



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA MUJER
ADOLESCENTE EMBARAZADA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

“Consejería en Salud Reproductiva de Adolescente Embarazada y su Influencia de control de riesgos en un Hospital de la Ciudad de México: un estudio de intervención”

PAPIIT IN307811-3 Comité de Investigación ENEO-UNAM 054

PRESENTA:

FIGUEROA TORIZ ALMA VIANEY

No. DE CUENTA 302302419

DIRECTOR DE TESIS

MTRO. HUGO TAPIA MARTÍNEZ.



Noviembre 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme cobijo, brindarme conocimiento, grandes amistades y sin número de vivencias que dejan huella. A su vez a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por acogerme y ofrecerme la oportunidad de adquirir las herramientas necesarias para mi formación académica.

Al proyecto de Investigación: "Consejería en Salud Reproductiva de Adolescente Embarazada y su Influencia de control de riesgos en un Hospital de la Ciudad de México: un estudio de intervención" PAPIIT IN307811-3 Comité de Investigación ENEO-UNAM 054

A la M.C.E Araceli Jiménez Mendoza por brindarme la oportunidad de conformar parte del equipo de investigación, mostrarme el amor y dedicación a la Enfermería.

A todos y cada uno de los Profesores de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, que son parte de mi formación académica. Gracias por sus enseñanzas, tiempo y dedicación.

A mi asesor de Tesis M.C.E Hugo Tapia Martínez por su apoyo y confianza para emprender este proyecto y no perder la fe en mí. Por permitirme formar parte de su equipo de investigación y compartir sus conocimientos; y sobre todo por ser un ejemplo a seguir por su dedicación, esfuerzo y entrega hacia el crecimiento de la Enfermería. ¡Gracias!

DEDICATORIAS

A mi Madre, parte fundamental en mi vida. Gracias por tu infinito amor, por tu ejemplo de entrega y dedicación que día a día me muestras, por la guía, el apoyo, la amistad y confianza que me has dado durante toda mi vida. Gracias por ser mi Madre sin ti no hubiera llegado hasta aquí. Esta tesis también lleva tu nombre Te amo Rufis.

A Javier mi hermano por el apoyo que me brinda y estar conmigo en cada momento.

A mis Tíos (as). Por estar a mi lado en mi formación y motivarme a seguir adelante y confiar en mí. Gracias Felipa, Guillermina, Hilaria, Adrian, Juventino (+) y Reyna. Los quiero mucho

A mis amigos (as). Gracias por compartir conmigo las risas, reuniones y platicas que aminoraron las clases, tareas, trabajos finales, etc. Por estar conmigo y motivarme a seguir adelante en los momentos difíciles. Los quiero mucho

A Axel, ese pedacito de ser que llena todos los días de mi vida con tan solo una sonrisa. Por ser parte inspiradora para seguir adelante y ser una mejor persona cada día. Hijo eres lo más hermoso que la vida me pudo dar. Te amo

A mi abuelita, una hermosa persona que me brinda fortaleza y apoyo. Te amo Mamá Chefe

A mis primos (as). Por todos los momentos compartidos y el apoyo que me han brindado los quiero mucho.

A Johana y Penélope por hacerme parte de su vida e impulsarme a seguir adelante y no rendirme, a ver el lado bueno de la vida. Las Adoro

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	4
1.1 Pregunta de Investigación	6
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. OBJETIVOS	
3.1 Objetivo General	9
3.2 Objetivos Específicos	9
4. MARCO TEORICO	
4.1 ADOLESCENCIA	10
4.1.1 La adolescencia temprana	10
4.1.2 La adolescencia tardía	13
4.2 TEORÍAS SOBRE LA ADOLESCENCIA	14
4.2.1 Teoría del campo de las ciencias sociales	15
4.2.2 Teoría fisiológica	16
4.2.3 Teoría psicoanalítica	17
4.2.4 Teoría Cognitiva	18
4.2.5 Teoría del aprendizaje social	19
4.3 CAMBIOS EN EL ADOLESCENTE	20
4.3.1 Cambios físicos	21
4.3.2 Cambios sociales	23
4.3.3 Cambios en la Sexualidad	23
4.4 COMPORTAMIENTO DEL ADOLESCENTE	24
4.5 EMBARAZO	26
4.5.1 Embarazo en adolescencia	28
4.5.2 Factores que indican en embarazo en adolescente	31
4.5.2.1 Factores determinantes	31
4.5.2.2 Factores predisponentes	31
4.5.2.2.1 Factores personales	32
4.5.2.2.2 Factores Familiares	33
4.5.2.2.3 Factores sociales	33
4.6 La adolescente embarazada como problema de Salud Publica	34
4.7 La salud de los Adolescentes	38
4.8 Familia	41
4.8.1 Tipos de Familia	42
4.8.2 Roles familiares	45
4.8.3 Funciones Básicas de la Familia	46
4.8.4 Ciclo vital de la familia	47
4.9 Funcionalidad familiar	51
4.9.1 Homeostasis familiar	53
4.9.2 Familia funcional	53
4.9.3 Satisfacción familiar	54
4.9.4 Familia disfuncional	54
4.9.5 Embarazo y funcionalidad familiar	55

4.10 Intervención de Enfermería	56
4.10.1 Enfermería Materno Infantil	56
4.10.2 La consejería	57
4.10.3 La Consejería en Adolescente Embarazada	57
5. Material y Métodos	
5.1 Tipo de Investigación	62
5.2 Población	62
5.2.1 Muestra	62
5.2.2 Criterios de Inclusión	62
5.2.3 Criterios de Eliminación	62
5.3 Variable	63
5.3.1 Definición Conceptual	63
5.3.2 Definición Operativa	63
5.4 Instrumento de Medición	63
5.5 Recolección de Datos	65
6. Consideraciones Éticas	65
7. Resultados	66
8. Análisis e Interpretación de resultados	73
9. Conclusiones y Sugerencias	76
10. Bibliografía	78
11. Anexos	90

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa de la vida que se caracteriza por la transición entre la infancia y la edad adulta, una etapa en la cual se asume nuevas responsabilidades y se experimenta una sensación de independencia, misma que se lleva a cabo mediante la búsqueda, de identidad, valores y desarrollo de habilidades, que le ayudaran en un futuro a consolidarse en la figura adulta. Para poder llegar a ella, requiere del apoyo de su familia.

La familia se considera como la célula o centro de la sociedad, en ella se deben satisfacer las necesidades básicas de todos los miembros y transmitir a las nuevas generaciones valores culturales, espirituales, morales y tradicionales, que fomenten la salud de sus integrantes. La adolescente, miembro de la familia, está expuesta a problemas o situaciones difíciles del contexto social y de salud, tal como las adicciones, las infecciones de transmisión sexual o el embarazo; donde la familia puede jugar un rol positivo o negativo para enfrenta esas circunstancias.

Cuando la adolescente se embaraza, la familia modifica su rol, a veces para apoyarla o ser indiferente o excluirla del seno familiar. Se debe entender, desde lo social, que las adolescentes cursan diferentes procesos para asumir o adaptarse a los roles que tendrán como embarazada, futura madre o hija embarazada, entre otros; lo cual demanda un nuevo orden del sistema familiar para aceptar o rechazar dichos cambios de la adolescente y que pueden depender del grado de funcionalidad familiar.

La finalidad de este estudio es el identificar la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas mediante el instrumento de Apgar Familiar de Smilkstein. A su vez, proporcionar información para enriquecer el perfil de adolescentes embarazadas mexicanas, Producto del proyecto de Investigación: “Consejería en Salud Reproductiva de Adolescente Embarazada y su Influencia de control de riesgos en un Hospital de la Ciudad de México: un estudio de intervención” PAPIIT IN307811-3 Comité de Investigación ENEO-UNAM 054

Para tal fin la presente tesis se conforma de tres apartados; el primer apartado describe el Marco Teórico, donde en primer lugar se define a la adolescencia, pasando por una breve descripción de la edad temprana y tardía, teorías sobre adolescencia, los cambios que ocurren en esta etapa tanto fisiológicos como sociales y en la sexualidad, así como el comportamiento del adolescente en esta etapa. También se describe el embarazo, los cambios más importantes en el embrión y feto, embarazo en adolescencia, factores que influyen en el embarazo adolescente como lo son personales, familiares y sociales y se aborda el embarazo adolescente como problema de salud pública. Finalmente se aborda la familia y como se consolida; los tipos, roles que existen dentro de una familia, así como sus funciones básicas y el ciclo vital que se lleva en la familia y por último se aborda la funcionalidad familiar.

En el segundo apartado corresponde a material y métodos, el cual describe el tipo de investigación, la población y muestra, así como la variable de estudio, el instrumento que se empleó para realizar la medición y la planeación para la

recolección de datos. También se señalan las consideraciones éticas con base en las cuales se realizó la recolección de datos.

En el tercer apartado da a conocer los resultados obtenidos en la investigación mostrados en cuadros y graficas; también contempla el análisis e interpretación de la información.

Para culminar la investigación, se integran las conclusiones, las referencias bibliográficas y los anexos.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescencia se reconoce como un problema de Salud Pública, según cifras del INEGI, en la actualidad 18.8% de nacimientos corresponde a este grupo de personas. En el Distrito Federal en el 2010 se reportan 160,057 nacimientos en madres adolescentes, de los cuales 5,936 se presentaron en la Delegación Iztapalapa (INEGI 2010)¹

El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo o hija y su pareja. Tal riesgo parece deberse a la inmadurez fisiológica y educacional tan necesaria para comportarse como un adulto.²

Aunque no se tienen cifras fidedignas, se estima que un gran porcentaje de los nacimientos que ocurren en menores de edad son embarazos no planeados y probablemente no deseados.

La adolescencia es una etapa intermedia entre la niñez y la adultez, la cual presenta múltiples facetas; comienza biológicamente con la pubertad y acaba con el acceso a la condición de adulto. Lo que significa que se adquiere una identidad propia, una autonomía, un modo diferente de vivir la sexualidad, la adquisición de

¹ INEGI. Natalidad. Disponible en http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?c=23699 Consultado: 18-01-2012

² Matus Sancho J, Castells, Cuixart P. El adolescente problemático. México, Hispano Europea; 2004.

un bagaje social, laboral y educativo que le permite desde una perspectiva relacional trascender el mundo familiar.

El adolescente tiene que confrontar su código familiar con el social, poniendo en juego lo aprendido en su grupo familiar, y dependiendo de cómo haya sido este aprendizaje así será su manera de integrarse y relacionarse con el entorno.

Entre las influencias familiares y sociales hay que considerar las hijas de padres alcohólicos y separados, los malos tratos de la infancia, la mala relación con la madre, pobreza, el fracaso escolar, la adicción al alcohol, el abuso de drogas y la insuficiente educación sexual tanto en el hogar como en Centros de Enseñanza.

La crisis económica de la mayoría de las familias y la falta de comunicación asertiva, entre otros pueden, constituir factores de riesgo familiar, que llevan a afectar tanto el desarrollo gestacional como el de la propia familia.³ .

Los aspectos mencionados se observaron en la práctica profesional como Pasantes del Servicio Social de la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el Hospital General Regional de Iztapalapa en el programa Triage Obstétrico. En esta Delegación Política se encuentran zonas marginadas, cuya dinámica familiar puede tener relación con la presencia de embarazos en adolescentes, lo que dio origen al interés de estudiar con mas profundidad los

³ Pérez Galindo B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Aquichan [en línea] 2003 Octubre 3(3), [accesado 12 Nov 2011] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74130305.pdf>

aspectos de la funcionalidad de las familias de adolescentes embarazadas, por un lado y por otro lado, de coadyuvar en la construcción de un perfil de la embarazada adolescente que forma parte de proyecto de investigación titulado “La consejería en la salud reproductiva, para el control de riesgos en adolescentes embarazadas: un estudio comparativo post- intervención”.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

1.1 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la Funcionalidad Familiar en la Adolescente Embarazada que asiste a Control Prenatal en Hospital General Regional de Iztapalapa de SSA?

2. JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo de investigación se realizó como parte del proyecto de investigación “La consejería en salud reproductiva para el control de riesgos de adolescentes embarazadas: un estudio comparativo post- intervención”, PAPIIT IN307811 el cuál se llevó a cabo en el Hospital General Regional Iztapalapa de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

En varias investigaciones se ha encontrado como un factor predisponente para el embarazo en la adolescencia el grado de funcionalidad familiar y cómo la familia reacciona ante este suceso.

La relación que desempeña la familia sobre los hijos es de gran importancia, la funcionalidad da lugar a un comportamiento más natural y saludable del adolescente de aquí que su conducta se caracteriza por actos responsables e independientes lo que denota un alto grado de control y aceptación personal. En contraste los hijos de padres autoritarios se muestran dependientes y siempre buscan la presencia de figuras de autoridad; los hijos de padres permisivos suelen resistirse a reglas y normas como resultado de un autocontrol inadecuado y pueden adquirir un sentimiento de inferioridad.

Es vital conocer el grado de funcionalidad en las adolescentes ya que un mal funcionamiento familiar predispone a una actividad sexual prematura y esto a su vez en un embarazo.

Los resultados de esta investigación benefician las siguientes instancias:

Adolescentes embarazadas, ya que al reconocer la funcionalidad familiar, se le pueden brindar cuidados más específicos por parte del personal de Salud.

Familia de la Adolescente Embarazada, puesto que pueden conocer el grado de funcionalidad de ellos, para poder emprender acciones en pro de la adolescente.

Al personal de Salud que se dedica al control prenatal, ya que se pueden anticipar intervenciones para favorecer el desarrollo normal del embarazo.

A los estudiantes de Enfermería y Obstetricia, porque podrán consultar información relacionada con los tópicos de Funcionalidad Familiar, Salud de los Adolescentes y Embarazo en adolescentes, cuyos conocimientos coadyuvan en la construcción de saberes de la disciplina de Enfermería.

3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

Describir el grado de Funcionalidad Familiar en adolescentes embarazadas mediante la aplicación de Apgar Familiar.

3.2. ESPECÍFICOS

- Identificar las familias normo-funcionales en mujeres embarazadas adolescentes.
- Describir la disfunción familiar moderada en embarazadas adolescentes
- Señalar la disfuncional familiar severa en embarazadas adolescentes.

