



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 23
MEXICO, D.F.

**“PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LAS
ADOLESCENTES CON EMBARAZO
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 40.”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GRISELDA MORAN GONZALEZ

MEXICO, D.F.

2012

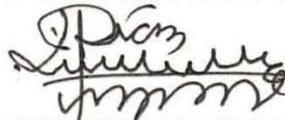
**“PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LAS
ADOLESCENTES CON EMBARAZO
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 40.”**

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

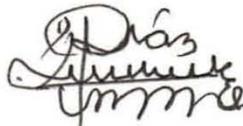
PRESENTA:

DRA. GRISELDA MORAN GONZALEZ

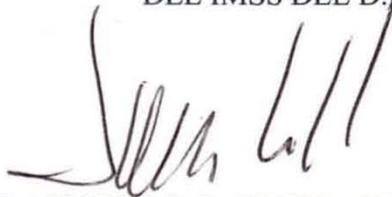
AUTORIZACIONES:



DRA. MICHELLE REMEDIOS DIAZ VARGAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
SEDE UMF No. 23



DRA. MICHELLE REMEDIOS DIAZ VARGAS
ASESOR EN METODOLÓGIA DE TESIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 23
DEL IMSS DEL D.F.



DR. FRANCISCO JAVIER ANDRADE ANCIRA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
SEDE UMF 23

**“PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LAS
ADOLESCENTES CON EMBARAZO
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 40.”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GRISELDA MORAN GONZALEZ

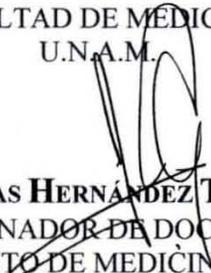
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

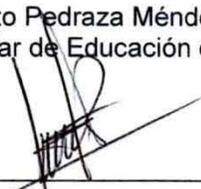
AUTORIZACIONES



Dr. Víctor Manuel Aguilar
Coordinador Auxiliar de Investigación en Salud



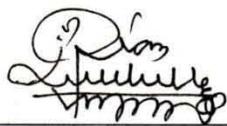
Dr. Humberto Pedraza Méndez
Coordinador Auxiliar de Educación en Salud



Dr. Felipe Reyes Jiménez
Director de la UMF 23



Dr. Francisco Javier Andrade Ancira
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 23



Dra. Michelle Remedios Díaz Vargas
Profesor Titular del Curso de Especialización en
Medicina Familiar Para Médicos Generales Sede UMF 23

Vo. Bo.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Diaz Michelle" with a stylized flourish at the end.

DRA. MICHELLE REMEDIOS DIAZ VARGAS

ASESOR DE TESIS
Especialista en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 23
del I.M.S.S. del D.F.

PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 40.

Dra. Morán-González Griselda¹. Dra. Díaz-Vargas Michelle Remedios².

RESUMEN

Antecedentes: La presencia de embarazo en la familia de una adolescente produce cambios en la estructura de las funciones de sus integrantes, ya que crean nuevas necesidades entorno al binomio, requiriéndose la movilización del núcleo para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que puede ser rechazado o aceptado. **MATERIAL Y METODOS:** Se realizó un estudio observacional y descriptivo en adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF 40, el tipo de muestreo fue por casos consecutivos mediante firma de un consentimiento informado. Se incluyeron Adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 40 del IMSS. Excluyendo Adolescentes que no cohabitaran con su familia de origen, con 2 o más embarazos y que estuvieran en crisis con disfunción familiar. Se aplicó el Apgar Familiar para Disfunción Familiar. **RESULTADOS:** Se realizó el estudio a 130 adolescentes con embarazo no planeado dentro de las cuales el grupo de mayor riesgo se encontró entre 16 y 19 años, la mayoría estudiantes que viven en unión libre, con escolaridad secundaria, de medio socio-económico, con inicio vida sexual a la edad de 16 años, cursando con un embarazo deseado. **CONCLUSIONES:** Se observó que la Disfunción Familiar no fue un factor que se presente en las adolescentes embarazadas, sin embargo, si pudiera precipitar la crisis normativa que enfrenta la familia en su ciclo vital.

PALABRAS CLAVE:

Adolescencia, Embarazo, Funcionalidad Familiar, Cohesión, Adaptabilidad.

(1) Dra. Griselda Morán González. Alumna de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales.

(2) Dra. Michelle Remedios Díaz Vargas. Investigador principal; Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar Para Médicos Generales. Sede UMF 23. IMSS

AGRADECIMIENTOS:

A Dios: Ya que me diste la fe y la fortaleza necesaria para salir siempre adelante, por colocarme en el mejor camino e iluminar cada paso de mi vida, por darme salud y la sabiduría necesaria para permitirme desarrollar y terminar ésta meta. Gracias.

A mis padres: Por haberme dado la vida, ya que gracias a ustedes he logrado terminar ésta etapa tan importante, por seguir su ejemplo y responsabilidad para realizar mis sueños y por brindarme su amor, comprensión y apoyo incondicional que fueron necesarios en los momentos más difíciles, pero sobre todo por compartir tantas noches de desvelos, alegrías y tristezas. Por sus palabras y sabios consejos ya que me enseñaron a fijar y alcanzar mis metas, a dar soluciones a mis problemas y a guiarme con la premisa de “todo sacrificio tiene su recompensa “.Gracias por creer en mí, los amo.

A mi esposo: Por tú amor, cariño y comprensión, por no dejarme caer y por descubrir juntos una etapa compartida y aprender que los problemas no se hacen grandes si se tratan a tiempo; por estar a mi lado y compartir tu tiempo conmigo; se que hemos tenido días difíciles, mas sin embargo estamos juntos, solo te diré gracias por haberme elegido como tu compañera para toda la vida, por amarme, por hacerme sentir importante, por hacerme parte de tu vida, por tu amor y cariño. Gracias.

A mi hija: Mi princesita hermosa que me hace sentir la mujer más orgullosa del mundo y que hace grande mi corazón. Agradezco tu paciencia y entrega en los momentos difíciles, por estar a mi lado cuando te necesito y porque sabes que eres lo más importante que tengo en ésta vida. Gracias mi niña bonita por compartir tantos momentos de alegría y de tristeza a mi lado. Sabes que te amo. Gracias.

A mi Hermana: Por ayudarme en los momentos en los que necesite de tu apoyo, por preocuparte por nosotros, por compartir todo conmigo, por tu nobleza y honestidad y sobre todo por ser la mejor hermana que Dios me dio. Sigue adelante junto a se bebé que está por llegar se que lo cuidarás como la joya más valiosa que Dios ahora te da. Gracias.

A la Dra. Michelle: Por haber confiado en mí sin aún conocerme y por haber dedicado gran parte de su valioso tiempo para concluir ésta tesis, se que fue difícil por la situación en la que nos encontrábamos, pero por su paciencia, compromiso y responsabilidad salimos adelante. Gracias por brindarme en todo momento su apoyo y hacer posible éste proyecto. Gracias.

Al Dr. Carlos Mayorga: Por sus consejos y ayuda para realizar y ver concluida ésta meta, por su apoyo cuando lo necesite y por compartir sus experiencias. Gracias.

A mis Compañeros y Amigos: Por su amistad incondicional y en lo profesional que ahora llega a una gran meta, por enseñarme que un número no refleja el conocimiento adquirido, por apoyarme en el trabajo en equipo y por poner a mí alcance las herramientas necesarias para destacar como profesionista. Gracias.

INDICE

RESUMEN	
AGRADECIMIENTOS	
MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACION	15
OBJETIVOS	17
HIPOTESIS	18
METODOLOGIA	19
RESULTADOS	28
TABLAS Y GRAFICAS	30
DISCUSIÓN	44
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	51
ANEXOS	53

MARCO TEORICO

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia a través de su pertenencia a varios grupos sociales. La familia y el ambiente más importante en el que él ha evolucionado, es la más antigua de las instituciones sociales humanas, tan antigua como la misma humanidad y según Ralph Linton, una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie. (1)

La familia como grupo social, según Herrera Santi, debe cumplir tres funciones básicas que son la función biológica, cultural y espiritual, es decir, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus integrantes actuando como sistema de apoyo. (2)

Al igual que la evolución histórica de la humanidad, la familia ha experimentado cambios que le ha permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época lo cual hace augurar que la familia persistirá según Minuchin, debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes.

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 integrantes, o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones.

Membrillo Luna y colaboradores, refieren que el buen o mal funcionamiento familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad de uno de sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como familia normal o patológica, términos que por su connotación resultan controvertidos. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y crisis por las que atraviesa. (3)

El funcionamiento familiar no debe verse de manera lineal, sino circular, el enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa efecto de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por lo tanto a las causas de la disfunción familiar. (1)

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. Esta familia es aquella en donde los hijos no presentan trastornos graves de conducta y en donde la pareja no está en lucha constante.

Existe un equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella, éste equilibrio es denominado por Jackson como homeostasis familiar, y opera por medio de mecanismos relativamente automáticos e involuntarios. Cuando la homeostasis se ve amenazada, la familia puede tratar de mantener el equilibrio haciendo que un miembro de ella, generalmente, uno de los hijos, desarrolle síntomas, se enferme o comience a expresar conflicto. (2)

El estudio de la funcionalidad familiar ha sido objeto de diversos enfoques según el énfasis que se ha 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.

Álvarez Sintés refiere que en Cuba entre los modelos más utilizados se encuentran los siguientes:

1. El índice de funcionamiento familiar (Pless y Satterwhite), a través de la investigación de 32 reactivos, estima la función familiar por áreas como la satisfacción marital, frecuencia de desacuerdos, resolución de problemas, comunicación y sentimientos de felicidad e infelicidad.
2. Escala de evaluación familiar (Beavers y Timberlawn), incluyen las siguientes variables relacionadas con estructura de poder familiar, mitología familiar, habilidad de negociación, promoción de la autonomía y afecto familiar.
3. Clasificación Triaxial de la familia (Tseng y McDermonnt), es un sistema basado en tres fuentes de información en cada una de las cuales se agrupan las disfunciones familiares en la siguiente forma:
aspectos de desarrollo familiar, disfunción en los subsistemas familiares y disfunciones de la familia como sistema.
4. La Guía de McMaster es un instrumento que a través del tiempo ha sufrido una serie de cambios y de parámetros que 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 la solución de problemas, comunicación, papeles, expresión de afectos, involucramiento afectivo, control de la conducta y funcionamiento familiar.
5. Escala de Holmes, en 1976 en el Journal of Psychosomatic Research, Thomas Holmes presentó un test en 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 6 a 8 meses antes, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas.

6. Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar, la aplicación de éste instrumento permite evaluar la estructura de las relaciones intrafamiliares desde una perspectiva trigeracional, dado que los patrones interaccionales se van aprendiendo y transmitiendo de una generación a otra. Consta de 7 variables: tiempo de evolución, individualización en el sistema (familia de origen), individualización en el sistema (familia nuclear), espectro coalición-colusión, mecanismos de defensa, patrones de comunicación y control de la conducta.
7. Apgar Familiar es un cuestionario que consta de 5 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. Este 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 familiar.
8. El Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares desarrollado por David H. Olson (1979), representa una de las técnicas más usadas para la evaluación del funcionamiento familiar en el campo de la terapia de pareja y familiar. 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 stress 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.
9. Faces III es un instrumento de autoaplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos. 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 puntos. Este instrumento para su mejor interpretación se coteja en sus resultados numéricos con el sistema circunflejo creado también por Olson, 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 familia: caóticas, flexibles, estructuradas y rígidas. De ésta combinación resultan 16 tipos de familia al conjuntar al tipo de familia según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas. Clasificando así a las familias

en: balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente disfuncionales, Según el modelo circunflejo de Olson el resultado permite tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir con las familias. (4)

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. Es por eso que el ciclo evolutivo familiar en cada una de sus etapas implica un conjunto de cambios en su constitución y transiciones durante las cuales los miembros de la familia requieren de experimentar cambios de papeles, tareas y comportamientos previsibles de acuerdo a normas conductuales y sociales establecidas presentando crisis, ya que la familia afronta, confronta y sobrevive a los problemas y eventos críticos que se suscitan tanto en el matrimonio, el embarazo, el 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 a la escuela, la etapa de los siete a los nueve años del matrimonio y el período de la adolescencia de los hijos.(4)

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 de los individuos y sus familias, y anticipación a los daños de la salud mediante un enfoque de riesgo. (5)

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. La familia funcional es aquella en donde los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante, no obstante esto presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro.

Existe un equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella, éste equilibrio denominado por Jackson como homeostasis familiar, opera por medio de mecanismos relativamente automáticos e involuntarios.

Cuando ésta homeostasis familiar se ve amenazada, la familia puede tratar de mantener el equilibrio haciendo que un miembro de ella, generalmente, uno de los hijos, desarrolle síntomas, se enferme o inicie un conflicto. (3)

El buen o mal funcionamiento de las familias es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad de uno de sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en lugar de referirse a ella como normal o patológica, términos que, por su connotación resultan controvertidos.

