

11226
2



IMSS

**INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL**

**SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DELEGACION 3 SUROESTE**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA/U.M.F. NO. 8
"SAN ANGEL"**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE POSGRADO**

**"DISFUNCION FAMILIAR Y EMBARAZO
EN ADOLESCENTES"**

270239

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
POSGRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A:**

DRA. XOCHITL AGUILAR MOLOTLA



ASESOR:

DR. EDUARDO GONZALEZ MONTOYA

MEXICO. D.F. JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION FEBRERO 2000



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA
SAN ANGEL**



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

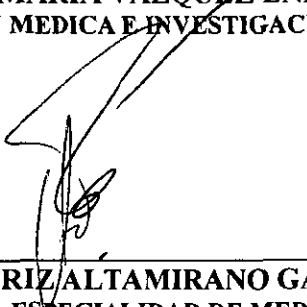
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



DRA. ROSA MARIA VAZQUEZ ENRIQUEZ
JEFATURA DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION HGZ / UMF No. 8.



DRA. BEATRIZ ALTAMIRANO GARCIA
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR HGZ
/ UMF No. 8



DR. EDUARDO GONZALEZ MONTOYA
MEDICO FAMILIAR
ASESOR DE TESIS.



DRA. XOCHITL AGUILAR MOLOTLA.
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR
TESISTA.

AGRADECIMIENTOS.

- Gracias a Dios por haberme permitido la vida, y ya en vida superar las adversidades durante estos tres años de residencia.
- Gracias a mis Padres y mis Hermanos por sus palabras de aliento en los malos tiempos. Especialmente a ti, por tu paciencia, apoyo y amor infinito, pero sobre todo por tu fortaleza y dedicación en los momentos difíciles. Por escucharme, por perdonar mis errores y celebrar mis aciertos. Porque siempre has creído en mi trabajo y me has dado la mano cuando creo desfallecer. Por esto y mucho más: GRACIAS MAMA.
- Gracias a mi familia por confiar en mi y por brindarme un poco de su tiempo cuando fue necesario.
- Gracias Vick por tus desvelos y tu paciencia.
- Con amor especial a la pequeña Gaby (+) y a quien estuvo cerca de ella. Son parte especial de mi vida.
- Gracias a mis compañeros de especialidad, pues a pesar de las crisis vividas logramos cruzar la meta siempre unidos. Los voy a extrañar.
- Agradecimiento especial a los Drs. : Alejandro Ochoa, Roberto Guevara, Andrés Jiménez, Margarita Pérez Molina, José Alfredo Méndez, Beatriz Altamirano y todos los que estuvieron cerca de mí por la confianza depositada, por sus enseñanzas, sus consejos y su invaluable amistad.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL AL DR EDUARDO GONZALEZ MONTOYA,
ASESOR DE TESIS, YA QUE SIN SU AYUDA, SU PACIENCIA Y SU
DISPONIBILIDAD EN TODO MOMENTO, NO HUBIESE SIDO POSIBLE LA
REALIZACION DE ESTE PROYECTO.

QUE DIOS LO BENDIGA.

INDICE

TITULO	1
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	12
DISCUSION	24
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFIA	27

DISFUNCION FAMILIAR

Y

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

RESUMEN

TITULO: Disfunción Familiar y Embarazo en Adolescentes.

AUTOR: Dra. Xochitl Aguilar Molotla.

ASESOR: Dr. Eduardo González Montoya.

OBJETIVO GENERAL: Demostrar que la Disfunción Familiar es la causa determinante en el embarazo de la adolescente.

MATERIAL Y METODO: Se aplicaron encuestas de APGAR y Funciones Familiares en adolescentes embarazadas en la Consulta Externa de Medicina Familiar y el servicio de Enfermera Materno Infantil, en un periodo de Noviembre 1999 a Enero 2000. Es un estudio longitudinal, transversal y descriptivo. Se incluyeron adolescentes embarazadas primigestas entre los 12 y 19 años derechohabientes del HGZ/UMF 8, excluyendo embarazadas mayores de 19 años, secundigestas menores de 19 años, las que no acepten participar en el estudio y no derechohabientes del HGZ/UMF 8. No se incluyeron las pacientes que cambiaron de UMF o causaron baja en el IMSS durante el estudio. El tamaño de la muestra no necesitó ser determinado por el tipo de estudio y el análisis estadístico se realizó con las medidas de tendencia central y mediante asociación binomial.

RESULTADOS: Se aplicaron 73 encuestas (100%) en adolescentes embarazadas: se encontraron 24 casadas (33%) y 49 solteras (49%). Tabla 1. Por grupos de edad de 14 a 16 años 18 (25%) y de 17 a 19 años 55 (75%) Tabla 2.

De acuerdo al APGAR se obtuvo Buena Función en 8 casos (11%), Disfunción Leve 18 casos (25%), Disfunción Moderada 3 casos (4%) y Disfunción Severa 44 casos (60%). Tabla 3

De las respuestas globales sobre cada una de las funciones familiares Socialización: 279 – SI (64%), 159 – NO (36%). Atención. 267 – SI (61%), 179 – NO (39%). Afecto: 236 – SI (65%), 129 – NO (35%). Reproducción : 151 – SI (41%), 214 – NO (59%). Status: 233 – SI (53%), 205 – NO (47%). Tabla 4.

CONCLUSIONES: Predominaron las adolescentes embarazadas casadas, con edades entre 17 y 19 años como grupo mayoritario. La Disfunción Severa fue la que más se presentó, estando la Disfunción Leve en segundo lugar. La Socialización, la Atención y el Afecto tuvieron más respuestas positivas y la Reproducción y el Status fueron negativas alrededor del 50%, considerándose factores importantes para que se presentara la disfunción.

