

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMF NUM. 33 REYNOSA, TAMAULIPAS

**PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LA
EMBARAZADA ADOLESCENTE**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA.MARGARITA MONTELLANO RANGEL

REYNOSA TAMAULIPAS, MEXICO

2011



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LA
EMBARAZADA ADOLESCENTE**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA.MARGARITA MONTELLANO RANGEL

ASESOR:

DR. VÍCTOR HUGO VÁZQUEZ MARTÍNEZ
TUTOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS DEL IMSS

REYNOSA, TAMAULIPAS MEXICO

2011

INDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTOS.....	II
MARCO TEORICO.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
JUSTIFICACION.....	20
OBJETIVOS.....	22
MATERIAL Y METODOS.....	23
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	24
MUESTRA.....	25
TECNICA MUESTRAL.....	26
VARIABLES.....	27
CRONOGRAMA.....	30
PRESUPUESTO.....	31
PROCEDIMIENTOS.....	32
FLUJOGRAMA.....	33
PLAN DE ANALISIS.....	34
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION.....	35
FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.....	36
PRODUCTOS ESPERADOS.....	37
RESULTADOS.....	38
DISCUSION.....	58
CONCLUSION.....	61
BIBLIOGRAFIA.....	64
ANEXOS.....	68

DEDICATORIAS

Principalmente a mis padres que aunque no están aquí, me enseñaron el valor de las cosas y la importancia de esforzarse día con día, Dios los bendiga y los tenga en lugar privilegiado en el cielo.

A mis queridos y adorados hijos Jorge Alberto y Óscar Adrian que son el motor que me impulsan cada día a superarme como profesionista y como persona.

A Polo mi pareja que estuvo en cada momento difícil que pase y que siempre me brindo una sonrisa y un consejo para no decaer.

A mi hermana Araceli que gracias a ella termine mis estudios profesionales y por ella he llegado hasta donde estoy actualmente.

Finalmente y con dedicatoria muy en especial a alguien que se fue antes de tiempo y me dejo dos lindos retoños, se que desde el cielo me manda múltiples bendiciones y sabe que siempre estará en mi mente y en mi corazón Jorge Alberto Martínez Garza (f).

AGRADECIMIENTOS

A mi madre que se fue al cielo sin poder verme realizada como profesional pero que gracias a ella y a sus sabios consejos logre llegar a la meta.

A mis maestros que me enseñaron que con cada paciente que he atendido se les debe otorgar calidad y calidez en cada consulta.

A mis pacientes de Rio Bravo que me abrieron las puertas de su corazón y depositaron toda su confianza en mí y que siempre dibujaban una sonrisa en sus rostros y hacían muy comfortable cada consulta.

A mi catedrático y coordinador de residencia el Dr. Víctor Hugo Vázquez Martínez que nos inyecto energía y sabiduría para salir adelante y sobre todo porque supo lidiar con el carácter de cada uno de mis compañeros y sobre todo en especial con el mío propio, a él mil gracias.

Y sin olvidar a mis compañeros de residencia: Abby, Sandrita, Javier, Esteban, Graciela, Manuel, Edylma y Venegas: que entre todos formamos un excelente equipo y una verdadera familia.

MARCO TEORICO

Definir lo que es el concepto de familia no es una tarea fácil, dada la gran dinámica que presenta ésta en su evolución histórica y social. Se puede considerar que hay múltiples definiciones y conceptos que se han expuesto a través de la historia de la humanidad y aunque el termino se ha definido de distintas formas, el grupo formado por el esposo, la esposa y los hijos siguen siendo la unidad básica de la sociedad occidental aun cuando se ha experimentado con diferentes familias.

El origen de la familia, vista como la más antigua de las instituciones humanas, según Linton y las investigaciones realizadas por Lewis y Morgan: dice que el matriarcado fué un elemento indiscutible en los orígenes de la familia moderna ya que en la evolución de las poblaciones predominantemente nómadas dedicadas a la caza y crías de animales, los hombres partían a cazar y a cuidar los animales, para llevar el ganado a los distintos pastizales; en tanto que la mujer se constituía en un elemento de estabilidad social permaneciendo en campamentos con los hijos, desarrollándose así ineludiblemente bajo la función materna.

Así pues definiremos a la familia como un conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinado a un superior común y unido por vínculos que se derivan inmediatamente a la ley natural. La función de la familia es la reproducción, el cuidado de los hijos y la preparación de los mismos para hacerlos autosuficientes y prever a la sociedad elementos aptos para la misma, para lo cual es importante comentar que los parámetros específicos de la

familia abarcan: la adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y finalmente resolución; por lo tanto si alguna de las familias no cumple con cualquiera de éstos se consideraría como disfunción familiar⁽¹⁾

Consideramos que la familia constituye la unidad indispensable de toda la organización social a través de la historia; se establece como el vínculo entre la sociedad y el individuo. Ésta unión presenta a su vez tres factores a considerar y que tendrá relación directa con las funciones a desempeñar en el devenir del ciclo de vida familiar y que son: factor biológico que implica la traducción física de los aspectos de tipo afectivo y que en general ligados a los aspectos reproductivos. Éste factor también forma parte de un proceso mayor de compartir entre la pareja que es la sexualidad, además de aspectos ligados a la expansión de la familia, su planificación familiar (que no son únicamente métodos anticonceptivos) y al desarrollo individual y grupal de cada uno de los miembros de la familia. El factor psicológico que está representado principalmente por los aspectos de tipo afectivo, que nos permiten de una u otra manera, compartir nuestros sentimientos y expectativas al realizar dicha unión y con la llegada de los hijos se podrá traducir en la formación de sentimientos afectivos que le den seguridad y una personalidad definida a cada uno de los miembros del núcleo familiar. Y por último el factor social representado por la transmisión de la herencia social y la cultura, lo cual incluye la transmisión de la propiedad privada y el nivel social ganado por el padre, la madre o toda la familia.

En éste factor se traducen todas las tradiciones y leyes que la sociedad nos da para poder vivir dentro de ella, así como las normas y los valores que cada uno debe tener dentro de su formación como ser humano.

Desde la perspectiva del médico familiar se considera a la familia como “ un grupo social, organizado, como un sistema abierto, constituido por un número de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por los lazos sean consanguíneo, legales y/o afinidad ”. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros; su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso Salud-enfermedad. ⁽²⁾

El desarrollo de investigaciones en el campo de la medicina familiar exige la identificación de la influencia que ejercen los elementos psicológicos, sociales y económicos sobre el proceso salud y enfermedad en la familia, ésta identificación implica describir, interpretar e incluso predecir las interrelaciones existentes en el complejo sistema familiar considerando su estructura y funcionalidad. ⁽³⁾

Así pues llamamos familia normo funcional aquella que es capaz de cumplir las tareas de cuidado, afecto, resolución, que le están encomendados de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación a las demandas que percibe desde su ambiente externo.

Se afirma que la estructura familiar se fundamenta en el tipo de relación ya sea consanguínea, legal de afinidad o de costumbres entre el jefe y los distintos miembros de la familia identificándose 4 tipos:

NUCLEAR: la cual se conforma por el jefe y su cónyuge con o sin hijos.

AMPLIADA: conformada por el jefe de familia con o sin cónyuge y otros parientes directos (tíos, primos, hermanos, suegros)

COMPUESTA: que incluyen a los integrantes de una familia nuclear o ampliada y otras personas aun sin lazos de consanguinidad ni parentescos (sirvientes, mayordomos, amistades)

EXTENSA: formada por grupos familiares ampliados y compuestos.

La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de la sociedad. ⁽⁴⁾

La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna(s) de éstas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando alguno(s) de sus subsistemas se altera(n) por cambio en los roles de sus integrantes. Minuchin menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquía y demarcación de los límites, adaptabilidad como: flexibilidad, versus rigidez, cohesión como: proximidad versus distancia y estilos de comunicación. Éstos roles tienen como propósito facilitar y coordinar los esfuerzos del grupo relacionados con la selección y definición de un problema común con la solución de éste. ⁽⁵⁾

La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. Una enfermedad

incapacitante puede intensificar y prolongar estas transiciones normales. En algunos problemas como el retraso mental o inclusive un embarazo en la adolescencia, la necesidad de cohesión suele ser permanente, obstaculizando así los cambios de desarrollo normativos de los miembros de la familia.

Así mismo la habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias o a las tareas del desarrollo del ciclo de vida se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsibles y coherentes. ⁽⁶⁾

La disfunción familiar es un factor pre disponente para el desarrollo de conductas en los adolescentes, constituyendo un riesgo que se agrava cuando va asociado con la edad, escolaridad, ocupación, estado civil actual.

Es bien sabido que la aparición de un embarazo en la adolescente dentro de una familia obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se creán nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que inicialmente puede ser rechazado, crear sorpresa y/o frustración ^(7,8)

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) con fines de atención y comparación de estadísticas internacionales, define la adolescencia como el grupo poblacional con edades entre 10 y 19 años; ^(9,10) diferenciando en éste grupo tres etapas según la edad:

Adolescencia inicial o temprana que abarca desde los 10 a 13 años, 11 meses.

Adolescencia mediana que abarca desde los 14 a los 16 años ,11 meses.

Adolescencia final o tardía que abarca desde los 17 a los 19 años.

La adolescencia es la etapa de transición durante la cual el niño se transforma en adulto. Así mismo, es un fenómeno psicosocial, 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 sus miembros activos de la sociedad.⁽¹¹⁾

La adolescencia puede ser definida como un periodo en que;

1. El individuo evoluciona desde el inicio de apareamiento de las características sexuales secundarias hasta la maduración sexual total.
2. Los procesos psicológicos y las formas de identificación para los individuos evolucionan desde los de un niño a los propios del adulto.
- 3.- El individuo pasa de un estado de dependencia social y económica total hacia el de relativa independencia.

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 la única incapaz de percibir las consecuencias de su comportamiento actual y no es capaz de ser una buena madre. En las sociedades en las cuales no se requiere mayor preparación para la adultez, el embarazo y la procreación a edades tempranas son comunes, pero en la mayoría de las sociedades modernas, terminar la adolescencia en la incipiente pérdida de oportunidades para el óptimo desarrollo personal y el éxito económico en el futuro, puede ser extremadamente peligroso. ⁽¹²⁾

Ésta etapa es un estado en el que el sujeto aún no se ha encontrado así mismo en la vida adulta, no se ha constituido una personalidad madura, con la forma de una actividad inherente sólo a ella.⁽¹³⁾

El embarazo adolescente va en aumento mundial representándose cada vez a edades más precoces. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como el Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos. Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años.

Desde la segunda mitad del siglo XX, el tema del embarazo adolescente ha cobrado importancia a nivel mundial por su vigencia y que, como se sabe, está determinado por una gran variedad de factores, como los psicológicos. Entre ellos destaca el estudio de la familia y su influencia en el comportamiento general del adolescente. En particular, de aquellos factores que influyen en los adolescentes para iniciar una práctica sexual sin las medidas que reduzcan el riesgo de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. Por ello, este tema se ha convertido en una preocupación constante en las investigaciones que se realizan hoy en día. Respecto a las relaciones familiares en la región de Latinoamérica, en diversas publicaciones de México, Chile, Cuba, Colombia y Argentina, se ha señalado que la comunicación que hay entre madres e hijas embarazadas, difiere de la comunicación que existe entre

madres e hijas no embarazadas. También se ha reportado el hecho de que la madre de la adolescente embarazada ha sido: o adolescente cuando se embarazó por primera vez, o madre soltera. ⁽¹⁴⁾

Un embarazo en la adolescencia, es aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, en mujeres menores de 20 años. Éste embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. ⁽¹⁵⁾

La adolescencia es un período difícil para la mayoría de las personas jóvenes, porque tienen que afrontar decisiones respecto al matrimonio, educación y trabajo, que determinarán el curso de sus vidas. En éste período de vida ocurren comportamientos poco responsables como tener relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos, el cual puede tener efectos negativos en el ámbito social, económico y de salud porque derivan en embarazos no deseados y/o enfermedades de transmisión sexual. El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre dentro los dos primeros años de edad ginecológica entendiéndose por tal el tiempo transcurrido desde la menarquía y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Por lo que es una situación muy especial, pues se trata de mujeres que por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madres.

