



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

División de Estudios de Posgrado

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 222
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO**

**GRADO DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD DE LAS FAMILIAS DE ORIGEN EN LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA CONSULTA EXTERNA DE
MEDICINA FAMILIAR**

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

PRESENTA

DR. JAVIER REYES GÓMEZ

TOLUCA, MÉX. 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**GRADO DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD DE LAS FAMILIAS DE ORIGEN DE LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA CONSULTA EXTERNA DE
MEDICINA FAMILIAR**

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

**PRESENTA
DR. JAVIER REYES GÓMEZ**

A U T O R I Z A C I O N E S

**DR. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 222**

**DRA. MARÍA ESTHER REYES RUIZ
DIRECTORA DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
TOLUCA, MEX.**

**DRA. FLOR DE MARÍA ELIZABETH CEBALLOS SALGADO
MÉDICO FAMILIAR
ASESOR TEMA**

**DRA. FLOR DE MARÍA ELIZABETH CEBALLOS SALGADO
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 222**

TOLUCA, MÉX. 2010

**“GRADO DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD DE LAS FAMILIAS DE ORIGEN DE LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS, ADSCRITAS A LA CONSULTA EXTERNA DE
MEDICINA FAMILIAR”**

PRESENTA

DR. JAVIER REYES GÓMEZ

A U T O R I Z A C I O N E S

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

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

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

TOLUCA, MÉX. 2010

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
JUSTIFICACIÓN... ..	20
OBJETIVOS.....	22
DISEÑO DE ESTUDIO	23
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	23
TAMAÑO DE LA MUESTRA TIPO DE MUESTREO	23
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	24
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	29
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	33
BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS –	
Hoja de consentimiento informado.....	30
Cuestionario.....	31
Cronograma de actividades.....	33
Hoja de recolección de datos.....	37
Instrumento de medición.....	

INTRODUCCIÓN

En México el embarazo en mujeres adolescentes se reporta cada año con 18 mil casos según reportes de la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil del IMSS 2005, siendo el porcentaje del 34% y en la Unidad de Medicina Familiar de Toluca se atiende una población de 6320 mujeres adolescentes de las cuales actualmente encontramos 66 embarazadas en este rango, durante los meses de junio-julio de 2009. En donde la mayoría no están preparadas para afrontar las repercusiones biopsicosociales que ello representa como la incapacidad para el correcto cuidado de su hijo y la posibilidad de formar una familia con riesgo de inestabilidad, aunado al grado de inmadurez biológica, psicológica y sexual que caracteriza esta etapa de la vida.¹

El embarazo durante la adolescencia, constituye un evidente factor de riesgo obstétrico y pediátrico, cuya incidencia ha aumentado en forma alarmante en las últimas décadas debido a factores culturales, económicos, psicológicos y sociales, que propician el inicio de relaciones cóitales a temprana edad sin la protección adecuada, las cuales favorecen enfermedades de transmisión sexual y más frecuentemente en embarazos no deseados, sus consecuencias son determinantes sobre el entorno familiar, social y biológico, tanto de la madre (macro ambiente) como del feto(micro ambiente).

Aunado a lo anterior es un periodo de transición especialmente crítico e intenso que afecta de distintos modos el ciclo vital de toda la familia; se puede afirmar que todos sus integrantes están sometidos a los impactos que suponen el crecimiento y desarrollo de un adolescente.²

Demográficamente también hay repercusiones: el aumento de embarazos en mujeres adolescentes ha contribuido al crecimiento acelerado de la población con efectos adversos para la salud de la madre y del niño y, por su contribución a la persistencia de la pobreza o lo que puede ser peor incrementarla que repercute directamente en la adolescente embarazada y las consecuencias que de ello deriva.

La familia, y en especial los padres, constituyen el principal sistema de apoyo para el adolescente. Por ello un enfoque del problema, desde la familia concretamente desde los padres, resulta especialmente importante, para establecer o revalidar los vínculos familiares.

El médico familiar encuentra como pilar esencial el reconocer y evaluar la influencia de los factores familiares sobre la salud de sus integrantes, así mismo los problemas de ellos con su propia familia. Por ello se cuenta con diversos medios que evalúan a la familia en respuesta y adaptación a cualquier proceso paranormativo al que se hallen expuestos cualquiera de sus integrantes, tal es el caso del embarazo en adolescentes el cual en la mayoría de los casos no es planeado³.

Uno de estos medios o instrumento es la escala de evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACESIII) que evalúa la vinculación emocional entre los miembros de la familia (cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido), y la habilidad del

sistema familiar para cambiar su estructura (de poder de relación de roles, las normas y/o reglas de relación) en función de las demandas situacionales o de desarrollo⁴.

MARCO TEÓRICO

Adolescencia y embarazo

Los adolescentes forman una parte importante en la población mundial, cerca del 50% de la población total en muchos países, lo que equivaldría a la existencia de 1,200 a 1,500 millones de adolescentes, cabe señalar que más de la mitad son del sexo femenino, en Latinoamérica y el Caribe el grupo de adolescentes se estima alrededor de 160 millones, los cuales son responsables del 20% de los nacimientos ocurridos cada año en esta región del mundo, lo que es muy preocupante por la repercusión que esto conlleva para los padres jóvenes y sus hijos, desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

En Norteamérica, todos los años se dan por lo menos un millón de embarazos en un grupo de mujeres adolescentes y de éstos, cerca de 30.000 embarazos ocurren en menores de 15 años; desde luego que la mayor parte de tales embarazos no son deseados. Además se menciona que todos los años abortan 400,000 adolescentes, lo que supone más del 25% de todos los abortos que se practican en ese país.