4. Marco Teórico

4.1 Adolescencia

Se define adolescencia como una etapa de la vida durante la cual las niñas y niños dejan la infancia para comenzar el proceso de cambios que les conducirán a la fase adulta del ciclo vital.⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.⁵

4.1.1 La adolescencia temprana

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que

⁴ Bajama Mosqueda S, Bonilla Merizalde J, Cabrera Yépez E, Cantos Calle M, Velasco Garcés M. La familia y la salud En: Velasco GM. Manual de la Enfermería, España: Estudio de Comunicación Europeo, 2005 p 211-39

⁵s Organización Panamericana de la Salud. Salud de los adolescentes. Washington, DC: OPS/OMS; 1995. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1859259&pid=S0036-3634200500030000400001&lng=es

usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se reflejan en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este

fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.⁶

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar.⁷

⁶UNICEF. Punto de Mira: La adolescencia temprana y tardía. [en línea] [accesado 15 de Agosto 2011] Disponible en <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>

⁷Armendáriz OAM, Mendel PBY. Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes, [en línea] Rev. Synthesis, Julio-Septiembre 2010. [accesado 08 de Diciembre 2011] Disponible en www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta_de_intervencion_para_prevenir_el_embarazo_en_adolescentes.pdf

4.1.2 La adolescencia tardía

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendiente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones.⁸

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las adolescentes tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina.

No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y

⁸ Dulanto GE. El Adolescente, Ed. Mc Graw-Hil Interamericana. México 2000

cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.⁹

4.2 Teorías sobre la Adolescencia

En siglos anteriores, las teorías sobre la adolescencia se fundaban en experiencias personales y consideraciones filosóficas. Actualmente se recurre más a los estudios sistemáticos, observaciones controladas e investigaciones experimentales. Dentro de este contexto coexisten varios criterios y distintas teorías relacionadas con la adolescencia desde las socioculturales hasta las que intentan dar una visión holística del fenómeno.

Las observaciones de la antropología social constituyeron un serio desafío a las proposiciones teóricas hechas con anterioridad por Sigmund Freud, Stanley Hall entre otros que postularon que ciertas pautas de la conducta y del desarrollo y de la conducta humana son unidades inseparables de la naturaleza. Los investigadores actuales han contribuido a esclarecer ciertos principios teóricos, dejando de lado las posiciones extremas de determinismo social y del universalismo genético y basándose más bien en la interacción de los factores biogénéticos y las fuerzas ambientales.

Horrocks nos dice que para interpretar la adolescencia se puede identificar claramente tres enfoques: el primero es el que tienen aquellas teorías de la

⁹ Lara AJM Adolescencia: Cambios Físicos y Cognitivos [en línea] [Consultado 21 de Febrero 2012] Disponible en:http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista11/11_9.pdf

adolescencia que en realidad son un catalogo de los problemas que afrontan los individuos a medida que se aproximan o pasan a la segunda década de su vida; el segundo es el de las teorías que se centran en la conducta del individuo y consideran que el ambiente en donde se desarrolla es el necesario y por el ultimo el tercero que es puramente descriptivo y en realidad no es teórico, su método es análogo al del naturista que observa y registra sin elaborar una teoría sistemática.¹⁰

4.2.1 Teoría del campo de las ciencias sociales

Lewin, opina que la adolescencia es un periodo de transición en la que el joven cambia de grupo de pertenencia. Mientras que el niño y el adulto tienen un concepto claro del grupo al que pertenecen, el adolescente queda entre varios grupos, sin definirse claramente en ninguno de ellos, dado que los miembros de la sociedad lo tratan de una manera ambigua: ciertas formas de conducta no le son aceptadas por considerarlas infantiles y otras le son negadas por considerarlas propias de los adultos. Así mismo el adolescente percibe que algunas pautas que le son aconsejadas son ajenas a su función, ya que la adolescencia implica reaprender distintas formas de conducirse.¹¹

¹⁰ Maddaleno M. La Salud del Adolescente y del Joven, OPS (Washington, D C - USA) , 1995

¹¹ Dulanto GE. El Adolescente, Ed Mc Graw-Hil Interamericana. México 2000

4.2.2 Teoría fisiológica

Los procesos biológicos que inducen la pubertad son en sí el sólido denostador de la adolescencia. Con la maduración biológica pubescente, aparecen cambios de gran significación para la vida personal y social de los menores. Aberastury y Knobel denominan este acontecimiento la pérdida del cuerpo de la infancia.

La pubertad no solo altera o modifica gradualmente la figura del niño y niña hasta llevarla a la configuración definitiva del adulto joven sino también logra la maduración del aparato reproductor y la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

Todos estos cambios relacionados con el crecimiento físico son en sí os factores que se suman a los de carácter emocional y social para inducir de manera definitiva a quienes viven la etapa a participar de manera contundente en el tránsito adolescente.

El proceso de la adolescencia es la consecuencia de la maduración oportuna y adecuada de los elementos biológicos, psíquicos, sociales y espirituales desarrollados en la infancia y con los cuales se llega al inicio de la pubertad.

El joven para lograr entender el gran significado de este cambio y aceptar el reto que trae consigo el convertirse en adolescente, tendrá que recurrir al uso de un elemento recientemente adquirido como producto de la maduración biológica y los

cambios intrapsíquicos cursados en la pre adolescencia: el juicio valorativo, generalmente conocido como inteligencia abstracta o pensamiento formal.¹²

4.2.3 Teoría psicoanalítica

Tiene sus orígenes en los conceptos de Sigmund Freud sobre el desarrollo psicosexual que fueron llevados y magnamente reactivados en el campo de la adolescencia por la doctora Anna Freud.

Según esta versión, la maduración sexual biológica en el púber revive y aumenta las múltiples y súbitas descargas de impulsos sexuales y eróticos, que a la vez son agresivos.

Los impulsos agresivos, los pensamientos y las sensaciones difíciles de aceptar y, al mismo tiempo de controlar hacen que el joven entre en una etapa de inestabilidad caracterizada por periodos de agresión, poca sociabilidad y abrumadores sentimientos de culpa.

Todos los autores psicoanalíticos describen al joven como una persona en tensión, agitación y confusión. Frente a este estrés emocional y social, el adolescente responde con mecanismos de defensa inmaduros. Los que más predominan de estos son la regresión, la negación y la obstinación. De acuerdo con esta teoría, la única manera de salir y superar este estado es cuando el joven aprende a usar el pensamiento abstracto. A partir de esta teoría se piensa que

¹² Martínez, M. R. La Salud Del Niño y Adolescente, Salvat Mexicana, 2Ed, 1989

todo adolescente que no presente cierta confusión y problemática durante la etapa debe verse como una persona que esta alterando o deteniendo su adolescencia.¹³

4.2.4 Teoría Cognitiva

Esta dice que la adolescencia básicamente se caracteriza por una serie de cambios cualitativos que se dan en la manera de pensar del joven. Piaget pone en claro que estos cambios ocurren en áreas donde se enfocan los valores, la personalidad, la interacción social, la visión del mundo social y la vocación. Dichos cambios ocurren fundamentalmente al ir dejando atrás de manera paulatina una visión global indiferenciada, egocéntrica, inculturada y gobernada por quienes ejercen la autoridad entre quienes a crecido el joven previamente, y pasar a otras visión para iniciar el trabajo de crear nuevos conceptos originales, individuales, cada vez más complejos y con mayor diferenciación y abstractos.

También el joven presenta cambios en sus conceptos, normas y maneras de enfocar diversos problemas personales cotidianos, como aquellos que ocurren en su entorno y que va descubriendo, a los cuales tiene que enfrentar.

¹³ Múss RE. Teorías de la Adolescencia. 3ra Ed. Edit. Paidós 1972 Buenos Aires

4.2.5 Teoría del aprendizaje social

Esta procede del conductismo y propone que toda conducta es el resultado de un aprendizaje social. Se acepta que él se y hacer de un adolescente en gran parte se relaciona con la conducta social de su familia, escuela y domicilio donde paso su infancia y transcurre la adolescencia. La conducta final del joven en gran parte se vincula con los reforzadores conductuales sociales predominantes y elegidos en cada contexto.

Erikson y sus seguidores aseguran que la esencia del proceso adolescente es la consolidación de la identidad. Todo el desarrollo de la adolescencia esta dirigido y dominado por la urgente necesidad de dar un nuevo sentido al YO (quien se es) y por ello, la formación de la identidad bien puede calificarse como rasgo dominante de la adolescencia.

Erikson menciona el primer postulado de su teoría, en el cual el escenario donde surgen las actitudes es el amplio medio social del niño y del joven, y también, el segundo postulado afirma que a medida que se desarrolla el ego el joven se enfrenta a crisis psicosociales ocasionadas por diferentes circunstancias que surgen en cada etapa. Para Erikson existen ocho etapas importantes del desarrollo humano a lo largo de la vida, las cuales son:

- Logro de la confianza (confianza básica en comparación con desconfianza básica).
- Logro de autonomía (autonomía en contraposición a vergüenza y duda)

- Logro de la iniciativa (iniciativa en contraposición a sentimiento de culpa)
- Logro de laboriosidad (laboriosidad en contraposición a inferioridad)
- Logro de identidad (identidad en contraposición a disolución de la identidad)
- Logro de intimidad (intimidad en contraposición a aislamiento)
- Logro de creatividad (creatividad en contraposición a estancamiento)
- Logro de la integridad del logro (integridad del ego en contraposición a desesperanza)

De todas estas las tres primeras se viven en la primera infancia y la niñez, la cuarta tiene su apego en la escuela primaria, y la quinta se presenta en la pubertad y adolescencia; la sexta en la juventud y la séptima y octava en la edad adulta y vejez ¹⁴

4.3 Cambios en el adolescente

La adolescencia es una etapa de la vida que se caracteriza por un continuo crecimiento, pues es la transición entre la infancia o edad escolar y la edad adulta. Esta transición de cuerpo y mente proviene no solamente del individuo mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios que se producen lo hagan llegar a la edad adulta.

¹⁴ Martínez M. R. La Salud Del Niño y Adolescente, 2Ed, Salvat Mexicana, 1989

4.3.1 Cambios físicos

El crecimiento normal durante la adolescencia incluye la maduración sexual y un aumento de tamaño de cuerpo. El ritmo y la velocidad de estos cambios varían en cada persona y están determinados tanto por factores hereditarios como ambientales.

Durante la adolescencia, la mayoría de los niños y niñas alcanzan la estatura y peso del adulto. El brote del crecimiento en los niños se produce entre las edades de 13 a 15 años y medio; puede esperarse un aumento de 10 cm en el año de crecimiento máximo. El brote de crecimiento en las niñas se produce entre las edades de 11 a 13 años y medio; puede esperarse un aumento de 9 cm en el año de crecimiento máximo. Por lo general los varones son más altos y fuertes que las niñas.

En los adolescentes los primeros cambios en las características sexuales es el aumento de tamaño del escroto y los testículos, seguido de alargamiento del pene. Internamente se agrandan las vesículas seminales y la próstata seguido de la aparición del vello púbico y aproximadamente dos años antes la aparición de vello en cara y axilas. La primera eyaculación generalmente ocurre entre las edades de 12 años y medio y 14, aproximadamente un año después de haber comenzado el aumento de tamaño del pene.

En las adolescentes, la primera señal visible de la maduración sexual es el botón mamario seguido de su crecimiento¹⁵ que generalmente inicia entre los 10 años y medio y 11 años, para completarse en dos años. Durante los dos primeros meses el desarrollo de la mama suele ser asimétrico y algo doloroso. El útero y la vagina se desarrollan simultáneamente con la mama. Poco después aparece el vello púbico y axilar.

La menarquia o aparición de las primeras reglas suele dar entre los 12 años y medio y los 13 años y medio, casi siempre después de haber pasado el pico máximo del estirón puberal. Durante 12 a 18 meses después de la menarquia, los ciclos suelen ser irregulares, al corresponder a ciclos anovulatorios.¹⁶

Cambios intelectuales y de comportamiento

A comienzos de la adolescencia, se empieza a desvalorar la facultad del pensamiento lógico abstracto, esta sofisticación conduce a un mejor autoconocimiento y a la capacidad de reflexionar sobre sí mismo, debido al notable cambios físicos de la adolescencia, esta conciencia de sí mismo a menudo se transforma en timidez, acompañada de una sensación de torpeza.

También el adolescente aplica una nueva capacidad reflexiva para cuestionar aspectos morales. Los preadolescentes interpretan lo correcto y lo incorrecto como fijo y absoluto. El adolescente pone en duda los patrones de comportamiento y con frecuencia rechaza la tradición, consternando frecuentemente a los padres.

¹⁵ Beers, M. H. et al Nuevo Manual Merck de Información Médica General. Ed en Español. Barcelona. Oceano, 2008. Vol. 2

¹⁶ Aguilar CMJ, Tratado de Enfermería Infantil: Cuidados Pediátricos. Barcelona. Oceano Mosby. 2003

Idealmente esta concepción culmina en el desarrollo o interiorización de su propio código moral.

4.3.2 Cambios sociales

Durante la infancia la familia es el centro de vida del niño. A menudo durante la adolescencia las compañeras comienzan a desplazar a la familia como principal foco social del adolescente. Con frecuencia se establecen grupos de compañeros de acuerdo con el vestido aspecto, posturas, pasatiempos, intereses y otras características que parecen profundas o triviales a los observadores. Estos grupos son de gran importancia para los adolescentes ya que convalidan sus intentos de cambio y los provee de un apoyo en las situaciones estresantes.¹⁷

4.3.3 Cambios en la Sexualidad

En los primeros años de la adolescencia se incrementa el interés por la anatomía sexual y los cambios de la pubertad. Estos cambios (o su ausencia) a menudo son una fuente de ansiedad, a medida que los adolescentes maduran emocionalmente y sexualmente pueden empezar a participar en las prácticas sexuales. Entre los varones la masturbación es casi universal y quizás algo menos frecuente en las mujeres. Frecuentemente el comportamiento sexual con los demás comienza

¹⁷ Goncalves de FM Los Adolescentes como agentes de cambio social: algunas reflexiones para los Psicólogos sociales comunitarios [en línea] Rev. Psykhe 2004 13(02) [accesado 09 de Abril 2012] disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/967/96713210.pdf>

como una extensión de las caricias pero a veces evoluciona hacia el sexo oral o las relaciones vaginales y el sexo anal. Mas tarde en la adolescencia la sexualidad suele ser exploradora a ser una expresión de intimidad y del hecho de compartir.¹⁸

4.4 Comportamiento del Adolescente

Aunque existen grandes variaciones individuales, se pueden destacar como principales características de la adolescencia las que siguen:

Cambios de la conducta: la adolescencia es la edad de los ideales, los sentimientos de omnipotencia y la impulsividad, a medida que madura el adolescente se hace más realista y estable

Preocupación por la imagen corporal: Los rápidos cambios corporales que trae consigo esta etapa son la causa de que los adolescentes se muestren inseguros y tengan gran preocupación por su aspecto físico. Con el paso del tiempo, tiene lugar una aceptación progresiva y un intento de hacerse más atractivo, por lo que entonces adquiere una gran importancia el arreglo personal.

