



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 52
CUAUTITLAN IZCALLI
ESTADO DE MEXICO



**SATISFACCION FAMILIAR Y AUTOESTIMA DE LA ADOLESCENTE
EMBARAZADA DE LA UMF NUMERO 52 DEL IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MIGUEL ANGEL AMBRIZ VIGUERAS



CUAUTITLAN IZCALLI ESTADO DE MEXICO

2013



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.

**SATISFACCION FAMILIAR Y AUTOESTIMA DE LA ADOLESCENTE
EMBARAZADA DE LA UMF NUMERO 52 DEL IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MIGUEL ANGEL AMBRIZ VIGUERAS

AUTORIZACIONES:

DR. JAIRO ENOC CRUZ TOLEDO

ASESOR DE TESIS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 52

DRA. ALMA LUISA LAGUNES ESPINOSA

COORDINADORA CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

DR. SALVADOR ROBLES VALENZUELA

DIRECTOR MEDICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 52.

DRA. PAULA GONZALEZ MARTINEZ

COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD.
DELEGACIÓN MEXICO ORIENTE

CUAUTITLAN IZCALLI, EDO. MEXICO

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**SATISFACCIÓN FAMILIAR Y AUTOESTIMA DE LA ADOLESCENTE
EMBARAZADA DE LA UMF NÚMERO 52 DEL IMSS.**

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

PRESENTA:

DR. MIGUEL ANGEL AMBRÍZ VIGUERAS

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
UNAM.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

INDICE	
1.- Título	1
2.- Antecedentes	4
3.- Planteamiento del problema	11
4.- Justificación	12
5.- Objetivos	13
General	13
Específicos	13
6.- Metodología	
Tipo de estudio	14
Población, lugar y tiempo	14
Tipo de muestra y tamaño de la muestra	14
Criterios de selección	15
Criterios de inclusión	15
Criterios de exclusión	15
Variables	16
Método para captar la información	18
Consideraciones éticas	19
7.- Resultados	20
8.- Discusión	32
10.- Conclusiones	34
11.- Recomendaciones y sugerencias	35
12.- Referencias bibliográficas	36
13.- Anexos	39

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de Salud (OMS) en el año de 1965 definió a la adolescencia como el periodo de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida la independencia socio económica, fijando sus límites de los 10 a los 20 años^(1,15). Durante esta etapa se experimenta grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales, marcando en muchos de los casos el inicio de la vida sexualmente activa.

A nivel mundial se reconoce un aumento de la actividad sexual de los adolescentes y concomitantemente una disminución en la edad de inicio de relaciones sexuales, incrementándose con esto la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años⁽¹⁾

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

Las adolescentes tienen el doble de probabilidad de morir por parto en relación a las mujeres de 20 años de edad; en aquellas mujeres por debajo de los 15 años de edad aumenta 5 veces más el riesgo. Las adolescentes también exponen a su descendencia a un alto riesgo, los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen 1½ más de riesgo de morir antes de su primer año de vida que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años.

La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad. La joven madre tiene mayor riesgo de presentar parto obstruido, parto prolongado, pre eclampsia y eclampsia, entre otros. Los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo.

Los más de 20 millones de adolescentes y jóvenes en México, tomarán decisiones y transiciones que en buena medida determinarán el curso de sus vidas, y en esa circunstancia el futuro del país dependerá de las oportunidades de desarrollo personal que se les abran.

Las situaciones que influyen en la vida futura de los/las adolescentes son: abandonar o continuar en la escuela, acceder a una fuente de empleo remunerada, el inicio de las relaciones sexuales, abandonar el hogar familiar, casarse o unirse y tener el primer hijo.

La mitad de los jóvenes y adolescentes 49.9% se concentran en solo siete de las 32 entidades federativas: Estado de México 13.3% , Distrito Federal 8.4% , Veracruz 7.0%, Jalisco 6.6%, Puebla 5.1%, Guanajuato 5.1% y Michoacán 4.4% . En el grupo de edad de 15 a 24 años, el 74 % viven en áreas urbanas y el 26 % viven en áreas rurales.⁽³⁾

La mayoría de los adolescentes son personas solteras en un porcentaje de 97% de hombres y 93% de mujeres ,aunque se estima que cerca de cinco millones están casados o viven en unión libre y poco más de 240,000 cuenta en su haber con una unión disuelta.⁽⁴⁾

Durante siglos, casarse y tener hijos a los 14 o 15 años de edad era algo común, pero en la actualidad esto tiene una significación muy diferente, pues evoca una anomalía social: numerosos riesgos sociales, psicológicos y biológicos.