En México el embarazo en la adolescencia es actualmente un problema Social y de Salud Pública que afecta el entorno familiar no obstante los esfuerzos realizados en el área de la planificación familiar en los últimos años, las políticas de control de la natalidad no han impactado de igual manera en la población adulta y la de adolescentes, para ejemplificar esto basta ver que en los años setentas en el índice de natalidad en el país era de siete y en la actualidad es de 2.4 con una tasa de 43.10 y 21.67 respectivamente, sin embargo el porcentaje de nacimientos dependiente de adolescentes en los setentas era de 11 y actualmente es de 18; lo que representa que más de 10 millones de adolescentes que hoy actualmente son responsables de los 380.000 nacimientos al año en números reales⁽⁵⁾.

En nuestro país el embarazo en mujeres adolescentes es del 345 y en el IMSS se registran aproximadamente 30.000 embarazos al año y en la UMF. 222 de Toluca se atiende una población de 6320 mujeres adolescentes en un rango de 10 a 19 años, de las cuales actualmente encontramos 684 embarazadas de todas las edades y 66 embarazadas de menos de 19 años.

Las estadísticas más recientes sobre la sexualidad del adolescente nos indican que aproximadamente el 5% de las mujeres de raza blanca son sexualmente activas a los 15 años de edad, incrementándose hasta el 72% en la mujer caucásica y, 85% en la mujer de color cuando llega a los 20 años.

El término adolescencia se deriva de la voz latina “adoleceré” que significa crecer hacia la madurez y, como tal la adolescencia corresponde a un periodo en el cual se suceden simultáneamente cambios físicos, psicológicos y sociales; y la aprobación de valores que

conlleven a la construcción y adopción de una postura espiritual de una escala de valores y del desarrollo moral. ⁽⁶⁾

La organización Mundial de la Salud adopta el rango de 10 a 19 años para determinar la adolescencia, así mismo la subdivide en adolescencia temprana, que va de 10 a 14 años, y la tardía que comprende de los 15 a los 19 años, lo cual resulta importante ya que puede contribuir a delimitar los diferentes problemas desarrollados tanto con la salud como en la sexualidad y la reproducción.

La adolescencia es un periodo trascendental para el ser humano. Esta etapa se caracteriza por una infinidad de cambios biológicos, psicológicos y sociales que afectan a los individuos; y por el enfrentamiento con presiones, conflictos y situaciones que habrán de repercutir en su vida futura, tales como decidir que actividad económica habrán de desempeñar durante los próximos años, sobre todo si inician su actividad sexual, se casan o comienzan a tener hijos e incluso si adquieren algún vicio. De todas las situaciones antes mencionadas, el inicio de la historia genésica de las adolescentes, con todas sus causas y repercusiones, es este el tema del presente estudio; y para abordarlo es necesario previamente hacer una breve descripción de esta fase de la vida.

Es una etapa de la vida que se caracteriza por la búsqueda de identidad, por los cambios físicos, emocionales y mentales que ocurren y que traen como consecuencia que las expectativas de la infancia, los valores familiares que dominaron en ese tiempo, las viejas prácticas, las actividades que al niño o niña solían gustar, sus aficiones y hasta sus creencias más firmes o en una palabra, todo aquello que daba en la infancia certidumbre y estabilidad entra en crisis.

La adolescencia es el proceso psicológico y sociocultural a través del cual un individuo experimenta la transición de la niñez al estado adulto. Dicho proceso va unido a los cambios morfológicos y fisiológicos que experimenta el organismo, los cuales en su conjunto constituyen la pubertad. ⁽⁷⁾

Además, la Organización Mundial de la Salud ha propuesto que el desarrollo adecuado de los adolescentes debe estar precedido o sustentado en:

1. Una niñez saludable
2. Haberse desarrollado en un ambiente seguro
3. Haber recibido apoyo de la familia, los padres y otras instituciones sociales
4. Haber tenido oportunidad para desarrollar su habilidades
5. Haber tenido oportunidad para la educación, el empleo, servicios de salud, justicia y bienestar.

Sin embargo la realidad muestra un panorama diferente: de la magnitud y trascendencia de los problemas que enfrentan este grupo de edad, pueden ilustrarnos los siguientes datos:

1. Cerca de 50% de la población mundial es menor de 20 años, en México 1 de cada 5 individuos.

2. Del total de abortos que se realizan en el mundo, el 10% se efectúan en mujeres entre los 15 y los 19 años de edad.
3. Uno de cada 20 adolescentes contrae una enfermedad de transmisión sexual, entre las cuales el VIH/SIDA, se ha incrementado de modo alarmante; actualmente se calcula que en México, hay 47,000 casos registrados de SIDA.⁽⁸⁾

El embarazo en mujeres entre 10 y 19 años de edad conlleva una alta probabilidad de riesgos biológicos, situación considerada como problema de Salud Pública ya que alcanza la cifra aproximada de medio millón de embarazos anuales en México.

Las causas del embarazo en la adolescencia son políticamente discutibles y de gran carga emocional. Se deben examinar muchos factores además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas.

De las complicaciones maternas se encuentran la preeclampsia, eclampsia, anemia, aborto, parto pretérmino, desproporción céfalo-pélvica, depresión, angustia, abandono escolar y enfermedades de transmisión sexual.

Dentro de la morbilidad fetal están entre otros los recién nacidos, de bajo peso al nacer. Ya que la adolescencia es la época de la vida en que más conflictos se presentan, los jóvenes frecuentemente entran en contradicción con la familia, con la escuela, con los valores establecidos por la cultura dominante y con todas aquellas instancias revestidas de una o de otra forma de autoridad.⁽⁸⁻⁹⁾

Las tasas de muerte materna y perinatal son altas en las comunidades tercermundistas en comparación con las que se observan en los países desarrollados; una gran proporción de casos corresponde a pacientes menores de 20 años.

