



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

TESIS:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
EN EL POBLADO C-32, HUIMANGUILLO; TABASCO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ANDRÓMEDA HERNÁNDEZ PÉREZ

HUIMANGUILLO, TABASCO NOVIEMBRE 2009



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 ADOLESCENTES EMBARAZADAS
EN EL POBLADO C-32, HUIMANGUILLO; TABASCO**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

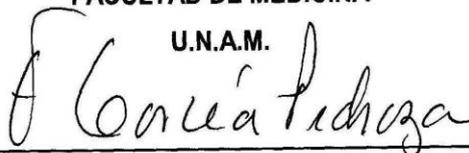
DRA. ANDRÓMEDA HERNÁNDEZ PÉREZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER F. 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. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

HUIMANGUILLO, TABASCO NOVIEMBRE 2009

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
EN EL POBLADO C-32, HUIMANGUILLO; TABASCO**

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

PRESENTA:

DRA. ANDRÓMEDA HERNÁNDEZ PÉREZ

AUTORIZACIONES



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



Q.F.B. SERGIO LEÓN RAMÍREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA EN SALUD



SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE CALIDAD Y
ENSEÑANZA EN SALUD

HUIMANGUILLO, TABASCO NOVIEMBRE 2009

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
EN EL POBLADO C-32, HUIMANGUILLO; TABASCO**

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

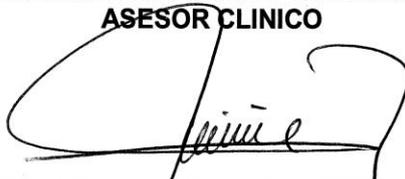
PRESENTA:

DRA. ANDRÓMEDA HERNÁNDEZ PÉREZ

AUTORIZACIONES



**DR. JOSE LUIS CORREA CARRILLO
ASESOR CLINICO**



**M. EN C. RICARDO JIMENEZ HERNANDEZ
ASESOR METODOLOGICO**

HUIMANGUILLO, TABASCO NOVIEMBRE 2009

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar a DIOS quien me dio la fe y fortaleza necesaria para salir siempre adelante, por colocarme en el mejor camino iluminando cada paso de mi vida y por darme la salud y la sabiduría necesaria para permitirme desarrollar en esta meta.

A todos los hospitales de la Secretaria de Salud, por haberme dado la oportunidad de rotar en las diferentes áreas y a todos los médicos adscritos que compartieron sus experiencias.

A mi asesor metodológico Ing. Ricardo por su valioso tiempo otorgado para la realización de esta tesis.

DEDICATORIA:

- A MI MADRE:

Ya que gracias a ella he logrado esta importante etapa, por brindarme su amor, comprensión y apoyo incondicional, que fueron necesarios en los momentos mas difíciles, pero sobre todo por compartir tantas noches de desvelos.

- A MI HERMANITO:

Por ayudarme en los momentos que necesite de su apoyo, por compartir los momentos de alegría y de tristezas y por ser el mejor hermano que Dios que me ha dado.

INDICE

1. Introducción.....	01
2.- Marco teórico.....	03
3.-Marco de referencia.....	16
4.- Planteamiento del Problema.....	20
5.-Justificación.....	21
6.-Objetivos.....	26
7.- Material y Método.....	27
7.1 Tipo de Estudio.....	27
7.2 Universo.....	27
7.3 Criterios.....	27
7.4 Método de recolección de datos.....	28
7.5 Variables.....	29
8.- Aspectos éticos.....	32
9.- Instrumento de medición.....	33
10.- Resultados.....	35
11.-Discusión.....	43
12.-Conclusión.....	47
Recomendaciones.....	49
Bibliografía.....	50
Anexos.....	53

RESUMEN.

INTRODUCCION.-La adolescencia es una etapa de transición, ya que es la línea divisoria entre la seguridad de la niñez y el mundo desconocido del adulto. La aparición de un embarazo en esta etapa produce cambios en la estructura de las funciones de sus integrantes, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, o aceptado.

OBJETIVO.- El objetivo del estudio fue, identificar la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas en el poblado C-32, Huimanguillo; Tabasco.

MATERIAL Y METODO.- Se realizó estudio observacional, transversal y descriptivo, en el poblado C-32 del municipio de Huimanguillo, Tabasco, en donde se incluyeron 130 adolescentes embarazadas que acudieron a control, usando una encuesta auto aplicable que contenía variables tales como aspectos sociodemográficos, edad del embarazo, No. De hijos, estado civil actual, asimismo se les aplicó un instrumento de funcionalidad familiar, para identificar cohesión y adaptabilidad de las adolescentes. Los resultados se evaluaron a través de distribución de frecuencias y fueron presentados en gráficos.

RESULTADOS.-Se aplicó una encuesta a 130 adolescentes embarazadas, que acudían a control en el C.S. del Poblado en estudio. Se encontró que el 51.4% (67) correspondió a la edad entre 18 y 19 años. La edad del primer embarazo fue en un 28.4% a los 16 años, seguido del 17.6% a los 14 años. El estado civil, predominó la unión libre con un 50%, asimismo el 40% profesaba la religión católica y la escolaridad que prevaleció fue la primaria completa. Cerca del 67 % de sus parejas son de ocupación campesino. El 80.7%, de las adolescentes corresponde a familias desligadas y en cuanto a la adaptabilidad, el 71.6%, son familias caóticas, encontrando la mayor prevalencia en familias extremas con un 58%, colocándolas en familias disfuncionales.

CONCLUSION: Sin lugar a dudas el embarazo en adolescentes se relaciona con familias disfuncionales, así como con factores que afectan en esta etapa y que influyen en este problema a temprana edad, lo que repercute en la estructura, funcionalidad y dinámica familiar.

Palabras claves: Adolescencia, embarazo, funcionalidad familiar, cohesión, adaptabilidad.

1.- INTRODUCCION

La adolescencia es la etapa durante la cual se producen cambios fisiológicos, mentales, afectivos y sociales profundos. En esa etapa de transición, los cambios ocurren con rapidez y son necesarias continuas readaptaciones; los jóvenes se hacen más autónomos de su familia, de las instituciones educativas, de la moral y en general de la influencia de los adultos.

La aparición de un embarazo en la familia de una adolescente produce cambios en la estructura de las funciones de sus integrantes, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, o aceptado.

El embarazo en la etapa temprana de la adolescencia se caracteriza por inmadurez biológica, incapacidad de la pareja para cuidar a un hijo y formar una familia.

Las consecuencias del embarazo en adolescentes abarcan aspectos físicos, maternos y psicosociales que interfieren con la madurez, aceptación social y familiar de la madre y su hijo.

Las condiciones riesgosas asociadas o que pueden favorecer el embarazo en adolescentes son la menor aceptación de los valores tradicionales familiares y poca comunicación con la madre, abandono de la escuela, menarquia precoz, baja autoestima, carencia de proyectos de vida, pocos conocimientos sobre métodos anticonceptivos, familia disfuncional, madre o hermana con embarazo en la adolescencia, padre ausente, toxicomanías, adicciones, nivel socioeconómico bajo.

El embarazo en adolescentes es un problema que ha tenido un aumento importante en su prevalencia y ha llegado a convertirse en un problema de salud pública.

En los países de América Latina representa de un 20 a 60%. En México anualmente se reportan cerca de 700,000 embarazos, de los cuales corresponden a mujeres menores de 20 años.

En Tabasco la cifra de embarazos en adolescente corresponde al 22%, cifra que se ha hecho alarmante, debido a que la maternidad precoz puede llegar a convertirse en abortos.

2.- MARCO TEORICO

La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones.

Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema.

El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar. ¹

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante 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. 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.

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. La dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.

Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.

Una crisis es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que ocasiona cambios en la funcionalidad de sus miembros y conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

Las crisis dentro de la familia pueden ser normativas y no normativas; las primeras se definen como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar, también llamadas evolutivas, del desarrollo o esperadas. Las no normativas son aquellas experiencias adversas o inesperadas, también conocidas como paranormativas, accidentales o no esperadas.²

Las familias según su evolución, presentan crisis en los siguientes acontecimientos: matrimonio embarazo, nacimiento, inicio de la escuela, adolescencia, graduación, entrada a la universidad, inicio laboral, etapa del nido vacío, menopausia, retiro o cesantía y la viudez, también se manifiestan en los dos primeros años del matrimonio, la llegada del primer hijo, el ingreso del hijo a la escuela, la etapa de los siete a los nueve años del matrimonio y el periodo de la adolescencia de los hijos.

Tanto los eventos críticos normativos como los paranormativos pueden ser instrumentales, es decir, que surgen de los aspectos dinámicos y mecánicos de la

vida diaria; o afectivos, aquellos que amenazan las situaciones emocionales de la vida familiar.

Todo tipo de crisis implica un importante peso sobre el funcionamiento familiar y requiere un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones familiares capaz de mantener la continuidad de la familia y de consentir el crecimiento de sus miembros.

Las crisis familiares no siempre tienen consecuencias negativas, ni son referidas a circunstancias traumáticas, sino que están relacionadas también con acontecimientos normales del desarrollo familiar.

Las familias en crisis no es siempre una familia disfuncional, son situaciones de cambio, que implican transformaciones en el sistema familiar, pero si la familia es capaz de asimilar estas reestructuraciones, pueden ser fuente de crecimiento y desarrollo familiar.³

La funcionalidad familiar es un concepto básico para acercarse al conocimiento de la familia, toda vez que permite confrontar las necesidades de especie, económicas, de protección, de socialización, culturales y de prestigio a las que responde esta institución en diferentes sociedades y en los diferentes tiempos.

El estudio de la funcionalidad familiar ha sido objeto de diversos enfoques según los énfasis que se han hecho para su observación y, subsecuentemente, distintas propuestas de clasificación. Aunque se han intentado varios modelos y procedimientos para evaluar el grado de funcionalidad familiar, son pocos los que tienen valor práctico dado su complejidad, extensión o limitación.

Entre los modelos que se han utilizado se encuentran los siguientes:

- El índice de funcionamiento familiar (Pless y Satterwhite), a través de la investigación de 32 reactivos, estima la función familiar por aéreas como la satisfacción marital, frecuencia de desacuerdos, resolución de problemas, comunicación y sentimientos de felicidad e infelicidad.
- Escala de evaluación familiar (Beavers y Timberlawn), incluye las siguientes variables relacionadas con: estructura del poder familiar,

mitología familiar, habilidad de negociación, promoción de la autonomía, afecto familiar.

- Clasificación triaxial de la familia (Tseng y McDermott), es un sistema basado en tres fuentes de información, en cada una de las cuales se agrupan las disfunciones del grupo familiar en la siguiente forma: Aspectos del desarrollo familiar, disfunción en los subsistemas familiares, disfunciones de la familia como sistema.
- La guía de McMaster es un instrumento que a través del tiempo ha sufrido una serie de cambios y de parámetros; provee una visión global de la familia como sistema.

Por la forma de evaluarse, no es un instrumento cuyo empleo se haya extendido. Consta de la investigación de los siguientes parámetros: solución de problemas, comunicación, papeles, expresión de afectos, involucramiento afectivo, control de la conducta, funcionamiento familiar.

- Escala de Holmes, en 1976, en el Journal of Psychosomatic Research, Thomas Holmes presentó un test donde daba un determinado valor a eventos en la vida del hombre que son causa de estrés y cuya gravedad, en orden decreciente, era inversamente proporcional al valor dado.

Esta escala de eventos críticos debe realizarse en función de los que hayan ocurrido seis a ocho meses antes, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas.

- Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar; la aplicación de este instrumento permite evaluar la estructura de las relaciones intrafamiliares desde una perspectiva trigeneracional, dado que los patrones interaccionales se van aprendiendo y transmitiendo de una generación a otra.

Consta de siete variables: tiempo de evolución, individuación en el sistema (familia de origen), individuación en el sistema (familia nuclear), espectro coalición-colusión, mecanismos de defensa, patrones de comunicación, control de la conducta.

- Apgar familiar es un cuestionario que consta de cinco preguntas, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad.

El cuestionario está elaborado de tal modo que puede ser contestado por todo tipo de familias y mientras mayor sea el número de individuos a quienes se aplique, más completa será la visión que pueda tener del funcionamiento del sistema familiar.

- El modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares desarrollado por David H. Olson (1979), representa una de las más ampliamente usadas y debatidas técnicas de evaluación del funcionamiento de la familia en el campo de la terapia de pareja y familiar.

Teniendo como respaldo teórico este modelo, se desarrolló el FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) en 1980. Este instrumento fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias.

Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar: Adaptabilidad: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo. Cohesión: grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia. Comunicación: la cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos.