El funcionamiento familiar es relevante en el desarrollo del adolescente, actuando como el soporte necesario para su desempeño familiar e individual; éste funcionamiento es la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, que son importantes para las relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de la salud. (13)

Diversos aspectos de la función familiar ayudan a los adolescentes a adquirir una sensación de seguridad y autoestima, al aprender habilidades sociales apropiadas, responder a normas, limitar y controlar sus cóleras y agresiones. Sin embargo, ningún tipo específico de familia conlleva a tener ventajas o desventajas sobre ellos. Familias de estructuras diversas son capaces de favorecer un desarrollo saludable de los adolescentes y de satisfacer sus necesidades físicas y emocionales. La constelación familiar solo proporciona el marco a partir del cual se conoce cómo funciona una familia. (11)

Dentro de la funcionalidad familiar en el adolescente los padres deben aceptar su crecimiento y darles progresivamente las condiciones para que se desarrollen y puedan llegar a decidir personalmente su futuro laboral, sexual y familiar. Las opciones que el adolescente toma en algunos momentos pueden coincidir o no con las expectativas de los padres, lo que produce conflictos que para muchas familias son difíciles de manejar y aceptar. A veces los padres se cierran y asumen una actitud controladora que retarda la independencia del joven.

Idealmente deben reaccionar apoyando a sus hijos, manteniendo una comunicación abierta y otorgando las posibilidades materiales y emocionales para que el adolescente comience una vida independiente y exitosa. También es posible que tengan una postura desinteresada o impotente, manifestada en una excesiva permisividad, y que también tiene consecuencias negativas para el desarrollo de ellos. (4)

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 de una respuesta adaptativa de la misma.

Las crisis dentro de las familias pueden ser normativas y no normativas; como el matrimonio, nacimiento del primero hijo, jubilación, etc.: las cuales 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 crisis no normativas son aquellas experiencias adversas o inesperadas, también conocidas como paranormativas, accidentales o no esperadas. (2)

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 con acontecimientos normales del desarrollo familiar. (3)

Los conflictos familiares como la soledad, depresión, coraje y falta de ánimo, tienden a favorecer el embarazo en las adolescentes, lo que puede explicar la diferencia entre ambos grupos de las familias funcionales, aspectos en los que coinciden Osofsky y la Doctora Álvarez quienes plantean que el ambiente familiar inadecuado favorece la precocidad de las relaciones sexuales. Un mayor número de embarazadas provienen de familias con poca comunicación entre sus miembros y escaso o ningún apoyo del adolescente. La actividad sexual se despierta por causas no sexuales, y en muchos casos la precocidad es una evasión a una realidad que incluye fracasos escolares o de otro tipo que produce a los adolescentes una baja autoestima. La precocidad de la actividad sexual, el ambiente familiar inadecuado, la influencia del grupo social donde se desarrolla el adolescente están en relación con el actual riesgo de tener embarazos no deseados, abortos, partos que en ésta edad traen consecuencias adversas.(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 son manejados por las familias.

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de síntomas en los integrantes de la familia. Los miembros de las familias disfuncionales suelen utilizar muy a menudo los servicios de salud, denotar incongruencias entre el sufrimiento de su padecimiento y la naturaleza relativamente menor de sus síntomas, a veces el paciente adulto se hace acompañar por un familiar y con frecuencia les resulta difícil encontrarle sentido a su problema o consultar por síntomas inespecíficos.

En la sociedad peruana predomina la familia patriarcal, caracterizada por depender económicamente del padre, quien tiene una actitud dominante en la toma de decisiones; además, se puede dar otro fenómeno, la ausencia física de uno o ambos progenitores, que implica falta de figuras necesarias en el desempeño complementario de acciones vitales para el grupo familiar. Al observar ambos fenómenos, de profunda transformación en nuestro sistema social, se confirma la importancia de una dinámica de relación familiar saludable, que influencia, sobre todo, el desarrollo del adolescente. (2)

En países subdesarrollados como México, las alteraciones en el funcionamiento familiar favorecen la desintegración del grupo familiar, afectando principalmente a los jóvenes en el 80%; los jóvenes y niños expuestos al abandono familiar, tienden a agruparse en bandas, buscando una estructura familiar informal. (12)

La palabra adolescencia proviene de “adolece” que significa “carencia o falta de madurez”. En general según la OMS considera que la adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, comprendida entre los 10 y

19 años, durante la cual se presenta la madurez sexual. Comúnmente se hace referencia a la adolescencia como el período de ajuste psicosocial del individuo en su paso de niño a adulto y se aplica el término pubertad para definir los cambios correspondientes al crecimiento y maduración sexual.

La población adolescente de México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4 por ciento de la población nacional; hoy representa 21.3 por ciento. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años. (2)

La población adolescente en México representa un quinto de la población en el país, lo que supone la oportunidad de desarrollo social y económico que garantice el crecimiento sustentable de la nación. Los adolescentes y los jóvenes son dos términos que se emplean en forma indistinta para denominar en forma coloquial a las personas que han dejado de ser infantes, pero que aún no alcanzan la edad adulta. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud,(1) los adolescentes son personas que están en el grupo de edad de 10 a 19 años y los jóvenes comprenden las edades de 20 a 24 años.

El obtener información con amigos o en lecturas poco serias y no orientadoras, el bajo nivel educativo, la disfuncionalidad familiar, las fantasías de esterilidad y la distorsión de la información entre otras, favorecen las relaciones sexuales tempranas en los jóvenes. La escuela y la familia hacen muy poco por la educación sexual de los niños y adolescentes, ni padres ni maestros hablan sobre el tema. Los jóvenes buscan información en otras fuentes, sobre todo entre amigos. Existen millones de mujeres en el mundo expuestas a riesgos que las pueden llevar a embarazos no deseados. Los adolescentes en edad cada vez más temprana viven el problema de la maternidad, con visos de tragedia frente al escándalo de la institución educativa a la cual acuden, el rechazo de sus padres y el desprecio o la indiferencia de los demás.(2)

A través de instituciones políticas, religiosas y científicas, entre otras, el cuerpo de la mujer se considera como una capacidad reproductiva y se le ha impuesto una serie de restricciones para lograr un embarazo y posterior la crianza en condiciones más óptimas. Desde el punto de vista religioso, específicamente el católico, la sexualidad de las mujeres está destinada a la procreación y por lo tanto a la ausencia de placer y autonomía sobre su propio cuerpo. El fin de las relaciones sexuales entre hombres y mujeres es la perpetuación de la especie. En el caso de las mujeres adolescentes se debe disminuir la mortalidad infantil y materna así como la presencia de embarazo no deseado.

En la etapa de la adolescencia se presentan cambios físicos y psicológicos que ayudan a preparar a la persona para su futura vida de adulto, sin embargo, como ocurre en nuestro medio, la vida adulta se adelanta, porque los jóvenes adquieren hábitos y conductas de adulto como es el caso del embarazo no deseado en el adolescente provocando con ello la alteración de su proyecto de vida.(3)

Durante ésta etapa ocurren cambios importantes, reflejados en la esfera biopsicosocial del individuo, los cuales causan tensiones, que alteran de alguna manera si 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 la edad adulta autónoma.(6)

El inicio de la vida sexual es un acontecimiento que influye de una manera muy importante en la vida de los jóvenes, particularmente entre las mujeres, la secuencia unión-actividad sexual-reproducción no siempre sigue este orden, pero si es determinante para el desarrollo futuro de la adolescente la secuencia y calendario en que ocurren.

De acuerdo a la Encuesta Nacional del Instituto Mexicano de la Juventud (2000), un poco más de la mitad de los jóvenes (55%) refieren que ya han tenido relaciones sexuales, y su edad de inicio se encontró en el rango de 15 a 19 años.(3)

El inicio de vida sexual activa 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 las sociedades industrializadas se reconoce a los adolescentes como un grupo de población bien definido, según Carbonell. Sin embargo, en las naciones en desarrollo, su reconocimiento relativamente es una etapa de la vida con características propias.(7)

En América Latina y el Caribe la edad de la primera relación sexual es a los 11 años, 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.

Lundgren, R. refiere que el embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años apróx.) o cuando el adolescente mantiene una total independencia social y económica de sus padres. (8)

El embarazo en el adolescente es más frecuente que lo que la sociedad quisiera aceptar. En éstas últimas décadas ha disminuido la edad en que los adolescentes se inician sexualmente y ha aumentado consecuentemente el embarazo no deseado ni planificado, con graves consecuencias personales, familiares y sociales.9 En México según datos obtenidos a través del INEGI (2002) una de cada cinco jóvenes menores de 18 años son madres, población que asciende a 27.2 millones que corresponde al 28.5% de la población total. De éste volumen, el 48% son hombres y un 52% son mujeres. (9)

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. (10)

Stern C., refiere que el embarazo en la adolescencia constituye un problema social, económico y de salud pública, de considerable magnitud sobre todo en el tercer mundo. Entre las causas del embarazo del adolescente puede

incluirse, las relaciones sexuales en edades tempranas, el desconocimiento de reproducción humana y de los métodos de control de natalidad y los factores psicológicos relacionados con las adolescentes. La joven madre puede sufrir rechazo familiar y social. Estos conflictos psicológicos, crean sensaciones de insatisfacción, que impiden asumir el nuevo rol de la maternidad. (11)

Peláez Mendoza, plantea que el embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto a la salud de la madre como a la del hijo, y constituirse un problema de salud, que no debe ser considerada solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrearán. (12)

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que determinan un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presentan en todos los estratos socioeconómicos de la sociedad. (13)

El embarazo adolescente ha aumentado en forma notable en épocas recientes. Una de las razones que explica el aumento de éste es el hecho de que el crecimiento de la población sexualmente activa no se ha acompañado del aumento de la educación sexual. (15)

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. (11) Mientras en otros países como Cuba el 50 % de las adolescentes tiene vida sexual activa y se ha visto un incremento del 10% anual. (12)

Es muy importante reconocer el entorno familiar en el que el adolescente se desarrolla, así como conocer la funcionalidad familiar, pues de ella depende la conducta del adolescente, una buena relación y comunicación entre padres e hijos puede prevenir que los adolescentes quienes en ésta época de su vida son muy vulnerables, los orille a introducirse en el mundo de las drogas, de embarazos no deseados, en la deserción escolar, alcoholismo, entre otras, es de vital importancia conocer su entorno en el que éste habita, la funcionalidad de su familia.

El clínico Arias identifica con mucha facilidad la disfunción familiar severa, bien sea por el interrogatorio o por la observación de las interacciones familiares, sin embargo, lo más común en la práctica ambulatoria es que el enfermo haga una negación de sus problemas familiares o que el agente de salud tenga dificultad para abordar tales temas. (14)

Existen varios instrumentos para medir la funcionalidad familiar el Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar. Se diseñó para el uso potencial de personas de distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales, además es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar, sus parámetros se delinearón sobre la premisa que los miembros de la familia perciben, el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, tales como la Adaptación, Participación, Ganancia o Crecimiento, Afecto y Recursos.(14)

El embarazo interrumpe la vida de los adolescentes en momento que todavía no alcanzan madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido son más frecuentes en mujeres menores de 20 años y, sobretodo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquía (menor de 15 años), desde la década de los 60, señalan que el embarazo en adolescentes es el hecho que propasa los factores meramente biológicos, por los que se requiere proporcionar una atención médica integral en un ambiente adaptado a la psicología, y problemática de las adolescentes embarazadas.

Este enfoque se expresa por la disminución de las complicaciones obstétricas y perinatales. Diversas publicaciones destacan que la mayoría de los adolescentes son primigestas (73-93%), el embarazo en la adolescencia se comporta como de riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas de salud, sobretodo, de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etéreo, lo que garantiza un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad.(15)

La maternidad en el adolescente constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, ya que existe experiencia en el cuidado de los niños, modelos parentales inadecuados y la existencia de disfunción familiar, que determina el contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales. El incremento del embarazo y parto en edades tempranas constituye un problema universal, pues de acuerdo con el Centro de Atención sobre Fecundidad de Washington, tres millones de adolescentes paren en el mundo.

En Cuba también se han observado un incremento de la mortalidad como consecuencia de la interrupción del embarazo en primer trimestre, que ha llegado a ser hasta el 24.3%, así como un aumento de las tasas de mortalidad fetal tardía y neonatal precoz. (16)

No sólo en América Latina, sino en cualquier país del mundo, las mujeres en pobreza y discriminación 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.(4)

En las prácticas para evitar un embarazo no planeado solo la mitad de los jóvenes sexualmente activos utilizan algún tipo de método anticonceptivo, los métodos más comúnmente usados son el condón y el dispositivo intrauterino. En México, las madres adolescentes son responsables del 10% de los partos en el mundo, pero no todos esos embarazos son indeseados. En algunas comunidades las adolescentes ven la maternidad como una forma de subir de estatus social y ganar reconocimiento como adultas, o creen que les ayudará a mantener una relación estable con el padre del niño/a (17).