INTRODUCCION

Todas las sociedades han construido modelos culturales para dirigir el ejercicio, tanto de la sexualidad como de la reproducción entre sus individuos.

En México, al igual que el resto del mundo, el embarazo de la adolescente constituye un importante problema de salud, tanto por la mortalidad como por los problemas sociales que genera, de tal manera que se le ubica entre temas tan prioritarios como el SIDA y el aborto.

La palabra adolescencia deriva del latín “adolescere” y significa crecer. El término pubertad, de latín “pubertas” significa edad viril y designa a la primera fase de la adolescencia, cuando se pone de manifiesto la maduración sexual.

El fenómeno de la adolescencia no se ha evidenciado de igual manera en todos los tiempos y culturas. Responde a circunstancias históricas y culturales de las sociedades llamadas occidentales. Antes de nuestro siglo se tendía a prolongar la infancia o a entronizar brutalmente al joven adulto. (3,5).

No se debe olvidar que la cronología del adolescente es dinámica, pues “se estira” hacia ambos extremos. Hacia la infancia, porque la maduración fisiológica tiende a adelantarse como consecuencia de la mejoría en la alimentación y la calidad de vida. Hacia la juventud, como consecuencia del retraso en la inserción sociolaboral en el mundo adulto.

Se deben utilizar grupos etáricos, siguiendo las recomendaciones de los Comités de Expertos de la OMS de 1965 y 1977, que convinieron en denominar adolescencia al periodo comprendido entre los 10 y 19 años; contemplándose una división en 2 fases: la primera entre los 10 y los 14 años y la segunda entre los 15 y los 19 años (5).

Los modelos tradicionales de la conducta sexual adolescente están influidos, en mayor o menor grado, por costumbres y valores culturales, así como factores de orden biológico y socioeconómico. Por ello es importante sistematizar las pautas actuales de la sexualidad y la fecundidad adolescente:

- a. Los países desarrollados se caracterizan por la elevada incidencia del embarazo adolescente indeseado (Estados Unidos), con excepciones como los Países Bajos, donde el ejercicio de la sexualidad adolescente se acompaña de un uso efectivo de la contracepción.
- b. Edad temprana del matrimonio y partos precoces y frecuentes. La actividad sexual premarital es es estigmatizada por profundos tabúes culturales y la fecundidad extramatrimonial virtualmente No existe. La porción de adolescentes que son madres es muy alta. Es típico de países subdesarrollados.
- c. Un tercer modelo aparece en sociedades en transición, donde las oportunidades económicas y de empleo para la mujer están en expansión. Son evidentes las restricciones tradicionales al ejercicio de la sexualidad adolescente, pero no ejercen menor control (4,5).

En los últimos diez a quince años, ha aumentado significativamente la preocupación de diversos sectores sociales en México por el fenómeno del embarazo adolescente, lo cual se ha traducido en políticas y programas de población, de salud, de educación, sociales en los cuales tienden a invertirse recursos humanos y económicos crecientes (2).

La actividad sexual se considera comúnmente como un factor de riesgo psicosocial, ya que entre los adolescentes y jóvenes de las zonas urbanas se asocia la relación sexual temprana con el uso de anticonceptivos poco efectivos, el consumo de tabaco, de alcohol y de marihuana. La incidencia de la actividad sexual en este grupo de población ha tenido un incremento superior al de los tres últimos decenios (3).

Los adolescentes en México representan el 25% de la población total, siendo la mitad mujeres. Entre sus principales problemas de salud destacan los accidentes, la farmacodependencia, el embarazo no deseado y la crianza de los hijos a temprana edad.

El embarazo en adolescentes se acompaña entre otras características de la incapacidad materna para cuidar un hijo y formar una familia e incluye también a las adolescentes con embarazo precoz. Las embarazadas que terminaron su desarrollo físico, presentan complicaciones debido al pobre acceso al servicio médico así como a patrones culturales y sociales que impiden una adecuada integración psicosocial de la madre. Entre ellas se mencionan: deserción escolar, desempleo, bajo ingreso económico, divorcios y mayor número de hijos.

El padre adolescente también se enfrenta a situaciones conflictivas tales como: fracaso escolar, ingresos menores que sus parejas, divorcios, incremento de estrés y trastornos emocionales.

Se menciona en varios estudios que hasta el 20% de los adolescentes presentan trastornos psiquiátricos. En una encuesta realizada en la zona de afluencia de un hospital

materno-infantil, llamo la atención que hasta el 10% de los entrevistados, se encontraron entidades psicosociales tales como: problemas psicológicos, trastornos de la dinámica familiar y problemas de disciplina escolar; factores que han sido considerados como predisponentes del embarazo precoz, delincuencia, farmacodependencia y fracaso escolar.

Estas características también son parte de los adolescentes con “crecimiento tumultuoso” que incluye familias con: problemas conyugales, dependencias excesivas del grupo de sus padres y problemas escolares (1).

Si bien las causas de las disfunciones psicológicas individuales suelen ser múltiples, las de origen familiar o ambiental adquieren especial relevancia en la precipitación y mantenimiento de los problemas comunes de niños y adolescentes.

- Ante la depresión materna y las disfunciones familiares el niño o adolescente pueden resistirse o abandonar su hogar o desarrollar síntomas psicósomáticos para no asistir a la escuela (6).

La familia proporciona la salud y el bienestar básico al individuo y sigue siendo la unidad primaria de la sociedad.