- El FACES III es un instrumento de autoaplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (nones para la cohesión y

las preguntas pares para la adaptabilidad). Fue traducida al español por Gómez-Clavelina y col. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) con valores de 1 a 5. Este instrumento para su mejor interpretación se coteja en sus resultados numéricos con el sistema circunflejo creado también por Olsón, en el cual clasifica a las familias en cuatro niveles: en el caso de la cohesión familias aglutinadas, conectadas, separadas y desligadas. La adaptabilidad por su parte constituye los siguientes tipos de familias: caóticas, flexibles, estructuradas y rígidas.

De esta combinación resultan 16 tipos de familias al conjuntar al tipo de familia según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas. Así se clasifican a las familias en: balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente disfuncionales. Según el Modelo Circunflejo de Olsón, resultado que permite tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir con las familias.³

La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo.

A los médicos familiares nos interesa la evaluación de la funcionalidad familiar en la medida que nos permite comprender cómo los daños a la salud (entendidos como factores de estrés individual y familiar) son manejados por las familias.

El afrontar estos factores de estrés depende, entre otros elementos, de su grado de cohesión, adaptabilidad y de la calidad de la comunicación que haya entre los miembros de la familia.

La evaluación de la funcionalidad familiar y del riesgo de disfunción propicia la posible participación de los profesionales de la salud en el apoyo que requieran las familias con mayor riesgo de disfunción, permite establecer una serie de tareas de carácter clínico dirigidas a un manejo médico más integral de los daños a la salud, así como la previsión de intervenciones de otros miembros del equipo de salud.

De esta manera, la evaluación de la funcionalidad familiar favorece el cumplimiento de las premisas de la práctica de la Medicina Familiar: continuidad de la atención, evaluación integral del proceso salud-enfermedad en los individuos y sus familias, y anticipación a los daños a la salud mediante un enfoque de riesgo.⁶

Durante la etapa de la adolescencia ocurren cambios importantes, reflejados en la esfera biopsicosocial del individuo, los cuales causan tensiones, que alteran de alguna manera su ingreso a la sociedad donde se desarrollan; es considerada desde el punto de vista sociológico como un periodo de transición, que media entre la niñez dependiente y al edad adulta autónoma.⁷

La adolescencia es una etapa de la vida en la cual el niño se transforma en adulto. Está comprendida de los 10 a los 19 años y es una época de rápidos cambios donde el desarrollo físico es una parte del proceso y el adolescente afronta una amplia gama de requerimientos psicosociales al encarnar con tan compleja sucesión de dificultades concernientes a su evolución como ser humano.

La adolescencia es el tiempo de las contradicciones de lo absoluto, de la intransigencia para la joven, una de las primeras contradicciones es la de mantener mente infantil en cuerpo de mujer.

La adolescencia, es un fenómeno psico-social, es el período de transición entre la dependencia del niño y la independencia del adulto, en el curso del cual el ser humano adquiere funciones de miembros activos de la sociedad.

Esta etapa es un estado en el que sujeto aún no se ha encontrado a sí mismo en la vida adulta, no se ha constituido como personalidad madura, con la forma de una actividad inherente solo a ella. En este período ocurre un rápido incremento de las dimensiones físicas, un cambio en la forma y composición del cuerpo, a la vez que se produce un rápido desarrollo de los órganos sexuales secundarios.

La nueva formación central y específica en la personalidad del adolescente es la tendencia a ser y a considerarse adulto, esta expresa la nueva posición vital del adolescente con respecto a las personas y al mundo, determina la orientación específica y el contenido de su actividad social, el sistema de nuevas aspiraciones y reacciones afectivas.⁸

Tradicionalmente, la adolescencia ha sido considerada como un período crítico de desarrollo, no solo en los Estados Unidos, sino también en otras muchas culturas, especialmente en las sociedades más avanzadas tecnológicamente.

Tanto la conversación vulgar como en las obras novelistas, los autores dramáticos y los poetas han abundado las referencias a los "años tormentosos" comprendidos entre el final de la niñez y la edad adulta nominal. Los que han estudiado científicamente la conducta han propendido también señalar que la adolescencia representa un período de tensiones particulares en nuestra sociedad. Algunos, especialmente los de mayor espíritu biológico, han hecho hincapié en los ajustes que exigen los cambios fisiológicos enfocados a la pubertad, sin exceptuar los aumentos de las hormonas sexuales y a los cambios en la estructura y a la función del cuerpo.

Otros han propendido a descubrir en la cultura la causa primordial de los problemas de los adolescentes, y han hecho hincapié en las demandas numerosas, y grandemente concentradas, que nuestra sociedad ha hecho tradicionalmente a los jóvenes de esta edad: demandas de independencia, de ajustes heterosexuales y con los semejantes, de preparación vocacional, de desarrollo de una filosofía de la vida fundamental y normativa.

Se dice que es una etapa de transición ya que es la línea divisoria entre la seguridad de la niñez y el mundo desconocido del adulto, en cierto sentido, la adolescencia ha venido a ser una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás, un periodo de transición entre la niñez y adultez.

Los estudios han lamentado la actividad sexual de los adolescentes y sus consecuencias, durante varias generaciones. Aristóteles ya en época remota,

dijo: “En respuesta al deseo sexual, ellos (los adolescentes) ejercitan, no se detienen”. Y sigue siendo así, aún en los inicios del presente siglo XXI.⁹

El dilema en los adolescentes se encuentra en la discrepancia entre la madurez física y cognitiva. La niña promedio, por ejemplo, es capaz de concebir tan joven como a los 10 a 12 años, pero a esa edad ella es aún incapaz de percibir las consecuencias de su comportamiento actual y no es capaz de ser una buena madre.

Actualmente en el mundo se cuenta con más de mil millones de adolescentes entre los 10 y 19 años de edad, 85% de los cuales viven en países en vías de desarrollo. En nuestro país, la población adolescente se ha duplicado en los últimos 30 años, pasando del 11.4% en 1970 al 21.3% millones en 1999. El rápido crecimiento demográfico propicio una distribución por edades marcadamente joven, con una elevada proporción de niñas, niños, adolescentes y jóvenes. De acuerdo al INEGI (2002) la población joven entre los 15 y 29 años asciende a 27.2 millones que corresponde al 28.5% de la población total. De este volumen, el 48% son hombres y un 52% son mujeres.¹⁰ Entre el año 2000 y el 2020 el grupo más grande de población será el de 10 y 19 años.¹¹

En cuanto a la salud sexual, a la par de lo que sucede en casi todo el mundo, una gran cantidad de jóvenes mexicanos inicia su actividad sexual en la adolescencia. Los hallazgos de investigaciones cualitativas en nuestro país confirman que el inicio de la vida sexual es una de las experiencias más significativas en la trayectoria de vida, un acto que está fuertemente influido por el género, los valores personales y las creencias.

De acuerdo con la Encuesta Nacional del Instituto Mexicano de la Juventud (2000), el 54.9% de los jóvenes entre 12 y 29 años ya han tenido relaciones sexuales, de estos, el 59.6% son hombres y el 50.6% mujeres. De esta proporción el 21% tuvo relaciones sexuales antes de los 20 años.

El inicio de la vida sexual no es un asunto trivial, se ve influido por las condiciones culturales y económicas en las que se desenvuelven los jóvenes y la presencia de

los medios de comunicación. La televisión, las revistas y la escuela son las instancias que favorecen el acercamiento a temas sexuales.

En América Latina y el Caribe la edad de la primera relación sexual es significativamente más baja para los hombres que para las mujeres. Un estudio de jóvenes en 11 países encontró que la edad promedio de la primera relación sexual para los varones varía de 12.7 años en Jamaica a 16.0 años en Chile; para las mujeres, varía de 15.6 años en Jamaica a 17.9 años en Chile.¹²

En México alrededor de los años 90, el inicio de vida sexual ocurrió en promedio: entre los hombres a los 16 años y entre las mujeres a los 19 años. Mientras la edad de inicio de la vida sexual activa se registra a edades más tempranas, la edad del matrimonio se ha postergado. De esta manera el lapso de fecundidad no marital se ha incrementado.¹³

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar. La evaluación de la dinámica familiar requiere el entendimiento conceptual de diversos componentes que intervienen en la relación de los integrantes de las familias y que determinan su composición, características, estructura y funcionalidad.¹⁴

El embarazo en adolescentes ha aumentado en forma notable en épocas recientes. Una de las razones que explica el aumento de los embarazos en adolescentes es el hecho que el crecimiento de la población sexualmente activa no se ha acompañado del aumento en la educación sexual.

El embarazo en adolescentes es multicausal. Se define como embarazo adolescente toda gestación que ocurre dentro de los dos primeros años

ginecológicos de la mujer y / o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Algunos de los factores de riesgo que se presentan en la adolescencia y que favorecen el embarazo precoz o se asocian con él, son:

Biológicos:

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

Psicosociales:

- Disfunción familiar: un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima y que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y, además puede encontrar alivio a la soledad y al abandono a través de un embarazo. Se han descrito como factores de riesgo asociados a la familia: la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, la madre también con historia de embarazo adolescente, y enfermedad crónica en uno de los padres.

Psicológicos:

- Durante la etapa temprana de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

Sociales:

- Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, la delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, con el

consecuente mayor riesgo. La pérdida de la religiosidad, es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.⁹

El embarazo en la adolescencia es uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana, es considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal y neonatal.

Tiene además implicancias socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educación familiar y social.

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos sus necesidades básicas.

Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de las adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño.¹⁵

Desde tiempos pasados se han comunicado embarazos en niñas y adolescentes muy jóvenes. Una de las primeras comunicaciones, fue informada por Mandeleso en 1958, en una niña de 6 años. El de mayor impacto es del Dr. Ecomel en 1939 en una niña peruana quien a los 5 ½ años y mediante cesárea, dio a luz un producto con peso de 2,700 grs. siendo considerada la madre más joven del mundo hasta la actualidad. Furtado en 1947 informó de una niña brasileña, de 7 años, quien dio a luz gemelos.⁹

La problemática en salud reproductiva de la adolescente, en sentido general se vincula a la tendencia de los jóvenes a practicar conductas sexuales riesgosas, así tenemos:

- El inicio cada vez más precoz de la vida sexual

- El poco reconocimiento de los riesgos
- Las relaciones sexuales imprevistas en lugares y situaciones impropias
- Los continuos cambios de pareja (promiscuidad)
- El poco conocimiento sobre el uso de anticonceptivos.²²

Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema en salud pública

De acuerdo a la Secretaría de Salud, en México fallecen 1,400 mujeres por problemas relacionados con el embarazo, El alto índice de mortalidad materna está relacionado con el problema de accesibilidad, oportunidad de intervenciones, costos implícitos y la calidad de los servicios obstétricos y perinatales.¹⁶

En México, 20% del total de embarazos ocurre en mujeres menores de 20 años. Cuando inician la actividad sexual, la mayoría de los adolescentes carecen del conocimiento preciso acerca de la sexualidad y anticoncepción y no tienen un acceso real a los servicios de salud reproductiva, lo que hace a esta población particularmente susceptible a los embarazos no deseados y a las enfermedades de transmisión sexual.¹⁷

Existe una fuerte asociación entre, embarazo temprano en una generación y la edad al embarazo de la siguiente generación, ya que es más probable que una mujer que fue madre tempranamente sea hija de una mujer que también fue madre adolescente.

Por lo tanto, si el embarazo adolescente se origina principalmente en condiciones de pobreza y a su vez tiene consecuencias económicas y sociales, la repetición intergeneracional del embarazo adolescente puede ser un mecanismo intermediario en la reproducción intergeneracional de la pobreza.

3.- MARCO DE REFERENCIA

3.1- SITUACION INTERNACIONAL

Todos los años 15 millones de mujeres menores de 20 años dan a luz, y estos nacimientos representan la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados en el mundo. Muchos de estos embarazos y nacimientos son involuntarios. Una selección de países de América Latina, un 20% a 60% de las mujeres menores de 20 años actualmente embarazadas declararon que sus embarazos eran inoportunos o no deseados.¹⁸

En un estudio realizado por las Naciones Unidas, menciona al promedio estimado de embarazos según grupos etéreos, con intervalos de 5 años (2000-2005) tomándose el valor medio estimado en todos los casos. La población objeto fue el grupo definido entre 15 y 19 años. De los 133 millones de embarazos, 14 (10.5%) son de madres entre 15 y 19 años. El mayor porcentaje de los mismos está en África y América Latina y Caribe.¹⁹

En un estudio realizado en Nicaragua en adolescentes embarazadas, se encontró que la mayoría inicia vida sexual antes de los 16 años y son generalmente no planeadas. Hay más de un compañero sexual en su vida reproductiva, carecen de información en planificación familiar y educación sexual en general, por lo que desconocen el uso de los métodos anticonceptivos y lógicamente tienen relaciones sexuales sin protección contra el embarazo, por lo que éste se sucede al poco tiempo de haber iniciado vida sexual, y es en su mayoría no planificado.²⁰ Ocurre una verdadera metamorfosis en todos los aspectos de su vida pues interrumpen sus estudios, pierden los amigos y su libertad, tienen que trabajar, se ven obligadas a adecuar sus pensamientos, sentimientos y actitudes de adolescente a los de un adulto de una forma brusca y prematura.