Las jóvenes mexicanas que han logrado un embarazo representan aproximadamente el 35% de la población, y para más de la mitad de ellos y ellas, el primer evento ocurrió entre los 15 y 19 años de edad.(18)

Todos los años 15 millones de mujeres de menos de 20 años de edad urisan con embarazos, éstos 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.(12)

En un estudio realizado en Nicaragua en adolescentes embarazadas, se encontró que la mayoría inicia su vida sexual antes de los 16 años y son generalmente no planeadas. Cuentan con 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 métodos anticonceptivos y lógicamente tienen relaciones sexuales sin protección contra el embarazo, por lo que éste sucede al poco tiempo de haber iniciado vida sexual, y en su mayoría no planeado. (15)

Estudios realizados en Cuba encontraron que más del 50% de las adolescentes embarazadas sin apoyo familiar se mantuvo desvinculado 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. (7)

En la Universidad de Carabobo, Venezuela se realizó un trabajo acerca de la interacción familiar en un grupo de adolescentes inscritas en el Programa de Prevención y Asistencia de Embarazos en adolescentes (PASAE), reportándose que las adolescentes están cohesionadas a su grupo familiar, pero no se adaptan a las normas impuestas por éste, 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 relaciones sexuales de los adolescentes en busca de afecto, amor y comprensión, que no consiguen en su hogar, exponiéndose a las consecuencias derivadas de este inicio, sin orientación como el embarazo no deseado. (17)

En Nuevo León, México estudios realizados en 2008 determinaron que la disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas de alto riesgo, entre ellas el embarazo en adolescentes coincidiendo con estudios en Tabasco y el Estado de México. (12)

En México se han desarrollado esfuerzos desde organizaciones gubernamentales y no gubernamentales por ofrecer a las y los adolescentes servicios de salud que satisfagan sus necesidades, tales como PREVENIMSS, Programa Gente Joven, Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva entre otros. Los Centros de Integración Juvenil trabajan en México desde 1969 contra las adicciones; el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA) trabaja desde 1978 en el área de salud sexual y reproductiva; contemporánea con el anterior se encuentra la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), con una gran trayectoria en el ámbito de la planificación familiar y, posteriormente, en los tópicos de sexualidad y salud reproductiva.

El Instituto Mexicano del Seguro Social trabaja un programa coordinado para adolescentes, que inició en 1985 con el concepto de Fomento a la Salud. De este programa se han derivado los Módulos de Atención a la Salud de Adolescentes, en Jalisco, en 1990, y la Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud del Adolescente, en la misma entidad como en 1993.(19)

En 1997 el programa IMSS-Solidaridad introduce los Centros de Atención Rural para Adolescentes (CARA), este servicio identifica sus necesidades, otorga consejería, información, educación para la salud y el auto cuidado. (19)

Así mismo la Secretaria de Salud (SSA) inició el Programa Nacional de Adolescentes en 1994 con énfasis en salud sexual y reproductiva, y con acciones contra las adicciones y el abuso de sustancias tóxicas; el acceso es abierto y gratuito.

El programa mexicano de servicios de salud para adolescentes, pretende movilizar familias y comunidad en todo el país, para tener un papel activo, en la protección a la salud de éste grupo. Los programas creen, que estas dos dimensiones, familia y comunidad, pueden ayudar a fortalecer la resistencia de los jóvenes para tener un compromiso más efectivo con los retos del crecimiento. Los servicios de salud hacia adolescentes proveen en la actualidad de vacunación, suplementos y dotación de micronutrientes, así como atención general con 11 de las 14 acciones del paquete básico de servicios de salud, dependiendo de la región en donde se atiende la población abierta. (16)

Con la estrategia JUVENIMSS, creada en 2006 por el Instituto Mexicano del Seguro Social, se ha beneficiado directamente a jóvenes, impartiendo cursos como salud reproductiva, obesidad, accidentes por consumo de alcohol, prevención de adicciones, embarazos no planeados, enfermedades de transmisión sexual, entre otros temas, “que por su desconocimiento afectan a los adolescentes”.

En el Programa JUVENIMSS existen 16 dinámicas participativas que son: Haciendo Amigos, Autoestima, Consejería, El Tendedero de la Buena Comunicación, Lotería, Qué me Pasa, El Arte de Decir No, Notiflash, Falso o Verdadero, Quieres Organizar una Fiesta, Artes o Desastres, Juego Pirata, Sonríele a la Vida, La maleta de la Vida, Actívate y Plan de Vida.

Todas estas estrategias tratan de crear conciencia dentro de los adolescentes que las practican, como cuidar su salud, su autoestima y los proyectos que tienen con su vida.

En lo que va de 2011, “se han integrado al Programa JUVENIMSS más de 700 jóvenes, y nuestra meta es que más adolescentes se integren a los talleres de los centros JUVENIMSS que tenemos en las Unidades de Medicina Familiar”.

Con el Programa PREVENIMSS se ha acudido a las instituciones educativas de nivel medio superior y superior donde a más de 14 mil estudiantes de ambos sexos, se les proporcionó el paquete de acciones preventivas. Dentro de las pláticas participa un médico familiar, la trabajadora social operativa de la UMF, un epidemiólogo, una enfermera especializada en salud pública, un nutricionista y un promotor de estomatología.⁽¹⁷⁾

La Estrategia JUVENIMSS ha causado un impacto directo en todos los jóvenes adolescentes sobre los niveles de fecundación, ya que en México, la mayoría de los nacimientos ocurren aun en mujeres de 20 a 24 años de edad y recientemente, gracias a esta estrategia los nacimientos oscilan entre las edades de 25 a 29 años, lo que habla de una tendencia a la postergación de la procreación. Es decir, que a lo largo del tiempo el embarazo en los adolescentes ha disminuido.⁽²⁰⁾

La escala de APGAR es un test para determinar el grado de funcionalidad familiar en un grupo de adolescentes, el cual evalúa cualitativamente factores como: adaptación, participación, crecimiento, afectividad, y resolución, considerados como determinantes en la interrelación familiar.

Este fué creado por el Dr. Gabriel Smilkstein en 1987 y divide a las familias en funcionales y disfuncionales. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Disfunción Familiar genera varios problemas sociales como son la drogadicción, violencia intrafamiliar, abandono y divorcios. Cuando no hay un equilibrio, la desorganización, la falta de comunicación, la poca atención a los integrantes dan inicio a una crisis, principalmente en los miembros más vulnerables, como lo son los jóvenes.

El presente estudio pretende investigar de qué manera puede influir la Disfunción Familiar en la presencia de un embarazo adolescente, ya que dadas las estadísticas en Latino América el 14% del total de los nacimientos en el año 2008 correspondieron a embarazos adolescentes con edad entre 15 y 19 años.

Por tal motivo se realiza un estudio en donde se revisará la dinámica familiar en un grupo de adolescentes embarazadas para identificar disfunción familiar.

Por consiguiente, nuestra pregunta de investigación es la siguiente:

¿Cuál es la prevalencia de disfunción familiar en adolescentes con embarazo?

JUSTIFICACION

Actualmente es de gran importancia la tasa de natalidad y el elevado índice de embarazos en la adolescente, es muy importante el entorno familiar como un factor biopsicosocial, así como la comunicación, el cuidado y la educación adecuada de los hijos en las diferentes etapas del ciclo familiar, y cuando no hay un equilibrio, se inicia una serie de crisis, principalmente en los miembros más vulnerables como lo son los jóvenes.

El embarazo en la mujer adolescente representa un riesgo para la joven madre así como para el recién nacido, además puede dar lugar a cambios físicos y sociales aumentando el índice de morbi-mortalidad materno fetal.

En México se encontró una prevalencia del 20 hasta el 60% en el año 2000 de mujeres entre 15 y 19 años de edad.

Esto representa un serio problema de salud pública por las consecuencias biopsicosociales tanto en el individuo como en la familia, llegando a alterar la dinámica ya existente en el núcleo familiar.

De aquí surge la interrogante de cómo una Dinámica Familiar alterada coadyuva a la presencia de un embarazo en una mujer adolescente, ésta crisis da origen a una Disfunción Familiar.

El reforzar la educación sexual de los adolescentes en México tanto en las escuelas, en la familia y en el sector salud pueden modificar y mejorar el problema, así como los Médicos Familiares debemos de orientar y brindar atención que impacte en la conducta de los adolescentes, con información sobre el tema de sexualidad.

Este estudio respeta ampliamente la libertad de participar de las adolescentes mediante una carta de consentimiento informado. Y se considera relevante, ya que al conocer los factores de riesgo antes mencionados se podrán implementar y crear más programas de educación para los adolescentes y familiares de los mismos, y así poder disminuir los factores que sean modificables y evitar el embarazo en las adolescentes.

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

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.

Por ello resulta interesante realizar éste estudio ya que los resultados de éste tendrán como propósito proporcionar información relevante sobre el entorno familiar en el que se desenvuelven las adolescentes embarazadas, de modo que permita diseñar o implementar programas de Salud dirigidos al fortalecimiento de la familia como un factor protector en la salud de las adolescentes, contribuyendo así a la reducción de embarazos no deseados durante ésta etapa.

OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de disfunción familiar en las adolescentes con embarazo de la Unidad de Medicina Familiar No. 40.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores socio-demográficos de las adolescentes embarazadas.
- Identificar los antecedentes gineco-obstétricos de las adolescentes con embarazo de la Unidad de Medicina Familiar No. 40.
- Describir la Tipología Familiar de la embarazada adolescente.

HIPOTESIS

No necesaria por Diseño.

METODOLOGIA

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 40, que dentro de los niveles de operación, se ubica en Primer Nivel de Atención, en el cual se atiende al 85% de la demanda global diaria, a través del Sistema de Atención Médico Familiar, el cual genera respuestas a los usuarios con el enfoque Salud – Enfermedad a través de áreas de servicio asistenciales, administrativas y educativas.

DISEÑO

El estudio se clasifica de acuerdo a las siguientes características:

- i. Por el manejo de la población del investigador: es de tipo observacional
- ii. Por la captación de la información: es prolectivo, Se captará información primaria a través de entrevistas
- iii. Por la dirección del análisis: Descriptivo
- iv. Por la ceguedad en la aplicación: es un estudio abierto ya que el investigador conoce el tratamiento de los pacientes a estudiar

Concluyendo que por diseño es un estudio DE TIPO:

Observacional, descriptivo, prolectivo y transversal. Ya que se emplearon métodos y técnicas documentales, no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en él.

POBLACION DE ESTUDIO:

Se tomó como muestra a todas las mujeres embarazadas de 12 a 19 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 40, de ambos turnos durante el período de Noviembre a Diciembre de 2011.

LUGAR:

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 40 del IMSS, turno Matutino y Vespertino, Delegación Norte del Distrito Federal, a las pacientes que acudan a control prenatal.

TIPO DE MUESTREO:

Es un muestreo por casos consecutivos y bajo consentimiento Informado. La muestra se realizó en base al censo de control prenatal en 130 adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad registradas en el Servicio de ARIMAC (Áreas de Información Médica y Archivo Clínico) y captadas por el Servicio de Trabajo Social durante el mes de Noviembre a Diciembre 2011.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

La población estuvo representada por 130 adolescentes embarazadas captadas durante el período comprendido del mes de noviembre a diciembre de 2011.

CRITERIOS DE SELECCION**CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad, de la Unidad de Medicina Familiar No. 40 del IMSS, todos los consultorios (10) del Turno Matutino y Vespertino que acudan a consulta prenatal.
- Adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 40 del IMSS, que acepten participar en el estudio, que sepan leer y escribir.
- Adolescentes embarazadas primigestas.
- Adolescentes embarazadas que vivan con su familia de origen.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Adolescentes que no cohabiten con su familia de origen.
- Adolescentes con más de un embarazo.
- Adolescentes que ya vivan con su pareja (familia en formación).

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Adolescentes embarazadas que no contesten en forma adecuada las encuestas o que se deseen retirar durante la encuesta.
- Adolescentes que puedan estar en crisis con disfunción familiar con nueva gestación

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, FINANCIEROS

Los Recursos Humanos con los que se realizó el estudio fueron:

1. Un Médico Adscrito.

Los Recursos Físicos con los que se contó fueron:

2. La Unidad de Medicina Familiar número 40 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
3. El Área de Enseñanza y Aula de la Unidad de Medicina Familiar No 40 del IMSS.
4. Equipo de cómputo de la UMF 40
5. Equipo de cómputo personal del Médico Adscrito.
6. Impresora de la unidad, para impresión de consentimiento informado y encuestas
7. Hojas de papel tamaño carta para el consentimiento informado y encuesta (aproximadamente 2000 hojas)
8. Teléfono de la unidad para localización de los pacientes participantes, con el fin de invitar a realizar la encuesta seleccionada.
9. Lápices.
10. Bolígrafos.
11. Engrapadora, etc.

Los Recursos Financieros:

Se aportaron en su totalidad por el Médico Adscrito responsable del estudio, quien asumió el costo de material didáctico, fotocopias, impresiones, plumas, bolígrafos, hojas, etc.

En el caso de falta de recursos y previa aprobación del comité de investigación y del Departamento de Investigación Delegación Norte, el autofinanciamiento estará a cargo del Investigador.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio es factible, puesto que contamos con todos los recursos humanos, materiales y autorización previa para su realización. Se respetaron todos los principios éticos para la investigación.

Nuestro estudio es válido desde el punto de vista ético se solicitara consentimiento informado por escrito de los pacientes para responder los cuestionarios y los instrumentos de validez.

El presente estudio es con fines de investigación clínica, se proporcionara hoja de consentimiento informado, conforme a la Declaración de Helsinki. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

La investigación puede realizarse sólo cuando se cuente con el consentimiento libre e informado, sin intromisión en la vida privada ni coerción y sus resultados deben ponerse a disposición de la comunidad para una acción apropiada y oportuna, Declaración de Dakar, solicitando a la comunidad científica, Intensificar sus esfuerzos de investigación, especialmente para desarrollar vacunas rápidamente y contribuir al desarrollo de medicamentos inmediatamente accesibles.

METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Se invitó a participar todas las mujeres embarazadas adolescentes derechohabientes de la UMF No. 40 de ambos turnos que desearon colaborar en el estudio y cumplieron con los criterios de selección. Se les proporcionó la información previamente, el objetivo del estudio y la relevancia que puede existir entre la disfunción familiar y el embarazo en el adolescente.

Se les solicitó la firma del consentimiento informado. (Anexo 1)

Posteriormente a éste y previa autorización se les entregó un cuestionario en donde se recabaron datos generales de las pacientes para identificar las particularidades socio demográficas y ginecológicas de las adolescentes embarazadas, el cual incluyó 7 ítems para la valoración de las variables, tales como: edad, escolaridad, ocupación, estado civil, antecedentes gineco-obstétricos, tipo de familia (especificando a qué tipo pertenecen según su estructura, en las cuales figuran nuclear, extensa, compuesta y seminuclear), así como el nivel socio-económico. (Anexo 2).

Además se entregó un cuestionario para valorar la funcionalidad familiar APGAR FAMILIAR. (Anexo 3), éste fue diseñado en 1978 por el Dr. Gabriel Smilkstein. El cual se basa en la premisa de que los miembros de la familia prescriben el funcionamiento de ésta y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos; identificando a las familias con conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de otorgarles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario.

Es un cuestionario que consta de 5 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.

Este 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 familiar. Evalúa cinco funciones básicas de la familia como son Adaptación, Participación, Ganancia, Afecto y Recursos y el resultado de esta evaluación se clasifica en Familia Funcional de 7 a 10 puntos, Disfunción Moderada de 4 a 6 puntos y Disfunción Grave de 0 a 3 puntos.

El Protocolo se registró y aprobó por parte del Comité de Investigación y Ética correspondiente en la Unidad de Medicina Familiar No. 20

Análisis estadístico: Frecuencia, prevalencia, moda, mediana.

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
EDAD	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta el estado actual	Años cumplidos que el adolescente refiere en el rubro correspondiente	Cuantitativa
SEXO	Constitución orgánica que determina el ser hombre o mujer	Características físicas y psicológicas que permiten la diferencia del género masculino y femenino	Cualitativa
ESCOLARIDAD	Tiempo durante el que una persona asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza	Grado máximo de estudios escolarizados que el individuo refiere al momento del estudio	Cualitativa
OCUPACION	Profesión, técnica u oficio a la que se dedica el individuo durante el estudio	Trabajo o actividad en el que el individuo emplea su tiempo con el fin de una remuneración económica	Cualitativa
ESTADO CIVIL	Situación tipificada como fundamental en la organización de la comunidad	Situación legal y/social de unión con una pareja referida por el paciente en el momento del estudio	Cualitativa
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	Se refiere a aquellas circunstancias que se han producido con anterioridad y anticipación a otras y que normalmente pueden servir para juzgar situaciones dentro del área gineco-obstétrica.	Registro del inicio de las relaciones sexuales, de la edad del primer embarazo y del número de hijos.	Cualitativa
EMBARAZO PLANEADO	Es aquel que se produce sin la planeación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos precoitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia que prevengan un posible embarazo.	Embarazo planeado. Embarazo no planeado.	Cualitativa
EMBARAZO DESEADO	Es aquel que se produce sin el deseo de un embarazo, definiendo deseo como la agradabilidad que conmueve nuestros sentidos, sea por encauzamiento, o motivado por vivencias pasadas, o por neto reflejo corporal.	Embarazo deseado. Embarazo no deseado.	Cualitativa

EDAD DEL EMBARAZO	Se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla hasta el término del embarazo.	Se medirá por trimestres: 1er trimestre. 2º. trimestre. 3er. trimestre.	Cualitativa
NIVEL SOCIO ECONOMICO	Estilo de vida basado en la cantidad de riqueza que se tiene y con el cual la persona es colocada en un nivel dentro de la sociedad	Medida económica y sociológica total, combinado de la experiencia laboral de una persona y de la posición de un individuo o la familia económica y social en relación con otros, sobre la base de los ingresos, la educación y la ocupación	Cualitativa
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Actividades y relaciones sociales que realiza una familia de acuerdo a sus necesidades	Se medirá el funcionamiento familiar por medio del instrumento APGAR familiar que mide la adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución para clasificar a la familia en familia funcional o disfuncionalidad moderada o grave.	Cualitativa
TIPOLOGIA FAMILIAR	Diversas modalidades de organización de las redes familiares dentro y fuera del espacio habitacional	Diferentes funciones básicas que existen entre los componentes de una familia para que sea identificada o pertenezca a una clase determinada	Cualitativa

INSTRUMENTO DE MEDICION

Se usó el APGAR para evaluar la funcionalidad familiar, éste puede utilizarse periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar.

Puede incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia en el manejo del paciente. El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar.

Se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.

APGAR FAMILIAR

	CASI SIEMPRE 2 PUNTOS	ALGUNAS VECES 1 PUNTO	CASI NUNCA 0 PUNTOS
ADAPTABILIDAD	1.	2.	3.
PARTICIPACION	1.	2.	3.
CRECIMIENTO	1.	2.	3.
AFECTO	1.	2.	3.
RESOLUCION	1.	2.	3.

00 – 03 Disfunción Grave

04 – 06 Disfunción Moderada

07 -- 10 Familia Funcional

El APGAR FAMILIAR consta de 5 ítems y a cada pregunta se da una puntuación con valor de 0 a 2 y se considera familia normofuncional las puntuaciones comprendidas entre 7 y 10, moderadamente disfuncionales entre 4 y 6 y gravemente disfuncionales entre 0 y 3.

DESCRIBA A SU FAMILIA	CASI SIEMPRE 2	ALGUNAS VECES 1	CASI NUNCA 0
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema?			
2. ¿ Conversan entre ustedes los problemas que tiene en casa?			
3. ¿ Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa ?			
4. ¿ Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos ?			
5. ¿ Siente que su familia le quiere?			

RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la encuesta que se aplicó en el presente estudio, se incluyeron 130 adolescentes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 40 del IMSS, de las cuales se encontró que el porcentaje mayor fue de 27.6% en 36 adolescentes que corresponde a la edad de 19 años, el 23.8% a la edad de 18 años en 31 embarazadas, el 16.9% (22 adolescentes) a la edad de 16 años, el 12.3% (No.16) a la edad de 17 años, y el 19.4% (No.25) a la edad de 15 años de edad. (Gráfica 1)

De acuerdo al estado civil, el porcentaje mayor fue del 50.1% en 65 adolescentes embarazadas el cual se encuentra en unión libre, 62 pacientes en 47.6% son casadas y solo 3 adolescentes en un 2.3% son solteras. (Gráfica 2), observando que en la mayoría de las adolescentes embarazadas prevalece la unión libre.

En relación al nivel de escolaridad, la mayoría de las adolescentes embarazadas en número de 87 cuenta con secundaria en un porcentaje de 69.92%, 26 adolescentes en un 20% con primaria completa y solo 17 embarazadas correspondieron al 10.08% que se encontraban cursando preparatoria. (Gráfica 3). De acuerdo a la ocupación la mayoría de las adolescentes embarazadas en número de 73 son estudiantes en un 56.16%, 34 amas de casa en un 26.15%, 18 empleadas en un 13.85%, y en un 3.84% obreras en número de 5. (Gráfica 4)

En cuanto al inicio de vida sexual activa en las adolescentes embarazadas, se encontró que la mayoría inició su actividad sexual a la edad de los 16 años en número de 46 adolescentes en un porcentaje del 35.39%, 31 embarazadas a los 18 años en un 23.86%, 20 adolescentes a los 17 años en un 15.38%, 15 embarazadas en un 11.53% en la edad de 15 años, 11 a los 19 años en un 8.46% y durante los 14 años en un 5.38% en promedio de 7. (Gráfica 5)

En relación a la edad del primer embarazo de las adolescentes, éste correspondió a la edad de los 17 años en 64 adolescentes en un porcentaje del 49.2%, 28 de ellas a la edad de 18 años en un 21.7%, en un porcentaje del 16.9% en la edad de 19 años en número de 22 y 12.2% en la edad de 15 años en 16 adolescentes. (Gráfica 6)

Tomando en cuenta al número de hijos que se encontró, el mayor porcentaje en 87 adolescentes está en espera de su primer hijo en un 67.8%, 31 embarazadas en un 23.2% ya cuenta con un hijo, mientras que el 9% en número de 11 ya tiene 2 hijos. (Gráfica 7)

De acuerdo a las 130 adolescentes embarazadas de la UMF No. 40, 97 de ellas cursaron con un embarazo deseado en un porcentaje de 74.61%, y el 25.39% en 33 adolescentes cursó con un embarazo planeado. (Gráfica 8)

En base a la Familia de origen según su Demografía 121 adolescentes embarazadas de la UMF No. 40 en un 93.08% pertenecieron al medio urbano mientras que 9 de ellas al medio rural en un 6.92%. (Gráfica 9)

De acuerdo a la Familia de origen según su desarrollo en las adolescentes embarazadas de la UMF No. 40, el 69.3% correspondió a una Familia Tradicional en número de 90, mientras que 40 embarazadas en un 30.7% correspondió a una Familia Moderna. (Gráfica 10)

En relación a la Familia según su Integración en las adolescentes embarazadas de la UMF No. 40, 87 de ellas en un 66.92% pertenecieron a una Familia Integrada, 29 adolescentes correspondiente al 22.31% a una Familia Semiintegrada, mientras que el 10.77% a una Familia Desintegrada en número de 14. (Gráfica 11)

De acuerdo a la Familia según su Conformación en adolescentes embarazadas de la UMF No. 40, se encontró que el 49.23% correspondió a una Familia Nuclear en número de 64, el 29.22%(38) a una Familia Seminuclear, el 17.69%(23) a una Familia Extensa y solo 5 embarazadas correspondiente al 3.86% pertenecieron a una Familia Compuesta. (Gráfica 12)

Con respecto al nivel socio-económico determinado por las encuestas realizadas a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 40, el 68.46% correspondió al Nivel Socio-económico Medio en número de 89, el 16.93% (22) al Nivel Socio-económico Bajo, el Nivel Socio-económico Alto correspondió en un porcentaje del 10% en 13 adolescentes y 6 en un 4.62% al Nivel Socio-económico Medio-Bajo. (Gráfica 13)

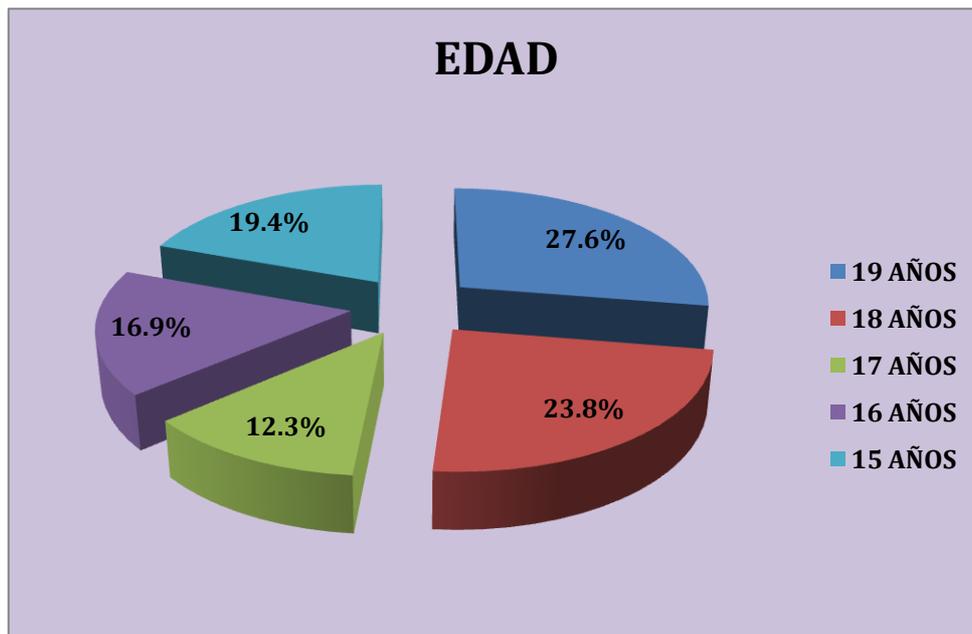
Tomando en cuenta a la Disfunción Familiar en las adolescentes embarazadas de la UMF No. 40, y de acuerdo a los resultados obtenidos mediante el APGAR FAMILIAR se encontró que el 74.61% correspondió a Familias Funcionales, el 15.38% a Familias con Disfunción Moderada, mientras que el 10.01% perteneció a las Familias con Disfunción Grave. (Gráfica 14)

No pudiendo confirmar que las adolescentes embarazadas procedían de una familia disfuncional.