La familia puede considerarse el primer laboratorio de las relaciones humanas. Sus funciones más elementales son dar y conservar la vida y humanizar a sus miembros. Sus métodos han cambiado según las necesidades de los tiempos.

Con el término “salud familiar” nos referimos al funcionamiento de la familia como agente social primario, por lo que su buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad.

Cuando la familia “enferma”, es decir, se hace ineficaz y no puede ejercer sus roles, utilizamos el término de familia disfuncional.

Decimos que una familia es normofuncional cuando 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 o entorno.

Los problemas de adaptación que tiene los familiares se relacionan con sus capacidades para llevar las funciones básicas que la sociedad espera de ellos (7).

Se han desarrollado diversas tipologías, pero por lo menos se pueden especificar cinco funciones de la familia:

1. Socialización

2. Cuidado

3. Afecto
4. Reproducción
5. Estatus y Nivel Socioeconómico

1. Socialización

La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado a una persona totalmente independiente de sus padres, en un individuo autónomo con “independencia” para desarrollarse en la sociedad. Se ha colocado a la madre como el educador primordial con la responsabilidad de socializar a sus hijos, principalmente en los primeros seis años de vida, ya que a partir de ese momento, habrá otras instituciones colaterales encargadas de la socialización de los hijos, como es el caso de la escuela primaria.

2. Cuidado

Esta función es la clave en la vida familiar es la que propiamente permite la preservación de nuestra especie, se identifican cuatro determinantes de ella:

- Alimentación
- Vestido
- Seguridad física
- Apoyo emocional

3. Afecto

Esta actitud hacia nuestro semejantes, se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia; en relación con esa necesidad de recibir afecto y proporcionarlo se determinan en gran medida nuestras relaciones familiares.

4. Reproducción

Llanamente se ha definido a la familia como la institución encargada de “proveer de nuevos miembros a la sociedad”, aun cuando se debe aclarar que esta función va más allá de tal propósito ya que lleva el compromiso de efectuar esta tarea familiar con responsabilidad, en el contexto de lo que se ha dado en llamar actualmente: salud reproductiva.

6. Estatus y Nivel Socioeconómico

Aceptando el concepto de la Familia como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, entenderemos claramente, como el conferir a un miembro de la familia tal ó cual

nivel socioeconómico equivale a transferirle derechos y obligaciones. Por otra parte las exigencias para formar nuevas familias correspondientes al mismo nivel socioeconómico; es una medida de perpetuar los privilegios y logros familiares. El conocimiento de estas funciones de la familia es de gran utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de la familia (8).

APGAR FAMILIAR

El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento de la familia como sistema.

Aunque parece obvio que la familia juega un papel importante como generadora de cierta patología y también como recurso fundamental de soporte, frecuentemente se olvida a realizar su valoración funcional.

Decir que el paciente tiene familia es como decir que el órgano enfermo es parte del individuo. Ambos hechos parecen demasiado obvios para ser discutidos. Sin embargo, por mucho tiempo no se ha recibido el debido reconocimiento a la profesión médica.

En 1978 el Dr. Gabriel Smilkstein diseña el APGAR familiar como herramienta para valoración funcional de la familia. Según lo expresado por el Dr. Smilkstein en comunicación personal, al estar enfrentando en la práctica diaria con familias, él detectó la necesidad de evaluar aspectos que no estaban relacionados y no eran evaluados en la historia clínica tradicional, pero que ejercieron un influencia positiva o negativa en el curso de la situación de salud ó enfermedad que presentaba la persona en la consulta.

El instrumento fue denominado “APGAR Familiar”, porque se consideró que APGAR era, además del apellido de la Dra. Virginia APGAR, una palabra de fácil evocación por parte del médico que significa evaluación rápida, y aplicación simple, que proporciona una idea general del estado global de un recién nacido. De la misma manera al asimilar cada inicial de la palabra con una función de la familia, era posible obtener un panorama grueso de la función de la misma, que permitía realizar anticipación ó intervención.

Estas funciones fueron adaptadas al español, conservando la inicial y el significado de la función. Su denominación es la siguiente:

- Adaptación
- Participación
- Ganancia ó crecimiento
- Afecto
- Recursos

El diseño del APGAR considera principios básicos: es dinámico, es un formulario autoadministrado, de fácil lectura e instrucciones simples, probado y validado en diversas culturas, que requiere un tiempo muy corto para ser completado. Puede ser leído, para que, en el evento de que esta persona sea iletrada, la persona elija cada ítem, presente problemas visuales ó motores que le impidan completarlo por sí misma.

Los parámetros del APGAR 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 esta (9).

JUSTIFICACION

El embarazo no deseado ni planeado se convierte en un problema tanto en el ámbito de la salud como el aspecto social. Cuando éste se presenta en la adolescente es mayor su impacto por las condiciones de inmadurez tanto física como mental, siendo estos factores determinantes para tener un mayor numero de complicaciones.

Se sabe que en una familia disfuncional se encuentran todo tipo de divergencias entre sus integrantes.

Se pretende demostrar si existe o no relación entre Disfunción Familiar y embarazo en adolescentes pero sobre todo si esta Disfunción es la determinante.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Conocer si existe relación entre disfunción familiar y embarazo en adolescentes.

OBJETIVO GENERAL.

Demostrar que la Disfunción Familiar es la causa determinante en el embarazo de la adolescente.

MATERIAL Y METODOS.

