3	4	5
109	QUIEN BEBE EN CASA INSITA A LOS DEMAS A HACERLO	1	2	3	4	5
110	MIS PADRES SE PELEAN, SE GRITAN	1	2	3	4	5
111	MI PADRE SE ENOJA CON MI PADRE CUANDO BEBE	1	2	3	4	5
112	MIS HERMANOS BARONES BEBEN	1	2	3	4	5
113	MIS PADRES SE EXPRESAN SU AFECTO	1	2	3	4	5
114	EN MIS FAMILIA CENAMOS JUNTOS	1	2	3	4	5
115	MI MADRE SE MOLESTA CON MI PADRE SI EL BEBE	1	2	3	4	5
116	EN CASA DEBO DE PEDIR PERMISO A MIS DOS PADRES	1	2	3	4	5
117	NO SE DESTINA DINERO PARA LA FAMILIA	1	2	3	4	5
118	ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA TOMA ANTIDEPRESIVOS	1	2	3	4	5
119	EN CASA, LA CONDUCTA DEL QUE BEBE AFECTA LA FAMILIA	1	2	3	4	5
120	EN MI FAMILIA NO HAY DISPOSICION PARA ENTENDER A LOS OTROS	1	2	3	4	5
121	MIS PADRES ME CULPAN POR SUS PROBLEMAS	1	2	3	4	5
122	ALGUIEN DE MI FAMILIA CONSUME DROGAS	1	2	3	4	5
	RESULTADO					