El embarazo y el parto durante la adolescencia acarrear importantes riesgos, mueren por causas relacionadas con el embarazo, alrededor de 15 millones de niños, nacidos de niñas de 15 a 19 años de edad mueren por causas relacionadas con el embarazo.⁽⁵⁾

En México, anualmente quedan embarazadas 700 000 mujeres menores de 20 años, 82% de esos embarazos son involuntarios. Los porcentajes obtenidos por entidad federativa son los siguientes: Aguascalientes 15.7, Baja California 18.3, Baja California Sur 18.7, Campeche 20.7, Coahuila de Zaragoza 18.9, Colima 19.2, Chiapas 19.6, Chihuahua 20.3, Distrito Federal 13.2, Durango 19.0, Guanajuato 14.6, Guerrero 20.5, Hidalgo 18.0, Jalisco 14.9, México 17.3, Michoacán de Ocampo 16.6, Morelos 16.9, Nayarit 21.0, Nuevo León 14.7, Oaxaca 18.5, Puebla 17.5, Querétaro de Arteaga 14.7, Quintana Roo 18.2, San Luis Potosí 16.9, Sinaloa 17.0, Sonora 17.7, Tabasco 19.8, Tamaulipas 16.4, Tlaxcala 18.1, Veracruz de Ignacio de la Llave 18.9, Yucatán 15.5 Zacatecas 16.3, obtenido de el Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

De acuerdo a la encuesta nacional de salud del 2006 La tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 19 años de edad fue de 79 por cada mil mujeres. Considerando la expansión de esta muestra, se estima que 695 100 adolescentes entre 12 y 19 años han estado embarazadas alguna vez, lo que indica la dimensión de este grupo en términos de demanda de servicios de salud para la atención del embarazo y parto. Las tasas de embarazo se incrementan en forma sustancial en las jóvenes de nuestro país conforme aumenta la edad. Así, mientras la tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 15 años fue de seis embarazos por cada mil, el número aumentó en las jóvenes de 16 y 17 años a 101 embarazos por cada mil y el mayor incremento se observó en las adolescentes de 18 y 19 años, entre quienes se alcanzó una tasa de 225 embarazos por cada mil mujeres. Estos resultados ubican al embarazo en la adolescencia como un problema relevante en nuestro país, sobre todo en las mujeres de 12 a 15 años, ya que en estas edades constituye un elevado riesgo para la salud tanto de la madre como del hijo.⁽⁶⁾

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos el subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos), y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son la composición (nuclear, extensa o compuesta), el desarrollo (tradicional o moderna), la demográfica (urbana, sub urbana o rural), la ocupación (campesina, empleado o profesionista), la integración (integrada, semi-integrada o desintegrada), pero hay características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisoria o reciproca con autoridad, los limites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directas, enmascaradas o desplazada.⁽⁷⁾

La familia como grupo social debe cumplir 5 funciones básicas que son: la función económica, la biológica, la educativa, cultural y la espiritual.⁽⁸⁾

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que 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. ⁽⁹⁾

La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad. ^(10,11)

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

En 1996 se registraron en la República Mexicana más de 10,000 nacimientos de madres menores de 19 años, y casi 414,000 de madres extremadamente jóvenes. ^(8,11)

La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20-34 años. ^(9,13)

La evolución de la gestación en la adolescencia continúa siendo un problema importante para los profesionales de la salud, ya que el embarazo en este periodo tiene importantes consecuencias sociales y de salud sobre la madre adolescente y su hijo, y una mayor incidencia de complicaciones médicas en comparación con las gestantes adultas. Estas complicaciones son más graves en adolescentes de menos de 17 años, y aún más graves en las adolescentes menores de 15 años.

Más del 10 % de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes, y así tenemos que alrededor de 15 millones de mujeres dan a luz cada año, correspondiéndoles una quinta parte de todos los nacimientos del mundo, y la mayoría de estos ocurren en países subdesarrollados. Por ejemplo, en Latinoamérica, estas cifras están en el orden de los 48 millones. ⁽¹⁴⁾

La autoestima es un concepto extenso que abarca muchas cosas: es la valoración de nosotros mismos. Requiere la capacidad de conocernos: como somos, que pensamos y que sentimos, expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica hasta qué punto nos creemos capaces, importantes, competentes y dignos.

En los adolescentes la autoestima crea una visión que influye en la forma en que se relacionan con las personas que los rodean, en cómo se sienten con ellos mismos en relación con los demás; "autoestima es la visión de nosotros mismos, es un espejo que refleja la forma en que pensamos que nos ven los demás, cada cual es un cristal que refleja la imagen del pasante".