Son múltiples los factores de riesgo que condicionan un embarazo en la adolescencia entre ellos encontramos:

Biológicos:

- La edad de la pubertad ha declinado desde los 17 años en el siglo XIX, alrededor de los 12 a 13 años actualmente. Las adolescentes con una edad de menarquía precoz, están más expuestas al riesgo de embarazarse.
- El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades lo que permite una mayor posibilidad de relaciones premaritales.
- El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes latinoamericanos sigue siendo bajo.

Psicosociales:

- Entre ellos encontramos la disfunción familiar, ya que puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima y que sufre de discriminación afectiva recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y, además puede encontrar alivio a través de un embarazo.

Culturales:

- En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, es frecuente el fatalismo. El adolescente es incapaz de valorar la alternativa de evitar un embarazo. El machismo y la necesidad del varón de apoderarse, son un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador.

Psicológicos:

- Depende de la edad 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:

- La zona de pobreza, con hacinamientos, estrés, 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 ⁽¹⁶⁾

Sabemos que la población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 100 millones y en los países en desarrollo, 1 de cada 4 personas está en la adolescencia a diferencia de 1 de cada 7 en los países desarrollados.

El IMSS en el 2005, informa que las cifras provenientes del fondo para la población de las naciones unidas el embarazo en las adolescentes representa un poco más del 10% de todos los nacimientos en el mundo. Estudios realizados en Estados Unidos han evidenciado una tendencia al alza de la actividad sexual en los adolescentes durante los últimos 30 años. Según la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud, en Chile al año 2003 el 35.2% de los adolescentes y el 84.5% de los jóvenes hasta los 24 años de edad se encontraban sexualmente activos. Mientras en otros países como Cuba el 50 % de las adolescentes tiene vida sexual activa y se ha visto un incremento del

10% anual. Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. Como ejemplo de lo anterior es posible citar el estudio realizado por González T et al el año 2005 en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15.6 años.^(17,18)

Comúnmente, las instituciones de salud visualizan la problemática de la adolescente embarazada desde el punto de vista clínico biológico, dejando a un lado los aspectos de la dinámica familiar. Éstos tienden a ser más difíciles de manejar ya que existen desde hace mucho tiempo antes del embarazo del adolescente agudizándose durante ese periodo.⁽¹⁹⁾ En la población adolescente se incrementa la tasa de cirugía obstétrica, debido a la mayor patología que acompaña al embarazo, así como a una menor vigilancia prenatal.⁽²⁰⁾

Chagolla agrega que la dinámica familiar normal es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.⁽²¹⁾

Es importante destacar la relación que existe entre el nivel socioeconómico y la edad de inicio de la actividad sexual, ya que las edades menores se presentan en los niveles socioeconómicos más bajos y en los niveles más altos a mayores edades. Conocemos que las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes. El nivel de funcionalismo familiar en un momento determinado puede afectar a aquellas influencias familiares

controlables por el hombre, de manera tal que éstas se reflejen positiva o negativamente en la salud de sus individuos. De igual manera, el funcionalismo familiar puede verse alterado por cualquiera de las otras variables que configuran el ambiente social. Debemos tomar en cuenta los elementos más importantes relacionados con la disfunción familiar, para poder así, establecer mecanismos de apoyo psicosocial a las familias afectadas, con el objeto de optimizar su funcionalidad y de ésta manera darle solución a los problemas de salud que se derivan de ésta causa. ^(22,23)

Los instrumentos de evaluación familiar más utilizados son: El APGAR familiar, el Índice de Funcionamiento Familiar, Clasificación Triaxial de la Familia, la prueba de McMaster, el Modelo Psicodinámico de Evaluación Familiar ⁽²⁴⁾

El APGAR es considerado como un Tamiz que evalúa el grado de satisfacción que percibe algún miembro de la familia, algunas ventajas son la aplicación sencilla y rápida en la consulta y que permite observar un panorama general de las relaciones familiares, el apgar a demostrado ser un cuestionario fácil de contestar y comprensible para los pacientes e incluso para la población de bajo nivel sociocultural, es un instrumento adecuado para establecer la percepción de disfunción familiar que debe orientarse hacia aquellas familias que tengan dificultades en la convivencia con otras personas. ⁽²⁵⁾

El apgar es una técnica rápida y sencilla para explorar la función familiar que fue desarrollada por Smilkstein en 1978, éste instrumento se ha venido incorporando a la práctica clínica del médico de familia como una herramienta para el abordaje de los problemas familiares tanto de forma experimental como en la asistencia clínica diaria. ⁽²⁶⁾

Los Estados Unidos tiene el más alto porcentaje de embarazos en los adolescentes y abortos en el mundo industrializado. Casi un millón de adolescentes se embarazan cada año. Cerca de cada 4 de 10 jóvenes se embarazan al menos una vez antes de la edad de 20 años. Nuevo México tiene el 4to lugar más alto de porcentaje en la nación. Casi 13 jóvenes dan a luz en Nuevo México cada día, cerca de 4,500 por año. Los costos de atención para las madres adolescentes para los contribuyentes de nuevo México son de más de \$88 millones de dólares por año. A nivel nacional el costo de atención para las madres adolescentes es de más de 38 billones de dólares por año. ^(27, 28,29)

La multicausalidad de éste tema debe posicionarnos en una realidad donde el adulto es el que debería conducir, orientar, escuchar, contestar, contener, informar, delimitar, valorar y amar a ese joven. La educación es un conglomerado de palabras, hechos, conductas y ejemplos de vida. Cuando todo eso no está presente en un hogar es muy factible que no podamos disminuir el porcentaje alto de embarazos adolescentes ^(30,31)

El embarazo adolescente es para la madre un problema tanto biológico como psicosocial. En lo biológico, mientras más inmadura sea mayores serán las consecuencias médicas, como hipertensión, parto prematuro, anemia, niño de peso bajo y en lo psicosocial el embarazo no deseado, a cualquier edad causa el llamado “síndrome de fracaso”, que incluye la dificultad o imposibilidad para cumplir con las aspiraciones educacionales, laborales y sociales, y en las menores afecta al normal proceso de desarrollo psicosocial. También hay consecuencias para el hijo, con mayor mortalidad neonatal durante el primer año de vida, y usualmente una crianza deficiente, sea porque la madre

adolescente se desinteresa por el niño y/o es criado por otros familiares que no saben hacerlo apropiadamente⁽³²⁾ El impacto psicosocial del embarazo a edad temprana incide directamente en la alta proporción de muertes infantiles en el primer año de vida de los hijos de madres adolescentes; en éste fenómeno participan la ignorancia en la forma de falta de preparación para el cuidado del recién nacido, la falta de atención médica adecuada y la renuncia a aceptar el embarazo y posteriormente a su hijo quienes sufren más frecuentemente de desnutrición y enfermedades diarreicas. La OMS ha diseñado el embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes ya que repercute tanto en la salud de la madre como la del niño. ⁽³³⁾

El embarazo en una mujer adolescente es un problema médico social, es una gestación de alto riesgo, sobre todo cuando la edad es menor de 20 años en la actualidad México es un país de gente joven, tiene una base poblacional amplia lo que favorece éste problema de salud pública, lo cual fue observado por la OPS y la OMS mencionado que el 50% de la población mundial son adolescentes⁽³⁴⁾

Siendo ésto una verdadera desgracia, la atención debe estar principalmente puesta en la prevención por ejemplo:

1.- Como Prevención primaria: ésta deberá actuar sobre los factores condicionantes descritos; como educación temprana apropiada en el hogar y la escuela; incentivar los factores protectores tales como: la proyección a futuro con convicción y metas firmes, porque eso reducirá el riesgo de cualquier factor que lo afecte, sea drogas, violencia o sexualidad irresponsable, inculcar la reflexión y la toma de decisiones, inculcar los valores y la autoestima, inculcar la

espiritualidad y religiosidad que han demostrado ser un factor protector importante; propiciar la estabilidad familiar, vigilar la calidad del grupo de amigos, entre otros. Finalmente, en los que son ya sexualmente activos el uso apropiado de métodos anticonceptivos.

2. Como Prevención secundaria: lo que corresponde cuando ya se produjo el embarazo. Se recomienda una adecuada consejería personal y familiar; la atención “integral” médica y psicosocial de la madre adolescente; la motivación y preparación para la maternidad; la asistencia y apoyo al hijo y al padre y, en determinados casos la posibilidad de una adopción que sea de garantía.

3.-Como Prevención terciaria: después de haber dado a luz, para evitar otros embarazos; apoyo a la reinserción educacional o laboral, una prevención eficaz para evitar nuevos embarazos ^(35,36)

Las relaciones intrafamiliares son fundamentales como sistema de apoyo en el cuidado y sostén económico de las madres adolescentes y sus hijos pero no son suficientes para impedir el inicio de las relaciones sexuales en etapas tempranas, sin embargo; en familias donde se favorece el dialogo y comunicación sobre métodos anticonceptivos, se pospone para etapas posteriores el embarazo en adolescentes, se debe incluir también como universo de trabajo a los padres adolescentes, con el fin de facilitar y promover el uso de métodos anticonceptivos y postergar así la edad del embarazo. ⁽³⁷⁾

EL IMSS tiene una ley sobre maternidad titulo segundo del régimen obligatorio capítulo IV del seguro de enfermedad y maternidad, sección primera.

ARTICULO 84

Dentro del apartado III especifica quien tiene derecho a los servicios de maternidad quedan amparadas la esposa del asegurado o a falta de ésta, la mujer con quien ha hecho vida marital durante los 5 años anteriores a la enfermedad; con la que procee hijos, siempre y cuando ambos permanezcan libres de matrimonio, si el asegurado tiene varias concubinas ninguna de ellas tendrá derecho a la protección, además tendrán derecho las hijas de madres trabajadoras, así como aquellas mujeres con seguro tipo facultativo (**estudiantes**) hasta los 25 años.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública que tiene implicaciones médicas, psicosociales, políticas y económicas que afectan no sólo a la adolescente y su familia sino también a su comunidad, debido a que la maternidad juvenil reproduce el ciclo de pobreza y tiene como consecuencia para la sociedad una alta pérdida de población con instrucción y productividad, que finalmente repercutirá en el desarrollo económico del país. En México es un problema de salud pública, aunque las adolescentes con familias desintegradas y disfuncionales son más propensas al embarazo, ocurre también en las que pertenecen a familias nucleares integradas. Es importante, sin embargo, tener presente que éstas categorías no son excluyentes sino que más bien están estrechamente interrelacionadas entre sí. Dentro de los factores de índole sociocultural, diversos estudios coinciden que la maternidad adolescente es mayor cuando se vive en pobreza, lo que atestigua las grandes brechas en el acceso a información, educación y servicios, ya que no se trata de una maternidad deseada. No sólo en América Latina, sino en cualquier país del mundo, las mujeres en pobreza y exclusión dentro de un mismo país son quienes tienen más hijos. En nuestro país, la fecundidad adolescente es mayor en las adolescentes con menos educación que, coincidentemente es mucho mayor en zonas rurales.