En México, se calcula que aproximadamente el 34% de los nacimientos registrados, son de mujeres menores de 19 años, además se ha observado un incremento en esta cifra en los últimos años. No hay información acerca números más aproximados a nivel nacional a este respecto. También se ha apreciado un incremento en el número de abortos que se presentan en este grupo de edad, sin embargo se desconocen cifras y porcentajes.

Los datos mostrados demuestran la magnitud del problema, sin embargo, para comprender el porqué de esta situación constituye un problema, debemos analizar las secuelas adicionales que comporta el embarazo para una muchacha perteneciente a este grupo de edad. Para empezar, los riesgos de tipo médico son mayores que en la mujer adulta, sobre todo en adolescentes muy jóvenes, menores de 16 años: los hijos que tienen estas madres muestran por lo general un peso inferior al normal y las posibilidades de muerte durante la lactancia son casi el doble que en los hijos de madres mayores de 19 años. Por otra parte, las madres adolescentes suelen tener gestaciones más complicadas, con particular incidencia de abortos, enfermedad hipertensiva del embarazo y hemorragias; así como mayor riesgo de muerte que las gestaciones de mujeres mayores de 19 años.⁽⁹⁾

Igual de alarmantes que los peligros médicos son las repercusiones socioeconómicas del embarazo no deseado, pues no es de extrañarse que las madres adolescentes constituyan

un contingente importante en las estadísticas de personas indigentes en precaria situación económica y que muchas veces vivan de los subsidios o de las prestaciones oficiales.

Es por esto importante que exista un diálogo abierto, honesto y con el único interés de que prevalezca la Unidad Familiar, para solucionar cualquier problema corrigiendo actitudes personales y culturales con una mejor relación de la familia ya que el buen funcionamiento es el factor determinante a la conservación de la salud ante la aparición de una enfermedad o crisis paranormativa como el embarazo en una adolescente que en muchas ocasiones no es planeado impactando en forma importante la Funcionalidad Familiar.⁽¹⁰⁾

Por último, las adolescentes solteras que se descubren embarazadas tienen que hacer frente también a situaciones psicológicamente difíciles, muchas no cuentan con el apoyo económico ni emocional del padre ó si lo tienen, éste es insuficiente.

Muchas otras aún se encontraban estudiando, se ven en la obligación de abandonar sus estudios a pesar de que en la actualidad la ley prohíbe expulsar de alguna escuela pública a las estudiantes embarazadas o que sean madres, la mayoría de las chicas que se hayan en este caso abandonan la aulas para siempre; y en una buena medida debido al abandono de los estudios oficiales, las mujeres pertenecientes a esta categoría tienen menos probabilidades de encontrar trabajo temporal o fijo. Por otro lado deben decidir si abortar (lo que a veces provoca culpa) o dar a luz en cuyo caso han de resolver si se quedan con su hijo o deciden darlo en adopción ⁽¹¹⁾

Por otra parte muchas de estas chicas se lanzan a un matrimonio apresurado el cual por desgracia, tiene muchas posibilidades de terminar en divorcio o en abandono de hogar. Finalmente, el riesgo de suicidio es mucho más alto entre madres adolescentes que en el ámbito de la población general.⁽¹²⁾

En lo referente a las causas del embarazo en la adolescencia, estas son políticamente discutibles y de gran carga emocional. Se deben examinar muchos factores además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas.

Con respecto a las complicaciones maternas se encuentran la preeclampsia, eclampsia, anemia, aborto parto pretérmino, desproporción céfalo-pélvica, depresión, angustia, abandono escolar y enfermedades de transmisión sexual. ⁽⁸⁻²³⁾

Las tasas de muerte materna y perinatal son altas en las comunidades tercermundistas en comparación con las que se observan en los países desarrollados; una gran proporción de casos corresponde a pacientes menores de 20 años.

Igual de alarmantes que los peligros médicos son las repercusiones socioeconómicas del embarazo no deseado, pues no es de extrañarse que las madres adolescentes constituyan un contingente importante en las estadísticas de personas indigentes o en precaria situación económica y que muchas veces vivan de los subsidios o de las prestaciones oficiales. ⁽⁹⁾

Por último, las adolescentes solteras que se descubren embarazadas tienen que hacer frente, también a situaciones psicológicamente difíciles, muchas no cuentan con el apoyo económico ni emocional del padre o, si lo tiene, éste es insuficiente. Muchas otras que aún se encontraban estudiando, se ven en la obligación de abandonar sus estudios, a pesar de que en la actualidad la ley prohíbe expulsar de alguna escuela pública a las estudiantes embarazadas o que sean madres, la mayoría de las chicas que se hallan en este caso abandonan las aulas para siempre; y en buena medida, debido al abandono de los estudios oficiales, las mujeres pertenecientes a esta categoría tienen menos probabilidades de encontrar trabajo temporal o fijo. Por otro lado, deben decidir si abortar (lo que a veces provoca culpa) o dar a luz, en cuyo caso han de resolver si se quedan con su hijo o consienten en darlo en adopción. ¹¹

Por otra parte, muchas de estas chicas se lanzan a un matrimonio apresurado y precoz, el cual, por desgracia, tiene muchas posibilidades de terminar en divorcio o en abandono de hogar. Finalmente, el riesgo de suicidio es mucho mas alto entre madres adolescentes que en el ámbito de la población general.⁽¹²⁾

Nivel de información sobre sexualidad en los adolescentes

La información de la sexualidad tiene varias fuentes, siendo principalmente la extrafamiliar, por amigos, compañeros, profesores, películas, programas de radio y televisión. Los profesores otorgan información más acorde al grupo de edad aunque en ocasiones tropiezan con una situación personal respecto a los conocimientos sexuales previos, ya que el vocabulario escolar dependerá del origen étnico social y cultural de los estudiantes.¹³