Se aplicaron encuestas de APGAR Familiar y sobre Funciones Familiares en adolescentes embarazadas que acuden a control, prenatal en la sala de espera de Consulta Externa de Medicina Familiar y el servicio de Enfermería Materno Infantil del HGZ/UMF 8 IMSS, en un periodo de Noviembre 1999 a Enero 2000.

Es un estudio longitudinal, transversal y descriptivo.

Se incluyeron adolescentes embarazadas entre 12 y 19 años, primigestas, derechohabientes del HGZ/UMF 8.

Se excluyeron pacientes embarazadas mayores de 19 años, secundigestas menores de 19 años. Pacientes embarazadas entre 12 y 19 años que no acepten participar en el estudio o que no sean derechohabientes.

No se incluyeron pacientes que estando en el estudio cambien de UMF o causen baja en el IMSS durante el estudio.

El análisis estadístico se realizará con las medidas de tendencia central y asociación binomial.

RESULTADOS.

Se aplicaron 73 encuestas (100%), en adolescentes embarazadas, encontrándose 24 casadas (33%) y 49 solteras (67%) Tabla 1.

Por grupos de edad, de 14 a 16 años resultaron 18 casos (25%) y de 17 a 19 años 55 casos (75%) Tabla 2.

Del APGAR Familiar y Soporte de Amigos en adolescentes embarazadas encontramos Buena Función 8 casos (11%), Disfunción Leve 18 casos (25%), Disfunción Moderada 3 casos (4%) y Disfunción Severa 44 casos (60%) Tabla 3.

Las respuestas globales sobre cada una de las funciones familiares se observó que 279 (64%) respondieron que SI y 159 (36%) respondió NO en cuanto a la Socialización. En Atención 267 (61%) dijo SI y 171 (39%) dijo NO. Afecto 236 (65%) contestó SI y 129 (35%) contestó NO. Reproducción 151 (41%) respondieron SI y 214 (59%) respondió NO. Status 233 (53%) de las adolescentes dijo SI y 205 (47%) dijo NO Tabla 4.

TABLA I

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	NO.	%
CASADA	24	33
SOLTERA	49	67

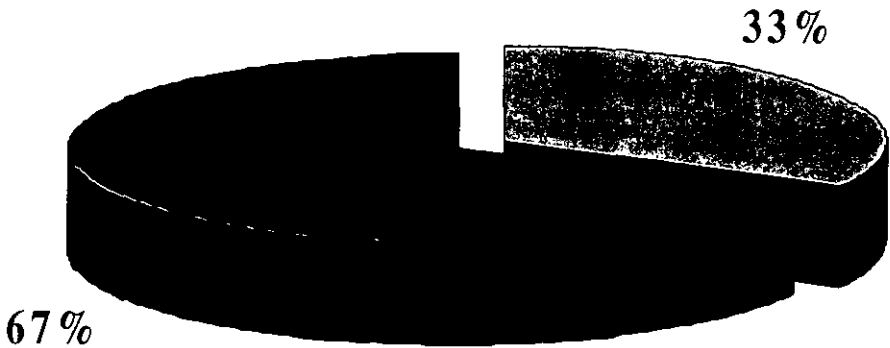


TABLA 2

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD

EDAD	NO.	%
14 - 16	18	25
17 - 19	55	75

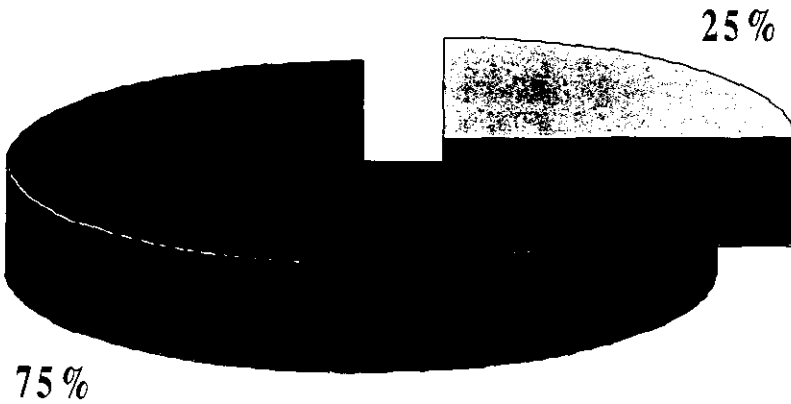


TABLA 3

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SOPORTE DE AMIGOS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