El embarazo adolescente suele asociarse con una mala situación económica, con las consecuencias que ésto conlleva, como por ejemplo; una composición de familia extendida donde conviven también abuelos, tíos e incluso varias

familias viviendo en una misma casa como allegados, con el consiguiente hacinamiento físico y psicológico. Así también se plantea además la posibilidad de que el embarazo adolescente sea una forma de escapar del mundo del trabajo y del mundo escolar; la adolescente no se siente capaz de enfrentar las exigencias escolares y/o laborales. Diversos estudios han revelado ciertos patrones característicos de la embarazada adolescente, señalando que la práctica del acto sexual se inserta dentro de un marco de graves problemas familiares, fracaso escolar y otras formas de expresión de conflictos o conductas rebeldes. Éstas jóvenes presentarían también fuertes sentimientos de soledad y la posibilidad de tener una fuente de satisfacción a través de cuidar a un hijo, un deseo de estar más cerca de la propia madre o de escapar de una situación familiar intolerable, aburrimiento y fracaso escolar.

La población adolescente de México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4% de la población nacional; hoy representa 21.3%. Entre el 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años. Así mismo con lo que respecta a los embarazos no planeados, las estadísticas gubernamentales indican que cada año más de 400 mil adolescentes en México tienen un bebe, y de acuerdo con algunos estudios, en la mayoría de los casos habrían preferido no tenerlo en ese momento. Se sabe que, por lo menos 14% de éstos embarazos terminan en aborto. Estos hallazgos sugieren que los programas de planificación familiar tienen un potencial de cobertura aún no alcanzado entre el grupo de adolescentes especialmente entre las que viven en áreas suburbanas. Además, se evidencia la necesidad de investigar sobre métodos de educación sexual y

reproductiva que puedan introducirse en el sistema escolar desde el nivel primario.

Éste estudio tiene como propósito valorar el grado de funcionalidad familiar en las adolescentes como factor de riesgo condicionante de embarazos no deseados mediante el APGAR familiar. Para ello planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de disfunción familiar en la embarazada adolescente en la unidad de medicina familiar # 17 de la ciudad de Río Bravo ?

JUSTIFICACIÓN

La familia constituye la piedra angular de la sociedad por lo que sigue siendo el primer y principal sistema de formación para el adolescente, ya que puede convertirse en un factor de riesgo cuando no existen modelos parentales adecuados que permitan evitar conductas de riesgo que pudieran originar un embarazo durante la adolescencia. Cada año numerosas adolescentes inician una gestación, contribuyendo así al incremento del índice de morbilidad y mortalidad materno infantil del país, y al consecuente impacto psicosocial del embarazo, que se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja e ingresos inferiores de por vida, que tienden a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria”.

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. También 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. Consideremos importante identificar cuáles son los principales factores de predisposición que aumentan la prevalencia de dicha condición para así poder desarrollar estrategias encaminadas a abordar la situación tanto con medidas de prevención primaria y secundaria.

Sabemos de antemano que un embarazo no planeado en el adolescente es el producto de la falta de información sobre anticonceptivos, el sexo sin protección, el uso incorrecto de los mismos, independientemente de ser deseado o no, el embarazo puede poner en riesgo la vida de la madre adolescente, ya que tiene efectos adversos sobre la salud de la madre y el niño por las condiciones de nutrición y falta de atención de la madre lo que incrementa la frecuencia de desproporción céfalo pélvica, anemia, preclamsia, bajo peso del recién nacido. La funcionalidad familiar es un pilar fundamental del cual depende el buen desempeño de la familia y cuando existe un embarazo en la adolescente no esperado existen alteraciones en éste proceso y ésto contribuye a la transmisión de pobreza, ya que las madre adolescentes tienden a reincidir en embarazos subsecuentes y los patrones se repiten en las hijas, ésto hace que tengan menos posibilidades de continuar con sus estudios y por lo tanto el conseguir trabajos bien remunerados es difícil.

En el presente trabajo nos dará una idea sobre el fenómeno del embarazo durante la adolescencia, con el propósito de contextualizar el problema en México, así mismo reconocer los factores asociados con la familia, la conducta sexual, actitud hacia la anticoncepción y los riesgos médicos que conlleva un embarazo a esa edad, Esta problemática involucra a todos los profesionales de la salud, es interesante señalar la realización de algunos programas de prevención y promoción de la salud en los diferentes ciclos de vida: contribuyendo así a promover la adopción de conductas sexualmente saludables en el grupo de riesgo y disminuir el embarazo precoz y las infecciones de transmisión sexual.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de disfunción familiar en adolescentes embarazadas, en la Unidad de Medicina Familiar num.17 de la ciudad de Río Bravo Tamaulipas durante el periodo comprendido de octubre del 2008 a septiembre 2009.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Analizar la funcionalidad familiar de acuerdo a los cinco parámetros medibles por el APGAR familiar.

2.- Determinar el grado de funcionalidad familiar e identificar que alteración es la más frecuente en las embarazadas adolescentes mediante el APGAR.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo, transversal longitudinal.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en la Unidad Medicina Familiar num.17, en la ciudad de Río Bravo, Tamaulipas donde las pacientes embarazadas acuden a su control prenatal, incluyendo a todas las adolescentes entre 10 a 19 años, aplicándoles una encuesta de 5 preguntas a ellas, donde se valoró la funcionalidad de la familia.

POBLACION DE ESTUDIO

Todas las embarazadas adolescentes entre 10-19 años de edad, que sean derechohabientes del IMSS y que estén adscritas a la Unidad de Medicina Familiar # 17 de la ciudad de Río Bravo Tamaulipas, y que deseen participar en el estudio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) CRITERIOS DE INCLUSION:

- Todas la embarazadas adolescentes entre 10 y 19 años de edad
- Que sean derechohabientes del IMSS,
- Que soliciten consulta y que voluntariamente deseen participar en el estudio
- Que firmen el consentimiento informado,
- Que estén adscritas a la unidad de Medicina Familiar #17 de la ciudad de Río Bravo

b) CRITERIOS DE NO INCLUSION:

Aquellas adolescentes que no estén embarazadas y que acuden a la consulta externa.

- Embarazadas adolescentes que no sepan leer, ni escribir.

b) CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Son aquellas embarazadas que abandonaron el estudio.
- Embarazadas adolescentes con encuestas incompletas.

MUESTRA

Se tomaron un número de 324 paciente embarazadas en control prenatal mayores de 12 años y menores de 20 años durante un tiempo : de Octubre del 2008 a Agosto 2010, donde se valoró mediante el APGAR familiar como se encontraba la funcionalidad familiar de cada una de ella.

MUESTRA

TECNICA MUESTRAL

Se realizará muestreo probabilístico por conveniencia.

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$N = z^2 p Q / d^2$$

$$(3.8416)^2 (.30) (.70) \text{ entre } .0025 = \mathbf{324}$$

n= tamaño de la muestra que se requiere

p= proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio

Q= 1 – P (complementario, sujetos que tienen una variable en estudio)

- **D** = Magnitud del error dispuesto a aceptar

Z= distancia de la media del valor de significación propuesto se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades.

VARIABLES

INDEPENDIENTES

Funcionamiento Familiar

Definición conceptual: se refiere a los patrones de comportamiento de la familia.

Definición operacional: se refiere a los patrones de comportamiento de la familia con las siguientes dimensiones: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución.

Clasificación estadística: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Categoría: Disfunción Severa
Disfunción moderada
Disfunción leve
Familia funcional

Adolescencia:

Definición conceptual: fase del desarrollo psicofisiológico de todo individuo que comienza hacia los 10 años con la aparición de modificaciones morfológicas y fisiológicas.

Definición operacional: fase del desarrollo psicológico de todo individuo que comienza hacia los 10 años con la aparición de modificaciones morfológicas y fisiológicas, que caracterizan la pubertad, identificándose 3 etapas.

Clasificación estadística: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Categoría: Temprana 10-13 años
Mediana 14 a 16 años
Tardía de 17 a 19 años.

DEPENDIENTE:

Embarazo:

Definición conceptual: estado de la mujer que comprende desde la fecundación del ovulo hasta el parto.

Definición operacional: estado de la adolescencia que comprende desde la fecundación del ovulo hasta el parto, confirmada al momento de la encuesta

Clasificación estadística: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Categoría: Embarazada

VARIABLES DE ESTUDIO

	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha en que se realiza el estudio	Cuantitativa discreta	Edad en años
Escolaridad	Años cursados de educación	Numero de años académicos al momento del estudio	Cuantitativa discreta	Numero de años escolares cursados
Estado civil	Condición de cada individuo con respecto a sus derechos y obligaciones civiles	Condición de cada individuo con respecto a sus derechos y obligaciones civiles	Cualitativa, nominal , politomica	Soltera/ casada/ divorciada/viuda/unión libre
Ocupación	Actividad u oficio económico remunerable de una persona		Cualitativa, nominal , Politomica	a)estudiante b)hogar c)obrero d)empleada
Nivel de ingresos	Situación económica ante la sociedad de acuerdo con el numero de salarios mínimos que se perciben	Situación económica ante la sociedad, de acuerdo con el numero de salarios mínimos que perciben	Cualitativa, ordinal, politomica	Muy bajo(1 salario mínimo) Bajo(2 salarios mínimos) Medio bajo(3 salarios mínimos) Medio alto(4 salarios mínimos) Alto(mas de 5 salarios mínimos) Salario mínimo \$ 47.10
Inicio de vida sexual activa	Edad de inicio de relaciones sexuales de un individuo	Edad de inicio de vida sexual	Cualitativa discreta	Edad en años

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2008- 2010

ACTIVIDAD	Julio 2010	Agosto 2010	Septiembre 2010	Octubre 2010	Noviembre 2010	Diciembre 2010	Enero 2011	Febrero 2011
Planeación de estudio	X							
Elaboración de protocolo		X						
Elaboración de instrumentos de información y prueba piloto		X						
Selección de la muestra			X	X				
Recolección de información					X			
Captura de datos						X		
Análisis de información							X	
Presentación de información								X

PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS: Investigador principal, el cual dedicará el 60% de su tiempo para el desarrollo del presente estudio, además se cuenta con el asesor de tesis, el cual invertirá el 10 % de su tiempo y 2 encuestadores invertirán el 30% de su tiempo.