Los padres son los principales formadores de la educación sexual y juegan un papel importante de acuerdo a su nivel cultural ya que muchas ocasiones carecen de información correcta y suficiente o bien su comunicación es deficiente, no obstante tener el conocimiento adecuado y otra posibilidad es que no exista confianza suficiente entre los integrantes de la familia.¹⁴

En el año 2002 en México investigadores de la U.N.A.M. entre los cuales se encuentra el Dr. Miguel Ángel Fernández, realizaron un estudio sobre el impacto que tiene en la Familia la vida sexual de los adolescentes, se enfocó en tres objetivos, el primero dirigido al empleo de anticonceptivos en mujeres de 12 a 19 años de edad concluyendo que la información de la madre sobre el embarazo era un factor predictivo para el empleo de los mismos, el segundo objetivo, estudio la comunicación entre los jóvenes varones y sus familiares respecto a la sexualidad; el tercero de qué significa el sexo en los adolescentes.

Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual. Por lo tanto gran parte de la “educación sexual” que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin información adecuada y precisa.

Los adolescentes que escogen ser sexualmente activos se limitan frecuentemente en sus opciones anticonceptivas la información de sus compañeros, influencias paternas,

financieras, culturales y políticas, así como también a su propio desarrollo que esta limitado. ⁽¹⁹⁾

Funcionalidad familiar

La familia, en nuestra sociedad a lo largo de su historia ha jugado un papel importante en su desarrollo, ella interviene en forma individual y colectiva en su estructura y función en todos aquellos procesos indicadores del desarrollo social, uno de ellos y de trascendencia es el embarazo en adolescentes.

Una definición de familia es un tanto difícil¹ en la actualidad los teóricos del comportamiento familiar tienen la convicción común de que la familia debe ser concebida como una unidad funcional y que la actuación de sus miembros puede ser comprendida en relación con la estructura global de la misma.⁽²⁾

Según Akerman la familia la define como la unidad básica de la enfermedad y la salud, es en la familia donde se forma al ser en esencia con un compromiso de responsabilidad compartida con ella y de manera individual. ^(3,4)

Se puede estudiar a la familia desde un punto de vista Funcional o Disfuncional como un grupo de personas ligadas entre si para un bien común. ^(1,2,3,4).

Una familia funcional es aquella que, al interactuar sus elementos mediante un diálogo abierto, honesto y con el único interés de que prevalezca a la unidad familiar, provoca la solución a cualquier problema, corrigiendo actitudes personales e incluso culturales, en la mayoría de las veces impide la buena comunicación y relación de la familia, ya que es en ella donde operan fuerzas individualizantes e integradoras. ^(4,12,13).

En la familia el buen o mal funcionamiento de ella, es un factor determinante en la conservación de la salud ante la aparición de una enfermedad o crisis paranormativa como el embarazo en una adolescente que en muchas ocasiones no es planeado o deseado⁵, situando a la familia ante un evento inesperado que conlleva a una carga emocional y que precisa de una serie de medidas en diversos sentidos^(5,6), la adolescente embarazada se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, buscando ayuda y consejo de su núcleo familiar para solucionar su problema. El apoyo que se brinde de parte de los integrantes de la familia influirá positiva o negativamente en el control de su embarazo.

Aunado a la existencia de valores, que en cada individuo son diferentes, y que pueden ser fácilmente traducidos como interés, apoyo, decisión, objetividad, confianza y libertad.

Cuando se pierden estos elementos, el diálogo, la honestidad, la actitud, la comunicación y la relación, se vuelve una familia disfuncional.

Así mismo cuando alguno de estos factores es omitido o no se proporciona la misma actitud general, sumado al factor tiempo, se corre el riesgo de convertirse definitivamente en una familia disfuncional ya que tarde o temprano impedirán la buena conjugación de los elementos que la integran.

Como institución social la familia da respuestas organizadas frente a las necesidades conjuntas de los miembros de una sociedad, esto significa que todos necesitamos vivir entorno a una serie de instituciones sociales que encausan nuestras necesidades y satisfactores. La familia, la escuela, el comercio, las normas y reglamentos sociales y políticos, el sistema moral y religioso, etc., regulan además, la conducta individual y colectiva para evitar, el estado de Anomia o desorganización social. ⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Durante el proceso de aceptación y respuesta de la familia ante esta situación existen una serie de factores que intervienen en la funcionalidad familiar como son:

A).- Etapa del ciclo vital el momento en que la adolescente se sabe embarazada e informa a la familia en la mayoría de los casos la toma por sorpresa impactándola con la información.

B).- Flexibilidad o Rigidez de los Roles familiares: Respondiendo ante la presencia del embarazo con aceptación o negación de ésta.

C).- Cultura familiar: todo en conjunto de valores, costumbres, creencias que comparten los miembros de la familia, intervendrán en el control y evolución del embarazo.

D).- Nivel socio-económico: La posibilidad económica con la que responde la familia a su control, evolución y atención del parto.

E).- Tipo de Respuesta Familiar: Cambios que se generan en las interacciones de cada uno de sus miembros en función de la embarazada.

En la familia la funcionalidad familiar se concibe como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa; determinando así su buen o mal funcionamiento. Y es a partir de la dinámica familiar, que es un conjunto de fuerzas motrices, físicas, emocionales, intelectuales y con patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación, dotación) que se mantiene el equilibrio familiar conocido como Homeostasis Familiar ^(1,2,3,4).