APGAR	NO.	%
BUENA FUNCION	8	11
DISFUNCION LEVE	18	25
DISFUNCION MODERADA	3	4
DISFUNCION SEVERA	44	60

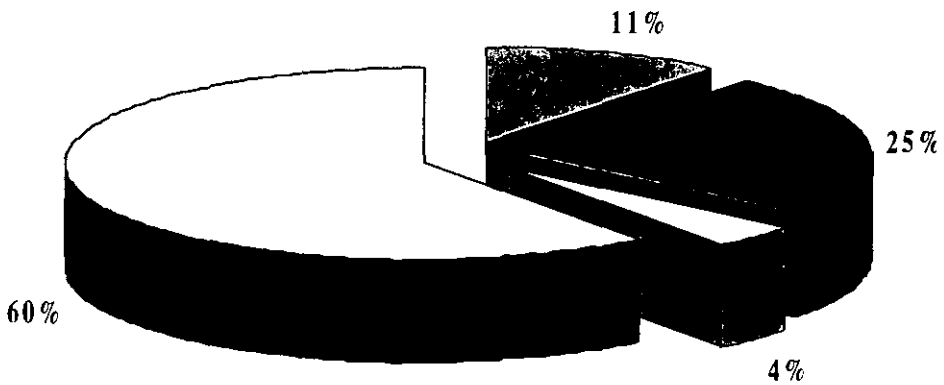
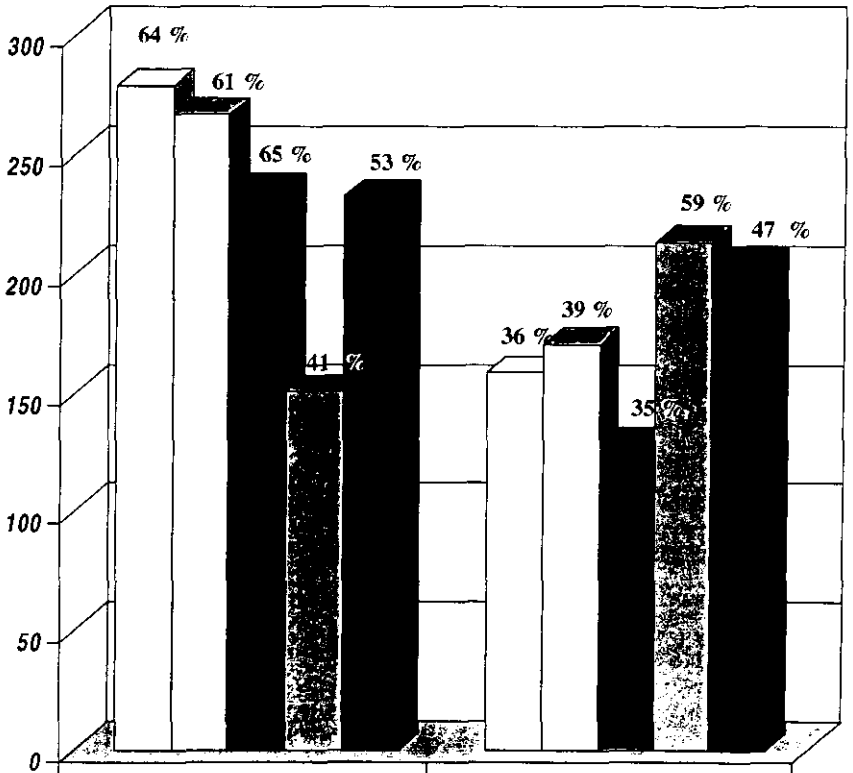


TABLA 4

RESPUESTAS GLOBALES DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS



	SI	NO
□ SOCIALIZACION	279	159
□ ATENCION	267	171
■ APECTO	236	129
□ REPRODUCCION	151	214
■ STATUS	233	205

TABLA 5

FUNCIONALIDAD FAMILIAR (APGAR)

APGAR	NO.	%
BUENA FUNCION	7	10
DISFUNCION LEVE	16	22
DISFUNCION MODERADA	18	25
DISFUNCION SEVERA	32	43

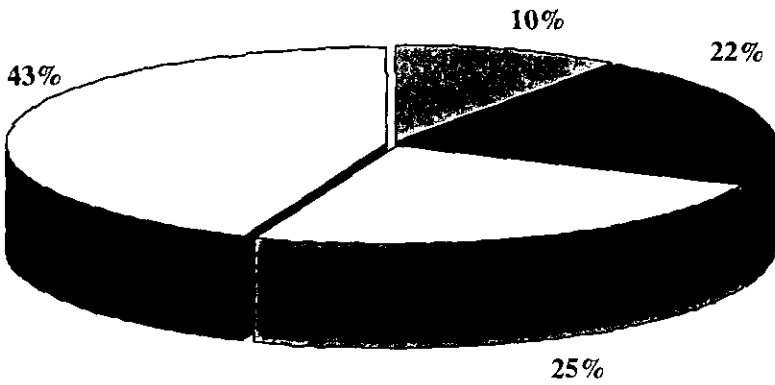


TABLA 6

SOPORTE DE AMIGOS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

SOPORTE	NO.	%
SIEMPRE	9	12
CASI SIEMPRE	21	29
ALGUNAS VECES	16	22
CASI NUNCA O NUNCA	27	37

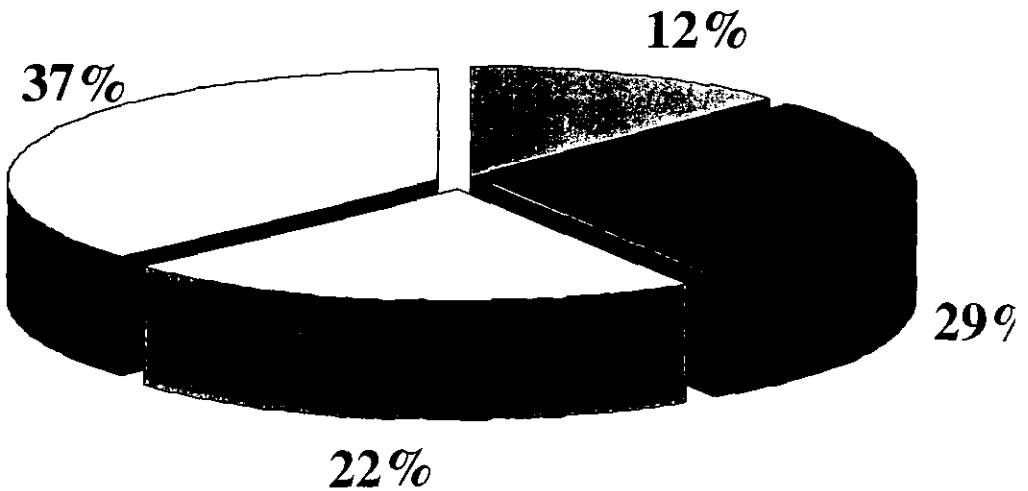
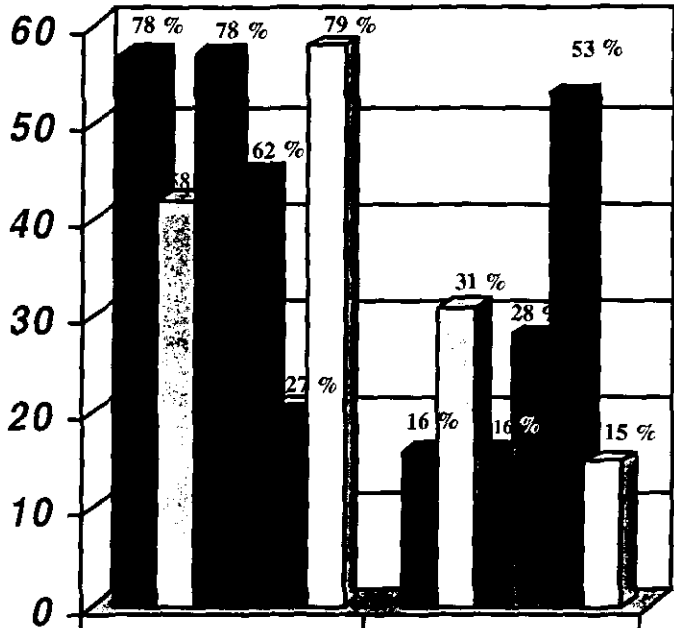