Necesidad de independencia del medio familiar: Esta circunstancia le lleva a comportamientos antagónicos y conflictos con sus padres.

Importancia de los amigos: el grupo de amigos ejerce una influencia muy importante en el estilo de vida y en la conducta del adolescente. Su forma de

¹⁸ Puentes SY, Menéndez QE, Concepción DZ, La educación sexual en los Adolescentes [en línea] Contribuciones a las Ciencias Sociales 2011 [accesado 15 de julio 2012] Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/14/sqd.html>

vestir, su preferencia por un determinado tipo de música, su actitud de aceptación o rechazo ante el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, etc. tienen mucho que ver con ese eterno.

Influencia de los medios de comunicación social: El adolescente es más vulnerable a la influencia del medio que un adulto. La influencia de los medios de comunicación e la conducta del adolescente ofrece aspectos positivos y negativos. Por un lado proporcionan información y entretenimiento, por lo que ayudan al proceso de socialización; pero, al mismo tiempo incitan al consumo y la violencia, ofrecen una imagen distorsionada del sexo, e influyen en los ideales y en las costumbres.

Mayor riesgo de problemas de salud: La necesidad de adaptarse a los rápidos cambios físicos y psicosociales que se experimentan en la adolescencia convierten este periodo en el más vulnerable para el desarrollo de los problemas de salud mental. Aumenta la incidencia de trastornos depresivos, especialmente si se añaden conocimientos con la sobrecarga emocional, como el rechazo por parte de la pareja, la falta de comunicación con los padres, dificultades para alcanzar las aspiraciones propias o las expectativas de los padres, conflictos familiares, etc. La depresión puede llevar al adolescente a consumir drogas en un intento de escapar de ánimo triste en que se encuentra.

Tendencias a las conductas de riesgo: muchos de los problemas de salud frecuentes en esta etapa, como los trastornos de conducta alimenticia, las drogas, la delincuencia y los accidentes de tráfico están interrelacionados y en todos ellos

se da una notable influencia del entorno familiar y social en el que se desenvuelve el adolescente.¹⁹

4.5 Embarazo

El embarazo comienza cuando el ovulo es fecundado por un espermatozoide. Durante nueve meses, un cuerpo de mujer gestante proporciona un ambiente protector y nutritivo en el que el ovulo fertilizado se puede desarrollar hasta feto.²⁰

Sucesos

Primer trimestre

- Se produce el último periodo menstrual de la mujer antes de la fertilización
- Fertilización
- El ovulo fecundado (cigoto) se convierte en una esfera hueca de células, denominadas blastocisto
- El blastocisto se implanta en la pared uterina
- Se forma el saco amniótico
- La zona que se convertirá en el cerebro y la medula espinal (tubo neural) comienza a desarrollarse
- El corazón y los vasos sanguíneos principales se están desarrollando. El corazón puede observarse durante una ecografía

¹⁹ Lamas C. Para comprender la adolescencia problemática [en línea] Rev. Redes 2007 [accesado 14 de Noviembre 2011] Disponible en : <http://www.revistaredes.es/imagenes/pdf/Para%20comprender%20la%20adolescencia%20problem%C3%A1tica.%20C.%20Lamas.pdf>

²⁰ Beers, M. H. et al Nuevo Manual Merck de Información Médica General. Ed en Español. Barcelona. Oceano, 2008. Vol. 2

- Aparecen los inicios de los brazos y las piernas
- Se desarrollan los huesos y los músculos. Se desarrollan la cara y el cuello
- Se forma la mayoría de los órganos. Pueden detectarse las ondas cerebrales
- Se forma el esqueleto. Los dedos de las manos y de los pies se definen completamente
- Los riñones comienzan a funcionar
- El feto puede moverse y responder al tacto (cuando se pellizca a través del abdomen de la madre)
- La mujer ha ganado algo de peso y su abdomen puede estar ligeramente agrandado

Segundo trimestre:

- El sexo del feto puede identificarse
- El feto puede oír
- Los dedos del feto pueden agarrar. El feto se desplaza más energéticamente de forma que la madre puede sentirlo
- El cuerpo del feto comienza a llenarse a medida que la grasa se deposita debajo de la piel, aparece el pelo en la cabeza y la piel. Aparecen las cejas y las pestañas
- La placenta está formada completamente
- El feto tiene una posibilidad de supervivencia fuera del útero
- La mujer empieza a aumentar de peso más rápidamente

Tercer trimestre

- El feto se muestra activo y a menudo cambia de posición
- Los pulmones continúan madurando
- La cabeza del feto se desplaza y toma la posición de parto

En promedio el feto mide alrededor de 50 cm y pesa más o menos 3500 grs. El aumento de tamaño del abdomen de la madre hace que el ombligo sobresalga.²¹

4.5.1 Embarazo en adolescencia

Hablar de embarazo en zona rural sucede aun hoy en día con la inusitada frecuencia y se vive por la familia de la adolescentes y comunidad muy diferente a como se vive en las sociedades urbanas. El embarazo en adolescentes en zona rural obedece a la tradición de la comunidad de casarse a una edad temprana y aunque los factores predisponentes para quedar embarazada, pueden ser en muchos casos semejantes a los de las adolescentes urbanas, la comunidad y la familia de la adolescente de zona rural aceptan el embarazo en un contexto cultural y social diferente y habitualmente dentro de este contexto dan una solución positiva al problema.

Definimos como embarazo en la adolescencia a aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, aquélla que ocurre en mujeres desde la menarquía hasta los 19 años de edad, con independencia de la edad ginecológica. Otros autores, como *Tomas Silber*, consideran que es aquella

²¹ Beers, M. H. et al Nuevo Manual Merck de Información Médica General.

gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica de la mujer y cuando la adolescente mantiene una dependencia económica total, o uno de estos casos.

En lo que sí coinciden todos los autores es en que existe una diferencia marcada en el comportamiento de la enfermedad obstétrica de las adolescentes, lo cual va a estar en dependencia tanto de su desarrollo psicosocial y su medio familiar, como del desarrollo orgánico y funcional de la mujer menor de 20 años.

También hay consenso en que existe un incremento de la morbilidad del embarazo en adolescentes con 15 años de edad o menos y con edad ginecológica menor de 3 años. Para las adolescentes intermedias y tardías los riesgos serán menores y van a estar relacionados fundamentalmente con los factores psicosociales, ambientales y familiares.²²

El embarazo en la adolescencia suele ser complicado, porque es muy difícil que un adolescente cuente con las mejores condiciones para ser madres o padres antes de cumplir los 20 años; sobre todo, en las sociedades actuales. La formación y las habilidades que tanto una mujer como un hombre del siglo XXI necesitan para desarrollarse en plenitud, un mundo tan competitivo y globalizado, exigen concentrar energías durante la segunda década de su vida para poder insertarse en la vida laboral en mejores condiciones y postergar la maternidad/paternidad y la formación de una nueva familia para cuando las condiciones de vida sean mejores.

²² Orlando RR. Obstetricia ginecológica. La Habana. Editorial Ciencias Medicas, 2004

Antes de los 19 años el embarazo se considera de alto riesgo es importante tomar los efectos de la salud de la madre y del producto. El riesgo de mortalidad materna es de 1.2 veces mayor, y entre las mujeres indígenas es 3 veces mayor que el de las mujeres mayores de 19 años.²³

El embarazo en adolescentes es uno de los problemas sociales que durante los últimos años ha tenido mayor repercusión sobre el individuo, la familia y la comunidad.

El embarazo en la adolescencia debe ser analizado con un enfoque integral y se debe considerar el proceso de maduración sexual con todos los cambios que se producen en la etapa puberal, tanto desde el punto de vista biológico como psicosocial, se calcula que, en la actualidad, una de cada cuatro mujeres embarazadas no recibe atención prenatal, y que más de un 40% no cuentan con la asistencia de personal capacitado al momento del nacimiento.²⁴

4.5.2 Factores que indican en embarazo en adolescente

Hoy se habla de factores predeterminantes y predisponentes que concurren en el problema del embarazo en adolescentes. Entenderlos es crear conciencia de la multifactorialidad de la génesis del mismo y facilitar su comprensión

²³ Gobierno del Distrito Federal. Secretaria de Educación del Distrito Federal. Tu futuro en Libertad: por una sexualidad y salud reproductiva con responsabilidad. México 2008

²⁴ Ruiz GM. Enfermería del niño y del adolescente. 2° Ed. Grupo Paradigma España 2003

4.5.2.1 Factores determinantes

- Tener relaciones sin haber adoptado medidas anticonceptivas adecuadas.
- Violación (Actividad sexual en donde una de las personas involucradas no da su autorización)

4.5.2.2 Factores predisponentes

Estos rara vez actúan solos y si lo hacen no tienen la fuerza de condicionamiento como para ocasionar que la persona se embarace; por lo general actúan vinculados en forma sincrónica durante una época, pero también pueden actuar unos tras los otros en forma pertinente hasta lograr condiciones en quien los sufre que faciliten el involucrarse en la problemática; estos factores se derivan entre personales, familiares y sociales.

4.4.2.2.1 Factores personales

Estos factores de carácter individual inciden en ambos sexos y son los siguientes:

- Abandono escolar (Abandono temporal o definitivo que efectúa un sujeto, con relación a sus estudios formales, ya sea primarios o secundarios. actor

motivado por varios elementos tanto internos como externos, por ejemplo externos: presiones económicas, influencia negativa de padres, amigos, familiares, maestros, complejidad de las materias.)

- Autoestima baja (A menudo o casi siempre se encuentra desanimada, incapaz de enfrentar dificultades y problemas. No existe una valoración de su persona, se les dificulta el decir “no” esto lleva a querer o pretender hacer feliz a las demás)
- Falta de confianza en si mismo
- Sentimientos de abandono y desesperanza
- Problemas emocionales, de personalidad o ambos
- Carencia de afecto (esta puede ocurrir con frecuencia desde etapas tempranas de la vida y se sostiene con persistencia)
- Incapacidad para planear un proyecto de vida
- Inicio temprano de relaciones sexuales
- Consumo de sustancias toxicas que causan adicción
- Desinterés para asumir actitudes prevención
- Necesidad de afirmar su identidad de genero

Factor individual que incide en el sexo femenino menarquía temprana.

4.5.2.2. 2Factores Familiares

Los factores familiares predisponentes inciden en ambos sexos.

- Familia disfuncional: ausencia de la figura paterna estable y modelos promiscuos de conducta
- Hacinamiento y promiscuidad
- Formas de vida familiar
- Crisis existencial del núcleo familiar por problemas emocionales, económicos y sociales.
- Enfermos crónicos en la familia
- Madre con antecedentes de embarazo adolescente
- Antecedente de una hermana adolescente embarazada
- Normas de comportamiento y actitudes sexuales de los adultos.

4.5.2.2.3 Factores sociales

Estos también inciden en ambos sexos y son:

- Abandono escolar
- Mal o inadecuado uso del tiempo libre
- Nuevas formas de vida propiciadas por la subcultura juvenil

- Cambios de figura que dificulten la incorporación laboral
- Ingreso temprano a la fuerza laboral
- Cambios sociales en el concepto de estatus de la mujer
- Condiciones socioeconómicas desfavorables a la familia
- Marginación social
- Mayor tolerancia del medio social a la maternidad en la soltería
- El machismo, como valor cultural
- El efecto de los medios de comunicación masiva en particular la televisión, en el modelado de la conducta sexual (tanto de adolescentes como de adultos) y transmisión de mensajes contradictorios.²⁵

4.6 La adolescente embarazada como problema de Salud Pública

La Salud Pública es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población. Según Winslow, salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

1) el saneamiento del medio ambiente; 2) el control de las enfermedades transmisibles; 3) la educación sanitaria; 4) la organización de los servicios médicos

²⁵ Dulanto GE. El Adolescente, Ed Mc Graw-Hil Interamericana. México 2000

y de enfermería; y 5) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.²⁶

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema social y de salud pública de alcance mundial, que afecta todos los estratos sociales, pero predomina en las clases de bajo nivel socioeconómico; se puede observar en un porcentaje mayor en países en vía de desarrollo.²⁷ En parte debido a la falta de educación sexual y al desconocimiento de los métodos de control de natalidad. Y debe abordarse en su amplia dimensión por lo cual el control del embarazo adolescente debe implicar un seguimiento en cuenta las características de la adolescencia y las repercusiones psicológicas que este proceso puede ocasionar.²⁸

Se necesita realizar investigación social y psicológica que proporcione datos sobre los factores de riesgo y protección que están actuando en la población juvenil implicada.

El problema del embarazo en las adolescentes es real, es cual según opiniones está controlado, pero sobre todo que deje de ser un problema dependerá de los factores como la calidad de mejorar la calidad de la vida en la familia, la salud

²⁶ Moreno AG. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad [en línea] Rev. Sapiens 2008 9(1) Venezuela [accesado el 25 de Agosto 2012] Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/410/41011135004.pdf>

²⁷ Instantáneas: El embarazo en la adolescente precoz. [en línea] Rev. Panam Salud Publica 1998 3(4) [accesado el 04 de Julio 2012] Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49891998000400007&script=sci_arttext

²⁸ Ruiz GM. Enfermería del niño y del adolescente. 2° Ed. Grupo Paradigma España 2003

biopsicosocial de la zona en la que viven, la educación escolar, crear centros comunitarios para jóvenes donde realicen deportes y actividades de esparcimiento y crear políticas de salud que sean visibles para que, dentro del marco de las capacidades económicas de cada subregión dejen de ser una mera propuesta y se conviertan en una realidad al alcance de los jóvenes.