RECURSOS FISICOS Y MATERIALES:

Los recursos físicos con los que se cuenta son mesas, sillas, aulas (pertenecientes al IMSS)

PRESUPUESTO / FINANCIAMIENTO INTERNO Y EXTERNO

INSUMOS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
ENCUESTADORES	2	\$ 2000.00	\$ 4000.00
CAJA PORTADOCUMENTOS	2	\$ 200.00	\$400.00
HOJAS BLANCAS	2 PAQUETES	\$ 55.00	110.00
LAPICES	10	\$ 2.00	\$ 20.00
GRAPADORA	1	\$38.00	\$ 38.00
CAJA DE GRAPADORA	1	\$20.00	\$20.00
CARTUCHO DE TINTA PARA IMPRESORA HP	2	\$250.00	\$500.00
IMPRESORA HP	1	\$1950.00	\$1950.00
COMPUTADORA DE ESCRITORIO MARCA ALASKA	1	\$7000.00	\$7000.00
TOTAL	22	\$ 11,445.00	\$14, 038.00

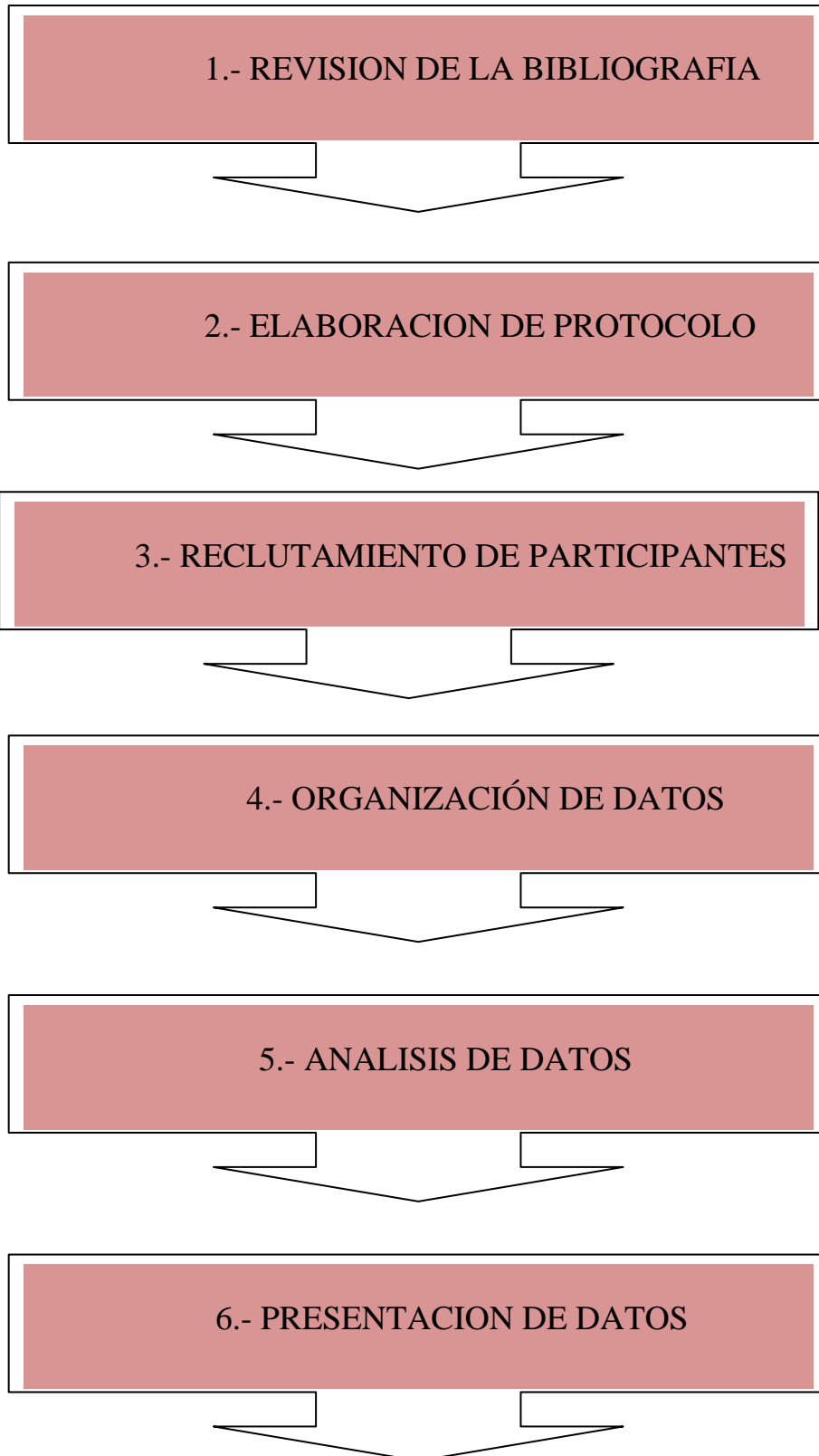
PROCEDIMIENTOS

Previa autorización de las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar #17, de la ciudad de Río Bravo Tamaulipas, se tomó una muestra de **324** adolescentes embarazadas entre las edades de 10 a 19 años de forma aleatoria.

Así mismo que deseen participar en el estudio, que firmen su consentimiento informado, además que sean derechohabientes del IMSS y que estén adscritas a dicha unidad de salud.

A éstas participantes se les aplicará una encuesta de características socio demográfico, además de un cuestionario de APGAR familiar.

FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES



PLAN DE ANALISIS

Los datos serán captados y analizados en el paquete estadístico

EPI- INFO 3.3.2.

Se utilizarán estadísticas descriptivas como Media, Mediana, Moda y Porcentaje.

Se presentaran los resultados en gráficas, tablas y se calculara prevalencia.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION

Los datos serán captados con el APGAR FAMILIAR, el cual valorará el grado de funcionalidad familiar el cual consta de 5 preguntas, que se responden con Nunca, casi Nunca, Algunas Veces, Casi Siempre, y Siempre. A cada respuesta se le asigna un puntaje desde 0 al 4, los puntajes van del 18-20 buena funcionalidad familiar, 14-17 disfunción familiar leve, 10-13 disfunción familiar moderada, 9 o menos disfunción familiar severa.

Además se realizará una encuesta a cada participante, en la cual se recolectan datos propios de cada paciente, como edad, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, y antecedentes ginecobstétricos, así como personales no patológicos y patológicos.

ASPECTOS ETICOS

El presente estudio se realizó en la Unidad de medicina Familiar núm. 17, de la ciudad de Río Bravo Tamaulipas, donde se encuestaron a 324 adolescente que aceptaron participar, se lleno una hoja de consentimiento informado, explicándoles ampliamente a las adolescentes los objetivos y las características del estudio, que éticamente los resultados fueron sólo nominales y numéricos y que no se dieron a conocer nombres en los resultados.

Además se solicitó el consentimiento escrito y de participación dicho estudio corrió a cargo del médico residente mismo que contó con el tiempo completo para realizar la investigación, la cual no requirió de un costo excesivo y fué factible realizarla ya que consistió en el cuestionario APGAR y variables socio demográficas.

El presente estudio se realizará de acuerdo con el reglamento con la Ley general de Salud en materia de Investigación en el artículo 96 y a la declaración de Helsinki, así como a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica por lo que el estudio se realizó con la previa aprobación del comité local de investigación.

PRODUCTOS ESPERADOS

El presente estudio será una Tesis de grado de residencia para obtener la Especialidad de Medicina Familiar.

RESULTADOS

Luego de recolectado los datos, éstos fueron procesados y presentados en gráficos a fin de realizar el análisis e interpretación respectivo de acuerdo al marco teórico.

Así tenemos que del 100% (324) de las adolescentes embarazadas reflejaban: edades entre los 18 a 19 años con 233 con un (72 %), la edad de inicio de las relaciones sexuales predominando entre 15 y 17 años con un porcentaje de 163 (78.1 %) del total. Además de 122 (37.7%) tienen estudios de secundaria completa; dentro del estado civil predominó el casado con un porcentaje de 177 (54.6 %), en cuanto a la ocupación la mayoría refería ser ama de casa con un porcentaje de 179 (55.2 %), por otro lado 272 (84.0%) no viven con sus papas. La gran mayoría de las adolescente cursaban su primera gestación 232 (71.6 %), de acuerdo al análisis recolectado se apreció un alto porcentaje de las adolescentes que no usan métodos de planificación 182 (56.2 %) así también en nivel de ingresos bajo; reportó un 56.2% y finalmente de acuerdo a la funcionalidad de las familias se encontró un mínima diferencia entre la funcionalidad familiar moderada y severa indicando 117 (36.1 %) y 118 (36.4 %) respectivamente.

La etapa de adolescencia tardía comprende entre los 17 a 19 años de edad, en el cual el foco del desarrollo es la consolidación de la identidad y de las relaciones interpersonales por lo que el embarazo puede ser visto como una forma de consolidar la intimidad y comprometer al varón como un futuro compañero.

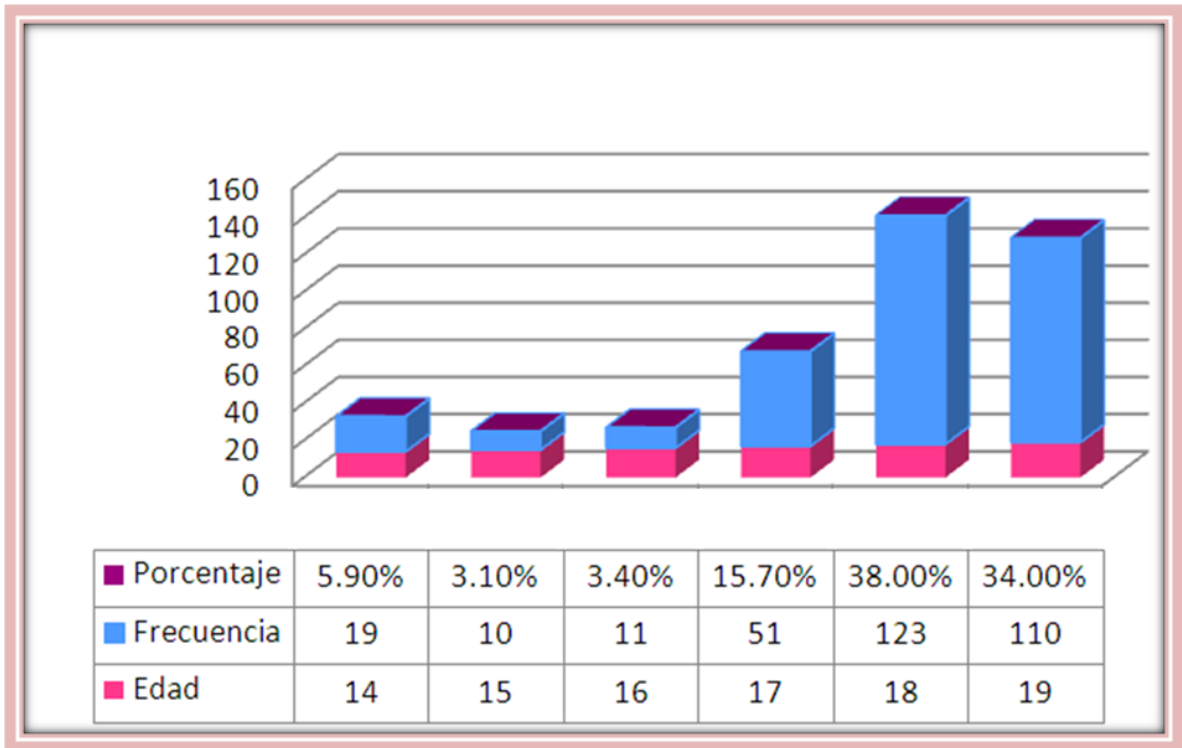
Además, se destaca el egocentrismo que surge como característica cognitiva propia de la adolescencia en la cual las jóvenes son incapaces de ver las cosas desde el punto de vista de otro, es un entendimiento centrado en sí mismo, realizan evaluaciones erradas respecto al riesgo de embarazo que existe en mantener relaciones sexuales justificado por el sentimiento de invulnerabilidad que les otorga una auto percepción de omnipotencia sobre las consecuencias de sus actos.