TABLA 7

FUNCIONES FAMILIARES SOCIALIZACION

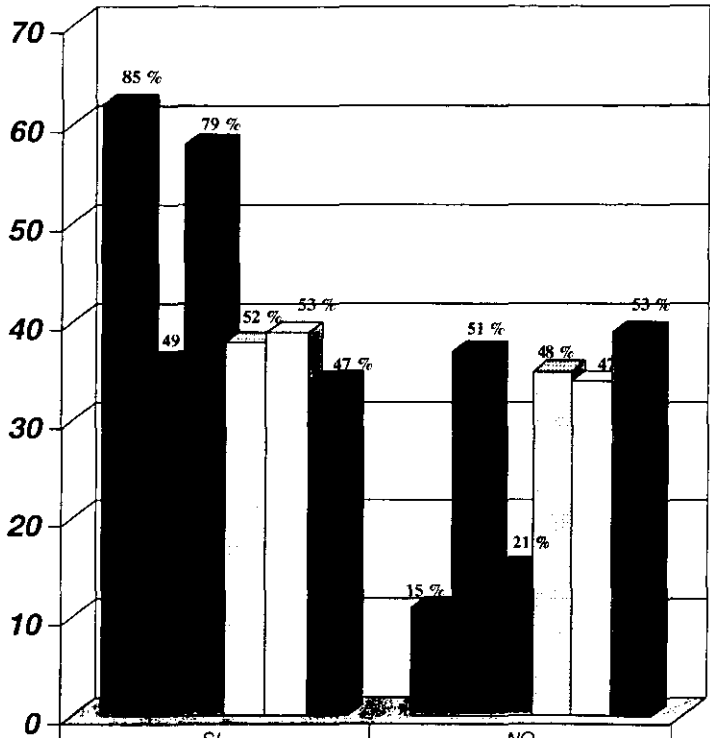


	SI	NO
■ NOVIO ANTES DE 15 AÑOS	57	16
□ AMIGA DE LA PRIMARIA	42	31
■ OBEDECES A PADRES Y PROFESORES	57	16
■ OTRO FAMILIAR SE PREOCUPA POR TI	45	28
■ SOBREPROTECCION	20	53
□ RELACION ARMONIOSA CON HERMANOS	58	15

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 8

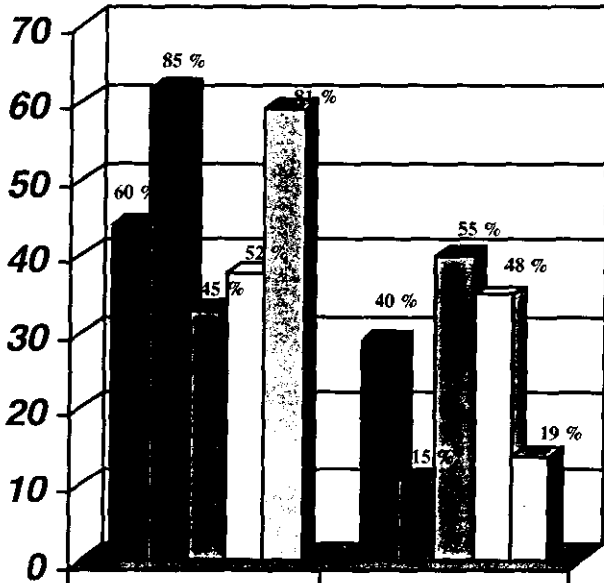
FUNCIONES FAMILIARES ATENCION



	SI	NO
■ TE LLEVAN AL MEDICO	62	11
■ TU MAMA TE ESCUCHA	36	37
■ PREOCUPADOS POR TUS CALIFICACIONES	58	15
□ SOLA AL DENTISTA	38	35
□ EN TU PRIMER MENSTRUACION	39	34
■ RELACIONES SEXUALES Y METODOS ANTICONCEPTIVOS	34	39