En las últimas décadas las ciencias de la salud han redimensionado el proceso salud enfermedad y los conceptos de salud integral de las personas y promoción de la salud han adquirido carácter protagónico.

La adolescencia es el momento donde los cambios que se procesan tienen intensa resonancia en la esfera de la sexualidad y al mismo tiempo, la sexualidad se constituye en importante elemento estructurador de la identidad total.

La sexualidad en los seres humanos se encuentra formando un todo como la vida misma y particularmente en la adolescencia cobra gran significación. Como consecuencia, influye de manera significativa en el modo de vida de los jóvenes y repercute en la problemática de la salud que puede aparecer en ese momento o en las sucesivas etapas del ciclo vital.

El desafío de incorporar la sexualidad en el contexto de la salud integral del adolescente pasaría por tres instancias clave:

- Conocer las necesidades y problemas que perciben los jóvenes respecto a la esfera sexual y reproductiva

- Conocer el lugar que ocupa la sexualidad en el estilo de vida de la población y como podría actuar a manera de elemento etiopatogenico en trastornos de la salud manifiesta y no manifiesta de carácter sexual y reproductivo
- Incorporar la consideración de la sexualidad²⁹

4.7 La salud de los Adolescentes

La repercusión de las acciones de educación sexual y planificación familiar en México sobre la importancia de atender a los adolescentes en forma integral ha recorrido un largo camino para poder opciones sobre la salud, la recreación, ámbito laboral, justicia, la cultura, la asistencia social, etc. esto a podido contar con instituciones publicas, asociaciones y organismos no gubernamentales enfocados a trabajar en los y las adolescentes gracias a ellos las instituciones la Secretaria de Salud gubernamental logro instalar en sus unidades hospitalarias y centros de prevención primaria un servicio exclusivo para los adolescentes, de salud integral, con énfasis a la salud reproductiva, lo cual a sido punto de partida para abrir camino hacia esa población y consolidar así lo que seria un servicio básico de la salud integral para adolescentes.

Es importante señalar que los programas y acciones de salud reproductiva se realizan bajo una clara perspectiva de género, con el fin de proporcionar una

²⁹ Dulanto GE. El Adolescente, Ed Mc Graw-Hil Interamericana. México 2000

mayor equidad en las relaciones entre varones y mujeres, con igualdad de oportunidades.

La sexualidad, el embarazo y la maternidad en los adolescentes constituyen temas de mayor importancia en las políticas sociales. En un periodo relativamente breve se ha logrado que distintos sectores de la sociedad reconozcan esta importancia y la urgencia de orientar programas hacia los adolescentes. El embarazo de la adolescente sin apoyo ni atención especial da lugar a enfermedades maternas, fetales y neonatales con mayor frecuencia que en la adulta embarazada por otra parte en las sociedades urbanas las consecuencias sociales del embarazo suelen ser graves. El ámbito en el que crece la adolescente tiene mayor efecto sobre su embarazo que su edad cronológica.

La causa de los embarazos a edades tempranas puede atribuirse a la falta de educación en temas de sexualidad, problemática familiar o información inadecuada a través de los medios masivos de comunicación. Por otra parte los adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos por que no existe madurez suficiente para asumir la responsabilidad piensan que se pierde la espontaneidad sexual, por ser la actividad sexual esporádica, por falta de información acerca de los métodos anticonceptivos y por medio a ser descubiertos por sus padres.

Esto implica el reconocimiento de que los jóvenes tienen derecho a que sus necesidades sean atendidas de forma inmediata y con consecuencias reales para su desarrollo. Dentro de las políticas demográficas se han privilegiado temas como

conductas de riesgo y familia y se han enfatizado los aspectos de salud reproductiva en el desarrollo de programas de atención.

Bash, propone 11 puntos básicos a considerar para el diseño de actividades preventivas en relación con los adolescentes; estos puntos también son válidos para la promoción de la salud adolescente:

1. Los programas de prevención deben enfatizar no solo los conocimientos en materia de salud sino también las creencias, valores y actitudes de adolescentes y jóvenes.
2. Crear compromiso con los objetivos de los programas. Esto puede lograrse a través de la participación directa de los adolescentes en los esfuerzos y a través del contacto de ellos con modelos de papeles eficaces en la escuela y hogares y sociedad.
3. Tomar en cuenta las posibles diferencias entre el modo de razonar de los adolescentes y el de los adultos. Las conductas de riesgo adolescente pueden derivarse de modelos de racionalidad diferentes a los modelos de los adultos
4. Los programas preventivos deberían enfatizar destrezas dirigidas a resistir presiones provenientes de los pares y otras fuentes de influencia social como los medios de comunicación de masas
5. Inculcar en los agentes educativos que los mensajes inductores de temor también inciden la negación del problema

6. Los programas deben ayudar a los jóvenes para que aprendan destrezas de prevención poco a poco. Dando un pequeño paso cada vez, pero asegurándose de que será con éxito.
7. Los programas deben apoyar a los adolescentes en sus esfuerzos personales por prevenir enfermedades
8. Los programas preventivos han de generarse en gran concordancia con los valores culturales y los recursos locales. Deben ser sensitivos a la cultura local y elaborarse en términos de está
9. Los adultos, entre ellos los padres, deberían ser educados en las mismas áreas de prevención que los adolescentes con quienes se relacionan, pues están involucrados en la socialización de estos adolescentes
10. Los procesos educativos preventivos deberían evaluarse no solo de manera cuantitativa sino también formativa a lo largo de su ejecución con la finalidad de corregir a tiempo las diferencias
11. El enfoque de los esfuerzos preventivos debería ser tan amplio como sea necesario, en el sentido de abarcar no solo riesgos específicos sino la máxima gama posible de ellos. Esto se basa en la percepción de que los individuos se asumen un tipo de riesgo también tienen mayor probabilidad de asumir otros.³⁰

³⁰ Ídem

4.8 Familia

La familia es la unidad biopsicosocial y una de sus funciones más importantes es contribuir a la salud de todos sus miembros, por medio de transmisión de creencias y valores de padres a hijos, así como del apoyo brindado. Así, todo el proceso de crecimiento y desarrollo de los adolescentes se encuentra influido por los adolescentes se encuentra influido por las decisiones que se adoptan en el seno del grupo familiar.

Durante la adolescencia ocurren cambios importantes que se reflejan en todas las esferas del individuo y causan tensiones que alteran su ingreso a la sociedad; se considera como un periodo de transición entre la niñez dependiente y a edad adulta autónoma³¹

4.8.1 Tipos de Familia

a. Familia biológica: este concepto nos lleva a la consideración de las relaciones familiares a partir de la genealogía para poderlas definir o simplemente de la relación sexual. Así no sea totalmente posible delinear la evolución gradual

³¹ Forero, ALM. Avendaño DMC. Duarte CJZ. Campos AA. Consistencia interna y análisis de factores de la escala de Apgar para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica. Rev. Colom Psiq [en línea] 2006. 35(01) [accesado 22 de Diciembre 2011] Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80635103.pdf>

del hombre como una especie biológica, ni mucho menos correlacionar a los individuos con la evolución gradual de los sistemas familiares humanos, actualmente en las sociedades euro-americanas el modelo básico para establecer los lazos familiares y de parentesco lo constituyen principalmente los vínculos biológicos y de relación sexual.

No obstante, la anterior generalización, en muchas sociedades las relaciones sociales de familia se desarrollan independientemente de estos lazos genéticos. La adopción y otras formas ficticias similares de parentesco pueden llegar a ser reales como lo generado por la misma sangre.

b. Familia nuclear: así se denomina la familiar elemental, simple o básica. Es el grupo formado por un hombre, una mujer y sus hijos socialmente reconocidos. La denominación “nuclear” implica una consideración semántica, que inmediatamente sugiere su importancia como fundamento unitario de la cual nace o se desarrollan otros grupos más amplios. Según el autor George Mundock este tipo familiar “es la forma universal de las relaciones familiares que cumple siempre funciones distintivas y vitales sexuales, económicas, reproductivas, educativas...”

Para varios autores modernos la familia nuclear es una necesidad en el desarrollo normal, en la socialización de los niños y en la configuración de la establecida de la personalidad en el adulto. Es el tipo de familia que se ha ido imponiendo en la sociedad postindustrial y tecnológica.

c. Familia compuesta: es un grupo familiar conformado por familias nucleares o por parte de éstas. Desde el punto de vista antropológico es la ampliación de la

familia primaria. Ejemplo de esta composición familiar el de la poliginia, en donde un varón adulto posee sus dos mujeres o más junto con sus hijos, o el de la poliandria compuesta de una mujer adulta, sus dos o más maridos y sus hijos.

d. Familia conjunta: se tipifica esta organización familiar cuando dos o más familias primarias, enlazadas por el vínculo materno o paterno, se unen. La organización de éste grupo familiar lleva frecuentemente a que todos compartan la misma vivienda y participen activamente en las distintas obligaciones sociales y económicas.

En la familia patrilocal, es decir en la que la actividad familiar gira alrededor del sitio de residencia o de la actividad del padre, la descendencia masculina, al casarse, continúa residiendo en la vivienda familiar y agrega sus mujeres e hijos al grupo. La descendencia femenina correspondiente abandona la residencia paternal y se va a convivir con la descendencia de sus maridos. En la familia de matrilocales se invierte el proceso: las hijas permanecen en la familia de la madre después del matrimonio y los hijos la abandonan para sumarse a la familia unida de la esposa. Muchas veces, tanto la una como la otra participan de la doble familia.

e. Familia extensa: es una especie de familia conjunta que vive dispersa. Los miembros de la familia extensa no viven en la misma vivienda aun cuando realizan actividades comunes. Es una familia emparentada que por descender de antepasados comunes va constituyendo los linajes. Cohesiona este tipo familiar la

relación estrecha con los grupos o familias de donde proceden sus miembros. La familia extensa de por sí, es un linaje reducido o simplemente de un grupo familiar.

f. Los clanes: el clan nos hace pensar en grupos o tribus que se cohesionan; la condición de miembro de determinada familia se extiende mucho. El clan es una agrupación muy extensa de distintos miembros que supuestamente descienden de un antepasado común y que permanentemente se simboliza de distintas formas:

Los clanes pueden ser:

- Patrilineales donde el individuo pertenece al clan de su padre.
- Matrilineales en el que se pertenece al clan de la madre.

Los vínculos del clan no se ven afectados por el matrimonio o por la residencia. Sin embargo, en muchas sociedades los pueblos se dividen en unidades semejantes al clan, que requieren del vínculo matrimonial dentro de la unidad social. La condición de miembro directo de estas unidades se adquiere por el nacimiento.³²

4.8.2 Roles familiares

Los miembros de una familia están ligados por una serie de lazos que los une como la familia y que conforman una relación reticular. Los vínculos familiares se

³² Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina Familiar. 6° Ed. Editorial Medicina Familiar Mexicana, México 2000

entrelazan bajo la influencia de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos. Biológicamente, a través de la familia, la especie se perpetúa, hecho que solo puede cumplirse en una organización adecuada de las fuerzas sociales. Psicológicamente, los miembros de la familia están unidos en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas y ligadas económicamente para la provisión de sus necesidades materiales. Los lazos familiares pueden consolidarse o relajarse ante los eventos críticos que se representan en la existencia del individuo y que se manifiesta igualmente en la vida familiar. Desde 1986, Burgess sugirió que la familia podría ser estudiada como una unidad de personas en interacción ocupando cada una de ellas dentro de la familia una posición definida por determinado número de papeles. Los papeles vitales de marido, esposa, madre, padre e hijo, adquieren un significado propio solo dentro de una estructura familiar y una cultura específica. De este modo la familia moldea la personalidad de sus integrantes en relación con las funciones que tienen que cumplir en su seno y ellos a su vez, tratan de conciliar su condicionamiento inicial con las exigencias del papel que se les imparte. La multiplicidad de papeles atribuidos a cada miembro de la familia resulta inevitable y se admite que son funcionales cuando reúnen las siguientes características:

Deben ser aceptados, si cada miembro se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay acuerdo sobre lo que se espera de él. Deben ser flexibles: de tal manera que se puedan llevar a cabo ajustes periódicos ante la presencia de eventos críticos,

sin que se altere su homeostasis familiar. Deben ser complementarios de los papeles tradicionales siempre significan pares.³³

4.8.3 Funciones Básicas de la Familia

Se considera que una familia debe satisfacer o llenar funciones básicas como:

Socialización: la tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con independencia para desarrollarse en la sociedad

Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera cuidadosa y respetuosa para afrontar las diversas necesidades del grupo familiar. Como la alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.

Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad. Se otorga el estatus y nivel socioeconómico.

Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad. Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.³⁴

³³ Huerta GJL. Medicina Familiar. Ed. Alfil, México 2005

³⁴ Ídem

4.8.4 Ciclo vital de la familia

Se conoce como "ciclo vital" al desarrollo de la familia tomada en su conjunto, a los diferentes "momentos" por los cuales van atravesando todos los miembros de la familia, quienes van a ir compartiendo una historia común.

El desarrollo y evolución de la unidad familiar a lo largo del ciclo vital familiar están íntimamente ligados a las fases de evolución y desarrollo de sus miembros. A medida que crecen los miembros de la familia, crece también ésta en su conjunto.

Formación de la pareja y comienzo de la familia. Familia sin hijos:

Comienza con el pololeo, noviazgo culminando con la ceremonia matrimonial

- La pareja crea forma de comunicación optativa para ambos definiendo estilos de vida y rutinas con interés para ambos.
- Cada uno de los miembros modifica su propio estilo para lograr una adaptación común, así se comienza a formar un nosotros lo que implica pensar y actuar de dos.

Etapas de crianza inicial de los hijos:

- Comienza con el nacimiento del primer hijo.