Por lo expuesto, podemos deducir que la mayoría de las adolescentes embarazadas se encuentran en la etapa de adolescencia tardía, con estudios secundarios completos, que iniciaron las relaciones sexuales a temprana edad y que viven con sus parejas; el embarazo a pesar de ser un proceso que irrumpe el desarrollo natural de la etapa, sería un mediador afectivo, en el cual el amor romántico surge como eje central al momento de comprender que las jóvenes justifican su embarazo por el amor a su pareja, en éste contexto la relación se idealiza, la adolescente se entrega por completo y la eventualidad de un posible embarazo se proyecta en forma positiva. De esta forma, se valida entre otras cosas, el aceptar la presión que ejerce el hombre para la actividad sexual, aceptación que les permite asegurar la proyección de su relación afectiva.

En cuanto al funcionamiento familiar de las adolescentes embarazadas de 324 (100%), 25 (7.7 %) poseen un funcionamiento familiar funcional, y 235 (72.5 %) un funcionamiento disfuncional. Las familias funcionales son aquellas que no sólo son capaces de cambiar, sino que al hacerlo mantienen un adecuado grado de cohesión.

Ellas poseen límites y jerarquías bien definidos, aún cuando permeables y flexibles, se muestran abiertas a los intercambios con otros subsistemas de su entorno. Los padres disponen del poder y se ocupan de la crianza de los hijos, a quienes van transfiriendo poder y autonomía a medida que se desarrollan, a la par que los nutren afectivamente y satisfacen sus necesidades interpersonales.

GRAFICA 1. Edad de inicio de las relaciones sexuales de las participantes.



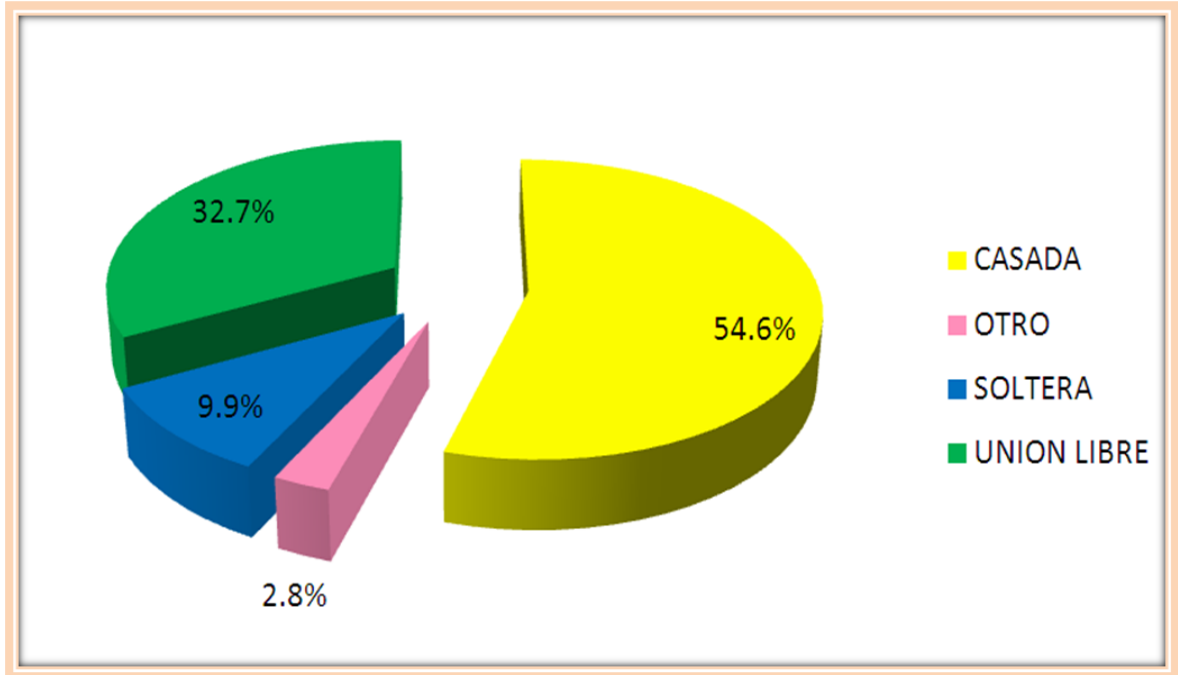
FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas.

Se encontraron diferencias porcentuales en la distribución de la muestra por edad, con mayor incidencia entre los **18 y 19 años** de edad que corresponde al **72% del total**, esto debido por ser una edad de mayor independencia. Estudios consultados refieren que el inicio de las relaciones sexuales tempranas es actualmente favorecido, debido a factores biológicos de menarca temprana, mayor independencia económica a menor edad, influencia externa de programas televisivos, sin un mensaje de prevención o protección responsables. En las relaciones adolescentes predomina el Amor Romántico que estimula fuertes emociones y sentimientos, acompañándose de la

idealización de la relación de pareja, lo que motivaría y haría legítimo el inicio de las relaciones sexuales sin protección.

Existen factores que promueven éstas acciones por ejemplo; El primero denominado desarraigo familiar, se refiere al abandono del hogar por parte de la propia joven, ya sea por condición laboral o por estudios. El segundo factor corresponde a la madre ausente que se refiere al abandono del hogar por parte de la madre, por lo que el padre se ha hecho cargo de la crianza de la adolescente, Por último, el tercer factor corresponde al padre ausente y alude al abandono del hogar por parte de éste, por lo que la madre se ha hecho cargo de la crianza de la joven. Es importante destacar la relación que existe entre en nivel socioeconómico y la edad de inicio de la actividad sexual, ya que las edades menores se presentan en los niveles socioeconómicos más bajos y en los niveles más altos mayores edades.

GRAFICA 2. Estado civil de las participantes



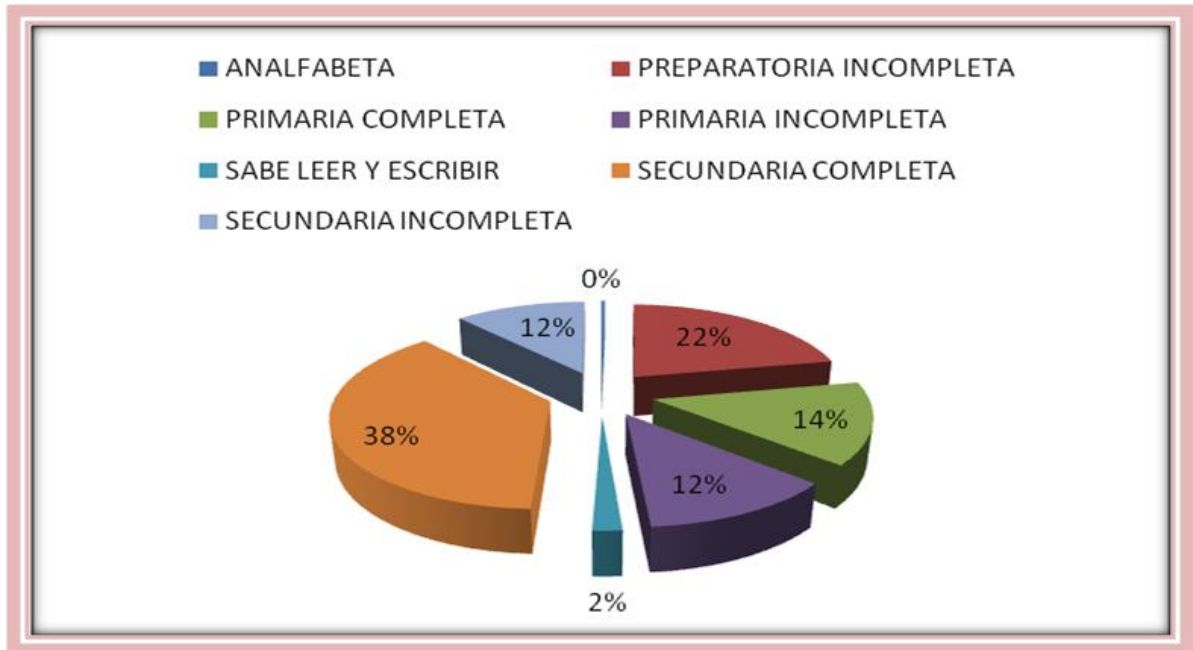
FUENTE: cuestionario de variables socio demográficas

El estado civil **casada**, resultó ser una variable con mayor porcentaje presentándose en un **54.6%** de los casos, en segundo lugar prevaleció el estado civil **unión libre** reportando así un **32.7 %** de los casos, se dice que las adolescentes generalmente se unen, a través de la “unión libre”, formando familias estructuralmente inestables lo que a su vez va íntimamente relacionado con la deserción escolar y perpetuación del ciclo de la pobreza. La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo.

La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

GRAFICA 3. Escolaridad de las participantes



Fuente: cuestionario de variables socio demográficas.

El porcentaje de adolescentes embarazadas con estudios escolares corresponde al **37.7%**, siendo la **educación secundaria** un elemento de capacitación en éste determinante tema y con un porcentaje del **14.5%** la **educación primaria completa**. La educación es probablemente una de las variables más importantes en todo proceso patológico, en el proceso salud-enfermedad y en las determinantes sociales de cualquier individuo. Nuestro país carece de una educación de calidad, con poco acceso a niveles superiores de formación.

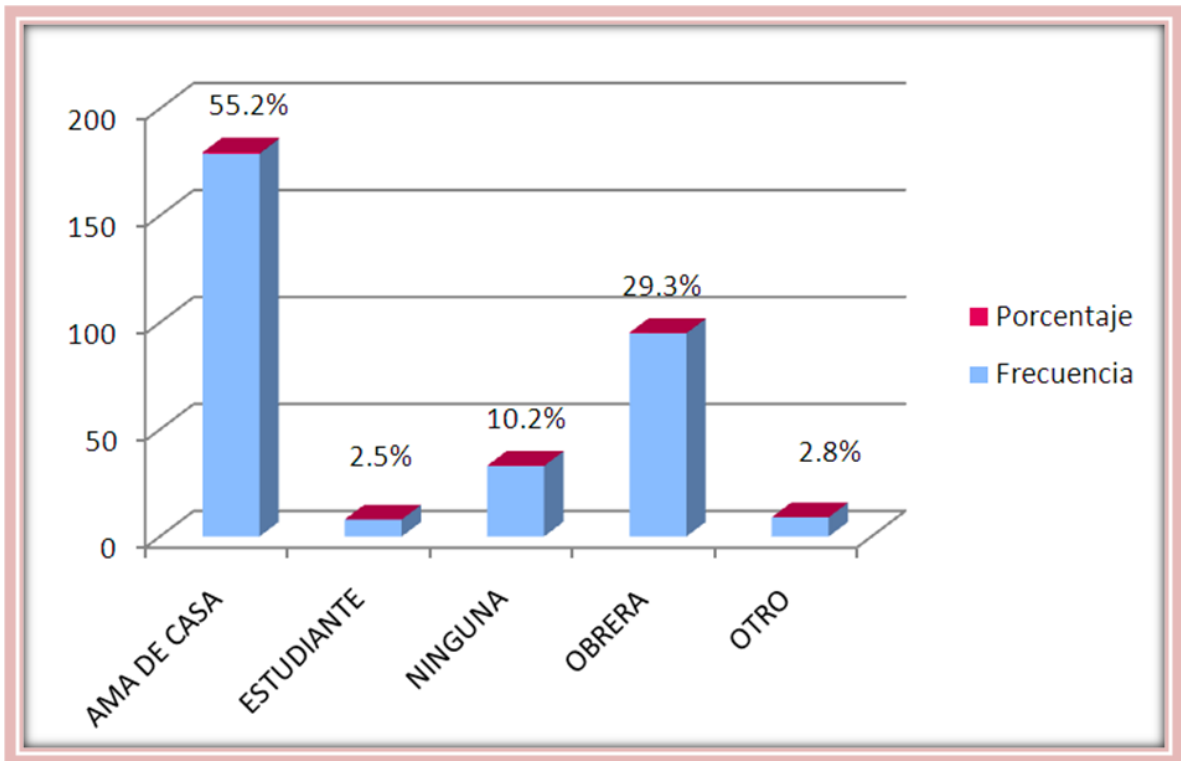
Esto posibilita que existan condiciones favorecedoras para el embarazo, pobre control prenatal y por lo tanto se aumente el riesgo para otras enfermedades en éstas pacientes.