En cuanto a la relación con su pareja; es una relación conformada por personas inmaduras desde todo ángulo y que no están preparados para asumir responsabilidades por lo que enfrentan grandes conflictos que en muchos casos terminan en separación. Generalmente siguen siendo dependientes

económicamente de sus familias y su reincorporación social y de pareja se ve obstaculizada por muchas condiciones propias de su situación.²⁰

En un estudio realizado en Cuba se encontró que más del 50% de las adolescentes embarazadas sin apoyo familiar se mantuvo desvinculada del estudio y del trabajo donde la mayoría de las gestantes eran miembros de una familia disfuncional, concluyéndose que el apoyo familiar a la madre adolescente resulta determinante para el buen desempeño de ésta y para la salud de su hijo.²¹

En Uruguay se llevó a cabo un estudio de factores psicosociales y familiares en adolescentes mujeres con relaciones sexuales precoces y se encontró que el 86% eran miembros de familias disfuncionales, casi el 100% de ellas provenían de familias incompletas y habían presentado fracaso escolar e inestabilidad en la relación de pareja. Se estableció el posible papel facilitador de cada uno de los elementos antes mencionados sobre la precocidad de las relaciones sexuales, entendida como una disfunción psicosocial de las adolescentes.²⁰

En el Hospital Dr. Carlos Sanda de Guigue, en Venezuela, se realizó un estudio utilizando el FACES III, en una población conformada por 80 adolescentes inscritas en la consulta prenatal, encontrando en el nivel de cohesión familias desligadas, en la adaptabilidad familias caóticas.³⁶

En la Universidad de Carabobo; Venezuela, se realizó un trabajo acerca de la interacción familiar en un grupo de 30 adolescentes embarazadas inscritas en el Programa de Prevención y Asistencia de Embarazos en adolescentes (PASAE) donde se obtuvieron los siguientes resultados las adolescentes están cohesionadas a su grupo familiar, pero no se adaptan a las normas impuestas por este, por lo cual tienen conflictos con su familia, comprobando que la falta de cohesión y adaptabilidad, es un factor de riesgo importante, para el inicio precoz de las relaciones sexuales de los adolescentes en busca del afecto, amor y comprensión, que no consiguen en su hogar, exponiéndose por tanto a las consecuencias derivadas de este inicio, sin orientación como el embarazo no deseado.³⁷

En una población comprendida por 60 adolescentes primigestas, atendidas en el Programa de Prevención y Asistencia de Embarazos en Adolescentes (PASAL), en Venezuela, se aplicó el FACES III para conocer la cohesión y la adaptabilidad, así como una encuesta para identificar la integración de estas a sus familias, reportando que el embarazo precoz representa el acontecimiento vital estresante que coloca en conflicto a sus miembros, alterando la dinámica familiar. De igual manera resultó alterada la adaptabilidad con familias caóticas.³⁸

En Perú se realizó una investigación en adolescentes embarazadas utilizando el FACES III en un sector económico medio, siendo los resultados caóticos en adaptabilidad y separado en cohesión.³⁹

3.2. SITUACION NACIONAL

En México, anualmente quedan embarazadas 700 000 mujeres menores de 20 años, 82% de esos embarazos son involuntarios.¹⁸

En el Instituto Mexicano del Seguro Social de León Guanajuato, se evaluó la funcionalidad familiar en un grupo de 364 adolescentes embarazadas, encontrando que: la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja.³⁵

El porcentaje de adolescentes embarazadas con estudios escolares corresponde al 53% siendo la educación un elemento de capacitación en este determinante tema, y con un porcentaje del 77% de adolescentes embarazadas que no trabajan. Se encontró que en sus familias había padres solteros 6% y 2% divorciados, casados 78%.

Se identificó que la disfunción familiar constituye en realidad un riesgo que se agrava si está asociado con la edad, escolaridad, ocupación, estado civil actual.²⁶

En un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Xalapa Veracruz; se evaluó la dinámica y la funcionalidad familiar aplicando el FACES III a 103 adolescentes encontrando que el 43% de las familias de fueron de rango medio, 41% balanceadas y 16% extremas.³⁴

Se realizo un estudio en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la Unidad de Medicina Familiar No. 32 del estado de Nuevo León a pacientes embarazadas adolescentes, a quienes se les aplicó el instrumento Faces III para evaluación de disfunción familiar obteniéndose los siguientes resultados de 79 encuestas realizadas, 29 correspondieron a familia funcional y 50 presentaron disfunción familiar.⁶

En el Hospital Universitario Dr. José E. González, de Nuevo León se aplico el FACES III a 80 adolescentes embarazadas, encontrando que las familias que predominaron fueron estructurada semirrelacionada y la flexible aglutinada, de acuerdo al modelo circunflejo fueron familias balanceadas. Casi la mitad de las familias adolescentes fueron funcionales, pero con alto riesgo de disfunción familiar ante crisis de vida.³⁵

Los estados con mayor porcentaje de nacimientos registrados en adolescentes son Campeche, Tabasco y Coahuila, mientras que los porcentajes menores se presentan en el Distrito Federal, Guanajuato y Nuevo León.²³

En Tabasco, en la ranchería Boquerón 1era sección del municipio del centro, se estudio a 96 mujeres adolescentes donde se evaluaron los factores que contribuyen al embarazo en adolescentes, los cuales fueron; la baja escolaridad de los padres, inestabilidad familiar, nivel socioeconómico bajo, primaria incompleta en la adolescente, antecedente de ser hija de madre adolescente, desconocimiento sobre el embarazo y métodos anticonceptivos.²⁹

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cual es la funcionalidad familiar que afecta a la adolescente embarazada, del Poblado C-32, Huimanguillo, Tabasco.?

5.- JUSTIFICACION

En Tabasco de 45 mil embarazos que registran anualmente el 22% son de adolescentes y 10% de estos casos abortan. Según datos de la Secretaria de Salud, la situación se ha tornado preocupante porque la maternidad precoz puede llegar a convertirse en abortos. Al menos en todo el país, jóvenes de 15 a 19 años poco más del 5% ha comenzado a fallecer a causa de una concepción precoz y aborto. Aunque se estima que Tabasco, se encuentra por debajo de la media nacional, las cifras se comienzan a tornar alarmantes, en el sentido que ha comenzado a cambiar la sociología de las personas, porque las adolescentes llevan hasta su culminación el embarazo y existen mecanismos de salud de mucho acceso para todas las comunidades.²⁴

En 2008, la tasa global de fecundidad es de 2.1 hijos por mujer. En el II Censo de Población y Vivienda 2005, se registraron en la entidad 754 mil mujeres de 12 años y más; de ellas, 481 mil han tenido al menos un hijo. En promedio este grupo de mujeres ha tenido 2.5 hijos.³⁰

En Tabasco, de cada 100 nacimientos registrados, 56 corresponden a mujeres que en el momento del parto tenían entre 20 y 29 años de edad, y 21 a mujeres de 30 a 39 años. Así también, la proporción de los nacimientos de las madres adolescentes, menores de 20 años, es de 18 por ciento.

En el 2006, se registraron en la entidad poco más de 52 mil nacimientos, en el municipio del Centro ocurrieron 26 de cada 100 alumbramientos, seguido por el municipio de Cárdenas y Huimanguillo, con una proporción de 12 y 10 de cada 100, respectivamente.³¹

En 2005, el II Censo de Población y Vivienda, reportó en el estado de Tabasco 2.0 millones de habitantes, 50.9% son mujeres y 49.1% hombres; lo anterior significa que hay 97 hombres por cada 100 mujeres y los municipios de Centro, Cárdenas, Comalcalco y Huimanguillo agrupan a más de 570 mil mujeres, cifra que equivale al 56.3 % de la población femenina en la entidad.³⁰

La Secretaría de Salud informa que el embarazo en adolescentes es más presente en comunidades rurales, que en las urbanas.

La falta de información adecuada en materia de salud conlleva a que en esta etapa de la vida una de las conductas más riesgosas, sea la práctica de relaciones sexuales sin protección, que puede llevar a Infecciones de Transmisión Sexual, incluido el VIH/SIDA, así como a embarazos no planeados.

De acuerdo a los resultados que presenta el II Censo de Población y Vivienda del 2005, el municipio de Huimanguillo, cuenta con un total de 163,462 habitantes, 49.63% (hombres), 50.37% (mujeres) lo que representa el 8.38% de la población total del estado. Registrando el municipio una densidad de población de 42 hab/Km².³²

En el 2005, la población total del poblado C-32 es de 3466 habitantes, 48.84% hombres y 51.15% mujeres, y el 9.5%, del total de la población esta representado por adolescentes del sexo femenino.³³

En Huimanguillo, Tabasco, el embarazo en mujeres adolescentes, es un problema creciente que se agrava año con año.

Para ello se ha propuesto a estas jovencitas, más opciones para reconstruir sus proyectos de vida, acercándolas a su familia, procurando su permanencia o reingreso a la escuela; y buscando para ellas oportunidades de trabajo, se ha realizado un taller para la prevención del embarazo a temprana edad con una participación de 1,194 adolescentes de 8 comunidades, con eventos especiales, rally, concursos, décimo cuarto encuentro regional y estatal de la juventud.

Del programa para la prevención y atención integral del embarazo en adolescentes (Paidea), se visitaron, 4 comunidades, efectuando 52 sesiones, 5 canalizaciones para estudios médicos.

Con la participación del sector salud a través del seguro popular grupos de madres adolescentes reciben beneficios como partos gratuitos y consulta médica

y nutricional, que fortalece su nutrición durante el embarazo y su periodo de lactancia, preparándolas con las mejores recomendaciones para el cuidado y el manejo de los bebés.²⁴

Entre las adolescentes existe un mayor riesgo de aborto espontáneo, desnutrición, anemia, desproporción céfalo pélvica, trabajo de parto prolongado, dinámica uterina alterada. Sin embargo otros estudios señalan que al proporcionarse amplia atención obstétrica con un adecuado control prenatal, educación perinatal y apoyo psicológico apropiado se disminuyen los riesgos biológicos y económicos, tanto para las pacientes como para las instituciones.²¹

El embarazo en adolescente constituye un problema desde el punto de vista médico y social. Los factores contribuyentes son múltiples y las soluciones a los mismos no parecen ser fáciles de resolver a corto plazo. Por lo anterior, el seguimiento de la gestación debe contemplarse no sólo la asistencia obstétrica como tal, sino adoptar un enfoque integral que atienda además, las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia.

Se han mencionado ciertas condiciones riesgosas que puedan considerarse contribuyente al embarazo en adolescentes como son en nuestras épocas, la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación familiar sobre todo con la figura materna, el abandono de la escuela, la menarquía precoz, baja autoestima, con la consiguiente carencia de proyectos de vida, el poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos, familias disfuncionales, madre o hermana embarazadas en la adolescencia, padre ausente, nivel socioeconómico bajo, integración precoz en el área laboral, amigas que han iniciado vida sexual.²⁶

Entre los recursos familiares más importantes se encuentran la cohesión, que se expresa en el nivel de apoyo mutuo, afecto y confianza entre los miembros de la familia. Cuando la familia puede contar con esta posibilidad de decisión conjunta, cuenta con un recurso muy positivo para el enfrentamiento a las diferentes problemáticas de la vida familiar.

Otro puntual importante es la flexibilidad, ya que en la medida que la organización interna de la estructura familiar sea más flexible, permitiendo adoptar nuevos roles y reglas, se facilitara la solución de los conflictos. Esta capacidad del sistema da lugar al recurso de adaptabilidad que no es más que la capacidad de la familia para enfrentar los cambios y adaptarse al medio social; es decir, la habilidad para cambiar de la estructura de poder, las relaciones de rol y las reglas, de dependencia de la nueva situación.

La permeabilidad es otro recurso familiar que se refiere a la capacidad de la familia de abrirse hacia otras instituciones de la sociedad, permitiendo la relación prudente de sus miembros con otros subsistemas. Se manifiesta en la posibilidad de solicitar y permitir la ayuda desde fuera del sistema familiar.