Una de las funciones esenciales de la familia lo constituye el apoyo que se brinda a los miembros que la integran, y que se refleja cuando alguno de ellos se ve afectado por alguna enfermedad o crisis como el embarazo; porque la adolescente embarazada en la mayoría de los casos no está preparada para afrontar las repercusiones, biológica, psicológica y socialmente que ello representa como una incapacidad para el correcto cuidado de su hijo y la posibilidad de formar una familia con riesgo de inestabilidad, es por ello que la familia debe influir estrechando su relación y cohesión y de esta forma lograr una familia funcional, que apoye y brinde el soporte necesario para cumplir la prescripción médica y mantener las conductas de salud así como para procurar información, asistencia y aliento durante todo el embarazo y posterior a éste que será determinante en el control adecuado de la paciente embarazada.

El embarazo en la mayoría de los casos no esperado de una adolescente que es parte integrante del núcleo familiar, producirá cambios en su funcionalidad, alterando la homeostasis familiar con una serie de trastornos y manifestaciones de orden físico y psicosocial que conduce a una incapacidad de la familia de enfrentar o superar cada una de las etapas del ciclo vital, así como la crisis por las que atraviesa la dinámica familiar, con la insuficiente capacidad para responder a un evento crítico, esto es la Disfunción Familiar.

A todo lo largo del ciclo vital familiar los acontecimientos que actúan afectando la Homeostasis Familiar como la presencia del embarazo en adolescentes exige mecanismos de adaptación para su recuperación en función del desequilibrio que se presenta en el sistema familiar obligándola a readaptar su homeostasis. Ante el diagnóstico de embarazo el sistema familiar sufre modificaciones en sus hábitos y el modo de vida de sus integrantes, movilizándolo sus mecanismos de cohesión y adaptabilidad con una serie de respuestas donde todos sus miembros se adaptan al cambio de situación, adoptando nuevas normas y papeles.

El médico familiar juega un papel importante al abordar y reconocer la influencia del evento en el paciente y su familia en el control del embarazo, parto y puerperio, como pieza clave para mantener el equilibrio familiar en sus ámbitos biológico, psicológico y social. (2,6,7)

El médico familiar es responsable de proporcionar una atención integral y continua desde el punto de vista biopsicosocial, debe reconocer la influencia de los factores familiares que inciden o influyen en forma directa en el control de la paciente embarazada. (3,6,7,8).

La disfunción familiar se presenta por la falta de alternativas en el sentido de apoyo a la paciente adolescente embarazada que conduce a un descontrol del embarazo dándonos cuenta de la importancia que representa la familia en el control del embarazo.

Estudios realizados han identificado la asociación que existe entre la disfunción familiar y el grado de control de la paciente embarazada concluyendo que la disfunción familiar esta asociada con mayor frecuencia en el descontrol del embarazo.

Entre las pruebas para valorar la Funcionalidad Familiar, existe específicamente la que mide el riesgo de disfunción familiar a través del grado de cohesión y adaptabilidad de las familias ante un evento como el embarazo en una mujer adolescente, que nos permite ver la necesidad de una mayor atención integral al ámbito familiar, con la posibilidad de incluir algún elemento más dentro del equipo de salud como un psicólogo o un especialista en terapia familiar.

Una de estas pruebas y con mayor representatividad por ser ampliamente usada en la Escala de Evaluación Familiar en el campo de la terapia de pareja de familia, el modelo de sistemas maritales y familiares desarrollado por David H Olson y col., que consiste en un instrumento de evaluación denominado FACES III (Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III), Versión en español de Gómez C. Irigoyen C. concebido con la finalidad de facilitar en enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias, integrado por tres dimensiones de funcionalidad familiar.⁽¹⁻⁴⁾ Pero FACES III no mide directamente la funcionalidad familiar, si no solamente el grado de dos de estas dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad); la comunicación es la tercera dimensión del modelo y se evalúa mediante el instrumento denominado ENRICH.

- **ADAPTABILIDAD:** habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

- **COHESIÓN:** grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre si; 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.

Esta escala evalúa y describe el ambiente interno de la familia, por medio de 20 reactivos que valoran la cohesión (vinculación emocional) y adaptabilidad (flexibilidad) familiar destinando las preguntas nones para la cohesión y la preguntas pares para la adaptabilidad; cada ítems o reactivo se le da una puntuación del 1 al 5 y sus resultados numéricos en valor de amplitud se cotejan con la calificación asignada para cada tipo de familia en cada una de las dimensiones estudiadas cohesión: no relacionada, semirrelacionada, relacionada y aglutinada, adaptabilidad: rígida, estructurada, flexible y caótica, permitiendo identificar el riesgo al que está expuesto el núcleo familiar.(cuadro 1a y 1b).

Cuadro No 1a: Valor de amplitud para la Cohesión.- es igual a la suma de los porcentajes obtenidos en los ítems nones.

Cohesión	Amplitud de clase
No relacionada	10-34
Semirrelacionada	35-40
Relacionada	41-45
Aglutinada	46-50

Cuadro No 1b: Valor de amplitud para la Adaptabilidad.- es igual a la suma de los porcentajes obtenidos en los ítems pares.

Adaptabilidad	Amplitud de clase
Rígida	10-19
Estructurada	20-24
Flexible	25-28
Caótica	29-50

Valores intermedio de la cohesión y adaptabilidad nos determinan una Familia de función Balanceada. (Sin riesgo).

Valores extremos de la cohesión y adaptabilidad nos determinan una Familia en Función Extrema. (Riesgo de disfunción).

Valores combinados extremos con intermedios de la cohesión y la adaptabilidad nos determinan una Familia de función Intermedia (Riesgo moderado).