TABLAS Y GRAFICAS

GRAFICA No. 1

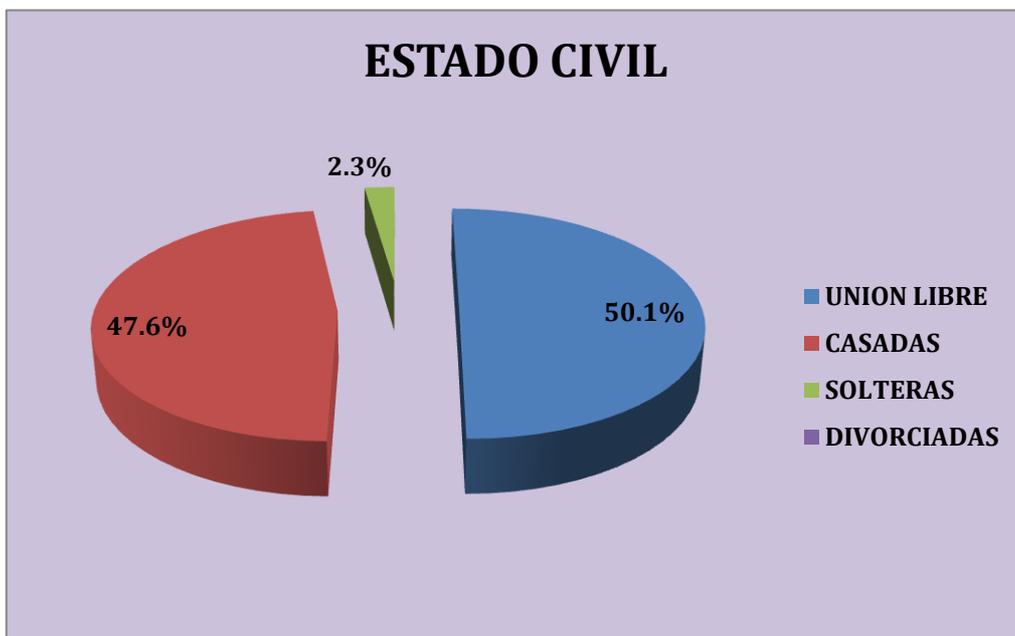
Relación de edad de acuerdo a grupo de adolescentes embarazadas de la UMF No 40, IMSS.



FUENTE: Encuesta realizada en UMF No. 40 IMSS

GRAFICA No. 2

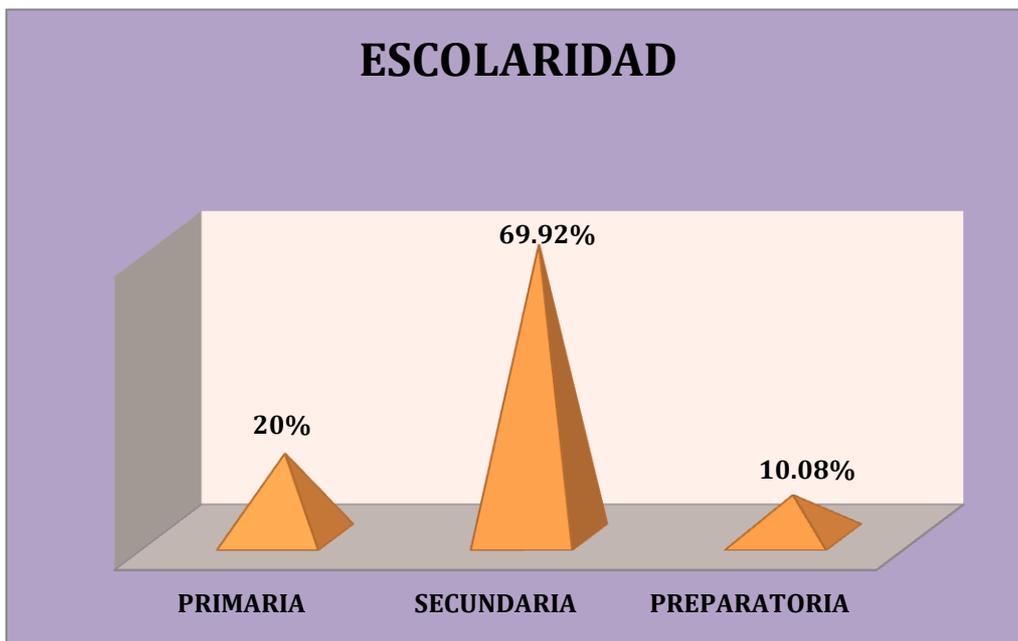
Relación del Estado Civil en grupo de adolescentes embarazadas de la UMF No 40, IMSS



FUENTE: Encuesta realizada en UMF No. 40 IMSS

GRAFICA No. 3

Relación del Escolaridad en grupo de adolescentes embarazadas de la UMF No 40, IMSS



FUENTE: Encuesta realizada en UMF No. 40 IMSS

GRAFICA No. 4

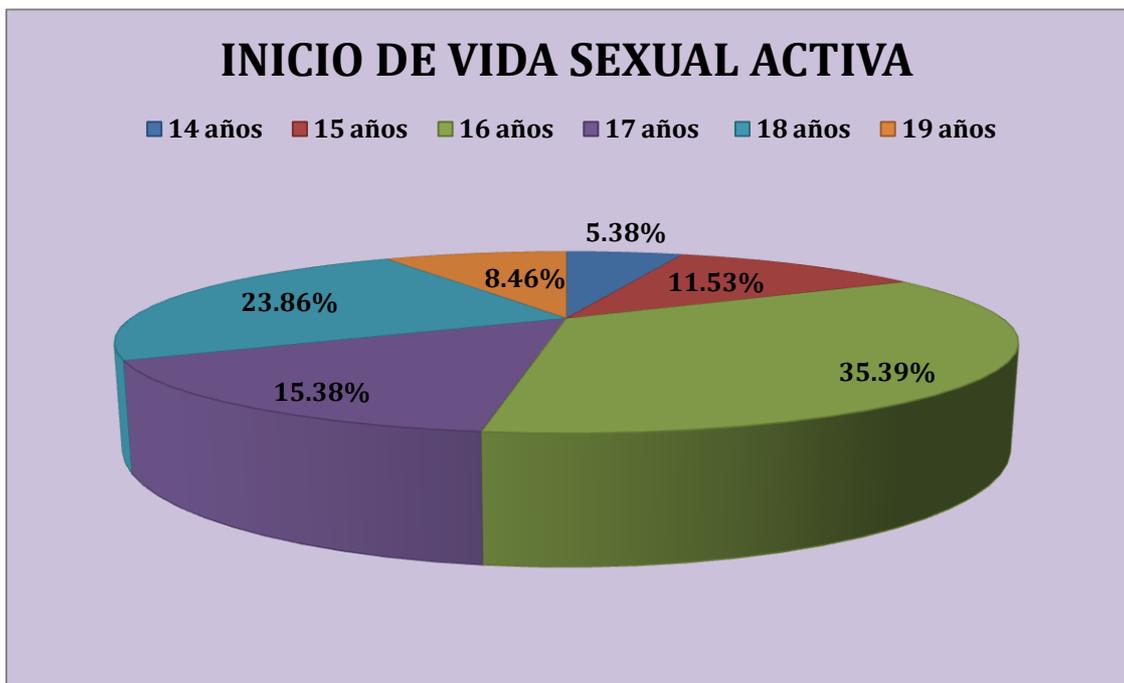
Relación de acuerdo a ocupación en el grupo de adolescentes embarazadas de la UMF No 40, IMSS



FUENTE: Encuesta realizada en UMF No. 40 IMSS

GRAFICA No. 5

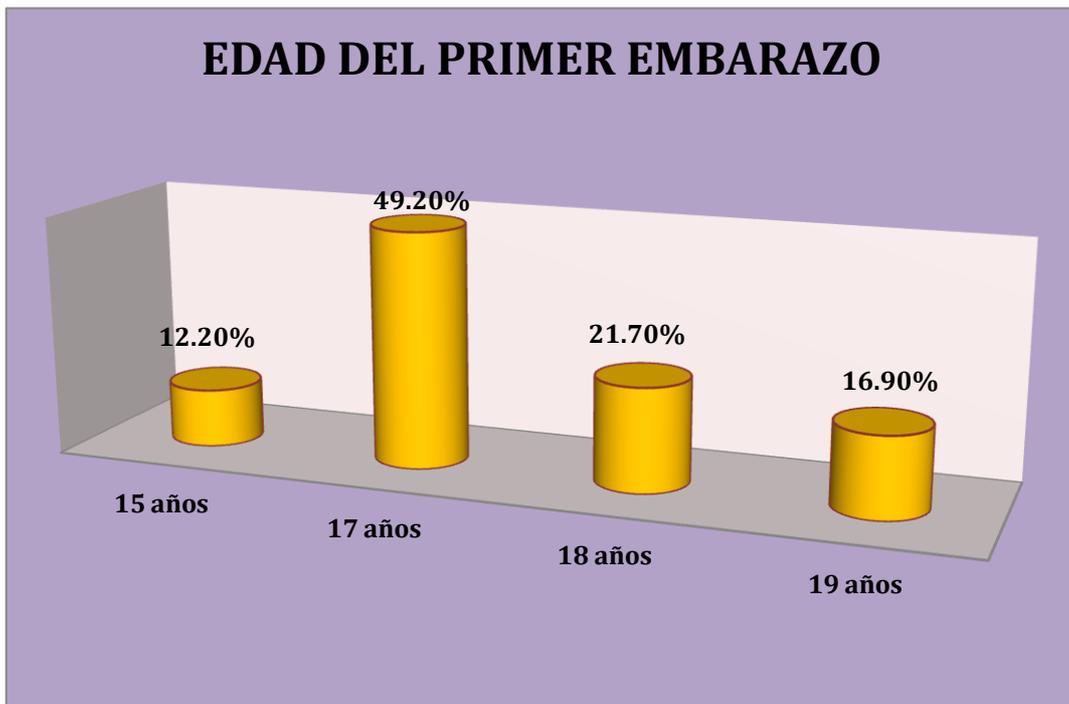
Relación de acuerdo al Inicio de Vida Sexual activa en el grupo de adolescentes embarazadas de la UMF No 40, IMSS



FUENTE: Encuesta realizada en UMF No. 40 IMSS

GRAFICA No. 6

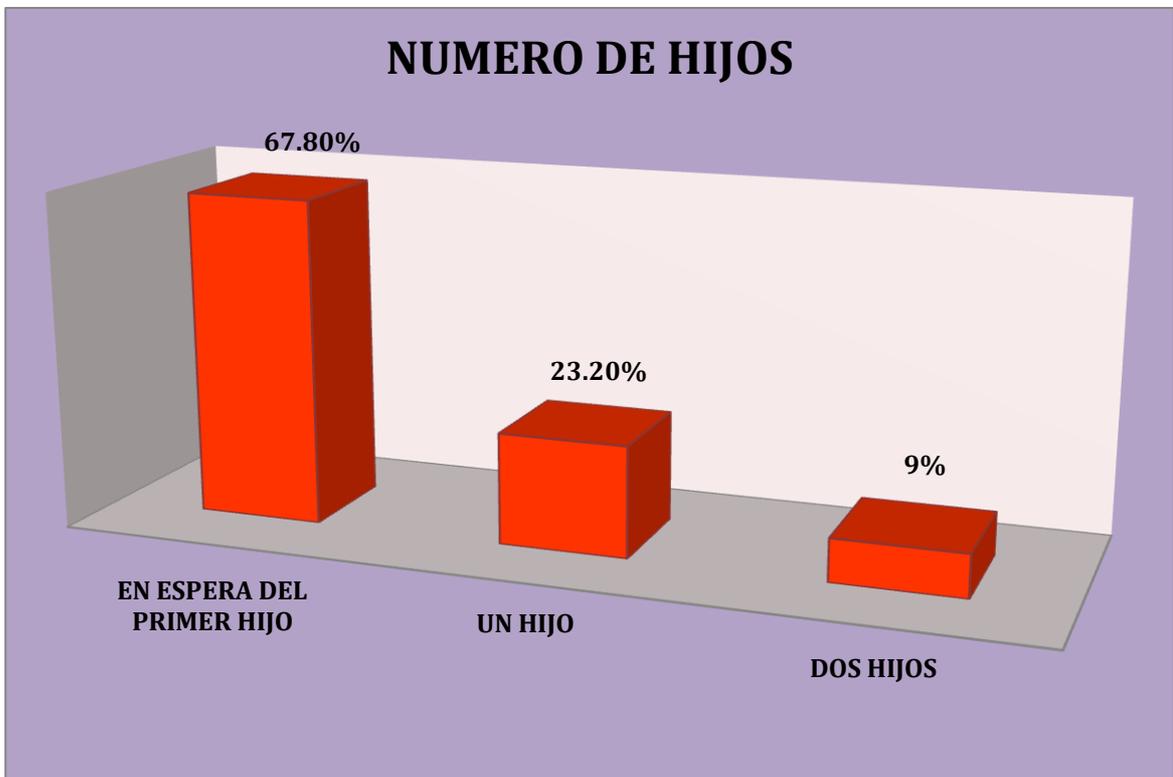
Relación de acuerdo a edad del primer embarazo en el grupo de adolescentes embarazadas de la UMF No 40, IMSS