TABLA 9

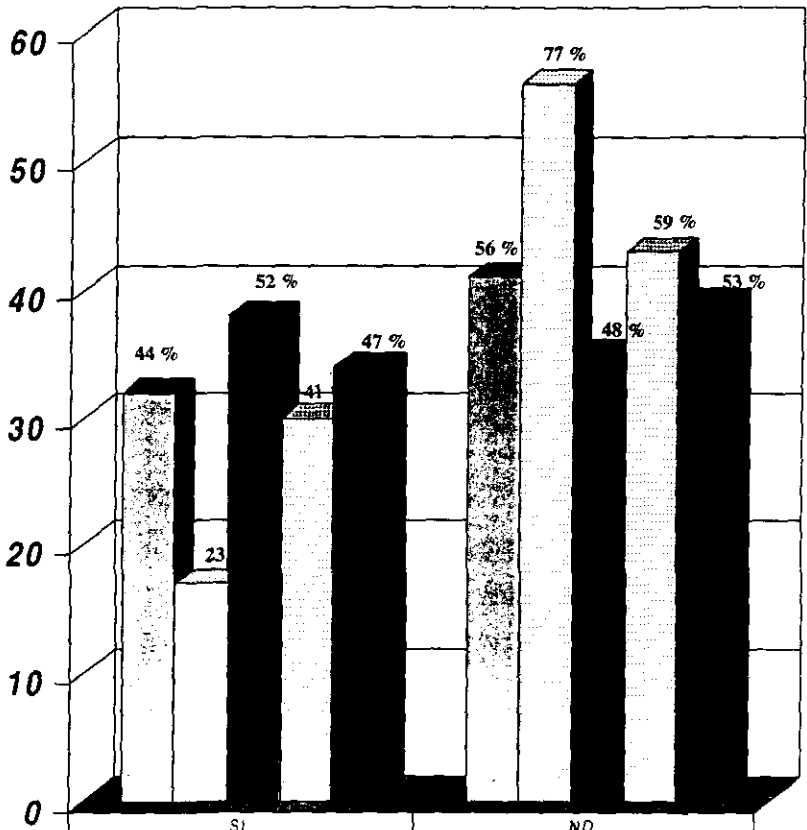
FUNCIONES FAMILIARES AFECTO



	SI	NO
■ PREMIA O CASTIGAN IGUAL	44	29
□ AFECTOS DE OTROS FAMILIARES	62	11
□ TE PERMITEN FIESTAS	33	40
□ MAS DE DOS SEMANAS	38	35
□ AMENAZARON CON CORRERTE	59	14

TABLA 10

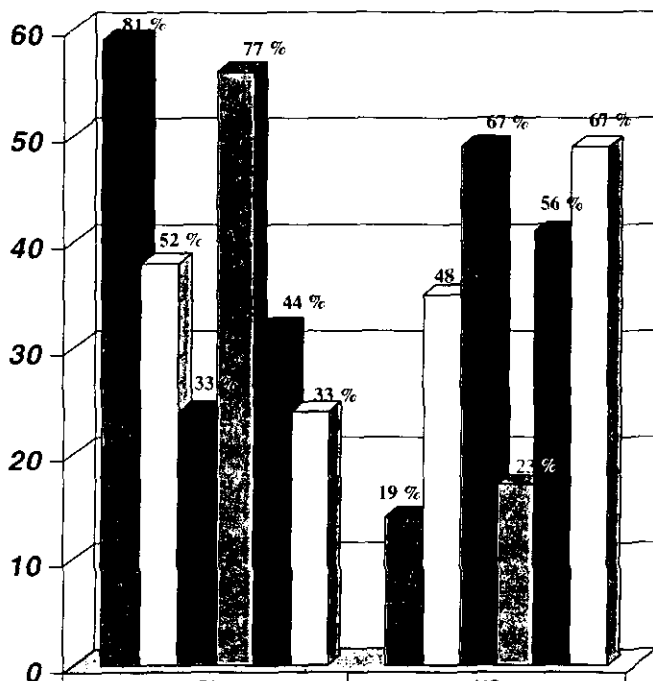
FUNCIONES FAMILIARES REPRODUCCION



	SI	NO
□ TU MAMA EMBARAZADA	32	41
□ PRIMER EMBARAZO DESEADO	17	56
■ PLANERON LOS SIGUIENTE EMBARAZOS	38	35
□ FUE O ES MADRE SOLTERA	30	43
■ OTRA FAMILIAR EMBARAZADA	34	39

TABLA 11

FUNCIONES FAMILIARES STATUS



	SI	NO
■ SOLO PAPA TRABAJA	59	14
□ TE HAN COMPRADO ROPA	38	35
■ HERMANOS QUE TRABAJAN	24	49
□ GASTOS MODIFICADOS	56	17
■ DEJASTE DE ESTUDIAR	32	41
□ FAMILIAR QUE AYUDE ECONOMICAMENTE	24	49

DISCUSION

Se encuentra una proporción significativa de adolescentes embarazadas solteras 49 (67%), en comparación con las casadas 24 (33%), lo que permite ver que del total de la muestra sólo una tercera ha logrado formar una nueva familia; de acuerdo a los resultados de las funciones familiares, hubieron quienes lo hicieron por decisión propia; y otras más por falta de atención o afecto, quizá también porque económicamente en sus hogares era insuficiente el aporte monetario para mantener un embarazo. Se relaciona esto con el APGAR y Soporte de Amigos ya que solo 8 casos (11%) cursaron con buena función familiar.

Las edades que mas frecuentemente se encontraron fueron de 17 a 19 años con un total de 55 (75%) y de 14 a 16 correspondió a 18 (25%) casos. Solo una adolescente de 14 años y 3 de 15 conformaron el porcentaje más bajo, sin embargo se presentaron 14 casos de 16 años, por lo que se considera que fue en la segunda fase de la adolescencia donde se presentaron más embarazos.