La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de éstas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general nacional. La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose ésto aún más en el caso de la primera adolescencia.

La presente generación adolescente tiene acceso a más y mejores oportunidades de desarrollo que las generaciones previas, el perfil social es más urbano y ha aumentado el nivel promedio de escolaridad. Más de la mitad (59%) ha completado la educación secundaria, lo que significa mayor capacidad para acceder a la información y a la tecnología moderna, una mayor socialización entre los géneros y un cambio en los patrones de relación entre hombres y mujeres.

Sin embargo a pesar de éstos cambios, el nivel educativo sigue siendo bajo en comparación con las exigencias de calificación en el mercado de trabajo. En el medio rural la situación es menos favorable para los jóvenes, en el campo los hombres abandonan la escuela alrededor de los 15 años, mientras que las mujeres lo hacen a los 14 años.

GRAFICA 4. Ocupación de las participantes.



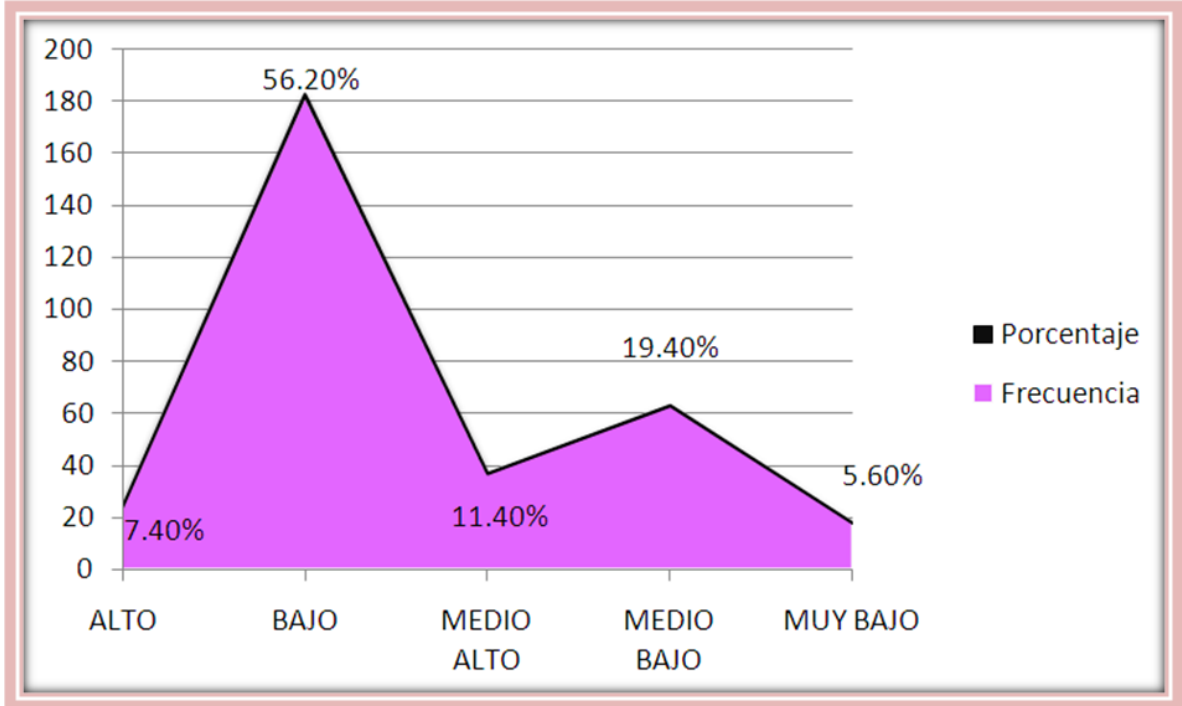
Fuente: cuestionario de variables socio demográficas

En la presente encuesta se apreció un elevado porcentaje de las madre adolescentes que son **amas de casa** con un total de **55.2%**, con ésto nos damos cuenta que es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Además las adolescentes sienten la necesidad de plantearse una independendencia frente a su pareja y la familia de

ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "ser padre".

El otro porcentaje relativamente elevado fué el de ocupación **obrero** con un **29.3%**, ésto es muy frecuente ya que la adolescente se enfrenta con carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una maternidad feliz.

Grafica 5. Nivel de ingreso de las participantes.



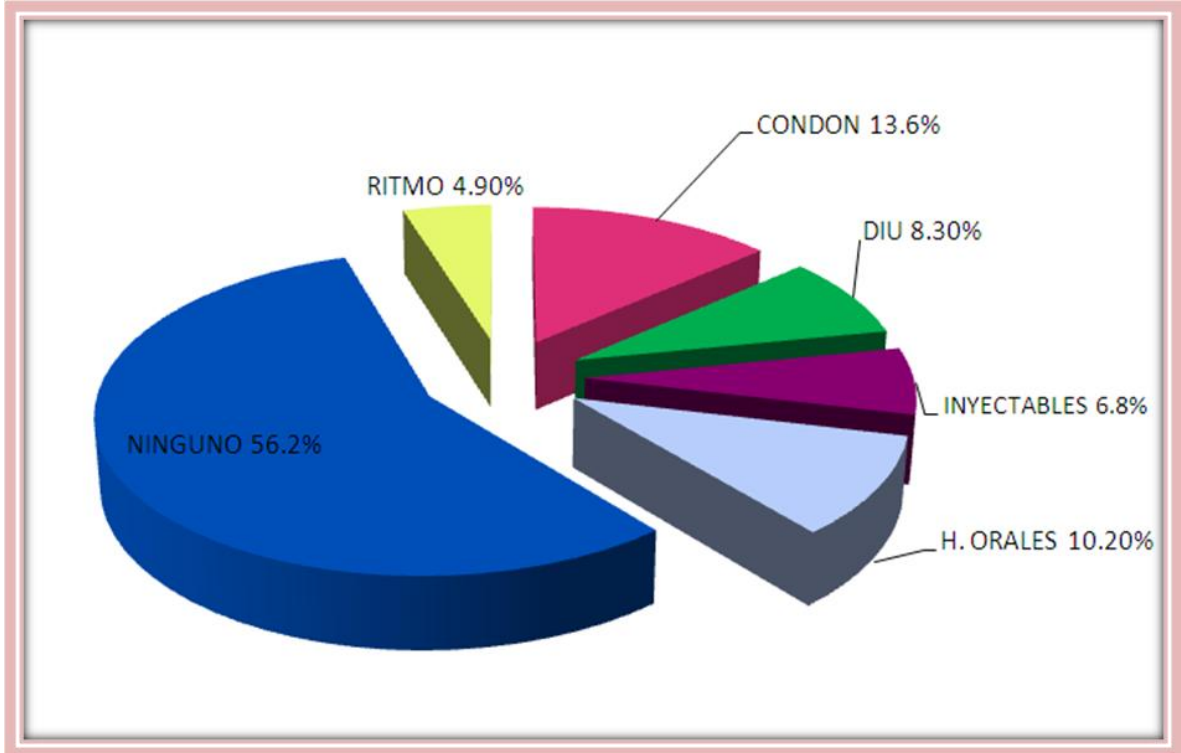
Fuente: cuestionario de variables socio demográficas

Con los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación podemos llegar a la conclusión de que el embarazo en mujeres adolescentes entre 14- 19 años de edad predomina el de **bajos recursos** con una prevalencia elevada, por lo que es de gran interés social el hecho de que se inicie la educación sexual a temprana edad con el fin de que tomen conciencia del riesgo que implica el inicio de la vida sexual a temprana edad, es uno de los factores sociales más importante ya que la condición económica cuando es desfavorable se va a relacionar con hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes acerca de la sexualidad y marginación social.

Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente.

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos.

Grafica 6: Métodos de planificación familiar de las participantes.



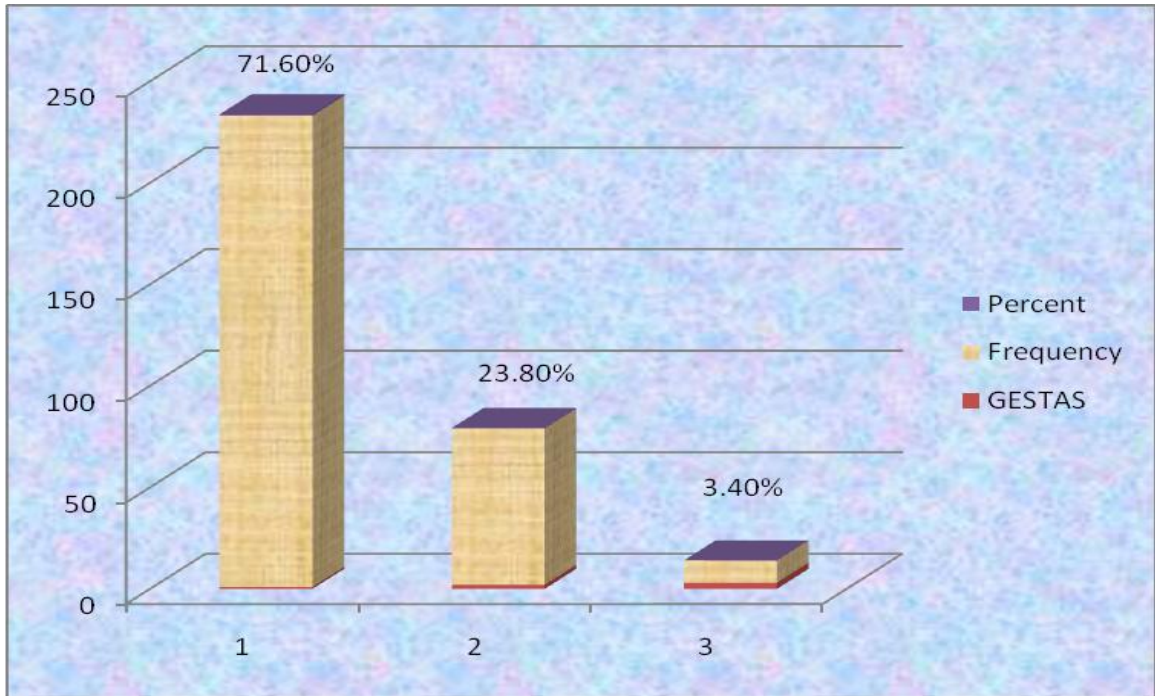
Fuente: cuestionario de variables socio demográficas.

Aquí se puede apreciar que el más del **50%** de las madres adolescentes **desconocen** los métodos anticonceptivos, lo que puede ser atribuido al bajo grado de escolaridad que cada una de ellas tiene y a su poco interés en el conocimiento de los mismos. Además el tema de la sexualidad sigue siendo un tabú en nuestra sociedad por lo que nunca o casi nunca se habla en la familia sobre métodos anticonceptivos. En ésta ocasión se observó que las madres entrevistadas, algunas tenían nociones de lo que se trataba la anticoncepción, y el resto de las madres adolescentes tenían algunos conocimientos acerca de las pastillas, las inyecciones y el Diu.