- La madre desarrolla mutualidad con su hijo debiendo empalmar con sus necesidades biológicas y psicológicas para poder satisfacerlas, este vínculo es importante para que el niño desarrolle una actitud de confianza básica en el mundo.
- La llegada de un nuevo miembro a la familia crea dificultades en la pareja la que debe definir nueva manera de relacionarse sentimentalmente y sexualmente

Familia con hijos pre- escolares:

- Esta etapa comienza con la entrada del hijo mayor al jardín infantil.
- El niño desarrolla mayor dominio sobre su cuerpo, comienza a conocer, explorar su medio ambiente.
- Los padres permiten mayor autonomía y al mismo tiempo protege al niño de los posibles peligros.
- La sobreprotección por parte de los padres pueden inhibir al niño y limitar muchas de sus potencialidades.

Familia con hijos escolares:

- Esta etapa comienza con el hijo mayor en el colegio

- El niño se separa parcialmente de la familia para desarrollarse en el ámbito escolar.
- Es una época de prueba para los padres por que el medio escolar y su exigencia evalúa la eficiencia del niño
- El escolar va a conocer otras familias con otros estilos de vida lo que le permite hacer comparaciones con su propia familia
- la madre tiene mas tiempo libre lo que le permite realizar otras actividades como por ejemplo trabajar

Familia con hijos adolescentes:

- Es una etapa de aceptación del crecimiento y desarrollo del niño
- Los padres pueden cerrarse y asumir una actitud controlada que busque retardar la independencia del joven, o pueden reaccionar apoyando su decisión
- También es posible observar que los padres apuren el proceso de separación de los hijos para que trabajen y que se desliguen de la familia
- Un padre no profesional no incentivara a su hijo para que continúe con estudios superiores.

Periodo medio, término de la familia:

- Periodo que comienza cuando el último hijo abandona la casa para formar su propia familia.
- El matrimonio vuelve a estar solo produciéndose el “síndrome del nido vacío”
- Es posible que la familia atraviese por una etapa estable y positiva, esta etapa es especialmente difícil ya que algunas mujeres se dedican exclusivamente a la crianza de sus hijos.
- Para muchos hombres que concentraron su vida en el trabajo es mal tolerada la jubilación, en cambio para otros es satisfactoria ya que tiene mas tiempo para su familia.
- En esta etapa uno de los miembros de la pareja experimenta la viudez. Hoy en día es mas frecuente en las mujeres dadas la menor expectativa de vida del sexo masculino.³⁵

4.9 Funcionalidad familiar

³⁵Rubinstein A. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2° Ed. Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires, 2006

Una familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante.

Criterios para funcionalidad familiar

- Comunicación: Clara, directa, específica y congruente
- Individualidad: Autonomía respetada e indiferencias toleradas
- Toma de decisiones: Buscar la solución más apropiada para cada problema
- Reacción a los eventos críticos: Flexible para adaptarse a las demandas exigentes

Principios fundamentales del funcionamiento familiar (según Framo)

1. Que cada uno de los padres estén bien diferenciados y hallan desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de sus familias de origen para fundar un nuevo hogar.

2. Que exista una separación clara de los límites generacionales en la familia, es decir, que los padres se comporten como padres y los hijos como hijos.
3. Que sean realistas las percepciones y expectativas que los padres tengan de ellos mismos y de sus hijos.
4. Que sea mayor la lealtad a la familia de procreación que a la familia de origen.
5. Que lo más importante para cada esposo sea su pareja, y que los niños no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separan del otro.
6. Que el desarrollo de la autonomía y de la identidad personal sea favorecida en todos los miembros de la familia. El desarrollo adecuado de los hijos significa que, a determinada edad, deberán abandonar su hogar para formar uno nuevo.
7. Que existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres, hijos y hermanos.
8. Que sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara.
9. Que los padres tengan con sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidado de tipo adulto.

10. Que la familia sea lo suficientemente abierta como para permitir que sus miembros se involucren con otras personas, tales como miembros de la familia extensa y amigos.³⁶

4.9.1 Homeostasis familiar

Equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior (Jackson).

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

4.9.2 Familia funcional

Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo.

³⁶ Minuchin S. Familia y Terapia Familiar. 2º Ed. Gedisa Editorial. Barcelona, 1979

4.9.3 Satisfacción familiar

La satisfacción, definida normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, resume la calidad de vida de un individuo. La Satisfacción Familiar se correlaciona positivamente con el Sentido de la Vida del ser humano y el bienestar psicológico.

La Satisfacción Familiar es un juicio valorativo de distintos aspectos de la vida, en el que los sentimientos que se despiertan en el sujeto encuentran su origen en las interacciones (verbales y/o físicas) que se producen entre éste y los demás miembros de la familia; de este modo puede apreciarse la relación entre la Satisfacción Familiar y la Satisfacción Vital.

4.9.4 Familia disfuncional

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes.

Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía.

Eventos críticos familiares

Crisis: Cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

Sano funcionamiento: reconocer las crisis. Existen dos tipos de crisis, las normativas y las Paranormativas.

Normativas: Son situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar. Son cambios obligados

Paranormativas: Son experiencias adversas o inesperadas, impredecibles para la familia. Las que ocurren dentro de la familia ocasionan mayor disfunción que cualquier otro evento.³⁷

4.9.5 Embarazo y funcionalidad familiar

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros ya que crean nuevas necesidades entorno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.³⁸

³⁷ Ídem

³⁸ Sánchez Al. Bermúdez MP. Buela-Casal G. Efectos del estado gestación sobre el estado de animo. R.E.M.E [en línea] 2(2-3) [accesado 14 de Enero 2012] Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/abuelg316251199/texto.html>

4.10 Intervención de Enfermería

Se define como una Intervención Enfermera a " Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente". Las intervenciones incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contempla la familia y la comunidad.³⁹

4.10.1 La Enfermería Materno Infantil

La salud materno infantil (MI) queda englobada dentro de la Salud Pública la cual se define como "el conjunto de actividades encaminadas a promocionar y promover la salud, prevenir la enfermedad, a curar y a rehabilitar a la comunidad en general". La salud MI es la parte cuyas actividades están encaminadas a atender a la población diana; madre, recién nacido y familia. Pero no sólo se ocupa del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, sino también de los problemas de salud de la mujer (ciclo reproductivo desde pubertad a menopausia, independientemente de que tenga o no hijos o relaciones sexuales).⁴⁰

³⁹ CIE (Clasificación Intervenciones de Enfermería) en línea
<http://www.aibarra.org/archivos/CIE.htm>

⁴⁰ Apuntes y Notas de Enfermería Materno. Curso Académico 2008/09.España En Línea
<http://www4.ujaen.es/~mlinares/APUNTES.pdf>

4.10.2 La consejería

La consejería es un proceso basado en el intercambio dialógico centrado en ayudar a otra persona a entender los factores determinantes de una situación y a involucrarse de modo emprendedor, libre y consciente para buscar una solución.

La consejería facilita un aprendizaje integral, mediante la escucha atenta, el diálogo cálido y abierto a la expresión de necesidades biopsicosociales; lo que es de suma importancia por los cambios experimentados en este período de edad.

La consejería, no consiste en dar consejos a los/as adolescentes usuarios/as que necesitan la ayuda de un proveedor/a de salud, para clarificar un problema o buscar soluciones al mismo. La consejería es una consulta educativa que se ofrece en un ambiente de confianza, permitiendo que él o la adolescente tome sus propias decisiones de manera reflexionada.

4.10.3 La Consejería en Adolescente Embarazada

Todos los años, millones de adolescentes mueren a temprana edad o padecen enfermedades que podrían ser prevenidas o tratadas con intervenciones adecuadas de salud (OMS, 2003). Los problemas que la juventud enfrenta hoy en día en relación con su salud sexual y reproductiva son variados y complejos.

Dichos problemas se conocen y están documentados, e incluyen conductas sexuales de riesgo, embarazos no deseados y la adquisición de infecciones de transmisión sexual.

Aunque la consejería no es la solución para todos estos problemas, es una de las intervenciones multidisciplinarias más importantes que se puede llevar a cabo por proveedores de salud o de servicios sociales en diferentes niveles. La consejería es una respuesta que trata los aspectos psicosociales de la juventud, incluyendo las emociones intensas que con frecuencia interfieren con la capacidad de los jóvenes para tomar decisiones saludables respecto a su sexualidad.⁴¹

Es conveniente aclarar que la consejería en los periodos de embarazo, parto y puerperio, nunca sustituye la atención de la salud indispensable a estas etapas de la vida, es más, debe abordarse como un elemento complementario y relacionado también con la promoción de grupos adolescentes embarazadas que aprendan a vivir su embarazo de una manera positiva, que sean capaces de incrementar la protección de su salud durante estas etapas y que sepan que hacer ante cualquier señal de peligro para tomar las precauciones necesarias y evitar una muerte materna.

En estas etapas, entonces, la consejería es claramente una herramienta de apoyo a otras intervenciones de salud. Se debe enfocar en la investigación y manejo de algunos componentes psicológicos relacionados con el embarazo. Es importante durante la entrevista inicial, tratar de aclarar con la joven embarazada si es un

⁴¹Organización Pan Americana de la Salud.
Consejería orientada en los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva: una guía para proveedores de primera línea.
Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud © 2005.
<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sayouth.pdf>

embarazo deseado o no, si es embarazo planificado o no, si es producto de una violación o fue con mutuo consentimiento; como vive la joven su embarazo; si tiene temores, que características tienen esos temores si tiene red de apoyo o rechazo por parte de su familia; si su compañero esta todavía con ella o si fue un encuentro fortuito y no hay compromiso por parte de su pareja; si su pareja es adolescente o es una persona adulta; si ha tenido la oportunidad de hablar con su pareja sobre cuáles son las condiciones que le esperan; si a meditado como piensa enfrentar la situación económica que le espera.

Una vez aclaradas estas interrogantes y otras que la joven pueda tener es conveniente esbozar un plan de análisis de situación y trabajar con la joven y, si es posible junto con la pareja, el plan emocional para lograr un embarazo lo más tranquilo que las condiciones lo permitan.

Para ello es conveniente:

- Proporcionar espacios y ejercicios de reflexión en base a a propia experiencia o la de familiares y amistades cercanas en las cuales se rescaten opiniones, sentimientos y valoraciones (positivos y negativos) en torno a: el embarazo adolescente, los factores que lo propician, la forma en que se asume la maternidad y la paternidad, las consecuencias para él y la adolescente, las reacciones de la familia y la sociedad.

- Analizar y clarificar mitos y creencias en torno al embarazo. Es importante tratar de aclarar la mayor cantidad de mitos y preocupaciones que pueda tener la joven para brindar un clima de tranquilidad. En caso que no se tengan todas las respuestas, es importantes que debemos aclararlo ante la joven e investigar por nuestra cuenta para analizarlo posteriormente.
- Abordar el tema del embarazo sin negar el hecho de que las relaciones sexuales en la adolescencia son una posibilidad concreta a pesar que la sociedad o los mismos adolescentes tiendan a negarla
- Aminorar los sentimientos de temas o ansiedad que el embarazo adolescente pueda generar enfatizando en la posibilidad de evitarlo si se previene con las futuras circunstancias.
- Confrontar la visión fantasma que existe sobre el embarazo adolescente, recordando que la maternidad y la paternidad hacen más compleja la vida de los adolescentes pero no acaba con ella. Es necesario enfatizar en la necesidad de aceptación, apoyo y acompañamiento que le permitan a estos adolescentes continuar con su proyecto de vida o replantearlo.
- Garantizar que acuda a sus citas de control prenatal, que se integre en grupos de apoyo de adolescentes embarazadas, monitorear que logre un mayor auto cuidado y protección de su salud promoviendo una nutrición balanceada, la eliminación del tabaco o uso de drogas, la práctica de ejercicios moderados. Procurar también que su parto sea atendido por

personal de la salud profesional, preferiblemente en un hospital y que atienda las recomendaciones relacionadas con el puerperio.⁴²

Tanto enfermeras como médicos, trabajadores comunitarios de salud, trabajadores sociales, consejeros y profesores, están en contacto con jóvenes en forma sistemática y tienen muchas oportunidades de influir en ellos de manera positiva.

⁴² Fondo de Población de las Naciones Unidas. Manual de Consejería para Adolescentes [en línea] 2001 [Accesado 10 de abril de 2012] Disponible en: http://www.bertha.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=106&func=fileinfo&id=685

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN: Cuantitativa, Observacional, Descriptiva y Transversal

5.2. POBLACIÓN La investigación se llevo acabo en el Hospital General Regional Iztapalapa, con mujeres adolescentes embarazadas que acuden a la consulta externa a control prenatal. La población esta constituida por 400 mujeres adolescentes embarazadas

5.2.1. Muestra: Convencional de 99 adolescentes embarazadas (12 a 19 años), con una edad gestacional de 20-36.6 semanas de gestación, que acuden a Control Prenatal al Hospital General Regional Iztapalapa

5.2.2. Criterios de inclusión: Adolescentes embarazadas (12 a 19 años), con una edad gestacional de 20-36.6 semanas de gestación, que acuden a Control Prenatal al Hospital General Regional Iztapalapa y

5.2.3. Criterios de exclusión: Adultos jóvenes embarazadas a partir de los 20 años de edad, con edad gestacional menor a 20 semanas y mayor o igual a 37 semanas.

Mujeres que no aceptan participar.

5.2.4. Criterios de eliminación: Las mujeres que no concluyen las entrevistas y/ o fallecen.

5.3. VARIABLE

Funcionalidad familiar

5.3.1. Definición conceptual: es la capacidad del sistema para enfrentar y supera cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa la familia.⁴³

5.3.2. Definición operativa: escala ordinal

5.4. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Cuestionario APGAR Familiar, diseñado en 1978 por Smilkstein, que explora la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. A este instrumento se le añadió una pregunta, sobre tipo de familia, para caracterizarlas como nuclear, monoparental y extensa.

El APGAR familiar sirve para poner al personal de salud sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla.

Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se conforman cinco componentes básicos de la función familiar:

- Adaptación: capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua y la utilización de los mismos para resolver los

⁴³ Maddaleno, M. et al. Salud Familiar, División de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina. Universidad de Chile, Santiago; 1986

problemas cuando el equilibrio familiar se ve amenazada, mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los (situaciones de crisis).