La apertura del sistema facilita el apoyo social de otras familias, de los amigos y compañeros más cercanos, y de otras instituciones sociales como pudiera ser el Medico de Familia.⁴

Es necesario que los médicos familiares identifiquemos oportunamente la disfunción familiar. Debiendo estar capacitados para interpretar las dificultades potenciales de la familia con el objeto de orientar el manejo y el tratamiento de estas desde una perspectiva integradora.

Identificar los factores de riesgo de la disfunción familiar implica la exploración de los posibles signos y síntomas de enfermedad, que presenten uno o mas integrantes de una familia y que se relacionen con ella o reflejan una alteración en la dinámica de la misma.

Así como también que una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros.

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud publica importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

En el poblado C-32 se observa que las adolescentes presentan una falta de comunicación entre los miembros de sus familias, de igual manera la cohesión y la adaptabilidad se encuentra alterada, lo que conlleva a una actividad sexual temprana resultando embarazos no planeado y en ocasiones no deseados, esto provoca que la adolescente abandone su ambiente sociocultural y educativo lo que favorece a una disfunción familiar.

Con este estudio se pretende identificar la funcionalidad familiar que afecta a la adolescente embarazada de manera importante en su entorno biopsicosocial y de esta manera explicarles la importancia de esta, para un adecuado estado de salud en la familia y en sus miembros.

6.- OBJETIVOS

6.1. GENERAL

- Determinar el grado de funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas del Poblado C-32 Huimanguillo, Tabasco.

6.2. ESPECIFICOS:

- Identificar la edad de la adolescente embarazada
- Identificar la edad de inicio de relaciones sexuales
- Relacionar el nivel educativo con la edad de inicio del embarazo, en la población en estudio.
- Determinar la edad promedio al inicio del embarazo en la población a estudiar.
- Determinar el nivel sociodemográfico como factor determinante en el embarazo.
- Antecedente intergeneracional de embarazo de la madre.
- Identificar número de integrantes de la familia de origen.
- Relacionar el embarazo con el estado civil.
- Evaluar el conocimiento sobre métodos de planificación familiar.
- Identificar la cohesión y la adaptabilidad de la adolescente embarazada.

7.- MATERIAL Y MÉTODO

7.1- Tipo de estudio

El estudio es observacional, descriptivo, transversal, se trabajo una vez, con las adolescentes embarazadas, y las variables fueron medidas una sola vez.

7.2- Universo de estudio

7.2.1 Población, lugar y tiempo:

El total de la población de adolescentes embarazadas de 12 – 19 años que se encontraron registradas, en el censo de control prenatal del centro de salud del Poblado C-32 del municipio de Huimanguillo, Tabasco, fue de 214, en el periodo de enero a mayo de 2008.

7.2.2 Tipo de muestra y tamaño de la misma:

Se realizó un muestreo aleatorio simple en base al censo de control prenatal en las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años, que acudieron a consulta en el centro de salud del poblado C-32, Huimanguillo, Tabasco, siendo un total de 130 mujeres.

7.3. Criterios de estudio

7.3.1. De Inclusión:

- Adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad, que se encuentren registradas en el censo de control prenatal del poblado C-32, Huimanguillo, Tabasco.
- Adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad, que acudan a consulta al centro de salud del Poblado C-32, Huimanguillo, Tabasco.
- Adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad, del Poblado C-32, Huimanguillo, Tabasco, que acepten participar en el estudio.

- Adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad, del Poblado C-32 Huimanguillo, Tabasco, que sepan leer y escribir

7.3.2. De exclusión

- Adolescentes embarazadas que no habiten en el Poblado C-32, Huimanguillo, Tabasco.
- Adolescentes embarazadas del Poblado C-32, que no acepten participar en el estudio.
- Adolescentes embarazadas del Poblado C-32, que no sepan leer, ni escribir.

7.3.3. De eliminación:

- Adolescentes embarazadas que no contesten en forma adecuada las encuestas.

7.4. Método de Recolección de datos.

Se aplicó un cuestionario para identificar las particularidades sociodemográficas y ginecológicas de las adolescentes embarazadas, el cual incluye 11 reactivos para la valoración de las variables: Edad, estado civil, religión, escolaridad, ocupación del esposo, antecedentes de embarazo en su familia, número de integrantes, edad del inicio de relaciones sexuales, edad del primer embarazo, número de hijos, conocimiento de los métodos de planificación familiar. Este cuestionario fue aplicado al momento de la consulta, previo consentimiento informado de las pacientes. (Anexo 1).

Para evaluar la funcionalidad familiar se utilizó FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III), en su versión al español, el cual contiene 20 ítems: las 10 preguntas ímpares evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar. (Anexo 2).

Los resultados fueron capturados en una base de datos, utilizando el programa: Excel, Word para Windows y analizados a través de estadísticas descriptivas y presentadas en gráficas de barras y de pastel.

7.5 VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR
Edad	Cuantitativa, continua	Años de vida cumplidos desde el nacimiento	12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años 19 años
Estado civil	Cualitativa, nominal	Es la situación de las personas físicas determinada por su relación con su pareja	1.- Casada 2.- Unión libre 3.- Soltera 4.- Divorciada
Religión	Cualitativa, nominal	Grupo religioso con el que se identifica y simpatiza.	1.- Católica 2.- Adventista 3.- Testigo de Jehová 4.- Pentecostés 5.- Cristiana 6.- Otros
Escolaridad	Cualitativa, ordinal	Último grado académico cursado	1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Bachillerato 4.- Profesional

Ocupación del esposo	Cualitativa, nominal	Actividad principal a la que se dedica	1.- Obrero 2.- Campesino 3.- Comerciante 4.- Empleado 5.Desempleado 6.- Otros
Antecedente de embarazo en su familia	Cualitativa, nominal	Historia de embarazo en adolescentes en los miembros de su familia materna o paterna.	1.- SI 2.- NO
Numero de integrantes de la familia de origen	Cuantitativa continua	Cantidad de personas que conforman su familia	1 2 3 4 5 y mas
Edad de inicio de las relaciones sexuales	Cuantitativa continua	Años de vida cumplidos en que inicio la actividad sexual	12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años 19 años
Edad del primer embarazo	Cuantitativa, continua	Años de vida cumplidos en que tuvo el primer embarazo	12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años 19 años

Conocimiento de los métodos de planificación familiar	Cualitativa, nominal	Es la respuesta de la usuaria ante sus conocimientos de los métodos de planificación familiar	1.- SI 2.- NO
Cohesión	Cualitativa, ordinal	Grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas maritales entre si.	Aglutinado Conectado Separado Desligado
Adaptabilidad	Cualitativa, ordinal	Habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo	Caótico Flexible Estructurado Rígido
Tipo de familias	Cualitativa, ordinal	Es el resultado que se obtiene al valorar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad del Modelo Circunflejo de Olson	Balanceadas Medio Extremas

8.- ASPECTOS ETICOS

Se solicitará la autorización a las adolescentes embarazadas y sus familiares, para la realización de este trabajo, informándoles que este estudio servirá para realizar un análisis de la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas, y a su vez buscar alternativas de solución, la cual será usada de manera confidencial y para uso exclusivo de esta investigación.

En base a los criterios de la declaración de Helsinki el cual se ha considerado como el documento más importante en la ética de la investigación, se tomaron en cuenta los siguientes principios:

De acuerdo al artículo 20, las participantes serán voluntarias e informadas. Con respecto al artículo 21, se respetara el derecho de las participantes en la investigación a proteger su integridad y la confidencialidad de la información. Tomando en cuenta el artículo 22, las participantes serán informadas a participar o no en la investigación, en caso de así serlo, se obtendrá por escrito el consentimiento informado y voluntario de las participantes.⁴⁰

De acuerdo al artículo 22 fracción II y IV, de la Ley General de Salud, la carta de consentimiento informado se formulo por escrito, de acuerdo a sus requisitos: elaborado por el investigador principal y llevando el nombre y firma de dos testigos y por el sujeto de investigación (Anexo 3).

En base al artículo 17, fracción I de la Ley General de Salud, el estudio se considero sin riesgo, debido a que no se realizo ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las adolescentes participantes.⁴¹

9.- INSTRUMENTO DE MEDICION

Se uso FACES III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales III), para evaluar la funcionalidad familiar.

7.5.1 Características:

Contiene 20 items: las 10 preguntas nones evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar.

7.5.2 Criterios de calificación:

Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert de 1 a 5 puntos

- 1 nunca
- 2 casi nunca
- 3 algunas veces
- 4 casi siempre
- 5 siempre.

Este instrumento para su mejor interpretación se coteja en sus resultados numéricos con el sistema circunflejo creado también por Olsón, el cual clasifica a las familias de acuerdo a la cohesión y adaptabilidad en cuatro niveles: ⁽²⁷⁾

PUNTAJE	CLASIFICACION COHESION
10 – 34	Familias desligadas
35 – 40	Familias separadas
41 – 45	Familias conectadas
46 – 50	Familias aglutinadas

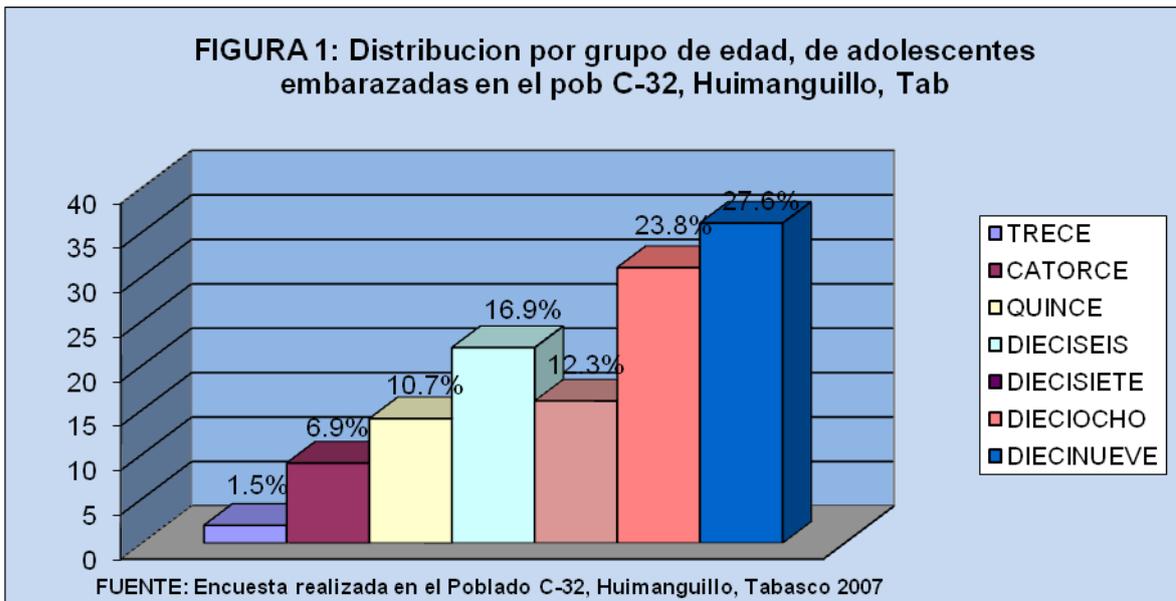
PUNTAJE	CLASIFICACION ADAPTABILIDAD
10 – 19	Familias rígidas
20 – 24	Familias estructuradas
25 – 29	Familias flexibles
30 – 50	Familias caóticas

De esta combinación resultan 16 tipos de familias, al conjuntar al tipo de familia según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas, se clasifican a las familias:

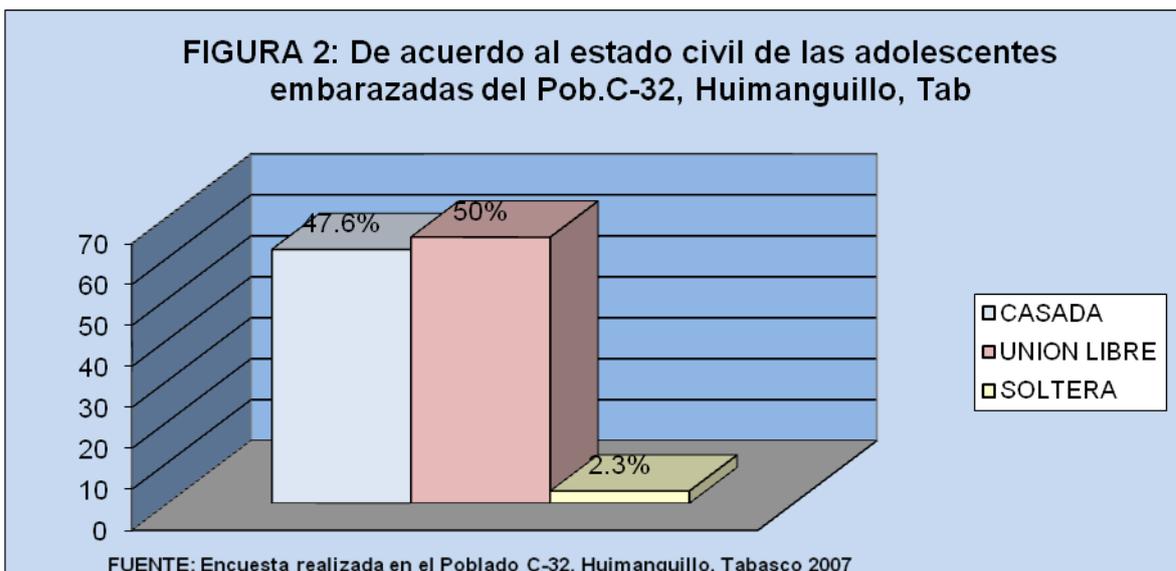
PUNTAJE	TIPO DE FAMILIA
1 – 4	Extremas o severamente disfuncionales
5 – 12	Rango medio o moderadamente disfuncionales
13 - 16	Balanceadas o funcionales