FUENTE: Encuesta realizada en UMF No. 40 IMSS

GRAFICA No. 7

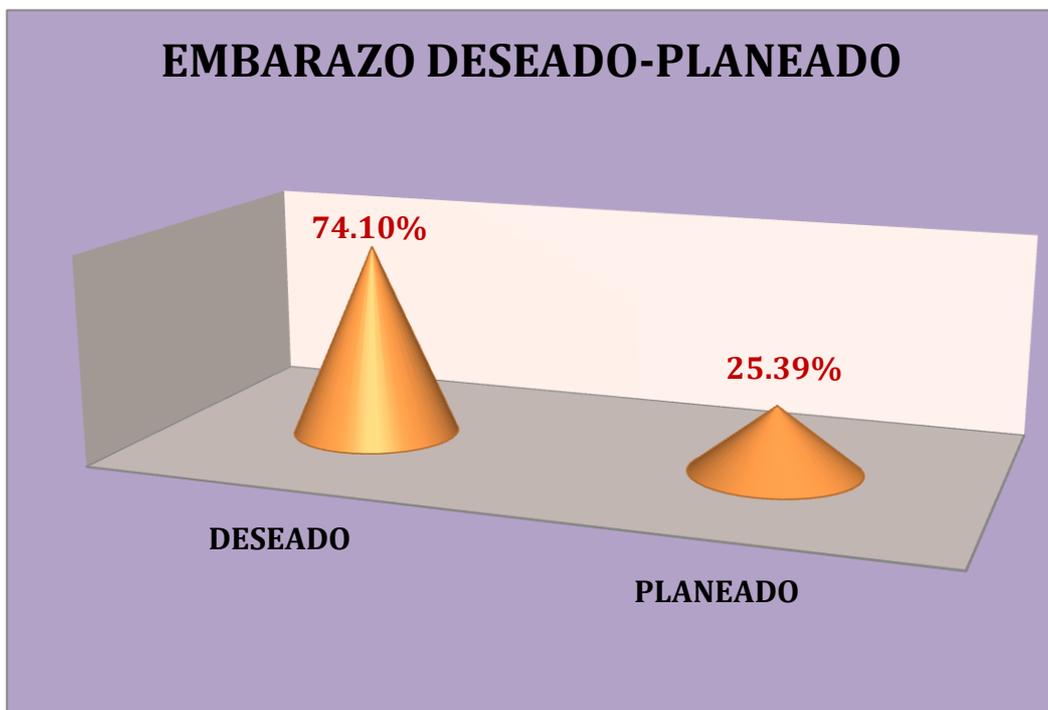
Relación de acuerdo al Número de Hijos de adolescentes embarazadas de la UMF No 40, IMSS



FUENTE: Encuesta realizada en UMF No. 40 IMSS

GRAFICA No. 8

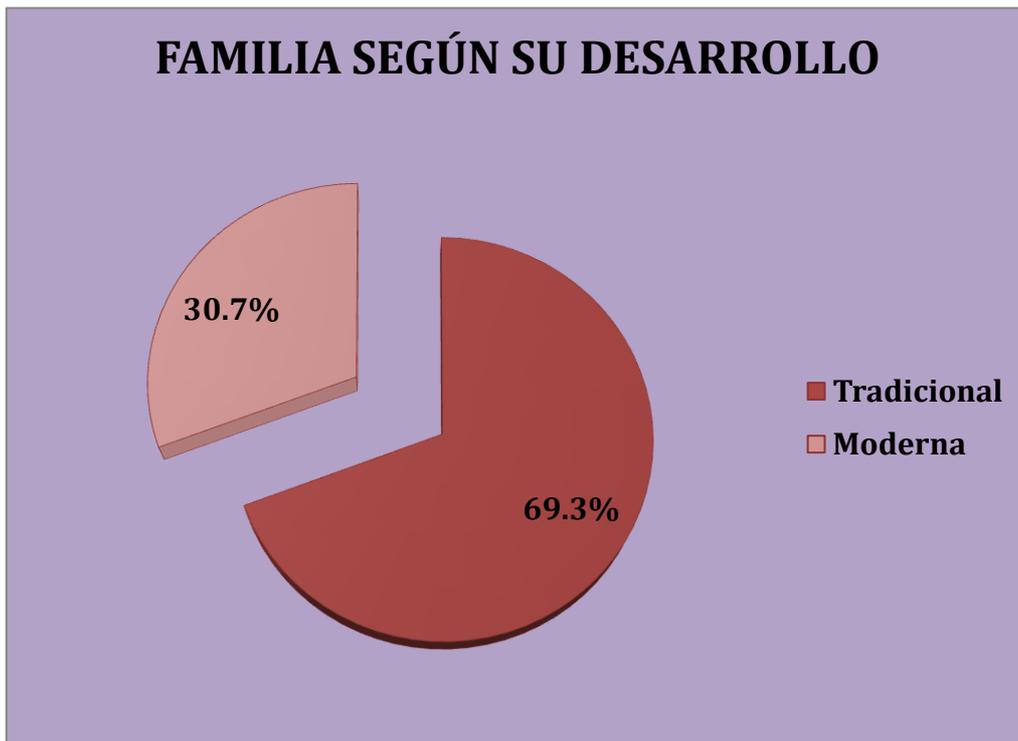
Relación de Embarazo Deseado y Planeado en adolescentes embarazadas de la UMF No 40, IMSS



FUENTE: Encuesta realizada en UMF No. 40 IMSS

GRAFICA No. 9

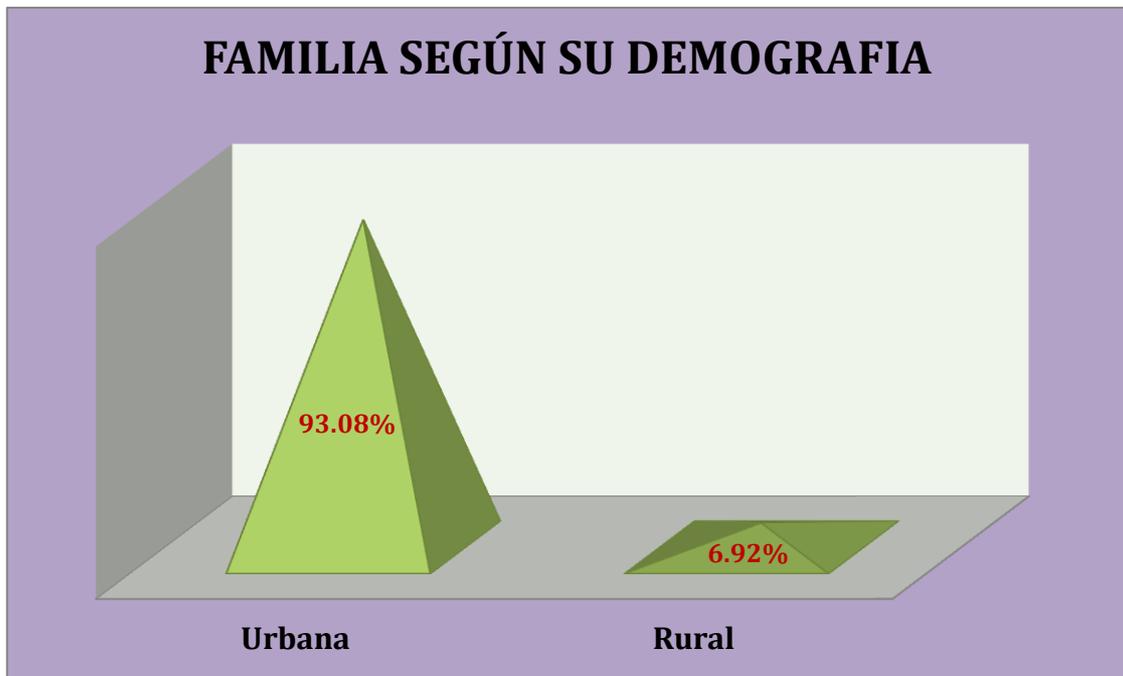
Relación de Familia según su Desarrollo en adolescentes embarazadas de la UMF No 40, IMSS



FUENTE: Encuesta realizada en UMF No. 40 IMSS

GRAFICA No. 10

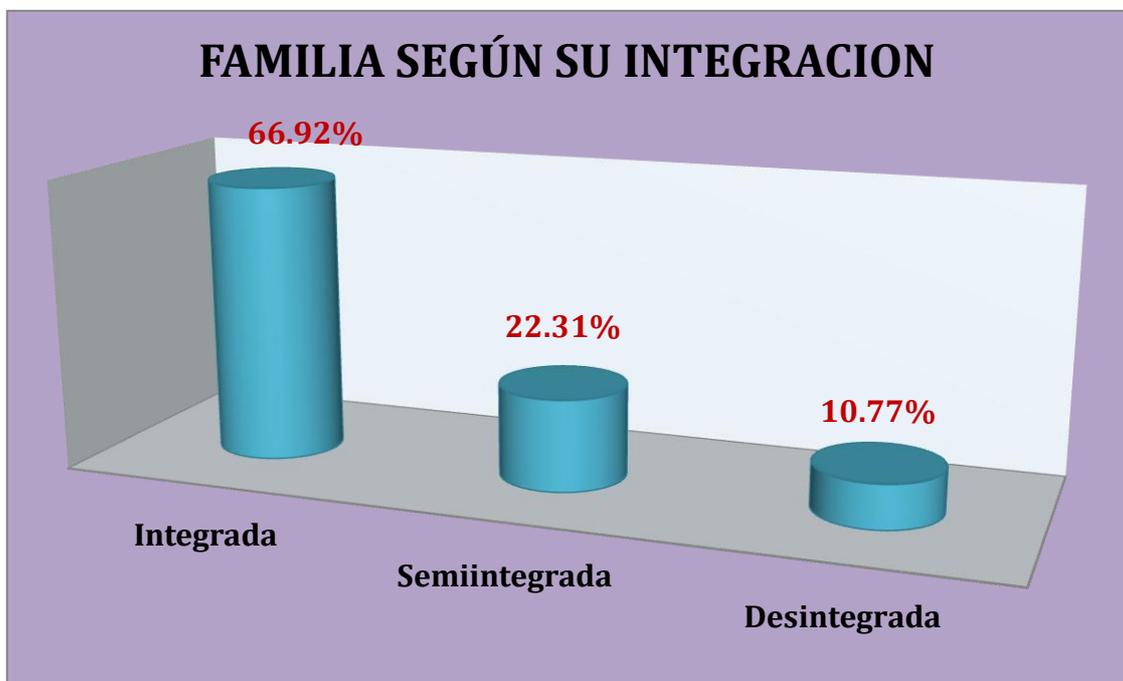
Relación de Familia según su Demografía en adolescentes embarazadas de la UMF No 40, IMSS



FUENTE: Encuesta realizada en UMF No. 40 IMSS

GRAFICA No. 11

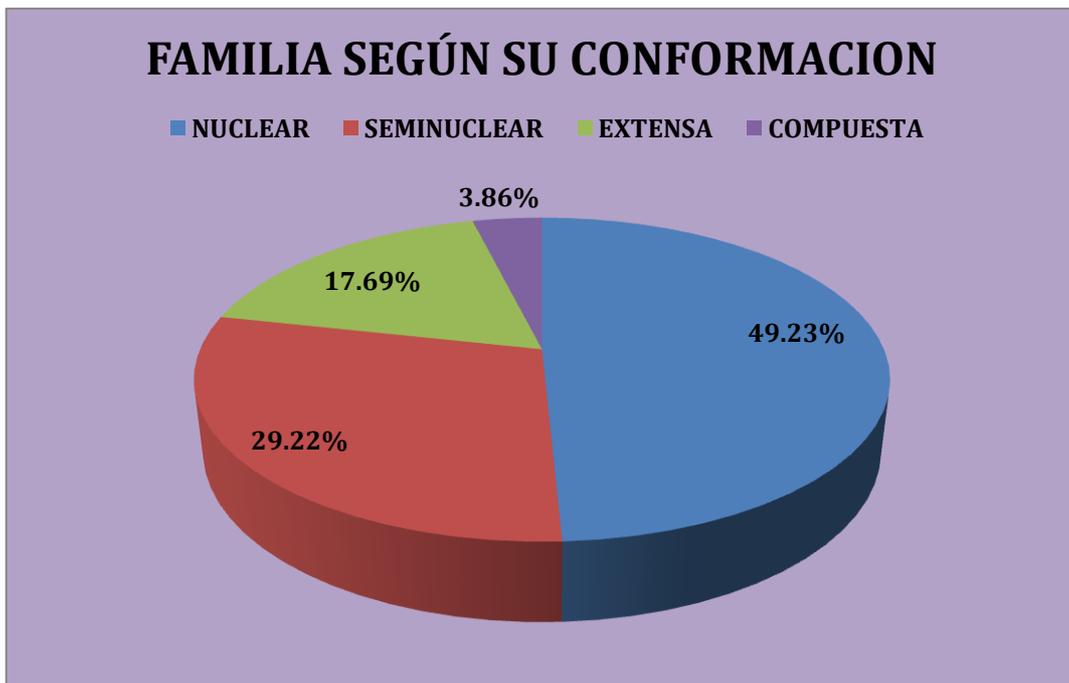
Relación de Familia según su Integración en adolescentes embarazadas de la UMF No 40, IMSS