Se aplicó el APGAR para valorar funcionalidad familiar integrado con el Soporte de Amigos, el cual según Smilkstein, se percibe como un factor importante para el individuo, correlacionándolo significativamente con la función familiar. Contar con una persona como soporte social y elemento facilitante para enfrentar los tiempos de crisis lo califica como fundamental.(9).

Asociando los resultados de APGAR y Soporte de Amigos en las adolescentes embarazadas se encuentra franca relación entre ambos. Mientras más disfuncional, menos soporte.

Integrándose en una sola tabla (Tabla 3) se demuestra la vinculación entre las 2 primeras evaluaciones de funcionalidad (Buena Función y Disfunción Leve), por lo tanto se propone que un porcentaje de las adolescentes con esta funcionalidad, sean las que integren una proporción de las que están casadas, perteneciendo a un tercio de la población estudiada.

La Socialización y la Atención juegan un papel importante, pues el tener un amigo cercano para buscar ayuda, habla de que la familia ha cumplido con esas funciones, pues se le ha considerado como la socializadora primordial y en cuanto a la Atención se señala un aspecto sobresaliente como lo es el apoyo emocional entre otros. (8). De acuerdo a lo obtenido para la Socialización las cifras orientan a que 2 terceras partes tuvieron respuestas positivas, sin embargo para la Atención no es la misma proporción ya que la mamá de las jóvenes no se interesaron lo suficiente en los cambios físicos y emocionales propios de la adolescencia contribuyendo a que buscaran el soporte de amigos.

El Afecto por su parte, se ha identificado como objeto de transacción dentro de la familia en cuanto a la necesidad de recibir y proporcionarlo, determinando en gran medida nuestras relaciones intra y extrafamiliares (8). Los resultados dan cuenta de los afectos

recibidos por otros familiares y por la falta de atención; las amenazas se encuentran con un 81%.

Se nota en la mitad de la muestra la restricción para salir con amigos a fiestas y la mala comunicación hacia los padres teniendo más de dos semanas sin platicar de su novio.

La Reproducción refleja el compromiso de la responsabilidad (8), sin embargo, las progenitoras en un 44% se embarazaron siendo adolescentes y un 23% de los embarazos no fue deseado y/o planeado. Un 30% fue o es madre soltera y un 34% de las entrevistadas dijo que tenían una familiar adolescente embarazada..

Esto concluye que las cifras no confirman el compromiso referido, y por los puntos 1, 2 y 4 de la tabla 8 probablemente la madre provenga de una familia disfuncional; que tal vez a ella también le amenazaron con correrla de casa y no se le permitían ciertas libertades. Por lo que también se supone que la comunicación fue escasa.

El Status se describe como el conferir a cada uno de los integrantes de la familia un nivel socioeconómico, así como transferirle derechos y obligaciones. Al formar una nueva familia del mismo nivel socioeconómico se considera una medida de perpetuar los privilegios y logros familiares (8).

Encontramos en esta función que en 81% sólo trabaja el padre, lo cual evidencia que un 33% de los hermanos han tenido que trabajar, modificándose los gastos en un 77% y un 32% de las adolescentes dejó de estudiar para trabajar. Sólo un 33% tiene un familiar que le apoye económicamente.

La definición de Status no se cubre al 100% en esta encuesta, pues un embarazo ha afectado la economía, modificando los gastos y teniendo que trabajar otros integrantes de la familia e incluso recibir ayuda de terceras personas. El nivel socioeconómico no se logró perpetuar.

Cabe señalar que la falta de solvencia económica en casa de estas adolescentes, sea un factor que determine también la disfunción familiar en algún grado.

CONCLUSIONES.

1. Predominan las adolescentes embarazadas casadas.
2. Las edades entre 17 a 19 años fueron más frecuentes.
3. Se presenta con más casos la Disfunción Severa y en segundo término la Disfunción Leve.
4. La Socialización, la Atención y el Afecto con más respuestas afirmativas, la Reproducción y el Status se correlacionan entre sí por los casos de respuestas negativas y la influencia que tuvieron para los casos de Disfunción Severa y Leve.
5. Se concluye que efectivamente la Disfunción Familiar es de gran importancia sobre el embarazo en las adolescentes, sin embargo no se considera causa determinante.

BIBLIOGRAFIA.

1. Fernández PF. **Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz.** Bol Med Hosp Infant Mex 1996; 53: 84-88.
2. Ster C. **El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica.** Salud Pública de México 1977; 39: 137-143.
3. García BJ, Figueroa PJ. Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México. Salud Pública de México 1993; 35: 682-691.
4. Saucedo GJ. **Normalidad y psicopatología en la adolescencia.** Rev Mex Pediatr 1994; 61: 153-157
5. Couceiro VA. **Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. Consideraciones históricas y éticas.** Rev Esp Pediatr 1997; 53: 162-173.
6. Saucedo GJ. Lineamientos para evaluar la vida en familia. Rev Med IMSS (Mex) 1995; 33: 249-256.
7. Cisneros MA. **Disfunción Familiar en hijo asmático.** Tesis de posgrado 1997.
8. Irigoyen A. **Funciones de la Familia.** Fundamentos de Medicina Familiar. 5a De. Editorial Medicina Familiar Mexicana 1998: 33-38.
9. Smilkstein G. **The family appgar a proposal for a family function test and its use by physicians.** J Fam Pract 1978; 6: 1231-1239.