10.- RESULTADOS

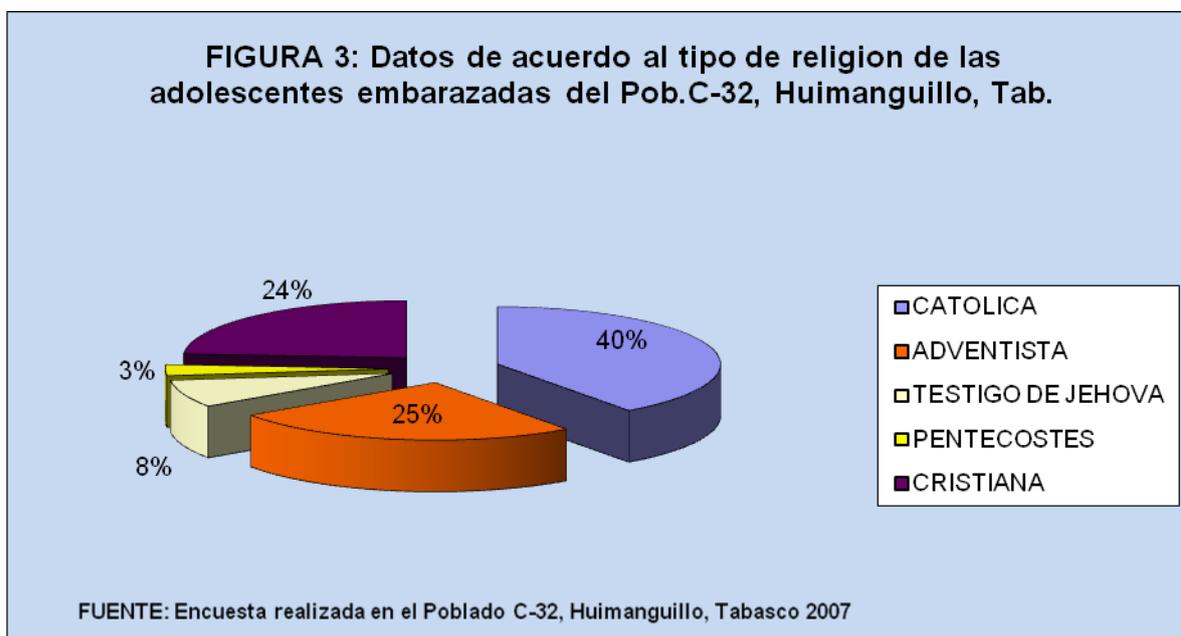
De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta que se aplicó a las 130 adolescentes embarazadas del Poblado C-32, del municipio de Huimanguillo; Tabasco, se encontró que el mayor porcentaje 27.6% corresponde a la edad de 19 años, el 23.8% a la edad de 18 años, 16.9% a la edad de 16 años, el 12.3%, a la edad de 17 años, y el resto a la edad de se 13, 14,15 años de edad. (Fig. 1)



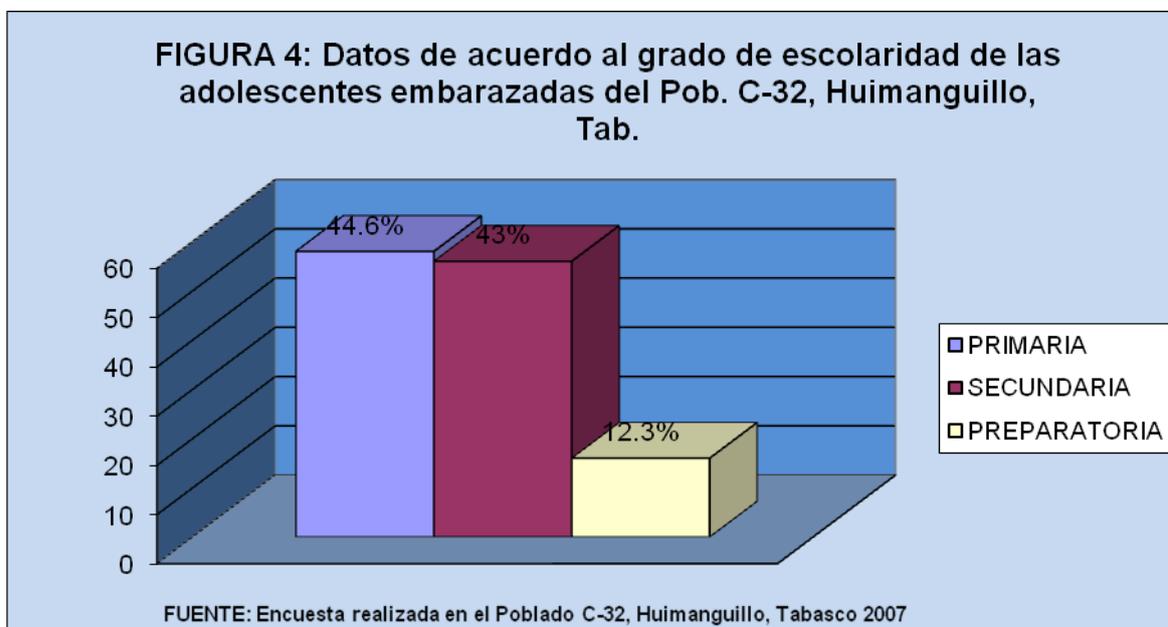
De acuerdo al estado civil, el mayor porcentaje se encuentra en unión libre con un 50%, el 47.6% son casadas y solo el 2.3% es soltera. (Fig. 2)



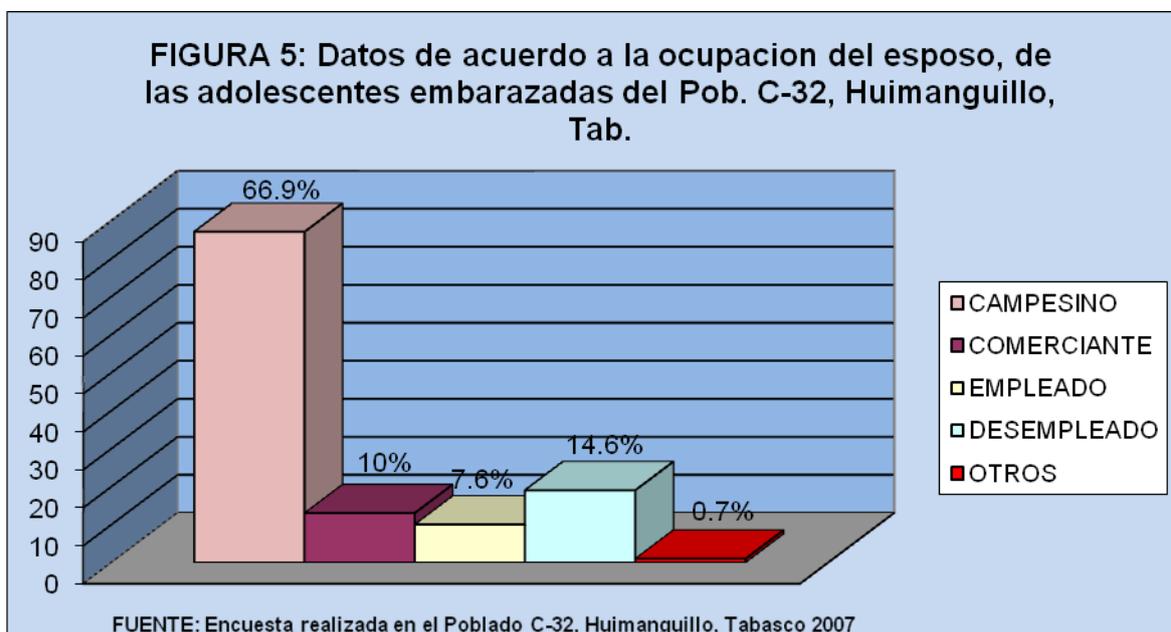
De acuerdo a la religión la mayoría profesa la católica, representada con un 40%, un 25% es adventista, el 24% es cristiana, el 8% testigo de Jehová y el 3% Pentecostés. (Fig. 3).



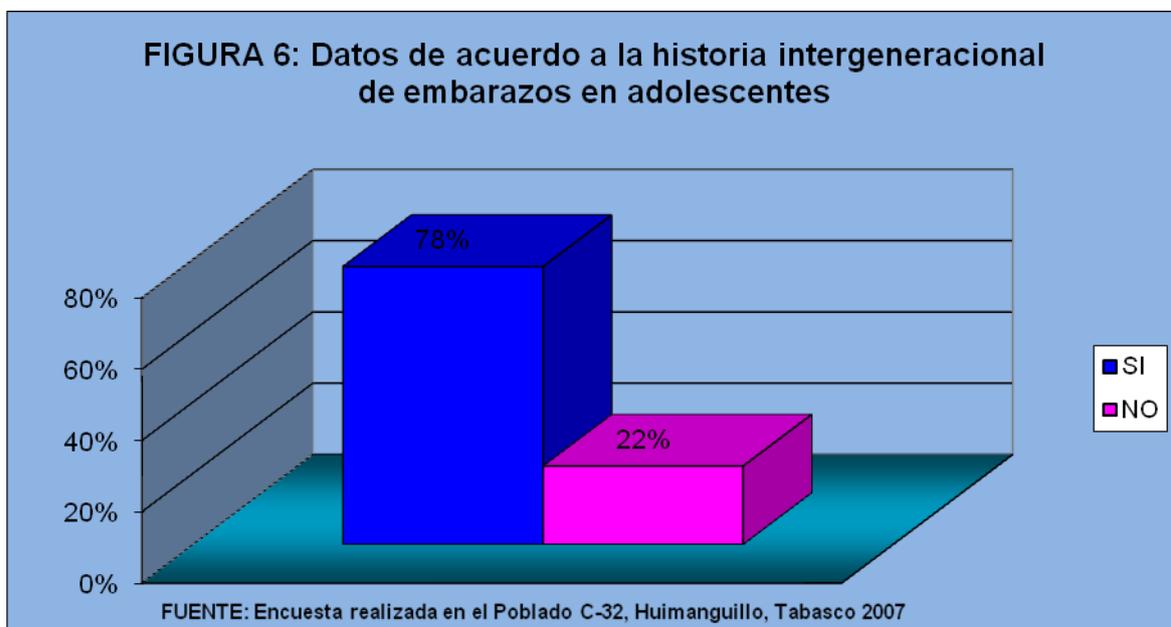
En relación al nivel de escolaridad, la mayoría cuenta con primaria terminada 44.6%, el 43% con secundaria y solo el 12% con preparatoria. (Fig. 4)