Se sabe que la actitud típica de las adolescentes embarazadas es que la mayoría conocían algún método, pero no habían incorporado dicho conocimiento en sus prácticas sexuales habituales. Además se ha señalado la existencia de un bajo índice en el uso de medidas anticonceptivas en la primera relación sexual, en particular, entre las adolescentes de menor edad, las cuales tendían a no usar método anticonceptivo alguno, después de su primer parto. Ésta actitud probablemente se asocia a la clase de fabulas personales propias de la adolescencia, del tipo “ésto no me va a pasar a mi” o bien a la justificación para no utilizar métodos anticonceptivos que es régimen en las adolescentes embarazadas menores de 15 años, las cuales refieren que ellas pensaban que no iban a quedar embarazadas.

Es interesante señalar que en algunos programas de prevención se considera necesario comprender éste tipo de pensamientos mágicos y la etapa de desarrollo del razonamiento, para desarrollar estrategias de intervención. En México, respecto al uso de métodos anticonceptivos, sé puede decir que los adolescentes están aprendiendo que las personas pueden regular su capacidad reproductiva de hecho, la gran mayoría de las jóvenes sexualmente activas conocen los métodos de regulación de la fecundidad y valoran la práctica de planificación familiar, sin embargo, no recurren con frecuencia a la práctica anticonceptiva, por ejemplo en el 2000 alrededor de 80% de los jóvenes entre 15 y 19 años conocían o habían oído hablar de métodos anticonceptivos.

Grafica 7: Numero de gestas de las participantes.



Fuente: cuestionario de variables socio demográficas.

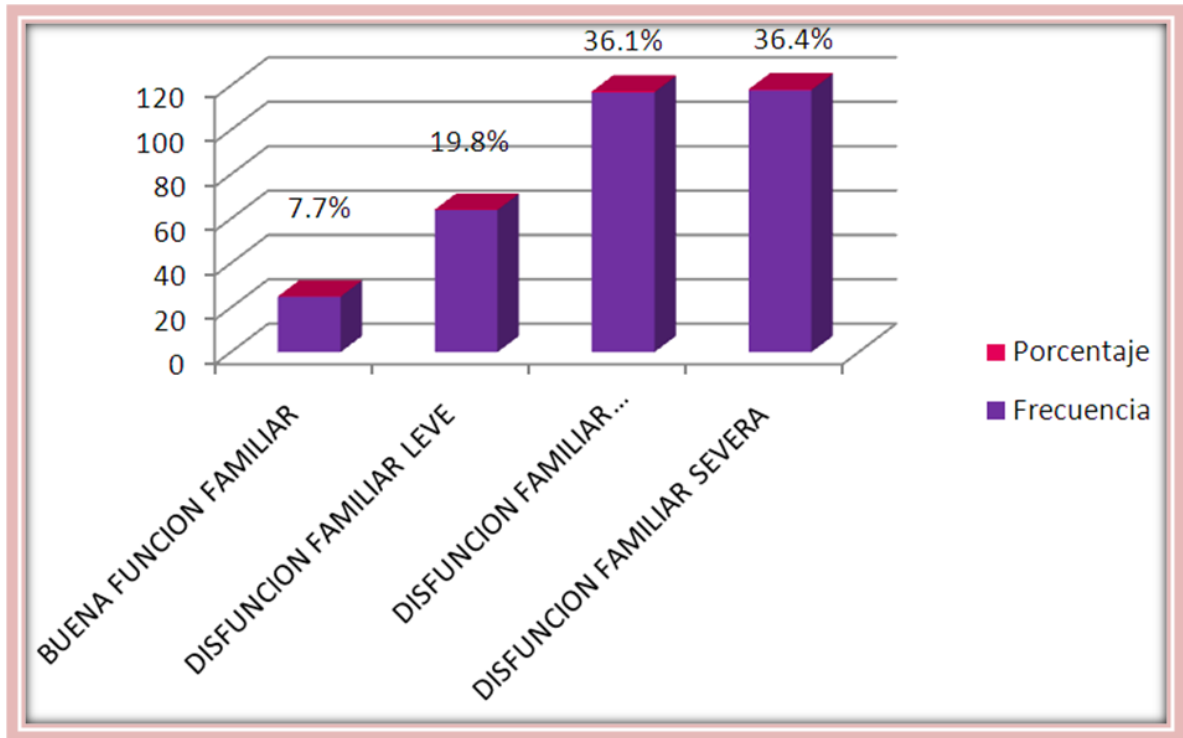
En la presente grafica señalamos el número de embarazos que presentaban las adolescentes encuestadas reportándose un porcentaje mayor en las que solo contaban con su **primera gestación** de **232** (71.6%) del total.

Se estima que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 17% del total de nacimientos y una tasa específica 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 más del 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continúa siendo un desafío prioritario en salud reproductiva. El primer evento ocurrió entre los 15 y 19 años de edad.

De acuerdo a las características económicas y sociales de ese grupo de edad, el arribo del primer descendiente no sucede en las mejores condiciones de desarrollo personal.

Los ideales reproductivos de los jóvenes indican que la mayoría desearía tener entre uno y tres hijos independientemente de los condicionantes para la procreación y que la edad ideal para iniciar la procreación es en términos generales mayores que a la que ocurre el primer embarazo. Ésta disociación entre la realidad y los ideales reproductivos es uno de los indicadores que permite evaluar el impacto de las campañas de información, educación y comunicación que produce el sector público.

GRAFICA 8. Grado de funcionalidad familiar en las participantes.



FUENTE: cuestionario APGAR familiar.

La disfunción familiar **MODERADA A SEVERA**, resultó ser un factor de riesgo en las adolescentes. Reflejando un porcentaje significativo de un **72.5%** del total de las adolescentes estudiadas, ya que no tienen una madurez emocional, ellas mencionaban que no percibían un apoyo y cariño por parte de su familia de origen y ésto las obligaba a tomar la decisión de unirse a una pareja. Éste estudio reafirma que la disfunción familiar es un factor pre disponente para el desarrollo de conductas en las adolescentes. Analizado éste estudio 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.

Por lo que las adolescentes requieren de mayor participación al momento de tomar decisiones que afecten a la familia, que se les distribuya de manera responsable, se les confiera libertad para tomar decisiones sobre su vida, de acuerdo a su grado de madurez y bajo la supervisión de los padres. Mayor calidad del tiempo disponible para compartir, demostraciones de confianza, solidaridad y sobre todo afecto. Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura y por consiguiente a un embarazo, pues una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y a demás puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo que le permite huir de un hogar patológico.

Los factores que se asocian al embarazo en la adolescencia se clasifican en tres niveles: Individuales, Familiares y Sociales. Dentro de los individuales se ha constatado una tendencia precoz en la menarquía, bajo nivel de aspiraciones de logro académico, impulsividad, omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad. Además presentan poca habilidad de planificación en general, hecho que se asocia directamente con el no uso de anticonceptivos. En relación a ello, existen una serie de costos socio psicológicos de la contra concepción, ya que la utilización y planificación del uso de anticonceptivos suponen el reconocimiento de la actividad sexual de la adolescente lo que redundaría en sanción social.

Entre los factores familiares se describe la disfunción familiar con escaso apoyo afectivo, el que su madre o una hermana se hayan embarazado en su adolescencia y la pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

En resumen, los antecedentes aquí presentados destacan la importancia de la atmósfera familiar en las adolescentes que se embarazan, describiéndose distintos patrones. Uno de ellos ocurre en familias donde la madre ha sido adolescente embarazada o madre soltera, la comunicación con la hija es diferente a la que tienen con las adolescentes no embarazadas. También se ha descrito que la percepción de la satisfacción en la relación con la madre disminuye la edad de inicio de la vida sexual. Así mismo, se ha señalado que si la comunicación intrafamiliar es directa, van a existir actitudes apropiadas hacia la sexualidad de los hijos; pero si es indirecta los hijos pueden desarrollar, tanto conceptos como actitudes erróneas, particularmente en familias uniparentales, en donde el inicio de la vida sexual es 1.5 veces más probable de que se presente. La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante.

DISCUSIÓN

Adolescencia y embarazo son términos que se asocian a alegría, esperanza y futuro; pero si ambos coinciden, son motivo de preocupación, ya que, por lo general, la alegría se opaca y se transforma en un problema, Así podemos decir que en nuestro trabajo predominó la adolescencia tardía, Según reporta el estudio el 72% de las madres adolescentes son madres entre los 18 y 19 años.

Al analizar la tabla 3, relacionada con la escolaridad de las adolescente, vemos que la deserción escolar tiene un papel preponderante en las adolescentes gestantes; y si sumamos ésto a la inmadurez propia de la edad, desde el punto de vista psicológico es más desfavorable para la vida futura de la madre y del niño, ya que después de éste parto a la mayoría les resulta imposible proseguir su instrucción, por lo que la problemática es más desalentadora.

Dentro de la ocupación en las participantes ésta situación impone un predominio de las amas de casa, como se identificó en el estudio; diferentes autores plantean que las adolescentes con el rol de madres están obligadas a buscar ayuda de su pareja y/o de su familia, para incorporarse al trabajo o al estudio, por tener ahora ante sí la responsabilidad de atender a su hijo. Con lo cual se demuestran las consecuencias futuras que ésto podría tener no solo para la nueva familia, sino para la sociedad en sí. Desde la perspectiva de las adolescentes se destacan los factores presentes en el área afectiva, surgiendo la carencia como categoría preponderante, en que el embarazo, a pesar de ser un proceso que irrumpe el desarrollo natural de la etapa, sería un mediatizado

afectivo. El embarazo constituiría un medio para acercarse al ideal de sí mismas, ser respetadas y queridas, permitiéndoles sentirse vinculadas emocionalmente con su pareja, obtener preocupación y compañía de su familia y mantener una relación de apego significativa con su hijo, puesto que éste también representa un medio para satisfacer su vacío afectivo.

Dentro de la funcionalidad familiar, las jóvenes señalan que la naturaleza de los límites influye en la generación de un embarazo, destacando ya sea la expresión restrictiva de las reglas que se imponen en la interacción familiar como la permisividad de los padres, otorgándoles una amplia libertad de acción a las adolescentes. Se infiere que los límites estrechos tienen una mayor influencia en la generación de embarazo en la adolescencia que la amplitud de éstos, las jóvenes reportan que frente a una constante restricción de horarios, de actividades de esparcimiento, como por ejemplo salidas nocturnas, y ante una negativa paterna a que ellas mantengan vida sexual activa, existe mayor probabilidad para que en las instancias de encuentro con su pareja existan relaciones sexuales no planificadas y sin protección.

Las jóvenes que carecen de oportunidades de socialización, frecuentemente incurren en actos rebeldes que desafían la autoridad paterna en las escasas opciones que se les presentan, por lo tanto, actúan con mayor impulsividad e irreflexión y se arriesgan a desarrollar un embarazo no deseado. También, se enfatiza los roles difusos, en que las jóvenes han debido asumir con la crianza de hermanos menores, postergando necesidades de la etapa evolutiva y acercándose tempranamente al rol materno.

La ausencia materna conllevaría a que las adolescentes construyan una imagen distorsionada del significado de la maternidad, pudiendo generar un embarazo que les permita reivindicar su valor, reparando la imagen interna deteriorada que poseen de la madre quien no ha cumplido el rol socialmente consensuado: el de figura incondicional, protectora y nutritiva.