Al conocer el tipo de familia mediante el puntaje obtenido del FACES III y al combinarlos en forma de coordenadas, ha propiciado la clasificación de las familias en tres grupos: 4 centrales: flexible-semirrelacionada, flexible-relacionada, estructurada-semirrelacionada y estructurada-relacionada, 8 intermedias: caótica-semirrelacionada, caótica-relacionada, flexible no relacionada, flexible aglutinada, estructurada-no relacionada, estructurada-aglutinada, rígida-semirrelacionada y rígida relacionada y 4 extremas: caótica no relacionada, caótica-aglutinada, rígida no relacionada y rígida-aglutinada (cuadro 2).

Esta relación entre cada tipo de familia valora por el modelo teórico, conocido como el Modelo Circunflejo de Olson que clasifica a las familias en tres categorías: balanceadas, rangos medios y extremos, donde las familias de rango medio y extremas son aquellas con mayor riesgo de disfunción familiar (Cuadro No. 1 y Cuadro No. 2).

Cuadro No 2 Clasificación de las Familias según el FACES III

Modelo Circunflejo de Olson para determinar los 16 tipos de familias y su clasificación.

ADAPTABILIDAD	NO RELACIONADA	SEMIRRELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA
Caótica	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
Flexible	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
Estructurada	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada
Rígida	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presencia de embarazo en adolescentes es un problema Social y de Salud Pública en donde inciden factores tanto de la propia adolescente como de la familia y el contexto en donde se desarrolla.

Entre los factores propios de la Adolescente se encuentran (tempranos contactos sexuales, uso y abuso temprano de alcohol y otras drogas, carencia de un grupo de apoyo, deserción escolar, haber sido víctima de un ataque o abuso sexual); de la familia de origen (madres solteras, madres que trabajan, padres divorciados, mala comunicación con los padres e hijos solos); este tipo de familias es más frecuente que tengan alteración en la cohesión y adaptabilidad, situación que se da a falta de un diálogo abierto, honesto que impide la buena comunicación y relación de familia y Sociales (vivir en comunidades donde los embarazos tempranos son comunes, y considerarlo como una norma más que una causa, crecer en medios empobrecidos).

Estos factores inciden en los embarazos tempranos donde su impacto lleva a modificar la cohesión y adaptabilidad familiar que de acuerdo a los recursos de cada familia conducirá o no a poner en riesgo su función familiar.

Surge la pregunta de investigación:

¿Cual es el grado de cohesión y adaptabilidad de las familias de origen en las adolescentes embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 222?

JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescencia es uno de los problemas que mayormente preocupa a la Salud Pública en México debido a su alto índice de repercusiones tanto social, económica y psicológicamente que pone en riesgo la homeostasis de las familias.

Los adolescentes forman una parte importante de la población Mundial alrededor del 20 al 25% de la población total de muchos países, lo cual equivaldría a la existencia de 1.200 a 1.500 millones de adolescentes, cabe señalar que más de la mitad son del sexo femenino; en México y el Caribe el grupo de adolescentes se estima alrededor de 160 millones los cuales son responsables del 20% de los nacimientos ocurridos cada año en esta región del mundo, lo que es muy preocupante por la repercusión que esto conlleva para los padres jóvenes y sus hijos desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

En nuestro país el embarazo en mujeres adolescentes es del 34% y en el IMSS se registran aproximadamente 30.000 embarazos al año. En la UMF 222 de Toluca, se atiende una población de 6000 mujeres adolescentes de 10 a 19 años, de las cuales actualmente se encuentra un total de 105 embarazadas y 66 son adolescentes.

El embarazo en las adolescentes compromete a todo un grupo interdisciplinario de profesionales que en conjunto trabajan con la finalidad de prevenir y controlar el embarazo y sus posibles complicaciones.

Uno de estos componentes y pilar de la Promoción de la Salud es el Médico Familiar, quien otorga una atención primaria integral y continua a la paciente embarazada y su familia y que a través de programas de educación y promoción de salud, logra llevar un buen control durante todo su embarazo.

Al explorar el núcleo familiar, se puede conocer los recursos familiares con que cuenta la adolescente para enfrentar el embarazo, ya que la Cohesión y Adaptabilidad Familiar se podrá ver alterada como parte de la respuesta al enfrentarse uno de sus integrantes ante una crisis paranormativa.

Una de las funciones de la familia es el apoyo que contribuya a la superación de la crisis familiar que se desencadena como resultado del impacto que produce el embarazo no esperado, independientemente de la etapa del ciclo vital en que se encuentre.

La dinámica familiar de la familia de origen determina los estilos de afrontamiento ante la crisis, y esto favorece el control satisfactorio del embarazo.

Por tal motivo es necesario identificar el grado de riesgo para la disfunción familiar de la familia de origen de la embarazada adolescente que le permita al médico familiar realizar un diagnóstico oportuno y establecer orientación psicoterapéutica familiar.

Aunado a esto, establecer procesos educativos tendientes a proporcionar a la población la información válida y adecuada para prevenir los embarazos en mujeres adolescentes.

hipótesis de investigación:

No necesaria por ser un estudio descriptivo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de cohesión y adaptabilidad de las familias de origen de las adolescentes embarazadas en la U.M.F. No. 222.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.-Identificar el rango de edad de las adolescentes embarazadas.
- 2.-Identificar el nivel de escolaridad de las adolescentes embarazadas.
- 3.-Clasificar el grado de cohesión y adaptabilidad de las familias de origen de pacientes adolescentes embarazadas.
- 4.-Establecer la aceptación ante un embarazo no planeado de las familias de origen en pacientes adolescentes embarazadas.
- 5.-Establecer el grado de cohesión de las familias de origen de las adolescentes embarazadas.