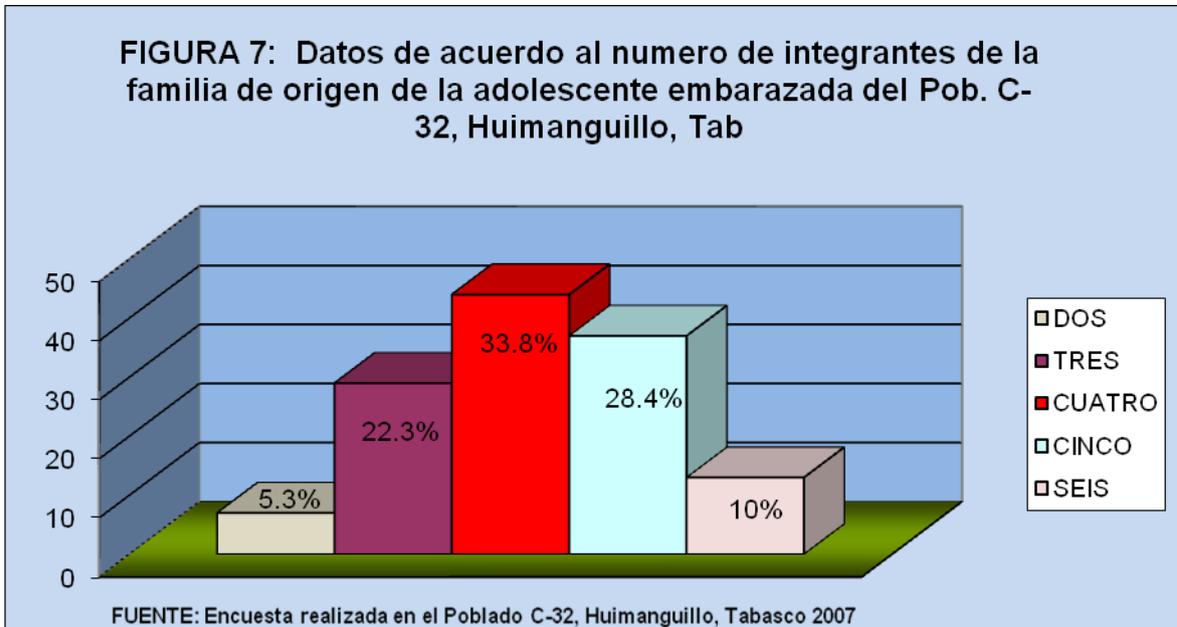
Con respecto al nivel socioeconómico determinado por la ocupación del esposo el 66.9% es campesino, el 14.6% es desempleado, el 10% comerciante, el 7.6% es empleado, y el 0.7% a otras actividades. (Fig. 5)



Al indagar acerca de si existía antecedentes acerca del embarazo en adolescente, en su familia este resultado afirmativo con un 78%, y solo en el 22% resultado negativo. (Fig. 6)

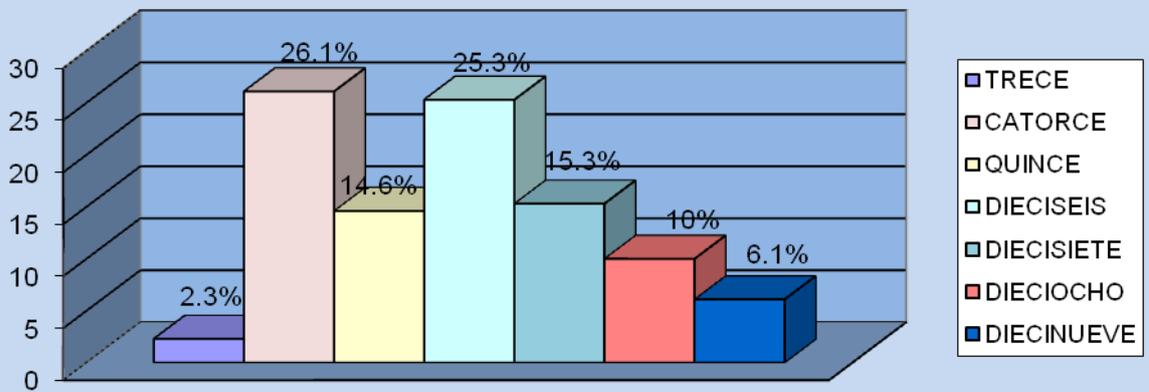


Por el numero de integrantes de la familia de origen, este corresponde al 33.8% cuenta con 4, el 28.4% con cinco, el 22.3% con tres integrantes, el 10% con seis y solo un 5.3% con dos integrantes. (Fig. 7)



En cuanto al inicio de vida sexual activa en las adolescentes embarazadas, se encontró que la mayoría inicio su actividad sexual a la edad de 14 años de edad, el 25.3% a los 16 años, el 14.6% a los 15 años, y el resto se encuentra en los 13, 18 y 19 años de edad. (Fig. 8)

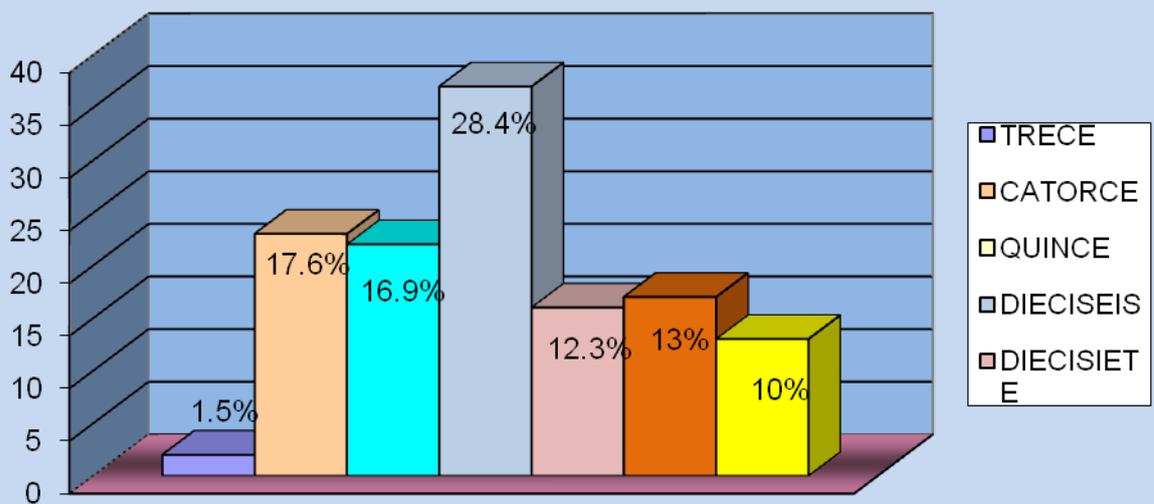
FIGURA 8: Datos de acuerdo al inicio de la vida sexual activa de las adolescentes embarazadas del Pob.C-32, Huimanguillo, Tab.



FUENTE: Encuesta realizada en el Poblado C-32, Huimanguillo, Tabasco 2007

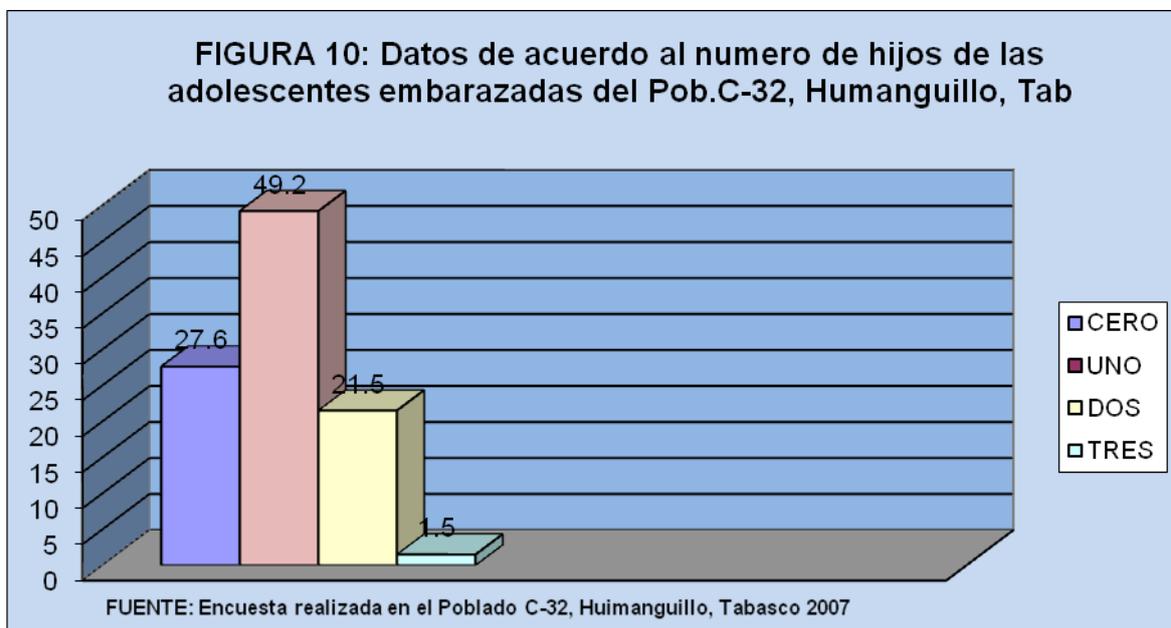
En relación a la edad del primer embarazo de las adolescentes embarazadas esta corresponde al 28.4% a la edad de los 16 años, el 17.6% a la edad de 14 años, el 16.9% su primer embarazo fue a la edad de 15 años, y el 13% a la edad de 18 años, el 12.3% a la edad de 19 años, y el 1.5% a los 13 años. (Fig. 9)

FIGURA 9: Datos de acuerdo al primer embarazo de la adolescente embarazada del Pob. C-32, Huimanguillo, Tab

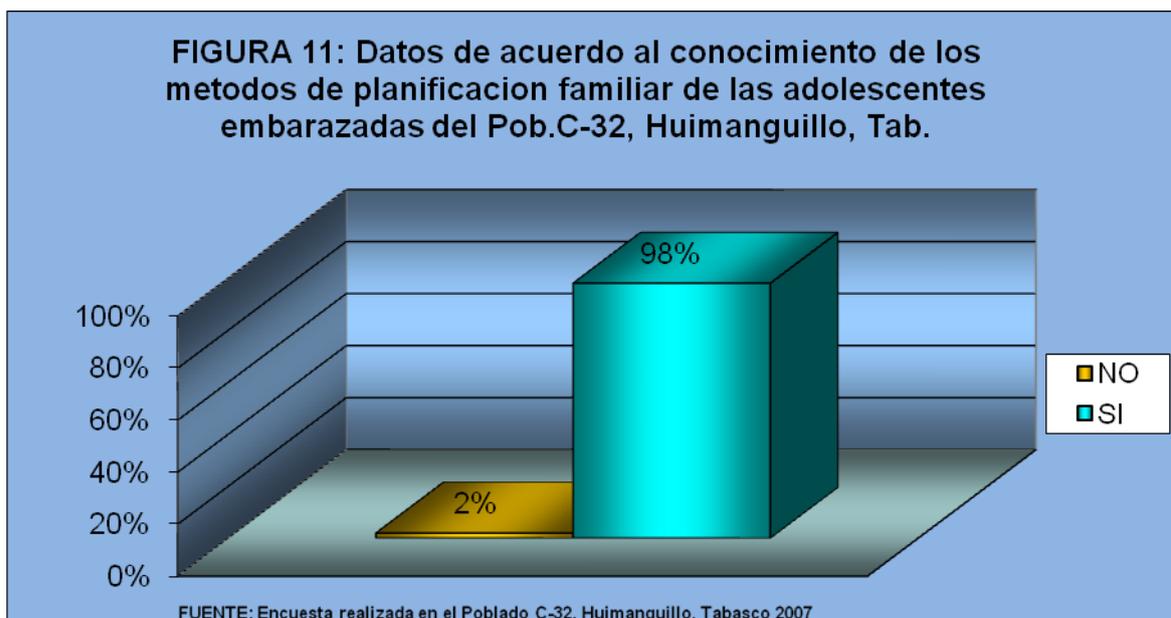


FUENTE: Encuesta realizada en el Poblado C-32, Huimanguillo, Tabasco 2007

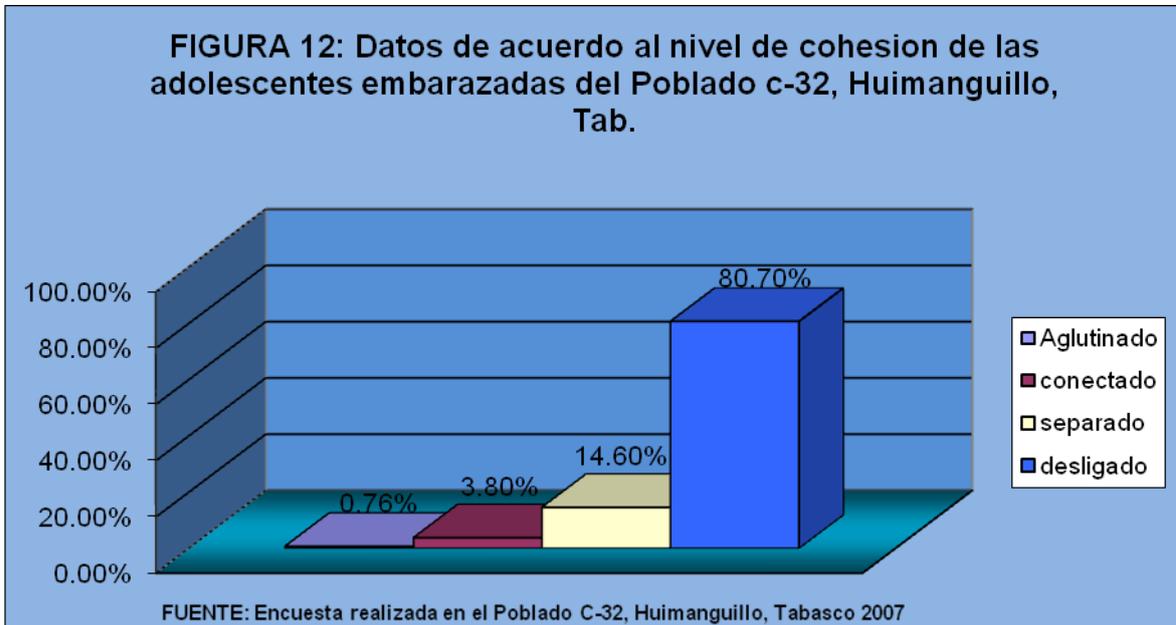
De acuerdo al numero de hijos se encontró que el mayor porcentaje 40.2%, ya cuenta con un hijo, el 27.6% esta en espera del primer hijo, el 21.6% cuenta con dos hijos y solo el 1.5% con tres hijos. (Fig. 10)