- Participación: Distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos,
- Crecimiento: Logro de la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.
- Afecto: Mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.
- Resolución: mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos lo miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis.

5.5 PLANEACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se captaron las usuarias que asisten a su control prenatal en el Hospital General Regional de Iztapalapa en horarios matutino y vespertino en un periodo de 4 meses en los días de Lunes a Viernes.

Se capturaron los datos en programa SPSS Versión 15

6. CONSIDERACIONES ETICAS

El estudio se apegó a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación de la salud (Secretaria de Salud 1988). Y con base en los Principios Éticos señalados en el Código de Ética de Enfermería. Reglamento de la Ley General de Salud:

En la investigación se protegió el respeto y dignidad de las personas estudiadas que menciona el Art. 13, la investigación no presentó ningún riesgo para las adolescentes embarazadas Art. 17.

A las adolescentes embarazadas, se les solicita el consentimiento informado, con una clara y completa explicación acerca del estudio Art. 20 y 21

Código de Ética de Enfermería: Beneficencia y no maleficencia, Veracidad, Privacidad, Confidencialidad, Tolerancia, Fidelidad

7. RESULTADOS

Cuadro 1
Satisfacción por la ayuda que recibe de la familia cuando tiene problemas
2012

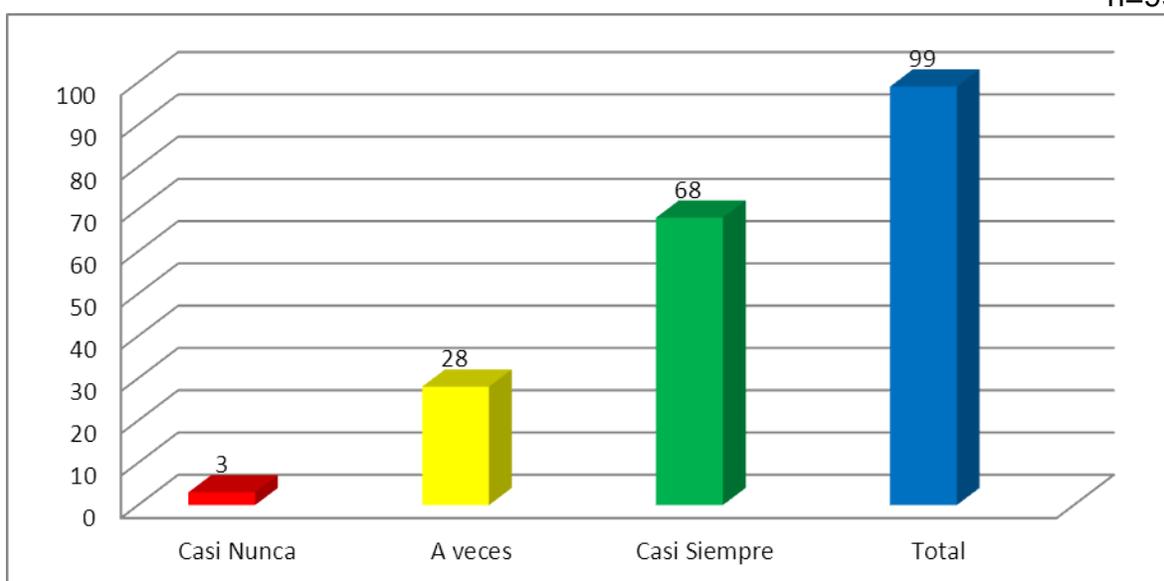
n=99

	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	3	3.0
A veces	28	28.3
Casi Siempre	68	68.7
Total	99	100.0

Fuente: Apgar Familiar por Smilkstein, 2011-2012, utilizada para la investigación "Funcionalidad Familiar en Adolescentes embarazadas", 2012.

GRAFICA 1
Satisfacción por la ayuda que recibe de la Familia cuando tiene Problemas
2012

n=99



Fuente: Apgar Familiar por Smilkstein, 2011-2012, utilizada para la investigación "Funcionalidad Familiar en Adolescentes embarazadas", 2012.

Descripción: En la grafica 1 podemos observar que un 68 de las adolescentes embarazadas le satisface la ayuda que recibe por parte de su familia, teniendo 28.de ellas que nos dice que a veces siente esta ayudad, mientras 3 refiere que casi nunca recibe ayuda de parte de su familia.

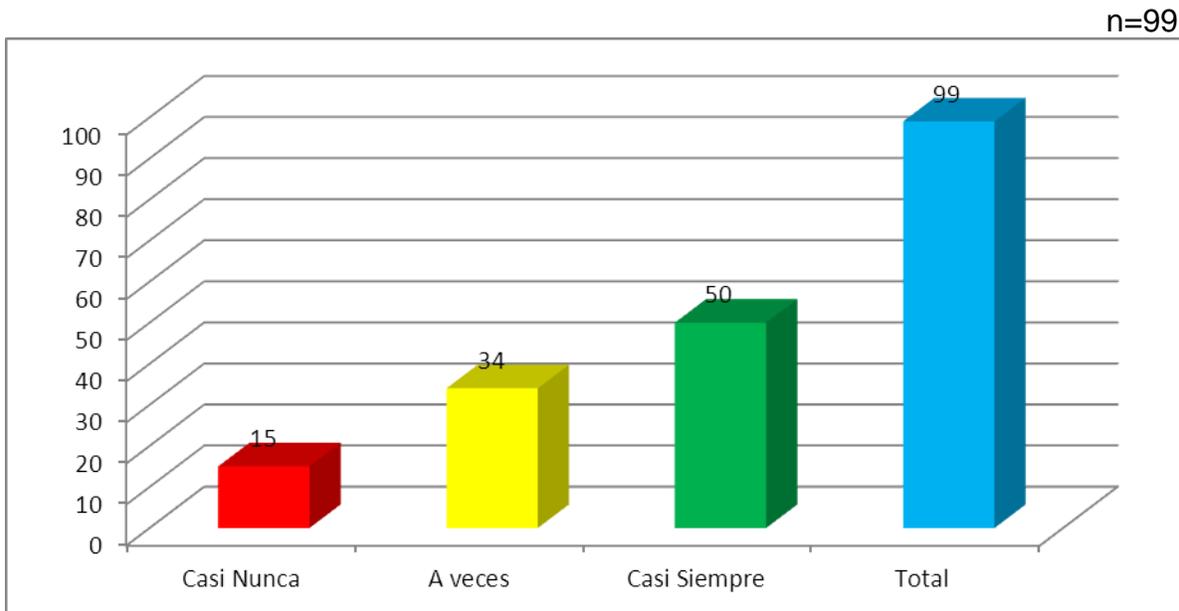
Cuadro 2
Satisfacción por la forma en que la familia habla las cosas y comparte
problemas con la Adolescente Embarazada
2012

n=99

	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	15	15.2
A veces	34	34.3
Casi Siempre	50	50.5
Total	99	100

Fuente: Misma que cuadro 1

GRAFICA 2
Satisfacción por la forma en que la familia habla las cosas y comparte
problemas con la Adolescente Embarazada
2012



Fuente: misma que grafica 1

Descripción: La Grafica 2, 50 de las adolescentes refiere que casi siempre su familia habla y comparte los problemas con ellas, 34 manifiestan que solo en ocasiones suelen existir esta comunicación, contrario a 15 en el cual no hay esta comunicación.

Cuadro 3
Satisfacción por como la aceptación y apoyo familiar por el deseo de las
Adolescentes por emprender nuevas actividades
2012

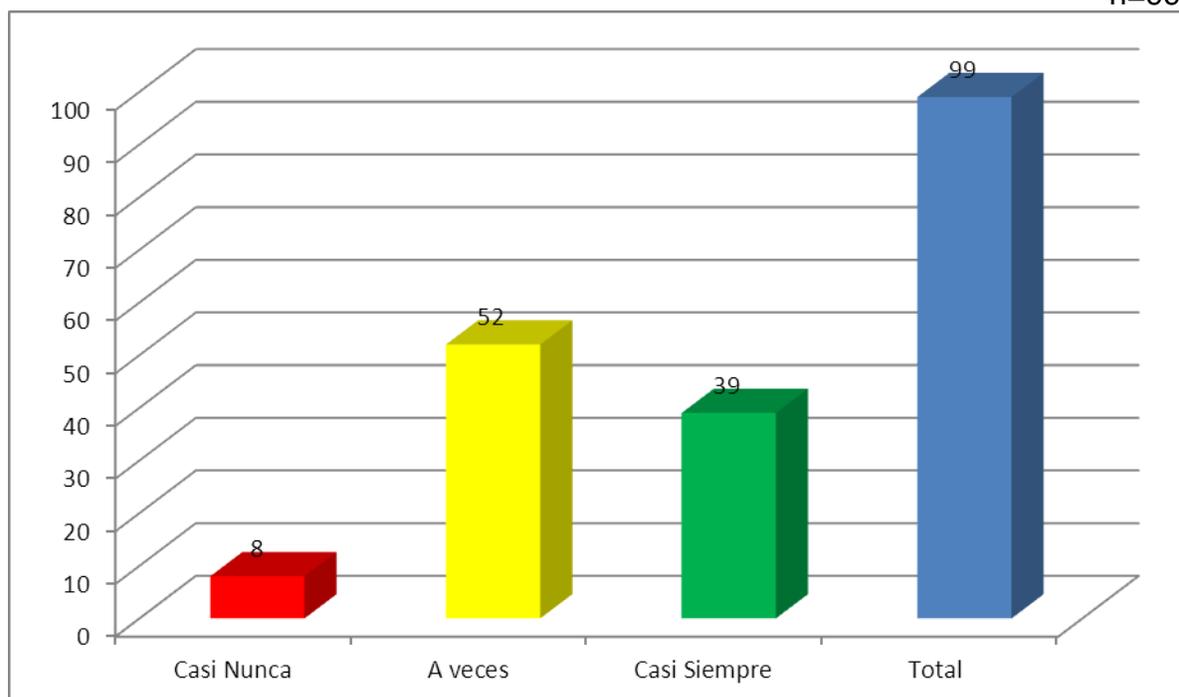
n=99

	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	8	8.1
A veces	52	52.5
Casi Siempre	39	39.4
Total	99	100.5

Fuente: Misma cuadro 1

GRAFICA 3
Satisfacción por como la aceptación y apoyo familiar por el deseo de las
Adolescentes por emprender nuevas actividades
2012

n=99



Fuente: misma que grafica 1

Descripción En la grafica 3 se observa que 52 de las adolescentes refieren que a veces reciben apoyo de sus padres para emprender nuevas actividades, seguido de 39 las cuales reciben apoyo de sus padres para emprender nuevas actividades en contra de 8 que no lo siente.

Cuadro 4
Satisfacción como la familia expresa afecto y responde a las emociones
como rabia, tristeza y amor de las adolescentes
2012

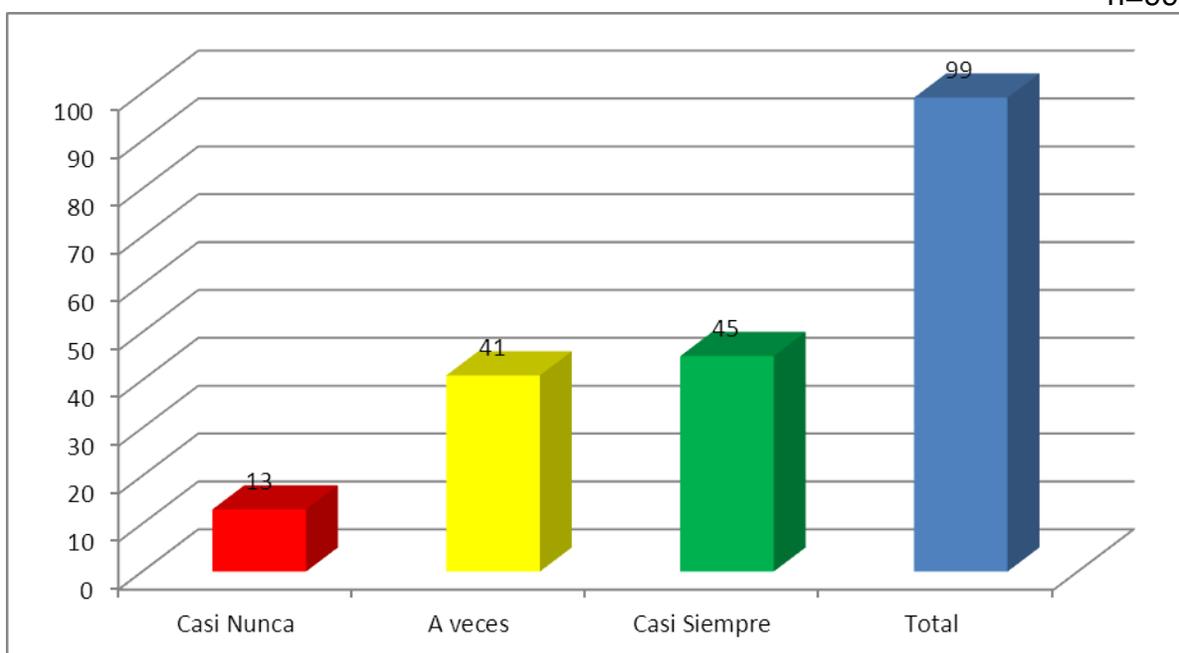
n=99

	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	13	13.1
A veces	41	41.4
Casi Siempre	45	45.5
Total	99	100.0

Fuente: Misma cuadro 1

GRAFICA 4
Satisfacción como la familia expresa afecto y responde a las emociones como rabia, tristeza y amor de las adolescentes 2012

n=99



Fuente: misma que gráfica 1

Descripción: En la Grafica 4. Observamos como a 45 de las adolescentes les satisface como la familia expresa afecto y responde a sus emociones, 41 refiere que en ocasiones percibe este afecto, mientras 13 casi nunca siente este afecto.