FUENTE: Encuesta realizada en UMF No. 40 IMSS

GRAFICA No. 12

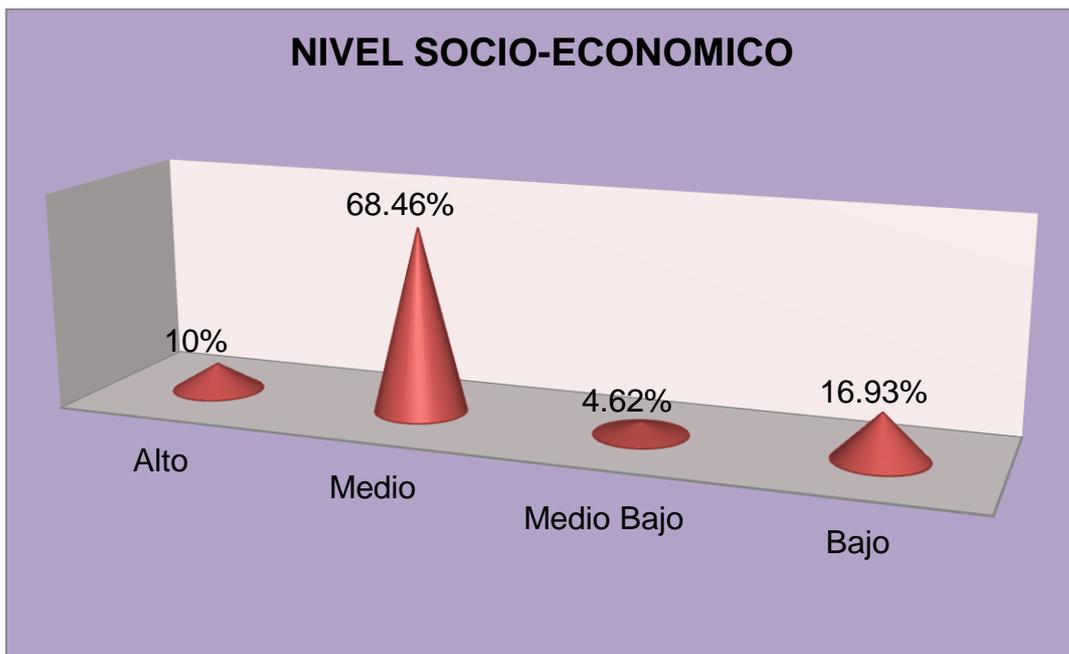
Relación de Familia según su Conformación en adolescentes embarazadas de la UMF No 40, IMSS



FUENTE: Encuesta realizada en UMF No. 40 IMSS

GRAFICA No. 13

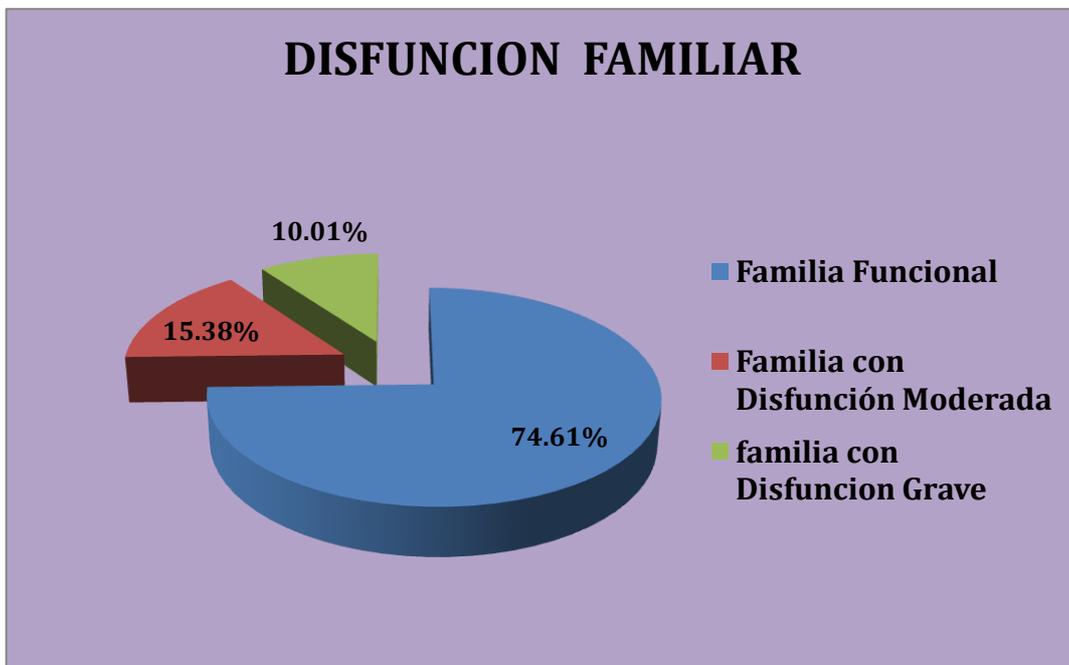
Relación de Nivel Socio-económico en adolescentes embarazadas de la UMF No 40, IMSS



FUENTE: Encuesta realizada en UMF No. 40 IMSS

GRAFICA No. 14

Relación de Disfunción Familiar en adolescentes embarazadas de la UMF No 40, IMSS



FUENTE: Encuesta realizada en UMF No. 40 IMSS

DISCUSION

La adolescencia es esencialmente un período de transición que se caracteriza por el crecimiento físico y el desarrollo psicológico por lo que debe considerarse un fenómeno bio-psicosocial. Esta transición nos lleva a esperar una crisis en la familia (de tipo normativa) por lo que se considera importante conocer las necesidades básicas, preocupaciones y el inicio la sexualidad del adolescente, así como su entorno familiar, su integración y la manera en la que enfrentarán esta crisis en base a sus creencias, lo que nos ayudará a prever las dificultades que existen entre padres e hijos y así manejar esta crisis con habilidad.

Una de las dificultades a las que se enfrenta la familia es en torno a la sexualidad del adolescente. La interacción entre el adolescente y sus padres frecuentemente se caracteriza por una pobre comunicación y una expresión afectiva negativa que resultan en un manejo inadecuado de los recursos para el control de la conducta. En este aspecto, la información no basta; es indispensable la cercanía emocional y sobretodo la libertad para que se desarrolle la confianza.

En el caso del embarazo en las adolescentes implica no solo su afectación, sino también el de su núcleo familiar, al modificar el estilo de vida de la adolescente, de su familia y de sus actividades, creando por consiguiente una crisis en el núcleo familiar y en la futura maternidad.

Para ésta investigación se consideró las adolescentes embarazadas de acuerdo al censo de control prenatal de la Unidad de Medicina Familiar No. 40 del IMSS, que acudieron a consulta.

Nuestro estudio reportó que el mayor porcentaje de las adolescentes corresponden a la edad de 19 años lo cual representa el 27.6% de la población, el resto se encuentra distribuido en las edades menores a ésta, y solo un 19.4% corresponde a la edad de 15 años. En un estudio realizado por las Naciones Unidas se 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 los datos con éste trabajo.

En cuanto al Estado Civil del universo de estudio, se reportó que la mayoría se encuentran en Unión Libre con un 50.1%, casadas en un 47.6% y sólo el 2.3% se encuentran solteras; es notable que un embarazo en la adolescencia modifica radicalmente la situación civil de una adolescente, aún cuando ésta no cumpla con la mayoría de edad, la induce a vivir en unión libre, factor que podría intervenir notablemente en la dinámica familiar. Esto coincide con la literatura analizada donde dice que en México alrededor de los años 90's el inicio de la actividad sexual se registra en edades tempranas, sin embargo, en la actualidad, el matrimonio se ha postergado, por lo tanto la fecundidad no marital se ha incrementado.

Con relación a la escolaridad se observó que un embarazo a edades tempranas bloquea la continuidad de la educación, ya que se presentó mayor escolaridad en las adolescentes embarazadas con un grado de estudios de secundaria en un 69.92%, en comparación con el grupo de embarazadas donde solo el 20% contaban con primaria completa y el grado máximo de estudios se presentó en el grupo de embarazadas adolescentes que cursaban la preparatoria en un 10.08%. Datos que no coincidieron con estudios realizados en poblaciones rurales de México, ya que la fecundidad en adolescentes se presentó en personas con menos educación o analfabetas

Se menciona que desde la perspectiva socio-cultural, 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 bajo, que después no le permita acceder a un trabajo digno que le conceda satisfacer sus necesidades básicas, al mismo tiempo se hace mención en cuanto a su pareja que generalmente es un adolescente que no asume responsabilidad paterna, perpetuando la problemática.

El inicio de Vida Sexual Activa sin protección en edades tempranas es un factor determinante para un embarazo de alto riesgo, en la población estudiada se encontró que la mayoría había iniciado vida sexual a la edad de los 16 años en un porcentaje del 35.39% y en un 5.38% a la edad de 14 años, esto nos demuestra que las adolescentes presentan riesgo, no solo para el embarazo sino para múltiples consecuencias, 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 iniciado vida sexual entre los 14 y 16 años de edad, al igual que un estudio realizado en Nicaragua en donde se encontró que la mayoría de las adolescentes inició su vida sexual antes de los 16 años, así mismo en América Latina y el Caribe variando entre el rubro de 15 años.

De acuerdo a la edad del primer hijo de las adolescentes, se encontró que el porcentaje mayor fue del 49.2% en la edad de 17 años.

Con relación al número de hijos, se encontró que el 67.8% está en espera de su primer hijo, el 23.2% ya cuenta con 1 hijo y sólo el 9% tiene 2 hijos. Datos que coinciden con trabajos realizados en el extranjero, que señalan que el 60% de los embarazos en adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93%). (4,15). Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes.

Acerca de los antecedentes de embarazo deseado el porcentaje fue del 74.61% y el 25.39% cursó con un embarazo planeado, interesantemente coincide con los datos psicosociales donde se describen factores asociados con la familia como el embarazo de una hermana adolescente o la historia de la madre con el mismo antecedente.

Midiendo la Funcionalidad Familiar de acuerdo a la Familia de origen del grupo estudiado, se observó que la mayoría de las adolescentes cuentan con una Familia Funcional en un 74.61%, sin embargo, el 15.38% contó con Disfunción Moderada y solo el 10.01% con Disfunción Grave. Datos que no se relacionan 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 contaban con disfunción familiar, así como en la Universidad de Caracobo Venezuela.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social de León Guanajuato se encontró que el 33% de los casos reportados en un estudio que evaluó la funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes se encontraba alterado, de igual forma en Nuevo León, lo cual no coincidió con nuestro estudio sin embargo la adolescencia se considera una crisis normativa en el ciclo vital de la familia, aunado a un embarazo no deseado pudiera ser un factor precipitante para presentar disfunción familiar.

CONCLUSIONES

En el presente estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 40 del IMSS, se obtuvo una prevalencia baja en cuanto a la disfuncionalidad familiar en las adolescentes embarazadas.

Identificamos algunos factores que afectan a los jóvenes y que influyen para cursar con un embarazo a temprana edad, dentro de los cuales se pueden mencionar el inicio temprano de relaciones sexuales, el abandono escolar y la historia inter-generacional de embarazo.

Como Médicos Familiares debemos orientar y brindar atención al adolescente que impacte en sus conductas reproductivas, ya que necesitan información que vaya más allá de la reproducción y la anticoncepción, es necesario que se aclaren sus valores así como que se establezcan metas personales y que éstas sean fortalecidas por sí mismos, con la formación y no solo la información sobre el área de sexualidad.

En relación a la edad se concluye que el grupo de mayor riesgo es de 16 a 19 años, por lo que debemos identificar a todas aquellas adolescentes que se encuentren principalmente dentro de éste rango e integrarlas a los programas de orientación y educación sexual que se imparten en el Sector Salud.

Es de observarse que el inicio de vida sexual activa a temprana edad modifica radicalmente el curso de la adolescente, y no solo de ésta, sino de quienes la rodean.

Así mismo, es de llamar la atención que la mayoría de las adolescentes en estudio cursaron con su primer embarazo a la edad de 17 años y la mayoría se encuentra en espera de su primer hijo, además de provenir de familias de 4 integrantes por lo que ésta problemática puede ser repetitiva en la adolescente.

Se pudo observar que otro factor que influye es el máximo grado de estudios en el grupo de embarazadas adolescentes fue de secundaria concluida, por consiguiente, la mayor parte de ellas tiene que desertar de sus estudios, lo que las limita a acceder a un trabajo profesional o mejor remunerado en el futuro.

De acuerdo al estado civil de la población estudiada, la mayor parte de las adolescentes embarazadas se encuentran en Unión Libre siendo el embarazo un factor determinante para dicha unión en pareja.

Este estudio testifica que la disfunción familiar no es un factor predisponente para el desarrollo de conductas en los adolescentes. Analizado el estudio se identificó que la disfunción familiar no 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

El embarazo adolescente tradicionalmente es considerado como un factor de riesgo biológico y los resultados mostrados permiten hacer una reflexión de cómo la percepción de las relaciones familiares de las adolescentes embarazadas se asocia al malestar psicológico que pueden presentar durante el embarazo. Es en la familia donde la adolescente, cuando es niña, adquiere los recursos psicológicos con los que se enfrentará en la etapa de la adolescencia. Estos recursos se traducen tanto en la capacidad para evaluar situaciones de la vida, esto es, anticipando y planeando la conducta a seguir para una mejor adaptación, como en la capacidad para reconocer y expresar sus reacciones afectivas. Si en la familia no se adquieren estos recursos psicológicos, la adolescente puede ingresar a esta etapa presentando algún tipo de manifestación emocional de malestar psicológico.

Por lo que como Médicos Familiares debemos informar a todo adolescente que acuda a nuestro consultorio, sea cual fuere la causa de la consulta, acerca de la responsabilidad que implica el inicio de vida sexual activa así como las implicaciones que conlleva esto, hablando no solo de embarazos a temprana edad, cuando en ocasiones el cuerpo es aún inmaduro para una gestación, llegando a cursar con embarazos de alto riesgo así como la posibilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual.