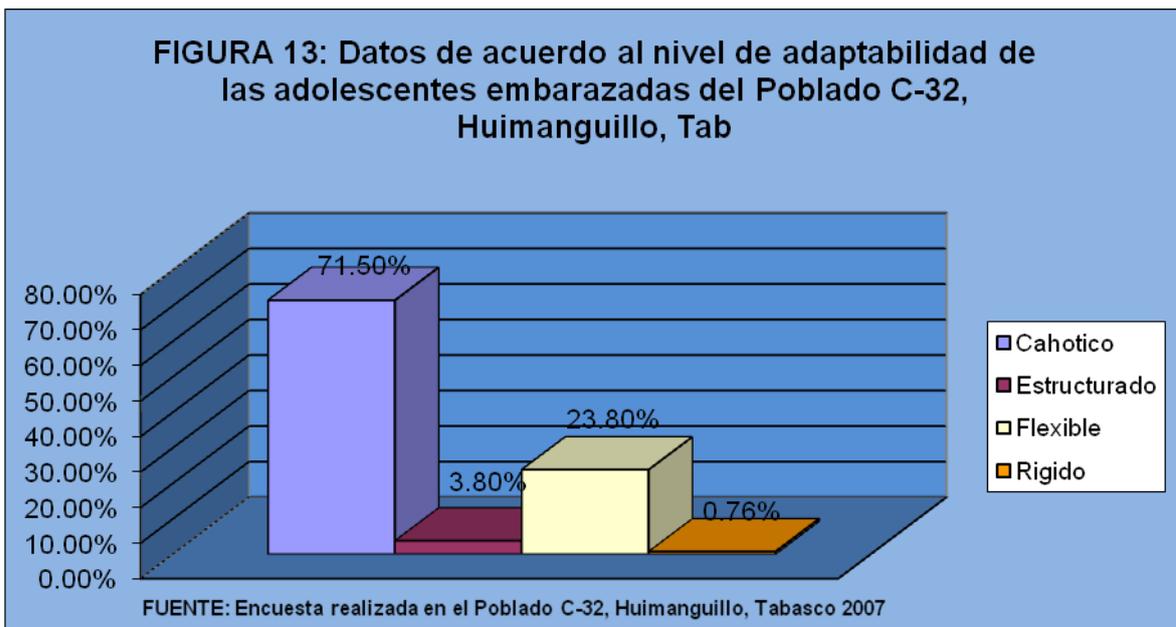
Acerca del conocimiento de los métodos de planificación familiar el 98% respondió a que si los conoce y solo el 2% no tiene conocimiento de estos. (Fig. 11)



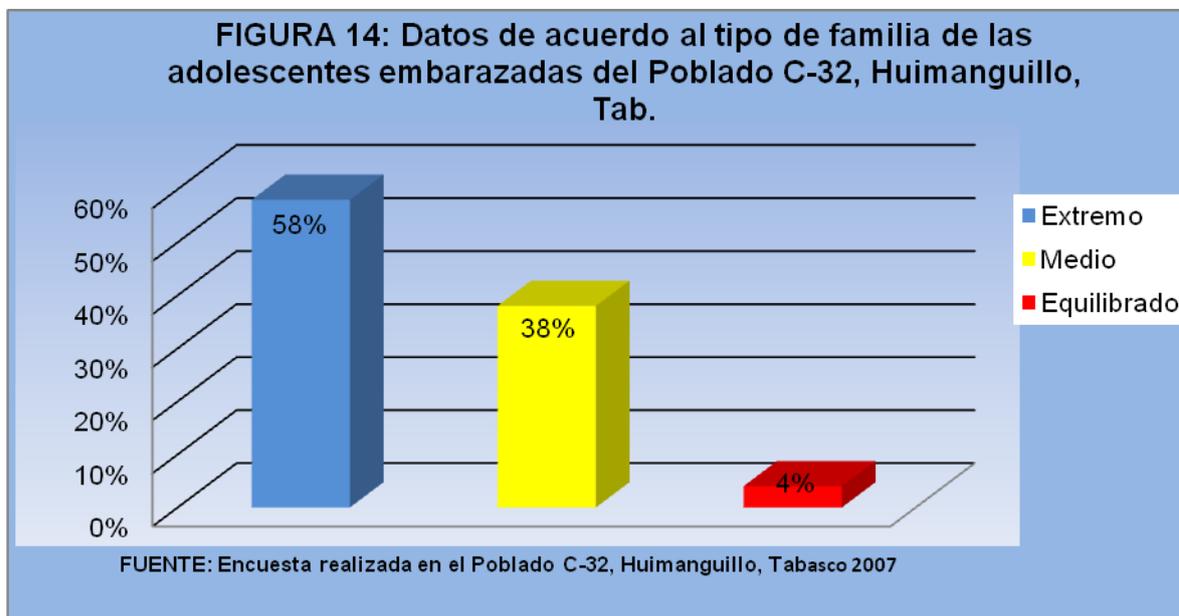
En cuanto a la cohesión el mayor porcentaje corresponde a familias desligadas con 80.7%, el 14.6% separadas, el 3% conectadas y solo el 0.76% son familias aglutinadas. (Fig. 12).



De acuerdo al nivel de adaptabilidad este corresponde al 71.6% a familias caóticas, el 23.8% son flexibles, el 3% estructuradas y solo el 0.76% rígidas. (Fig. 13)



De acuerdo al tipo de familia el mayor porcentaje corresponde al 58% extremas, 38% medias y solo el 4% equilibradas. (Fig. 14).



DISCUSION

Para esta investigación, se consideró el universo de adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad, de acuerdo al censo de control prenatal del centro de salud del Poblado C-32 que asistieron a consulta, se identificaron principalmente los factores que influyen con mayor frecuencia en un embarazo en adolescente y la funcionalidad familiar de estas. Para ello se aplicó un cuestionario con preguntas semi-estructuradas, que permitió identificar dichos factores.

El estudio reportó que el mayor porcentaje de las adolescentes corresponde a la edad de 19 años, lo cual representa el 27.6% de la población en estudio, el resto se encuentra distribuido en las edades menores a 19 años, y solo un 1.5% corresponde a la edad de 13 años.

En un estudio realizado por las Naciones Unidas menciona que de los 133 millones de embarazos reportados en un intervalo de 5 años el 10.5% corresponde a la edad entre 15 y 19 años, coincidiendo estos datos con este trabajo.

En cuanto al inicio de vida sexual activa en las adolescentes embarazadas, se encontró que la mayoría inicio su actividad sexual a la edad de 14 y 16 años de edad, lo cual coincide con la Encuesta Nacional del Instituto Mexicano de la Juventud, donde se menciona que el 50.9% de las mujeres adolescentes han tenido relaciones sexuales en este rubro de edad, así mismo en América Latina y el Caribe la primera relación sexual para las mujeres varía entre los 15 años.

En un estudio realizado en Nicaragua en adolescentes embarazadas se encontró que la mayoría inicio su vida sexual antes de los 16 años.

Acerca al conocimiento de los métodos de planificación familiar el mayor porcentaje 98% menciona que si tiene conocimiento, sin embargo estos datos no coinciden con la literatura analizada donde se menciona que en México del 20% de los embarazos en adolescentes se deben a que carecen del conocimiento preciso acerca de la sexualidad y la anticoncepción.

Así mismo en un estudio realizado en Nicaragua se encontró que la mayoría carece de información acerca de los métodos de anticonceptivos

En cuanto al estado civil de las adolescentes la mayor parte de las encuestadas se encuentra en unión libre y en menor porcentaje son casadas y solteras. Esto coincide con la literatura analizada donde se dice que en México alrededor de los años 90 el inicio de la actividad sexual se registra en edades tempranas, sin embargo la edad del matrimonio se ha postergado, por lo tanto la fecundidad no marital se ha incrementado.

Respecto a la edad del primer embarazo de las adolescentes embarazadas está representada con un 28.4% a la edad de los 16 años, el 17.6% a la edad de 14 años, el 16.9% su primer embarazo fue a la edad de 15 años, y el 13% a la edad de 18 años, el 12.3% a la edad de 19 años, y el 1.5% a los 13 años.

En cuanto a la religión la mayor parte es católica, representada por un 40% de la población en estudio.

La literatura menciona que desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y de trabajo, debido a que la mayoría se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo, que después no le permita acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer sus necesidades básicas, al mismo tiempo hace mención en cuanto a su pareja que generalmente es un adolescente que no asume responsabilidad paterna.

Estos datos se encuentran altamente relacionados con nuestro estudio debido a que el 44.6% de las adolescentes encuestadas, solo cuentan con primaria terminada, cifra que representa el mayor porcentaje y solo el 12% de estas cuentan con preparatoria terminada

Con respecto al nivel socioeconómico determinado por la ocupación del esposo el 66.9% es campesino, el 14.6% es desempleado, el 10% comerciante, el 7.6% es empleado, y el 0.7% realiza otras actividades.

Acerca de los antecedentes acerca del embarazo en adolescente, en su familia este resultado afirmativo con un 78%, y solo en el 22% resultado negativo. Lo cual coincide con los datos psicosociales donde se describen factores asociados a la familia como el embarazo adolescente en una hermana o la madre también con una historia de embarazo en adolescente.

De acuerdo al número de hijos se encontró que el mayor porcentaje 40.2%, ya cuenta con un hijo, el 27.6% esta en espera del primer hijo, el 21.6% cuenta con dos hijos y solo el 1.5% con tres hijos.

Por el número de integrantes de la familia de origen, este corresponde al 33.8% cuenta con 4, el 28.4% con cinco, el 22.3% con tres integrantes, el 10% con seis y solo un 5.3% con dos integrantes.

En cuanto a la cohesión el mayor porcentaje corresponde a familias desligadas (baja cohesión) con 80.7%, el 14.6% separadas, el 3% conectadas y solo el 0.76% son familias aglutinadas. De acuerdo al nivel de adaptabilidad este corresponde al 71.6% a familias caóticas, el 23.8% son flexibles, el 3% estructuradas y solo el 0.76% rígidas. Coincidiendo con los estudios realizados en Venezuela donde el mayor porcentaje se encontró en cohesión desligada y en adaptabilidad caóticas, de igual manera en un estudio realizado en Perú donde se encontró familias caóticas en adaptabilidad y separados en cohesión. Datos que presentan características extremas, colocando a las familias en disfuncionales.

Al conjuntar al tipo de familia según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas, según el Modelo Circunflejo de Olsón encontramos que la mayor prevalencia se encuentra en familias extremas representado con un 58%, lo que da como resultados familias disfuncionales, el 38% familias en nivel medio (funcionalidad moderada) y en menor porcentaje equilibradas (funcionales) con un 4%.

Datos que se encuentran asociados con un estudio realizado en Cuba donde se encontró que el 50% de las adolescentes embarazadas eran miembros de

familias disfuncionales, de igual forma en Uruguay se encontró que el 86% de las adolescentes embarazadas eran miembros de familias disfuncionales.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social de León Guanajuato al evaluar la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encontró que el 33% de los casos se encontraba alterado, de igual forma en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Nuevo León, el mayor porcentaje se encontró en familias disfuncionales y en el Hospital Universitario, del mismo estado, al hacer un estudio acerca de la disfuncionalidad familiar en adolescentes embarazadas, se encontró el mayor porcentaje en familias balanceadas, lo cual no coincide con nuestro estudio, pero sin embargo se menciona que a pesar de ser funcionales, presentaban un alto riesgo para presentar disfunción.