DISEÑO DE ESTUDIO

- ❖ Observacional

TIPO DE ESTUDIO

- ❖ Descriptivo
- ❖ Transversal
- ❖ Prospectivo

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Se estudiará al total de adolescentes embarazadas que se encuentren al momento del estudio en control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 222 Toluca, México que acudan a su consulta entre el 16 de junio al 15 de julio de 2009.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estudiarán al total de adolescentes embarazadas que acudan del 16 de junio al 15 de julio de 2009

TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

A) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Adolescentes embarazadas
2. De 10 a 19 años de edad
3. Que vivan con su familia de origen
4. En cualquier trimestre del embarazo
5. Cualquier ocupación
6. Que sean derecho habientes del IMSS
7. Que sepan leer y escribir

B) CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

1. Adolescentes embarazadas que no acepten participar
2. Pérdida del feto o producto
3. Hospitalización de la Paciente

C) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. No acudan a su entrevista programada
2. Doble respuesta en el instrumento de medición
3. Pacientes que no contestaron en forma completa la escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar

Procedimiento (metodología)

Se solicitará al médico familiar que envíe a la trabajadora social de cada turno a las adolescentes embarazadas que acudan a consulta externa en la UMF 222 de Toluca, Méx., del 16 de junio al 15 de julio del 2009, quien otorgará cita con el investigador los días lunes de 9.00 a 13.00 p.m.

El investigador a través de una entrevista directa solicitará el Consentimiento informado para la participación de la adolescente embarazada. Posteriormente a través de una entrevista directa, orienta la auto aplicación dirigida del Instrumento de Medición Faces III.

Metodología descripción general del estudio

Instrumento de medición

1.- Una vez firmado el consentimiento informado se aplicará la escala de evaluación de Adaptabilidad y Cohesión familiar FACES III de Olson DH Porner J, Lavee Y (versión en español de Gómez C Irigoyen).

Ha sido validado en población mexicana. Es de fácil aplicación interpretación tiene un alto índice de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento de excelentes perspectivas de aplicación tanto en la práctica clínica como en proyectos, Faces III evalúa a través de 20 reactivos la cohesión y adaptabilidad familiar.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR

FACES III

Olson DH, Portner J. Lavee Y .

Versión en español Gómez C. Irigoyen C.

CALIFICACIÓN

1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 ALGUNAS VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
------------	-----------------	--------------------	-------------------	--------------

DESCRIBA A SU FAMILIA:

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

2.-ITEMS

Cuenta con una escala que incluye 5 opciones, cada una con un valor apreciativo de 1 a 5.

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

3.- Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (de 1 a 5), considerando cada aseveración con relación a su familia. Se debe contestar en cuestionario en cuanto la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona en forma habitual, no de manera en que piensa se debería reaccionar. El investigador se abstendrá de dar lectura al cuestionario permitiendo que la persona entrevistada lo haga por si misma. No obstante podrá aclarar las dudas que surjan con relación al significado de palabras o aseveraciones, evitando sugerir respuestas.

4.-Como se califica

Faces III evalúa a través de 20 reactivos la cohesión y adaptabilidad familiar. Para ello se destinan las preguntas nones para la Cohesión y las preguntas pares para la Adaptabilidad, este instrumento para su mejor interpretación se coteja en sus resultados numéricos del Sistema Circunflejo de Olson, el cual clasifica a las familias según su cohesión en: No relacionada con un valor entre 10 a 34, Semirrelacionada con un valor entre 35 y 40, Relacionada entre 41 y 45 y Aglutinada entre 46 y 50 puntos y según la Adaptabilidad en Rígida con un valor entre 10 y 19 puntos, Estructurada entre 20 y 24, Flexible entre 25 y 28 puntos y Caótica entre 29 y 50 puntos, de esta combinación resultan 16 tipos de familias al conjugar a cada una de las familias según su cohesión y su vegetabilidad a manera de coordenadas, se clasifican en : balanceadas con cohesión de 35 a 45, Adaptabilidad de 20 a 28; de rango medio con cohesión <34>46 y inadaptabilidad de 20 28; adaptabilidad <19>29 y cohesión de 35 a 45 y extremas con cohesión <34>46, adaptabilidad <19>29 según la Escala de Evaluación FACES III y el Modelo Circunflejo de Olson.

Calificación:

La calificación se obtiene para cada dimensión:

COHESIÓN es igual a la suma de los porcentajes obtenidos en los ítems nones

ADAPTABILIDAD la suma de los ítems pares

Una vez hecha la suma correspondiente a las 2 dimensiones, se buscan las calificaciones en cada una de las amplitudes de clase:

Calificación de cohesión del FACES III

Cohesión	Amplitud de clase
No relacionada	10-34
Semirrelacionada	35-40
Relacionada	41-45
Aglutinada	46-50

Calificación de adaptabilidad del FACES III

Adaptabilidad	Amplitud de clase
Rígida	10 a 19
Estructurada	20 a 24
Flexible	25 a 28
Caótica	29 a 50

Con ambos puntajes se clasificará a la familia con relación al esquema del modelo circunflejo.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Grado de Adaptabilidad y Cohesión de las familias de origen de las adolescentes embarazadas en la U.M.F. No. 222.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPT	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
COHESION	Grado de vinculación emocional que tienen los sistemas familiares entre si; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia	Calificación obtenida en el FACES III No relacionada 10 a 34 Semirrelacionada 35 a 40	NOMINAL	CUALITATIVA
ADAPTABILIDAD	Habilidad de un sistema familiares para cambiar su estructura de poder, sus roles y su reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo	Grado alcanzado por la adolescente al momento del estudio, Primaria, Primaria incompleta, Secundaria, Secundaria incompleta, Preparatoria, Preparatoria incompleta, Nivel tecnico	NOMINAL	CUALITATIVA
OCUPACIÓN	Actividad o Trabajo que desempeña la adolescente en un determinado tiempo.	Actividad laboral que desempeña la adolescente Ama de casa, Estudiante, Empleada, Otro	NOMINAL	CUALITATIVA
EDAD	Tiempo de existencia desde el nacimiento.	Calificación Obtenida en el FASES III No relacionada 10 a 34 Semirrelacionada 35 a 40 Relacionada 41 a 45 Aglutinada 46 a 50	DISCRETA	CUANTITATIVA
ESCOLARIDAD	Grado alcanzado por la adolescente al momento del estudio.	Calificación Obtenida en el FACES III Rígida 10 a 19 Flexible 25 a 28 Caótica 29 a 50 Estructurada 20a 24	NOMINAL	CUALITATIVA

CONSIDERACIONES ÉTICAS

1.-Se realizó en base a la “Declaración de Helsinki” promulgada por la asociación Médica Mundial de Finlandia en junio de 1964 y enmendada por la Asamblea General de la AMM en Tokio, Japón en el 2004.