Por otra parte, la familia es el pilar básico y elemental para la educación y orientación de sus integrantes, el saber resolver de la mejor manera los conflictos que se presentan en el entorno familiar, puede llevar a la adolescente a una mejor educación, la comunicación con los hijos es elemental, el hablarles de los principales cambios y de las diferentes etapas del desarrollo, ayuda a éstos a tomar decisiones asertivas y a sentir el apoyo de la familia para cuando tengan algún problema.

Es de importancia mencionar que cuando el sistema de comunicación no funciona en el grupo familiar, sino mas bien se imponen las reglas de los padres autoritarios sin tomar en cuenta lo que desean, sienten o piensan sus hijos, se establecer barreras de comunicación, lo cual afecta la interacción del grupo familiar, lo que a su vez afecta la capacidad de las adolescentes de relacionarse satisfactoriamente, trayendo consecuencias en su comportamiento, que la mayoría lo manifiestan con deseos de salir del hogar, deseos de independencia y alejamiento del seno familiar, lo cual conduce al adolescente a adoptar conductas de riesgo para su salud, tales como buscar apoyo, afecto y comunicación en personas ajenas a su entorno familiar, quienes podrían conducir a relaciones sexuales en forma precoz con el consecuente embarazo no deseado o planeado.

Consideramos conveniente incrementar la educación sexual en los adolescentes, realizando actividades educativas de los mismos, así como a nivel familiar, para detectar disfuncionalidad familiar, mejorando la comunicación de las familias, en las escuelas por parte del personal docente para fomentar los valores morales, sobretodo enfocándose en la prevención de embarazos no deseados.

Recomendamos brindar orientación sobre los factores que afectan la etapa de la adolescencia, fomentando la importancia de los roles correspondientes a cada integrante del grupo familiar y reforzando con orientación acerca de sexualidad.

Esto pudiera evitarse con una interacción familiar efectiva donde haya comprensión, cariño, respeto y sobretodo comunicación.

RECOMENDACIONES

Brindar orientación a los adolescentes y a sus familiares acerca de los factores disfuncionales que afectan ésta etapa, identificando los principales factores de riesgo que aumentan la prevalencia de dicha condición, para así poder desarrollar estrategias destinadas a abordar la situación, tanto con medidas de prevención primaria, como secundarias.

Darle mayor importancia a la etapa de la adolescencia debido a que éste periodo está caracterizado por diversos cambios que ocasionan confusión, lo que conlleva a que tengan relaciones sexuales a temprana edad ocasionando embarazos no deseados o no planeados.

Sugiero incorporar a los adolescentes en forma activa a los programas dirigidos a salud integral, para lograr que reciban información preventiva de salud, promocionando cambios en su estilo de vida que generen conductas saludables alejando la posibilidad de daño temporal o permanente.

Así mismo sugiero continuar apoyando las estrategias JUVENIMSS en las Unidades de Medicina Familiar, ya que si bien es cierto la presencia de un embarazo en la adolescencia obliga a la reestructuración de las funciones de los miembros de la familia ya que se crean nuevas necesidades entorno al binomio, ayudando a éste grupo a tratar de solucionar dichas situaciones siendo preciso mejorar los programas de planificación familiar, elevando la calidad de la educación sexual y la aplicación de medidas anticonceptivas eficaces, especialmente dirigidas a la población de mayor riesgo y en especial a las adolescentes y así poder disminuir y evitar la muerte materno fetal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Huerta Hernández JL. Programa de Atención Ciudadana en Medicina Familiar II. Segunda Edición. México D.F. Intersistemas, 2001 15(1) 1-7
2. Herrera Santi, P. La Familia Funcional y Disfuncional. Rev Cub de Med Gen Int. 2007. 13(6):92-102
3. Membrillo LA, Fernández O, Rodríguez JL. Familia Introducción al estudio de sus elementos. Editores de texto mexicanos, 2008 34-59
4. Álvarez Sintés, R. Manual para la Investigación en Salud Familiar. RevCub de Med Gen Int, 2003. 19 (3): 24-29
5. Luna Navarro, Alejandro Gómez S, Disfunción Familiar en Adolescentes Embarazadas. Rev de la Fac de Salud Pública y Nutrición, 2002 (3):39
6. Gómez Clavelina, Francisco Javier Irigoyen C, Arturo Ponce R, FASES III: Alcances y Limitaciones. Artículo de Medicina Familiar 2002, 1(2): 1-12
7. Carbonell OA, plata S, Alzate G. Creencias y Expectativas sobre el Comportamiento Materno Ideal y Real en Mujeres Gestantes, desde un Abordaje Metodológico Mixto. Jour Ch Adoles and Family, 2006; 1(1): 115-140
8. Lundgren, R. Protocolos de Investigación para el Estudio de la Salud Sexual y reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes en América Latina, Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud 2008, 4 (3):104-118
9. INEGI/MUJERES. Mujeres y Hombres 2002. Instituto Nacional de Estadística, geografía e Informática, México 2002:89-124
10. Secretaria de Salubridad y Asistencia. Programa Nacional de Salud 2001-2006, México 2003; 1(2): 43-50
11. Stern C. El Embarazo en la Adolescencia como Problema Público y Crítica. Salud Pública. México 2007, 39(2): 137-143.
12. Peláez Mendoza J. Adolescente Embarazada, Características en Relación a Demografía. Rev. Cub Obstetricia y Ginecología, 2002, 23(1): 1-5.
13. Rodríguez Jiménez, Ignacio Niño G, Funcionalidad Familiar en las Adolescentes Embarazadas D.F. Rev de la Facultad de Medicina UNAM; 47 (1) Enero- Febrero 2004: 67-69
14. Arias-Clemente, Herrera-María de Jesús, El Apgar Familiar en el cuidado de la Salud. Colombia 2004, 25(26):1-7

15. Pedro-FM, López- Cruzat H. El Embarazo en Edades Tempranas. Relación Madre e Hijo, RevCub 2001; 15(1):1-7
16. Rivero MI, Schinini J, Feu MC. Adolescencia y Embarazo ¿Es un factor de riesgo?. RevMéd Delegación Noroeste del D.F. 2002; 16(3) 39.
17. Vázquez Márquez A, Guerra-Verdecia C. Herrera Vicente, De la Cruz-Chávez F. Embarazo y Adolescencia, Factores Biológicos Materno y Perinatal más frecuentes. RevCubObstetricGinecology, 2007; 27(2):1-9.
18. Svetla-Cedillo N, Dellan-BJ, Toro-Merlo J. Estado Nutricional de las Adolescentes Embarazadas. Rev. ObstetricGinecology. Venezuela, 2006; 66(4):1-11.
19. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Regional 2 Noroeste. Estrategia JUVENIMSS, Coordinación de Trabajo y Atención a la Salud de los Adolescentes. 2011.
20. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe de ejecución del Programa Nacional de Población y JUVENIMSS 2008-2012.

ANEXOS

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAYORES DE EDAD

3. CUESTIONARIO

4. APGAR FAMILIAR

5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente autorizo que mí: _____

Para que participe en el protocolo de investigación titulado: Prevalencia de disfunción familiar en adolescentes embarazadas de la unidad de medicina familiar 40. Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: _____

El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de disfunción familiar en las adolescentes con embarazo. Se me ha explicado que la participación de mi familiar o representado consistirá en: Contestar de forma clara, fidedigna y verídica los instrumentos que le sean proporcionados así como un examen médico clínico completo.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la participación de mi familiar o representado en el estudio, que son los siguientes: No existe ningún riesgo, inconveniente o molestias al participar en el estudio y el beneficio potencial es la detección de cifras de tensión arterial elevada que ameriten la realización de más estudios para confirmar o rechazar la posibilidad de hipertensión arterial.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el tratamiento (en su caso), 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 el tratamiento de mi familiar o representado (en su caso). Entiendo que conservo el derecho de retirar del estudio a mi familiar o representado en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se identificará a mi familiar o representado en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con la privacidad de mi familiar o representado serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia de mi familiar o representado en el mismo.

Nombre y Firma del Padre

Nombre y Firma de la Madre

Dra. Michelle Remedios Díaz Vargas
Investigador Responsable Matrícula 99351478

Testigo

Testigo

Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: Dra. Michelle Remedios Díaz Vargas, 99351478 al número 55339932872 de 8:00 a 14:00 hrs

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F. a ___ de _____ del 2011.

Por medio del presente documento, yo: _____

Acepto participaren el protocolo de investigación titulado: Prevalencia de disfunción familiar en las adolescentes embarazadas de la unidad de medicina familiar 40. Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: _____

El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de disfunción familiar en las adolescentes embarazadas. Se me ha explicado que la participación de mi familiar o representado consistirá en: Contestar de forma clara, fidedigna y verídica los instrumentos que le sean proporcionados así como un examen médico clínico completo. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la participación de mi familiar o representado en el estudio, que son los siguientes: No existe ningún riesgo, inconveniente o molestias al participar en el estudio y el beneficio potencial es la detección de cifras de tensión arterial elevada que ameriten la realización de más estudios para confirmar o rechazar la posibilidad de hipertensión arterial. El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el tratamiento (en su caso), 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 el tratamiento de mi familiar o representado (en su caso). Entiendo que conservo el derecho de retirar del estudio a mi familiar o representado en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se identificará a mi familiar o representado en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con la privacidad de mi familiar o representado serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia de mi familiar o representado en el mismo.

Nombre y Firma del Participante

Testigo

Testigo

Dra. Michelle Remedios Díaz Vargas
Investigador Responsable Matrícula 99351478
Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: Dra. Michelle Remedios Díaz Vargas 99351478 al número 5539932872 de 8:00 a 14:00 hrs

ANEXOS

PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 40

RECOLECCION DE DATOS

EDAD: _____

ESTADO CIVIL:

1. Casada ()
2. Soltera ()
3. Unión libre ()
4. Divorciada ()

ESCOLARIDAD:

1. Primaria ()
2. Secundaria ()
3. Bachillerato ()
4. Profesional ()

OCUPACION

1. Obrera ()
2. Campesina ()
3. Comerciante ()
4. Empleada ()
5. Desempleada
6. Ama de Casa ()
7. Otro ()

ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS:

Inicio de relaciones sexuales: _____

Edad del primer embarazo: _____

Número de hijos: _____

Embarazo: Deseado _____ Planeado _____

TIPO DE FAMILIA

SEGÚN DESARROLLO

1. Tradicional ___ cuando el jefe de familia aporta los insumos necesarios para la supervivencia
2. Moderna ___ cuando el hombre y la mujer trabajan

SEGÚN DEMOGRAFIA

1. Urbana ()
2. Rural ()

SEGÚN INTEGRACION

1. Integrada ()
2. Semiintegrada ()
3. Desintegrada ()

SEGÚN CONFORMACION

1. Nuclear () cuando viven con padre, madre e hijos
2. Seminuclear () cuando solo viven con el padre o madre
3. Extensa () cuando además de padre, madre, hermanos vive otro familiar
4. Compuesta () cuando viven padre, madre, hermanos, otro familiar y otro miembro que no es de la familia.

NIVEL SOCIOECONOMICO

1. Muy Alto ()
2. Alto ()
3. Medio Alto ()
4. Medio ()
5. Medio Bajo ()
6. Bajo ()

PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES CON
EMBARAZO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 40

ANEXOS

APGAR FAMILIAR

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

DESCRIBA A SU FAMILIA	CASI SIEMPRE 2	ALGUNAS VECES 1	CASI NUNCA 0
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema?			
2. ¿ Conversan entre ustedes los problemas que tiene en casa?			
3. ¿ Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa ?			
4. ¿ Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos ?			
5. ¿ Siente que su familia le quiere?			

PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES CON
EMBARAZO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 40

ANEXOS

APGAR FAMILIAR

	CASI SIEMPRE 2 PUNTOS	ALGUNAS VECES 1 PUNTO	CASI NUNCA 0 PUNTOS
ADAPTABILIDAD	1.	2.	3.
PARTICIPACION	1.	2.	3.
CRECIMIENTO	1.	2.	3.
AFECTO	1.	2.	3.
RESOLUCION	1.	2.	3.

00 – 03 Disfunción Grave

04 – 06 Disfunción Moderada

07 -- 10 Familia Funcional

**PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES
CON EMBARAZO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 40.**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	2011						2012					
<i>ACTIVIDADES</i>	<i>MARZ O</i>	<i>ABRIL</i>	<i>MAYO</i>	<i>JUNIO</i>	<i>JULIO</i>	<i>AGOST O</i>	<i>SEP</i>	<i>OCT</i>	<i>NOV</i>	<i>DIC</i>	<i>ENE</i>	<i>FEB</i>
<i>DELIMITACION DEL TEMA</i>	X	X										
<i>RECUPERACION , REVISION Y SELECCIÓN DE BIBLIOGRAFIA</i>	X	X	X	X								
<i>ELABORACION DEL PROTOCOLO</i>				X	X	X	X	X				
<i>ENVIO A COMITÉ DE INVESTIGACION</i>									X			
<i>RECOLECCION DE LA INFORMACION</i>										X		
<i>ANALISIS DE RESULTADOS</i>										X		
<i>PUBLICACION DE RESULTADOS</i>											X	
<i>OTRAS ACTIVIDADES</i>										X	X	X