Cuadro 5
Satisfacción por el tiempo, espacios y dinero compartido en la familia

2012

n=99

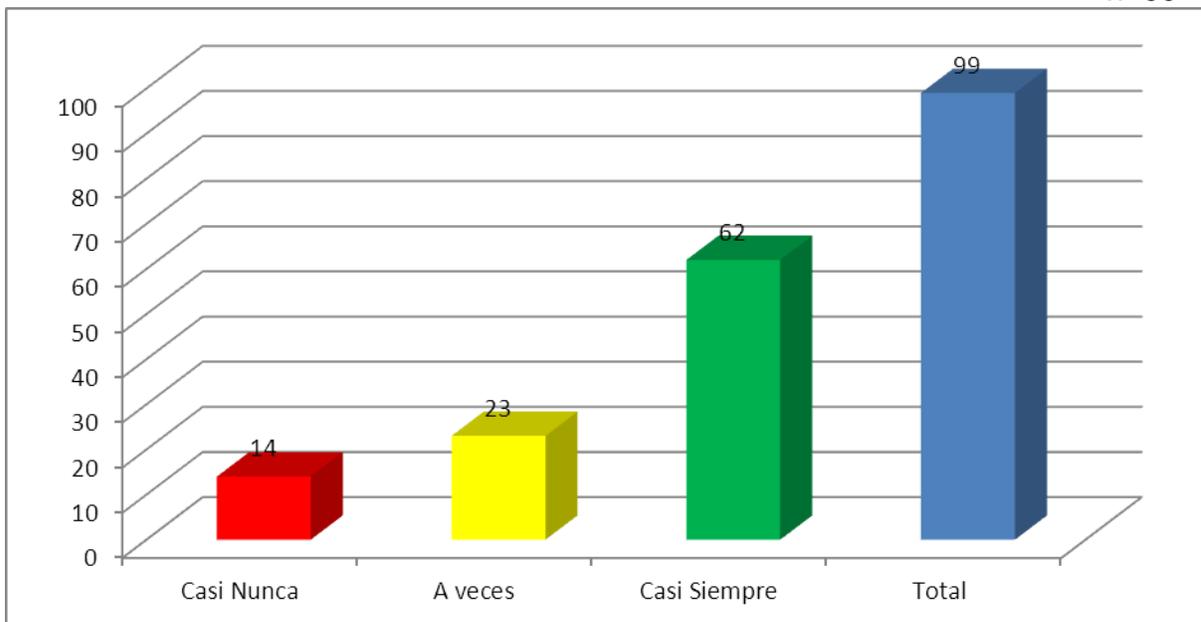
	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	14	14.1
A veces	23	23.2
Casi Siempre	62	62.6
Total	99	100.0

Fuente: Misma cuadro 1

GRAFICA 5

Satisfacción por el tiempo, espacios y dinero compartidos en la familia 2012

n=99



Fuente: misma que grafica 1

Descripción: En la grafica 5. Observamos que 62 de las adolescentes refiere que casi siempre comparten tiempo junto como espacios en casa y dinero, mientras que 23 de las adolescentes refieren que solo a veces sucede, 14 refiere que en su caso esto no ocurre.

Cuadro 6

Tipo de Familia de donde proviene la adolescente embarazada 2012

n=99

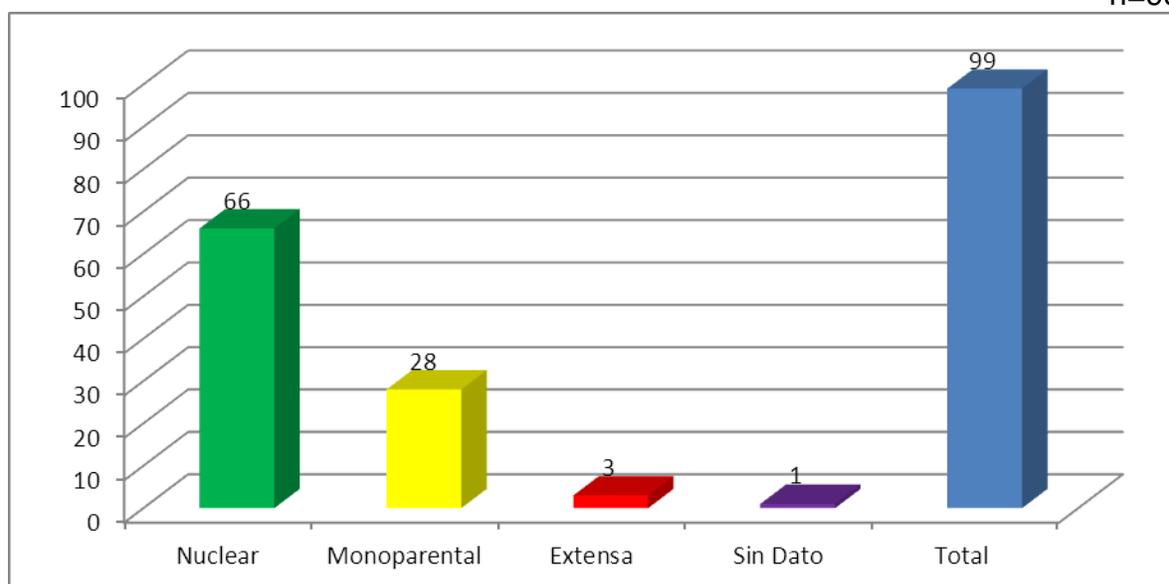
	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	66	66.7
Monoparental	28	28.3
Extensa	3	3.0
Sin Dato	1	1.0
Total	99	100.0

Fuente: Test Factores de Riesgo Sociales y Biológicos en Adolescente Embarazada, recolectados por Penélope C. Velasco González y Johana G. González Vargas, 2011-2012, utilizado para la investigación “Relación entre los Factores Sociales y Bilógicos y Embarazo en Adolescentes”, 2012.

GRAFICA 6

Tipo de Familia de donde proviene la adolescente embarazada 2012

n=99



Fuente: Test Factores de Riesgo Sociales y Biológicos en Adolescente Embarazada, recolectados por Penélope C. Velasco González y Johana G. González Vargas, 2011-2012, utilizado para la investigación “Relación entre los Factores Sociales y Bilógicos y Embarazo en Adolescentes”, 2012.

Descripción: En la grafica 6 podemos observar que un 66 adolescentes embarazadas refieren pertenecer a una familia nuclear, mientras 28 adolescentes refieren vivir con un solo padre y solo 4 de ellas refieren pertenecer a una familia extensa.

Cuadro 7 Funcionalidad Familiar

2012

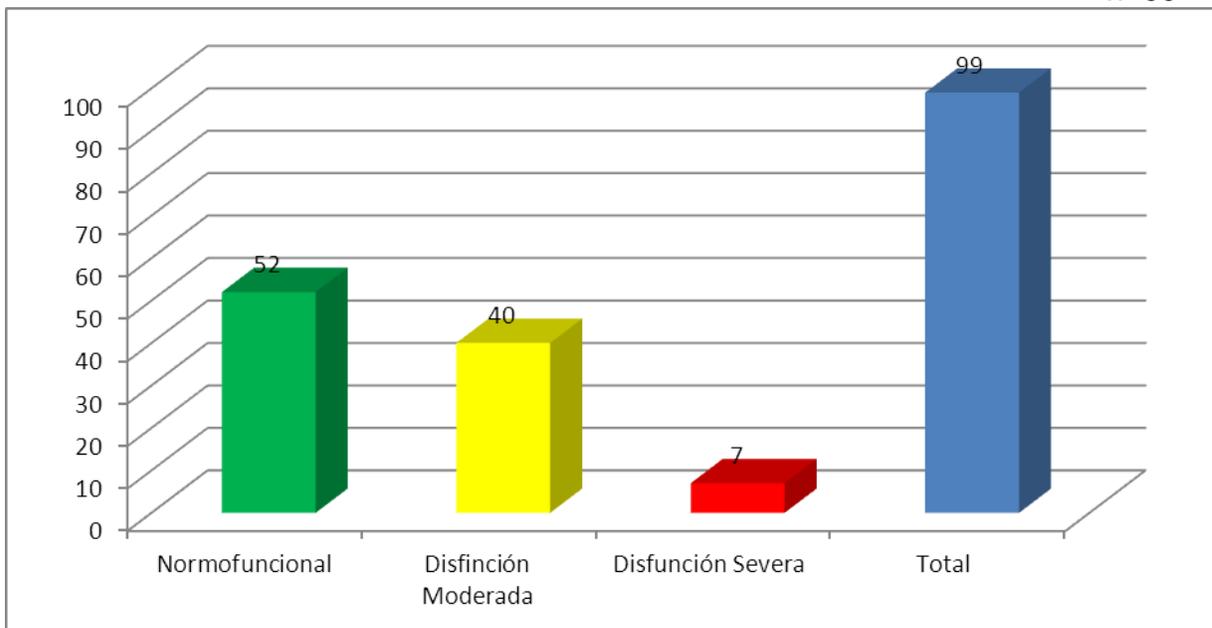
n=99

	Frecuencia	Porcentaje
Normofuncional	52	52.5
Disfunción Moderada	40	40.4
Disfunción Severa	7	7.1
Total	99	100.0

Fuente: misma que grafica 1

Grafica 7
Funcionalidad Familiar
2012

n=99



Fuente: misma que grafica 1

Descripción: En la grafica 7 podemos observar que un 52 de las familias de adolescentes embarazadas están dentro de una familia normofuncional, 40 de estas viven con una disfunción familiar leve, contra un 7, las cuales se encuentran en una disfunción familiar severa.

8. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

En el cuadro No 1, sobre la satisfacción de la adolescente por la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problemas, mostro que la mayoría (68.7%) se ha sentido satisfecha, contrario a la literatura revisada donde refiere que las adolescentes no acuden a los padres ante los problemas, no se sienten respetados por los adultos, sus opiniones ante ellos no son legítimas, y que sienten discriminación y exclusión. Perciben que los adultos no están con ellos. Son las mujeres quienes se sienten más incomprendidas y menos seguras.⁴⁴

El cuadro No. 2, satisfacción por la comunicación familiar, ésta existe en un porcentaje mayor (50.5%), pero un porcentaje considerable (34.3%), refiere que a veces no esta satisfecha por la comunicación que hay en la familia; lo cual coincide con la literatura, ya que reporta la falta de confianza para comunicarse con sus padres, problemática que se comenta en mayor magnitud con compañeros o amigos, quienes muestran mayor disposición para escucharlos y por quienes se sienten más comprendidos.⁴⁵

En el cuadro No. 3, las adolescentes embarazadas en ocasiones están satisfechas por el apoyo recibido dentro de la familia (52.5%), seguido de aquellas quienes dicen contar con este apoyo y aceptación (39.4%). La Literatura refiere poca

⁴⁴ Sadler M. Aguayo. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Estudio de las "Dinámicas familiares en familias de padres y madres adolescentes". Centro Indisciplinaria de Estudios del Genero. Universidad de Chile. Santiago 2006

⁴⁵ Jiménez G.C. Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. Medicina Familiar y Atención Primaria, México 2010

aceptación de los padres a nuevas actividades, esto se relaciona con la falta de apoyo, orientación e información que no permite la conformación de un lenguaje que les posibilite referirse a los afectos y sentimientos, contenidos en sus temores, ni educados para vivir sin riesgos que amenacen sus proyectos de vida.⁴⁶

En el cuadro 4, la mayoría de los sujetos de estudio aprecian afecto por parte de la familia (45.5%), pero en un porcentaje similar (41.4%), señala que a veces no sienten el afecto y poca respuesta a las emociones, la literatura dice que el vínculo afectivo es factor fundamental que influye en el desarrollo del adolescente y su maduración psicoafectiva, es una pieza clave en la prevención de los problemas de comportamiento.

En el cuadro No 5, existe una satisfacción por parte de las adolescentes embarazadas por el tiempo compartido, espacios y dinero dentro de la familia (62.6%). La literatura refiere que los adolescentes prefieren pasar más tiempo con sus pares que con su familia, ya que empiezan a descubrir su entorno y rivaliza con el mundo familiar que durante su infancia lo mantuvo encantado y cautivo, inicia el proceso de separación y lucha por la independencia y autonomía.

En la grafica 6, se aprecia que la mayoría de las adolescentes embarazadas proviene de una familia nuclear, seguida de un porcentaje menor que refiere que

⁴⁶ Sadler M. Aguayo F. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Estudio de las "Dinámicas familiares en familias de padres y madres adolescentes". Centro Indisciplina río de Estudios del Género. Universidad de Chile. Santiago 2006

procede de una familia monoparental. La Literatura nos dice lo contrario ya que el hecho de vivir en un hogar monoparental, es decir en aquellos hogares que están llevados solo por la madre o el padre, repercute de alguna manera en el embarazo adolescente, lo que probablemente esté relacionado a la mayor dificultad que tienen los padres solos de supervisar la conducta de las adolescentes que ambos padres. Existe evidencia que la supervisión de ambos padres está asociada con la baja actividad sexual entre adolescentes.

En el cuadro 7, arrojó un porcentaje de funcionalidad familiar, por encima de la mitad de la muestra (52.5%), pero hay que considerar que un porcentaje importante de la muestra, es decir, casi la mitad (47.5%), se ubicaron en una disfunción familiar (moderada o severa). Al respecto, la literatura menciona que la disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas poco saludables en los adolescentes. Esto hace necesario el apoyo de la familia, en la medida que requiere mayor calidad de tiempo para compartir, demostrar confianza, solidaridad y afecto. Aun cuando existen factores externos a la familia que pueden estar influyendo en la crisis emocional que enfrentan.

9. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Este estudio reafirma que la disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de las conductas de riesgo en los adolescentes. En este sentido se presentan las siguientes conclusiones:

El grado de Funcionalidad Familiar en adolescentes embarazadas mexicanas de la Delegación Iztapalpa mediante la aplicación de Apgar Familiar, fue disfuncional en casi la mitad de los sujetos de estudio, que fueron 99, y el resto de las familias de las adolescentes fue funcional.

Específicamente hubo disfunción familiar moderada en el 40.5% de la población, disfunción severa en el 7% y función normal familiar en el 50.5%. Los aspectos en los que se encontraron mayor alteración fueron en el emprender nuevas actividades y afecto.