CONCLUSION

Sin lugar a dudas el embarazo en adolescente es un problema que involucra al entorno psicosocial, en este trabajo identificamos algunos factores que afectan a las adolescentes y que influyen para un embarazo a temprana edad, donde podemos mencionar: el inicio temprano de las relaciones sexuales, el abandono escolar, la religión, la historia intergeneracional de embarazo.

En este trabajo se observó que la mayor parte de las encuestadas tienen conocimiento de los métodos de planificación familiar, sin embargo a pesar de conocerlos, éstos no son utilizados, o no son usados de manera correcta, pues de esta manera el embarazo en adolescente disminuirá.

Asimismo, es de llamar la atención que la mayor parte de las adolescentes en estudio iniciaron su primer embarazo a la edad de 16 años y la mayoría de ellas están en espera de un segundo hijo, además de provenir de familias de 4 integrantes por lo que esta problemática puede ser repetitiva en la adolescente.

Es de observarse que en este grupo, su estado civil es en unión libre, siendo el embarazo el factor determinante para dicha unión en pareja.

Otro factor que influye para esta problemática se observó que es su nivel de escolaridad, debido que la mayor parte de estas tienen que desertar en sus estudios, lo que las limita a acceder a un trabajo profesional o mejor remunerado en el futuro.

Este grupo de estudio mostró una inclinación hacia estructuras preferentemente caóticas y con cohesión baja (desligados). Lo que demuestra una tendencia hacia un funcionamiento familiar de tipo extremo, las cuales presentan características que varían de intensidad, cualidad y cantidad, lo que se traduce en familias disfuncionales, que repercute en la dinámica y la estructura familiar, dificultando las interacciones de estos sistemas con otros.

Es de importancia mencionar que cuando el sistema de comunicación no funciona en el grupo familiar, sino más bien se imponen las reglas de los padres autoritarios sin tomar en cuenta, lo que desean, sienten y piensan sus hijos, se establecen barreras en la comunicación, lo cual afecta la interacción del grupo familiar, lo que a su vez afecta la capacidad de los adolescentes y su grupo familiar de relacionarse satisfactoriamente, trayendo como consecuencias variaciones en su comportamiento con diferentes reacciones y respuestas, que en la mayoría de los casos se manifiesta por deseos de fuga del hogar, deseos de independencia, alejamiento del seno familiar, lo cual conduce al adolescente a adoptar conductas de riesgo para su salud, tales como búsqueda de comunicación, afecto, apoyo en otras personas, ajenas a su grupo familiar, quienes la mayoría de las veces le conducen a relaciones sexuales precozmente con el consecuente embarazo no deseado.

Todos estos problemas podrían evitarse con una efectiva interacción familiar donde haya amor, cariño, comprensión, respeto y sobre todo comunicación efectiva.

Lo ideal sería que los adolescentes se desarrollaran en un grupo familiar, con una interacción solidada, entre sus miembros, donde el afecto, respeto, comprensión, consideración y sobre todo la comunicación sean los pilares fundamentales que hagan a sus miembros sentirse cohesionados y adaptados a ella.

RECOMENDACIONES

- 1.- Brindar orientación a los adolescentes y su familia sobre los factores disfuncionales que afectan a la etapa de la adolescencia
- 2.- Fomentar la importancia de las funciones y los roles correspondientes a cada integrante del grupo familiar.
- 3.- Reforzar pláticas de sexualidad en adolescentes, hombre y mujeres del Poblado, así como el uso correcto de los métodos de planificación familiar, por parte del primer nivel de atención.
- 4.- Tomar en cuenta los resultados obtenidos para darle mayor importancia a la etapa de la adolescencia, debido a que este periodo está caracterizado por muchos cambios que ocasionan confusión en los adolescentes, lo que conlleva a que tengan relaciones sexuales a temprana edad, logrando embarazos no esperados y no planeados.
- 5.- Asimismo se recomienda fomentar en los adolescentes la mayor participación y libertad en la toma de decisiones, siempre y cuando sea de acuerdo a su grado de madurez.

BIBLIOGRAFIA

1. Herrera Santi, P. **La familia funcional y disfuncional**. Revista Cubana Medicina General Integral. 1997. Vol. 13 no.6.
2. Membrillo Luna, A. Fernández Ortega, M. Quiroz Pérez, J. Rodríguez López, J. **FAMILIA. Introducción al estudio de sus elementos**. Editores de textos mexicanos, 2008. Cap. 11, pág. 85.
3. Álvarez Sintés, R. **Manual para la intervención en salud familiar**. Revista Cubana Medicina General Integral. 2003. Vol. 19 no.3.
4. González Benítez, I. **Las crisis familiares**. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2000. Vol. 16 no. 3.
5. Giraldo Giraldo, C. **Funcionalidad familiar en los hogares comunitarios de Itagüi** 1998.
6. Gómez Clavelina, FJ. Irigoyen Coria, AE. Ponce Rosas, Er. **FACES III: alcances y limitaciones**. Artículo de Medicina Familiar 1999; 1(2).
7. Luna Navarro, A. Gómez Soto, V. **Disfunción familiar en adolescentes embarazadas**. Revista de la facultad de Salud Pública y Nutrición, 2002
8. Valle Ortiz, P. Ávila Nogueira, Y. Rangel Ramírez, A, **Programa educativo en adolescentes para evitar el embarazo**. Instituto Superior de Ciencias Medicas de la Habana Cuba, Guarico Venezuela 2005
9. Gudiel, CV. Caffaro, Carlos. **Perfil social de las madres adolescentes**. Apuntes. Año 2 No. 2 Mayo-Agosto 2004
10. **INEGI / MUJERES**. Mujeres y Hombres 2002. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. México 2002.
11. **SSA: Programa Nacional de Salud 2001-2006**, México 2001.
12. Lundgren, R. **Protocolos de Investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes en America Latina**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2000.
13. Nuñez Urquiza, RM. Hernández Prado, B. García Barrios, C. González, D. Walker, D. **Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos postparto**. Salud Pública Méx. 2003 Vol. 45. supl 1: s92-s102.

14. Rodríguez Jimenez, I. Niño Gerardo, A. M. **Funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas de la UMF No. 32 del IMSS de Cd Guadalupe, N. L.** Rev. Fac. Med UNAM Vol. 47 No. 1 Enero-Febrero 2004.
15. Molina, M. Ferrada, C. Pérez, V. **Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar.** Rev. Med de Chile Vol. 132 No. 1, 2004
16. Secretaria de Salud, comunicado de prensa No. 022, 20 de febrero de 2002
17. Villanueva, L. Campos, A. Pérez fajardo, M. **Conocimientos y practicas anticonceptivas en adolescentes embarazadas.** Ginecol Obstret Mex 2001, Vol. 69(6): 239-242.
18. Monografías. Com **El embarazo en adolescentes**
19. Organización Panamericana de la salud, **El embarazo adolescente.** Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la mujer y reproductiva.
20. Alfaro Blandón, J. **Tesis Planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes.** Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Febrero 2001.
21. **“Resúmenes IV Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología en la infancia y la adolescencia”.** 1999
22. Alonso Uría, R. Campo González, A. González Hernández, A. **Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales.** Rev. Cubana Medicina General integral. Vol. 21 No. 5-6 Ciudad de la Habana sep-dic 2005
23. Gobierno del Estado de Tabasco. Abril 2004
24. Dagdug Herrera, O Primer Informe del DIF Municipal 2004-2006 Huimanguillo, Tab.
25. Monterrosa Castro, A. **Causas e implicaciones medico-sociales del embarazo en la adolescencia.** Federación colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. Vol. 49 No. 4 Oct-Dic 1998.
26. Rangel, JL, Valerio, L. Patiño, J. García, M. **Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada.** Rev. Fac. Med UNAM Vol. 47 No. 1 Enero Febrero 2004. 24-25.
27. Martínez Panpliega, A. Galíndez, E. Sanz, M. Family adaptability and cohesion evaluation scale (FACES): Desarrollo de una version de 20 items en español. International Journal of clinical and Health Psychology, mayo, 2006/vol 6 No. 2
28. Zegers, B. Larrain, M, Polaino Lorente, P. **Validez y confiabilidad de la version española de la escala de cohesion y adaptabilidad familiar (CAF)**

- de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena.** Revista chilena de neuropsiquiatría Vol.41 No. 1 Enero 2003.
29. Ayala Aguilar, M. García Posada, L. **Factores socioeconómicos y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de una comunidad rural.** Salud en Tabasco, Junio 2001 Vol 7 No. 2 pp 395 – 397
30. **INEGI.** II Censo de población y vivienda 2005
31. **INEGI.** Estadísticas demográficas 2006
32. Enciclopedia de los Municipios de México, Estado de Tabasco, Huimanguillo.
33. Tarjeta Censal 2005 Poblado C-32, Huimanguillo, Tabasco.
34. Mendoza Solis, LA. Soler Huerta, E. Gil Alfaro, I. **Análisis de la funcionalidad familiar en atención primaria.** Archivos en medicina familiar. Enero-abril 2006. Vol 8 No.1 pp 27-32.
35. Ortiz Martínez, J. Garza Elizondo, T. **La vida en pareja de las adolescentes y su funcionalidad familiar.** Universidad Autónoma de Nuevo León. Julio-agosto 2005.
36. Avendaño, González, Mota y cols. **Interacción familiar en un grupo de adolescentes embarazadas.** Universidad de Carabobo 2003.
37. Fernández, Hernández, Henríquez. **Interacción familiar en un grupo de adolescentes embarazadas.** Venezuela, 2003.
38. Parra, L. **Entorno familiar de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de prevención y asistencia de embarazos en adolescentes.** Venezuela, 2003 Vol 4 No. 3.
39. Raez, C. **familia y adolescencia: Tipos de familia y modelo ideal familiar, aplicación del FACES III en un sector socioeconómico medio de Lima, Perú.** Universidad del Sagrado corazón Lima, Perú, 1992 pp 53-57.
40. **Declaración de Helsinki de la asociación médica Mundial.** Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989
41. **Ley general de general de Salud.** Texto vigente. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación últimas reformas publicadas 14-jul-2008.

ANEXOS

ANEXO 1.- ENCUESTA PARA EMBARAZADAS ADOLESCENTES

INSTRUCCIONES: La siguiente encuesta es utilizada para un trabajo de investigación el cual es de tipo confidencial, y para uso exclusivo de esta.

Marque con una X la respuesta que considere la correcta.

EDAD: _____

ESTADO CIVIL:

- 1.- Casada
- 2.- Unión libre
- 3.- Soltera
- 4.- Divorciada

RELIGION:

- 1.- Católica
- 2.- Adventista
- 3.- Testigo de Jehová
- 4.- Pentecostés
- 5.- Cristiana
- 6.- Otros

ESCOLARIDAD:

- 1.- Primaria
- 2.- Secundaria
- 3.- Bachillerato
- 4.- Profesional

OCUPACION DEL ESPOSO:

- 1.- Obrero
- 2.- Campesino
- 3.- Comerciante
- 4.- Empleado
- 5.- Desempleado
- 6.- Otro

EN SU FAMILIA EXISTE ANTECEDENTE DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES:

- 1.- SI
- 2.- NO

NUMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA DE ORIGEN: _____

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES: _____

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO: _____

NUMERO DE HIJOS: _____

¿TIENE CONOCIMIENTO SOBRE USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR?:

- 1.- SI
- 2.- NO

ANEXO 2: INSTRUCCIONES: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado

Describa a su familia	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí					
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias 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					
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 sus 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 está 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 quién tiene la autoridad					
19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar					

III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee), Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen

COHESION			
8	50	AGLUTINADO	
	48		
7	47		
	46		
6	45		CONECTADO
	43		
5	42		
	41		
4	40	SEPARADO	
	38		
3	37		
	35		
2	34	DESLIGADO	
	25		
1	24		
	10		

ADAPTABILIDAD		
8	50	CAHOTICO
	41	
7	40	
	30	
6	29	FLEXIBLE
	27	
5	26	
	25	
4	24	ESTRUCTURADO
	23	
3	22	
	20	
2	19	RIGIDO
	15	
1	14	
	10	



Anexo 3. Carta de consentimiento informado

Lugar y fecha:

-Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas del Poblado C-32, Huimanguillo, Tabasco.

- Registrado ante el comité local de investigación de salud. _____
- El objetivo del estudio es: _____
- se me ha explicado que mi participación consistirá en: _____
- Declaro que se ha informado ampliamente sobre los riesgos posibles, inconveniente, molestias y beneficios derivados de mi participación del estudio, que son los siguientes _____
- El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que la plantee acerca de los procedimientos que se llevara, los riesgos y beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

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

El investigador principal me ha dado seguridades que no me identificara en las presentaciones o publicaciones que la deriven en este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad sean manejadas en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma, matricula de investigador principal.

Testigos