2.-Se solicitó el consentimiento informado de cada uno de los pacientes, explicando el propósito del estudio y asegurando el anonimato de sus respuestas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil IMSS. 2005:-6-8.
- 2.- Dunlop. MD. Kink, J: Embarazo en Adolescentes Clin. Pediatr NA. 1980; p 142-143.
- 3.-Schuster MA. .Bell RM. Petersón LP. And Kanouse De Comunicación Betwen Adolescents and Physicians About Sexual Dehavior and Risk Preventión.Arch Pediatric Adolescentes Med 1996 ; p-150-152
- 4.- Programa de Actualización Continua en Medicina 1999.2001. p-16-1-8.
- 5.- J. Roberto A. A. Ginecología y Obstetricia Aplicadas Ed. Manual Moderno 2003 p-569-570.
- 6.-Conger, J. Adolescencia: generación Apasionada México DF. Ed. Harper D. Row Latinoamericana, 1980 p 52-65.
- 7.- Patton D, Kolasa K, West S. and Irons TG. Sexual Abstinence Counseling of Adolescents by Physicians Adolecent. 1995.p-30-36.
- 8.- Huerta G. J. La Familia en el proceso Salud-Enfermedad. México. Ed. Alfil. 2005: 98-99-100-1001
- 9.- Sanz MR, Nájera MM, Nava ZHA, et al, Crecimiento y Desarrollo, Etapa Adolescente. En: E. Martínez R. y Novoa J. La Salud del Niño y del Adolescente. Ed. Salvat México, D.F. 1981; 1491-1501.
- 10.- Mazon R.J. Et. La Investigación en Medicina Familiar, Limitaciones y Alternativas. Revista Médica IMSS, 1993, p-2-23-26.
- 11.-Fernández O. M. El Impacto de la Enfermedad en la Familia . Atención Familiar. UNAM. México 2002p.7-10.
- 12.- Álvarez J.L. Sánchez, D. Delfín, F: Sexoterapia Integral México DF. Ed. Manual Moderno, 1986. p-10-17.
- 13.- Masters, W. Jonson, V., Kolomdy R.: tratado de Medicina Sexual. Barcelona, España, Ed. Salvat, 1985 p, 59-65.
- 14.-Irigoyen CA. La Familia Fundamentos de Medicina Familiar: México. Ed. Medicina Familiar Mexicana 2004. p.3-4.
- 15- Irigoyen C. A. Estructura Familiar. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, Irigoyen C.A. Morales L.H. México.
- 16- Rosenthal SL, Cohen SS, Burklow KA, and Hillard PO. Family Involvent in the Gylogy Care of Adolescents. J. Pediatr Adolescent Gynescol. 1996;9
- 17-Álvarez J.L. Sánchez, D. Delfín, F : Sexoterapia Integral México DF. Ed Manual Moderno, 1986. p-10-17.

- 18.- Programa de Actualización Continua en Medicina 1999.2001. p-16-1-8.
- 19.-Schroeder SA, Krupp MA. Diagnóstico Clínico Y Tratamiento. Ed. Manual Moderno. México. 2000.
- 20- Rosenthal SL, Cohen SS, Burklow KA, and Hillard PO. Family Involved in the Gynecology Care of Adolescents. J. Pediatr Adolescent Gynecol. 1996;9-59-65.
- 21.-Peretti m. LA Educación Sexual. Ed. Herder. Barcelona 1975 p.18-20
- 21.-Colegio Mexicano de Medicina Familiar. La Familia como Unidad de Estudio. Colegio de Medicina Familiar. PAC Medicina Familiar 1 Ed. Intersistemas.1999. p. 15-18, 24-27.
- 22.- Conceptos Básicos para El estudio de la Familia. Archivos en Medicina Familiar Vol. 7 Supl. 1 2005. p. 18-19.
- 23.-.Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. AMM,

ANEXO No.1
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de Investigación
Titulado:

“Grado de Cohesión y Adaptabilidad Familiar en Adolescentes Embarazadas
Adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 222 Toluca, México”

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud CLIS 1505 _____

Objetivo del estudio:
Evaluar la funcionalidad familiar en pacientes adolescentes embarazadas.

Informándome, que mi participación consistirá en responder una serie de preguntas formuladas en la
Encuesta validada de Funcionalidad Familiar “FACES III”.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y
Beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:
Promover programas de capacitación para mejorar la Funcionalidad Familiar en pacientes
adolescentes
Embarazadas.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier
duda
Que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o
cualquier
Otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en mi caso de que el proyecto
modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar
información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso
para mi tratamiento).

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

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

Nombre y Firma del Paciente _____

ANEXO No.2

ESCALA DE EVALUACIÓN DE ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR

FACES III

Olson DH, Portner J. Lavee Y .
Versión en español Gómez C. Irigoyen C.

CALIFICACIÓN

1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 ALGUNAS VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
------------	-----------------	--------------------	-------------------	--------------

DESCRIBA A SU FAMILIA:

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