Por lo anterior se sugiere:

- Mayor participación al momento de tomar decisiones que afecten a la familia,
- Distribución de tareas de manera responsable en el ámbito familiar,
- 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 de tiempo disponible para compartir,
- Demostraciones de confianza, solidaridad y sobre todo afecto.

Los resultados exigen a la enfermería y otros trabajadores de la salud iniciar acciones que aseguren una prestación de servicios de salud tendientes a disminuir riesgos y mejorar el grado de salud familiar, sobre todo en las familias de gestantes adolescentes.

10. BIBLIOGRAFIA

Referencias Bibliográficas

INEGI. Natalidad. Disponible en
http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?c=23699
Consultado: 18-01-2012

Matus Sancho J, Castells, Cuixart P. El adolescente problemático. México, Hispano Europea; 2004.

Pérez Galindo B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Aquichan [en línea] 2003 Octubre 3(3), [accesado 12 Nov 2011] Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74130305.pdf>

Bajama Mosqueda S, Bonilla Merizalde J, Cabrera Yépez E, Cantos Calle M, Velasco Garcés M. La familia y la salud En: Velasco GM. Manual de la Enfermería, España: Estudio de Comunicación Europeo, 2005 p 211-39

Organización Panamericana de la Salud. Salud de los adolescentes. Washington, DC: OPS/OMS; 1995.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1859259&pid=S0036-3634200500030000400001&lng=es

UNICEF. Punto de Mira: La adolescencia temprana y tardía. [en línea] [accesado 15 de Agosto 2011] Disponible en

<http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>

Armendáriz OAM, Mendel PBY. Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes, [en línea] Rev. Synthesis, Julio-Septiembre 2010. [accesado 08 de Diciembre 2011] Disponible en www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta_de_intervencion_para_prevenir_el_embarazo_en_adolescentes.pdf

Dulanto GE. El Adolescente, Ed. Mc Graw-Hil Interamericana. México 2000

Lara AJM Adolescencia: Cambios Físicos y Cognitivos [en línea] [Consultado 21 de Febrero 2012] Disponible en:http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista11/11_9.pdf

Maddaleno M. La Salud del Adolescente y del Joven, OPS (Washington, D C - USA) , 1995

Martínez, M. R. La Salud Del Niño y Adolescente, Salvat Mexicana, 2Ed, 1989

Múss RE. Teorías de la Adolescencia. 3ra Ed. Edit. Paidós 1972 Buenos Aires

Beers, M. H. et al Nuevo Manual Merck de Información Médica General. Ed en Español. Barcelona. Oceano, 2008. Vol. 2

Aguilar CMJ, Tratado de Enfermería Infantil: Cuidados Pediátricos. Barcelona. Oceano Mosby. 2003

Goncalves de FM Los Adolescentes como agentes de cambio social: algunas reflexiones para los Psicólogos sociales comunitarios [en línea] Rev. Psykhe 2004 13(02) [accesado 09 de Abril 2012] disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/967/96713210.pdf>

Puentes SY, Menéndez QE, Concepción DZ, La educación sexual en los Adolescentes [en línea] Contribuciones a las Ciencias Sociales 2011 [accesado 15 de julio 2012] Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/14/sqd.html>

Lamas C. Para comprender la adolescencia problemática [en línea] Rev. Redes 2007 [accesado 14 de Noviembre 2011] Disponible en : <http://www.revistaredes.es/imagenes/pdf/Para%20comprender%20la%20adolescencia%20problem%C3%A1tica.%20C.%20Lamas.pdf>

Beers, M. H. et al Nuevo Manual Merck de Información Médica General. Ed en Español. Barcelona. Oceano, 2008. Vol. 2

Orlando RR. Obstetricia ginecológica. La Habana. Editorial Ciencias Medicas, 2004

Gobierno del Distrito Federal. Secretaria de Educación del Distrito Federal. Tu futuro en Libertad: por una sexualidad y salud reproductiva con responsabilidad. México 2008

Ruiz GM. Enfermería del niño y del adolescente. 2° Ed. Grupo Paradigma España 2003

Dulanto GE. El Adolescente, Ed Mc Graw-Hil Interamericana. México 2000

Moreno AG. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad [en línea] Rev. Sapiens 2008 9(1) Venezuela [accesado el 25 de Agosto 2012] Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/410/41011135004.pdf>

Instantáneas: El embarazo en la adolescente precoz. [En línea] Rev. Panam Salud Publica 1998 3(4) [accesado el 04 de Julio 2012] Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049891998000400007&script=sci_arttext

Ruiz GM. Enfermería del niño y del adolescente. 2° Ed. Grupo Paradigma España 2003

Forero, ALM. Avendaño DMC. Duarte CJZ. Campos AA. Consistencia interna y análisis de factores de la escala de Apgar para evaluar el funcionamiento familiar

en estudiantes de básica. Rev. Colom Psiq [en línea] 2006. 35(01) [accesado 22 de Diciembre 2011] Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80635103.pdf>

Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina Familiar. 6° Ed. Editorial Medicina Familiar Mexicana, México 2000

Huerta GJL. Medicina Familiar. Ed. Alfil, México 2005

Rubinstein A. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2° Ed. Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires, 2006

Minuchin S. Familia y Terapia Familiar. 2° Ed. Gedisa Editorial. Barcelona, 1979

Sánchez AI. Bermúdez MP. Buela-Casal G. Efectos del estado gestación sobre el estado de ánimo. R.E.M.E [en línea] 2(2-3) [accesado 14 de Enero 2012] Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/abuelg316251199/texto.html>

CIE (Clasificación Intervenciones de Enfermería) en línea <http://www.aibarra.org/archivos/CIE.htm>

Apuntes y Notas de Enfermería Materno. Curso Académico 2008/09.España En Línea <http://www4.ujaen.es/~mlinares/APUNTES.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. Consejería orientada en los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva: una guía para proveedores de primera línea. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud 2005. <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sayouth.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. Manual de Consejería para Adolescentes [en línea] 2001 [Accesado 10 de abril de 2012] Disponible en: http://www.bertha.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=106&func=filename&id=685

Maddaleno, M. et al. Salud Familiar, División de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina. Universidad de Chile, Santiago; 1986

Sadler M. Aguayo. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Estudio de las “Dinámicas familiares en familias de padres y madres adolescentes”. Centro Indisciplinaria de Estudios del Género. Universidad de Chile. Santiago 2006

Jiménez G.C. Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. Medicina Familiar y Atención Primaria, México 2010

Sadler M. Aguayo F. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Estudio de las “Dinámicas familiares en familias de padres y madres adolescentes”. Centro Indisciplina río de Estudios del Género. Universidad de Chile. Santiago 2006

Bibliografía

Aguilar CMJ, Tratado de Enfermería Infantil: Cuidados Pediátricos. Barcelona. Oceano Mosby. 2003

Apuntes y Notas de Enfermería Materno. Curso Académico 2008/09.España En Línea <http://www4.ujaen.es/~mlinares/APUNTES.pdf>

Armendáriz OAM, Mendel PBY. Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes, [en línea] Rev. Synthesis, Julio-Septiembre 2010. [accesado 08 de Diciembre 2011] Disponible en www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta_de_intervencion_para_prevenir_el_embarazo_en_adolescentes.pdf

Bajama Mosqueda S, Bonilla Merizalde J, Cabrera Yépez E, Cantos Calle M, Velasco Garcés M. La familia y la salud En: Velasco GM. Manual de la Enfermería, España: Estudio de Comunicación Europeo, 2005 p 211-39

Beers, M. H. et al Nuevo Manual Merck de Información Médica General. Ed en Español. Barcelona. Oceano, 2008. Vol. 2

CIE (Clasificación Intervenciones de Enfermería) en línea <http://www.aibarra.org/archivos/CIE.htm>

Dulanto GE. El Adolescente, Ed Mc Graw-Hil Interamericana. México 2000

Fondo de Población de las Naciones Unidas. Manual de Consejería para Adolescentes [en línea] 2001 [Accesado 10 de abril de 2012] Disponible en: http://www.bertha.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=106&func=fileinfo&id=685

Forero, ALM. Avendaño DMC. Duarte CJZ. Campos AA. Consistencia interna y análisis de factores de la escala de Apgar para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica. Rev. Colom Psiq [en línea] 2006. 35(01) [accesado 22 de Diciembre 2011] Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80635103.pdf>
Gobierno del Distrito Federal. Secretaria de Educación del Distrito Federal. Tu futuro en Libertad: por una sexualidad y salud reproductiva con responsabilidad. México 2008

Goncalves de FM Los Adolescentes como agentes de cambio social: algunas reflexiones para los Psicólogos sociales comunitarios [en línea] Rev. Psykhe 2004 13(02) [accesado 09 de Abril 2012] disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/967/96713210.pdf>

Huerta GJL. Medicina Familiar. Ed. Alfil, México 2005

INEGI. Natalidad. Disponible en
http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?c=23699
Consultado: 18-01-2012

Instantáneas: El embarazo en la adolescente precoz. [En línea] Rev. Panam Salud Publica 1998 3(4) [accesado el 04 de Julio 2012] Disponible en
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049891998000400007&script=sci_arttext

Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina Familiar. 6° Ed. Editorial Medicina Familiar Mexicana, México 2000

Jiménez G.C. Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. Medicina Familiar y Atención Primaria, México 2010

Lamas C. Para comprender la adolescencia problemática [en línea] Rev. Redes 2007 [accesado 14 de Noviembre 2011] Disponible en :
<http://www.revistaredes.es/imagenes/pdf/Para%20comprender%20la%20adolescencia%20problem%C3%A1tica.%20C.%20Lamas.pdf>

Lara AJM Adolescencia: Cambios Físicos y Cognitivos [en línea] [Consultado 21 de Febrero 2012] Disponible en:
http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista11/11_9.pdf

Maddaleno M. La Salud del Adolescente y del Joven, OPS (Washington, D C - USA) , 1995

Maddaleno, M. et al. Salud Familiar, División de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina. Universidad de Chile, Santiago; 1986

Martínez M. R. La Salud Del Niño y Adolescente, 2Ed,Salvat Mexicana, 1989

Matus Sancho J, Castells, Cuixart P. El adolescente problemático. México, Hispano Europea; 2004.

Minuchin S. Familia y Terapia Familiar. 2° Ed. Gedisa Editorial. Barcelona, 1979

Moreno AG. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad [en línea] Rev. Sapiens 2008 9(1) Venezuela [accesado el 25 de Agosto 2012]Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/410/41011135004.pdf>

Múss RE. Teorías de la Adolescencia. 3ra Ed. Edit. Paidós 1972 Buenos Aires

Organización Panamericana de la Salud. Consejería orientada en los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva: una guía para proveedores de primera línea. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud 2005. <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sayouth.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. Salud de los adolescentes. Washington, DC: OPS/OMS; 1995.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1859259&pid=S0036-3634200500030000400001&lng=es

Orlando RR. Obstetricia ginecológica. La Habana. Editorial Ciencias Medicas, 2004

Pérez Galindo B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Aquichan [en línea] 2003 Octubre 3(3), [accesado 12 Nov 2011] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74130305.pdf>

Puentes SY, Menéndez QE, Concepción DZ, La educación sexual en los Adolescentes [en línea] Contribuciones a las Ciencias Sociales 2011 [accesado 15 de julio 2012] Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/14/sqd.html>

Rubinstein A. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2º Ed. Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires, 2006

Ruiz GM. Enfermería del niño y del adolescente. 2º Ed. Grupo Paradigma España 2003

Sadler M. Aguayo F. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Estudio de las “Dinámicas familiares en familias de padres y madres adolescentes”. Centro Indisciplinario de Estudios del Género. Universidad de Chile. Santiago 2006

Sánchez AI. Bermúdez MP. Buela-Casal G. Efectos del estado gestación sobre el estado de ánimo. R.E.M.E [en línea] 2(2-3) [accesado 14 de Enero 2012] Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/abuelg316251199/texto.html>

UNICEF. Punto de Mira: La adolescencia temprana y tardía. [en línea] [accesado 15 de Agosto 2011] Disponible en <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>

11. ANEXOS

1. APGAR FAMILIAR

Aplicación. Escala de 10 puntos.

	Casi Nunca: 0	A veces: 1	Casi Siempre: 2
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad			
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor			
Me satisface cómo compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero			

Este instrumento define como:

Familia con disfunción severa: 0 a 3

Familia con disfunción moderada: 4 a 7

Familia normofuncional: 7 a 10

2. Carta de Consentimiento Informado

Proyecto “La consejería en salud reproductiva (salud materna) de adolescentes embarazadas y su influencia en el control de riesgos de adolescentes

embarazadas en un Hospital Materno Infantil de la Ciudad de México: Un estudio de intervención”; PAPPIT IN307811-3, ENEO-UNAM 054

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste un profesional de la salud que pertenece a un equipo de investigación y que llevan a cabo el estudio: *“La consejería en la salud materna de adolescentes embarazadas y su influencia en el control de riesgos, en un Hospital público de la Ciudad de México”*, por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y el Hospital General Regional Iztapalapa; cuyo fin es ver que tan efectiva es una intervención de consejería en salud materna por enfermería, para controlar factores de riesgo y daños en adolescentes embarazadas que asisten a su vigilancia prenatal en este Hospital. Los resultados de este estudio contribuirán a la disminución de complicaciones en el embarazo, parto, del recién nacido y después del parto en mujeres adolescentes.

Entiendo que seré entrevistada en un cubículo de la Consulta Externa del Hospital, donde me harán preguntas acerca de mi salud, enfermedades que tuviera así como de mi embarazo actual; podré expresar mis sentimientos y dudas sobre mi embarazo en un ambiente libre, privado y de confianza También entiendo que en la entrevista puede estar, si lo deseo, la persona que me acompañe y que fui elegida junto con aproximadamente 100 adolescentes embarazadas.

He concedido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es totalmente voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o decidir terminarla en cualquier momento. Se me ha dicho que mis respuestas no serán reveladas a nadie y que si participo o si no lo hago, no se verán afectados los servicios que pueda requerir del Hospital.

Entiendo que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito y que el Maestro Hugo Tapia Martínez, responsable de la investigación, es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio; él puede ser localizado en el teléfono 55 30 81 02 92.

De antemano agradecemos tu participación.

Firma de la entrevistada

Firma del entrevistador

Fecha: _____