CONCLUSIONES

En síntesis, el embarazo adolescente requiere una intervención que apunte a interrumpir la repetición de patrones des adaptativos, objetivo alcanzable por medio de estrategias que promuevan modelos alternativos y que potencien factores protectores, focalizándose en la promoción y fortalecimiento de la díada niño-madre adolescente.

En conclusión se puede decir que:

- El embarazo en adolescentes es un serio problema psicosocial con frecuentes connotaciones penales.
- La prosecución del embarazo conlleva el abandono de los estudios por parte de la adolescente y frecuentemente no los retoma luego del nacimiento, generando desocupación y difícil reinserción laboral por falta de capacitación.
- El embarazo y parto en las adolescentes reconoce un alto riesgo de morbimortalidad materna, fetal y neonatal.
- El hijo de madre adolescente tiene alto riesgo de maltrato y abandono, con frecuente cesión de adopción.
- La reinserción y el respeto social de la adolescente luego de su embarazo y parto, son difíciles y hasta irrecuperable.

- Para el control y contención de la adolescente embarazada, es necesaria la integración de un equipo interdisciplinario, con amplia participación de psicólogos y trabajadores sociales, además de una especial capacitación del equipo asistencial en lo referente a los riesgos perinatales a los que está expuesta la adolescente gestante.
- La estructura familiar disfuncional relacionada a que la opinión de las adolescentes a veces es tomada en cuenta para la toma de decisiones, las reglas son establecidas por el padre y los problemas sentimentales solo reciben el apoyo de las madres prioritariamente, aunque otro grupo refiere que desconocían sus problemas, siendo las funciones que cumplen los padres mayormente referidas a la alimentación y vestido, seguidas por las educativas, protección y seguridad, y en último lugar la afectividad.

Este grupo de adolescentes embarazadas están percibiendo una dinámica familiar mala y una la relación entre sus padres como disarmónica. Además seguramente el funcionamiento familiar que condicionó esa percepción de la adolescente de sus relaciones familiares también habrá influido en que la práctica sexual de la adolescente fuera un intento por buscar otras formas de obtener la satisfacción de las necesidades afectivas que deja una percepción de las relaciones familiares como la hemos descrito. De tal manera que esta información nos lleva a preguntarnos **¿es la disfunción familiar un factor de riesgo para el embarazo en las adolescentes?**

Influye en la actitud de la adolescente predisponiéndola a tomar decisiones equivocadas buscando refugio en su pareja lo que ocasiona un embarazo a edad temprana.

Por lo tanto como médico familiar se deben de tener en cuenta que la familia con hijos adolescentes se deben reforzar el crecimiento y la participación para que no se tomen decisiones erróneas por los hijos lo cual influye en un embarazo en la adolescencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Núñez R. Hernández B .García B. “ El embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto” Salud Publica México 2003. 45 supl.92-102
- 2.- Membrillo A, Fernández M. Quiroz J. Rodríguez J. Libro “FAMILIA Introducción al estudio de sus elementos” .pág. 38, 76,77.
- 3.- Gómez I. versión en español y Adaptación de FACES III “Family adaptability and cohesion evolution scala”, Arch. Med. Fam. 2003.
- 4.- Huerta M. “Frecuencia de medicina familiar en una clínica de Medicina Familiar del ISSTE en Cd. de México” Arch. Med .Fam. 2001.
- 5.- Ponce R. Gómez C. Irigoyen C. “Perfil de la estructura familiar, en una zona urbana de Tlalpan, México.” Arch. Med. Fam. 2001 (3) 67-72.
- 6.- Rangel J, Valerio L. Patiño J. García M. “Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada” Rev. Fac. Med. UNAM Vol.47 No.1 enero-febrero 2004.
- 7.- Ramírez L. y col. Articulo ” Funcionalidad familiar y enfermedad crónica infantil”
- 8.- Gudiel V, Caffaro C. Articulo “Perfil social de las madres adolescentes” (informe preliminar) pag.69-89.
- 9.- Camacho S. “Reflexiones de salud y vida embarazo entre adolescentes”, julio 1, 2008.
- 10.- Monroy P. Ávila E. “Dinámica Familiar en la mujer adolescente embarazada”

- 11.- Cedillo D. Nataly S. Dellan .J, et al. "Estado Nutricional de las adolescentes embarazadas: relación con el crecimiento fetal". Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela 2008.
- 12.- Díaz V "El embarazo no deseado de las adolescentes en México" Gac. Med. Mex.Vol.139 Suplemento No.1, 2003.
- 13.- Cueva A, Olvera G, Chumacera L. "Características sociales y familiares de las embarazadas adolescentes atendidas en un modulo de alto riesgo." Rev. Mede. IMSS 2005; 43 (3): 267-271.
- 14.- Freyre E "La Sexualidad del adolescente y problemas asociados" trabajo incorporado como académico de número de la Academia Nacional de Medicina sesión 03 de agosto del 2004.
- 15.- Díaz F. Rodríguez P. Mota G. "Perinatología y reproducción humana" Perinatol.Reprod.hum.v.20n.4 oct- dic 2006. México
- 16.- Díaz E, "Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia" Perinatal Reprod. Hum. Vol. 21 No.2, abril-junio 2007.100-110.
- 17.-Padron G. "Embarazo en adolescentes." Estudio socio demográfico de 218 pacientes. Trabajo de investigación Revista médica del Hospital General de México Vol.68 Num.1 enero-marzo 2005 pp.13-19.
- 18- León P, Minassian M, Borgoña R. et al "embarazo adolescente" Rev. Ped. Elec (en línea) 2008, Vol 5, No.1 ISSN 0718-0918.
- 19.- Fernández L. Carro E, Oses D, et al. "Características de la gestante adolescente" Rev.cubana Obstet Ginecol 2004; 30(2)
- 20.- Ortigaza C, Padilla J, "Diseño y evaluación de un curso educativo dirigido a madres adolescentes embarazadas, Ginec obst Mex. 2001; 69: 363.

- 21.- Torres R, Irma L, "La resolución obstétrica de las adolescentes en comparación con la de las adultas" , Ginec. y Obst. Mex. 1999: 67: 377.
- 22.- Herrera A, "La familia unidad de análisis", revista médica del IMSS (México) 2002.
- 23.-"Embarazo en las adolescentes" [acceso (15 de octubre del 2008, actualizado en octubre del 2007]
- 24.- Hernández M. y cols. "Repercusión que ejerce la disfunción familiar, sobre la conducta de los adolescentes" [acceso (20 de octubre del 2008) publicado el 18 de enero del 2006]
- 25.- Chávez A, Velasco R, "Disfunciones familiares del subsistema conyugal, criterios para su evaluación, Rev. Medica del IMSS (Mex.) 1994; 32:39-43
- 26.- Tovar C, Sánchez E, Ponce R, et al, "auto percepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la ciudad de México, archivos de medicina familiar 2003 5(30) 92-95
- 27.- Clavelina F, Irigoyen C, Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar apgar-familiar, atención primaria volumen 18n 6p 289-296.
- 28.- "10 hechos acerca del embarazo en adolescentes" New México Teen Pregnancy Coalition, 12 / 2003 [acceso el 30 de octubre del 2008]
- 29.- Hardee, Eggleston E, Wong E, et al. "Unintended pregnancy and women's psychological well-being in Indonesia" J: Biosoc Sci.2004 Sep; 36 (5) 617-26 15446355(P: S: G: E: B)
30. - Reynolds H, Wong E, Tucker H "adolescents use of maternal and child health service in developing countries" Int Fam Plan Perspect.2006 Mar.32 (1): 6-16 16723297 (P: S: G: E: B)

- 31.- Santiago O.” Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas “.
Elaborado el 16 de noviembre del 2005.
- 32.-Millan T, Morera I, Nelson A. et al “Consejería a adolescentes: descripción epidemiológica y motivo de consulta” Rev. Med .Chile 2007; 135:457-463
- 33.- Larduet A, ”Algunos aspectos de la sexualidad en adolescentes”, Rev. Sexualidad y sexología | Publicado: 26/04/2010
- 34.- Villanueva L, Pérez F, Martínez A, ”Características obstétricas de la adolescente embarazada”, Ginec.Obste.Mex.1999; 67: 356
- 35.- Langer A, “Embarazo no deseado impacto sobre la salud y la sociedad en América latina y el Caribe”, revista panamericana de salud 2002 1 (3) 192-204
- 36.- Romero I, ”Sexualidad y embarazo” Curso salud y desarrollo del adolescente, Modulo 3, leccion15. .
- 37.- Sáenz V. “Morbilidad de la madre adolescente” Rev.cubana Obste. Ginec. 2005; 31 (2).

NOMBRE:

EDAD CUMPLIDA EN AÑOS:

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

MADRE DIABETICA SI _____ NO _____ HIPERTENSA SI _____ NO _____

PADRE DIABETICO SI _____ NO _____ HIPERTENSO SI _____ NO _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

TABAQUISMO SI _____ NO _____

ALCOHOLISMO SI _____ NO _____

TOXICOMANIAS: _____ OTROS: _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: ESPECIFIQUE:

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

MENARQUIA:

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL: _____ NUM DE EMB: _____ PARTOS: _____

CESAREAS: _____ ABORTOS: _____

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: _____

ESCOLARIDAD: PRIMARIA: _____ COMPLETA: _____ INCOMPLETA: _____

SECUNDARIA: _____ COMPLETA: _____ INCOMPLETA: _____

BACHILLERATO: _____ COMPLETA: _____ INCOMPLETA: _____

LICENCIATURA: _____

OTRO: _____

OCUPACION: NINGUNA: _____ AMA DE CASA: _____

OBRERA: _____ OTRO: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERA: _____ CASADA: _____ UNION LIBRE: _____

OTRO: ESPECIFIQUE: _____

NIVEL DE INGRESO: SALARIO MINIMO: 47.10 PESOS AL DIA.

MUY BAJO: (1 SALARIO MINIMO) _____

BAJO: (2 SALARIOS MINIMOS) _____

MEDIO BAJO: (3 SALARIOS MINIMOS) _____

MEDIO ALTO: (4 SALARIOS MINIMOS) _____

ALTO: MAS DE 5 SALARIOS MINIMOS. _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar _____ Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:
“PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LA EMBARAZADA ADOLESCENTE”

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es:

- determinar “LA PEVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES “en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 17 en la ciudad de Rio Bravo, Tamaulipas.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

- responder cuestionario del APGAR familiar, así como los datos socios demográficos, además de sus antecedentes ginecobstetricos.

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

- El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.
- Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.
- El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados 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

**DRA.MARGARITA MONTELLANO RANGEL
MATRICULA 10579826**

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: _____

Testigos:

Firma

Firma

**CUESTIONARIO PARA VALORAR LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA DEL
APGAR FAMILIAR**

FUNCION	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en familia: a)el tiempo para estar juntos b) los espacios en casa, c)el dinero					

CADA UNA DE LAS RESPUESTAS TIENE UN PUNTAJE QUE VA ENTRE LOS 0 Y 4 PUNTOS DE ACUERDO A LA SIGUIENTE CALIFICACION:

0: NUNCA

1: CASI NUNCA

2: ALGUNAS VECES

3: CASI SIEMPRE

4: SIEMPRE

FUNCION	PUNTAJE
BUENA FUNCION FAMILIAR	18-20
DISFUNCION FAMILIAR LEVE	14-17
DISFUNCION FAMILIAR MODERADA	10-13
DISFUNCION FAMILIAR SEVERA	9 O MENOS