El concepto que tenemos sobre nosotros mismos o auto concepto se basa muchas veces en nuestras experiencias sociales debido a que la opinión que tienen los demás sobre nuestra persona hace que nos generemos una imagen de nosotros mismos y que la proyectemos ante la sociedad.

La opinión que tienen los demás sobre nosotros no siempre es positiva, es decir que si la interpretación que hacen de nosotros es negativa también nuestra autoestima lo será.

Para que una persona pueda tener autoestima necesita de algunos elementos como los siguientes: la búsqueda de una identidad propia, valores, un propio estilo de vida, la perspectiva que uno tiene de si mismo, influencia de los demás sobre nosotros, tradiciones culturales, actitud y autenticidad.

En el adolescente están presentes la motivación y la autoestima, los cuales se inician en etapas tempranas del desarrollo psicosocial, donde la influencia de la familia es un elemento sustantivo en la consolidación de la autoestima. El clima familiar se considera un factor importante en el desarrollo de la personalidad, el auto concepto y el desarrollo afectivo. La familia es el grupo social natural primario que tiene los objetivos de ser protector y matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros a través de los padres, además de transmitir la cultura con el fin de que el adolescente tenga los valores y las bases para una autoestima alta y la autorrealización.⁽¹⁵⁾

Existen muchos instrumentos para evaluar la autoestima en esta ocasión utilizaremos la escala de Rosenberg que está indicada para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a si mismo, la escala consta de 10 ítem, de los cuales cinco están enunciados de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el

efecto de la equiescencia auto administrada. Su interpretación es de la siguiente manera: del ítem 1 al 5, las respuestas de A a la D se les otorgará una puntuación de 4 a 1, del ítem 6 a 10, las respuestas de A a la D se les otorgará una puntuación de 1 a 4. Al final se sumaran todos los puntos, si se obtiene una puntuación entre 30 a 40 puntos, se considera autoestima normal, si se obtiene una puntuación entre 26 a 29 puntos se considera autoestima media, que no representa problemas de autoestima grave pero se sugeriría mejorarla, si se obtiene una puntuación de menos de 25 puntos se considera una autoestima baja, representando ya problemas significativos de autoestima. La escala ha sido validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0.76 y 0.87. la fiabilidad es de .80.⁽¹⁶⁾

Los instrumentos de atención a la familia nos permiten identificar en qué medida está cumpliendo con sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud-enfermedad. Así, a pesar de este rol preponderante de la familia en la génesis de ciertas patologías y de ser un recurso fundamental de soporte, con mucha facilidad y frecuencia se pasa por alto realizar una adecuada valoración de la estructura y funciones de la familia.⁽¹⁷⁾

Existen varios instrumentos para evaluar la función y satisfacción familiar, en este estudio se ha optado por el APGAR FAMILIAR, el cual fue diseñado por el Dr. Gabriel Smilkstein como un instrumento ágil para detectar el grado de funcionalidad o disfunción de la familia. Para esto se ha creado un cuestionario de cinco preguntas que, mediante una escala de 0 a 4, evalúa el estado funcional de la familia.

Obtuvo su nombre como una nemotecnia, se utilizan las letras APGAR, con el fin de recordar cada una de las funciones que se van a medir. Sus componentes son: Adaptación que es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o periodo de crisis; Participación que es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia, define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia; Crecimiento es el logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua; Afecto es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia; Recursos es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.

El APGAR familiar puede utilizarse periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar, puede incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia en el manejo del paciente, el resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar. Se califica de la siguiente manera casi nunca 0, algunas veces 1, casi siempre 2. Realizando la sumatoria de los ítem, el resultado sería el siguiente: del 0 a 3 necesidad de apoyo inmediato, de 4 a 6 probable disfunción y de 7 a 10 funcionalidad, no sólo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas, éste cuestionario ha sido utilizado en diversas culturas y ha sido comparado con cuestionarios más complejos, con muy buena correlación. ^(11,18,19,20)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano caracterizada por cambios biológicos, psicológicos y emocionales en el cual el individuo intenta definir una postura ante la sociedad, es decir, el desarrollo de su propia personalidad. Desde el año 2006 se ha observado un incremento importante de embarazo en adolescentes llegando a ser de 79 por cada mil mujeres embarazadas lo cual podría estar relacionado con el funcionamiento familiar, estas posibles alteraciones en la dinámica familiar podrían provocar trastornos en su comportamiento sobre todo en los más vulnerables como en los adolescentes.

La familia de acuerdo a sus recursos debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros culturales, morales, emocionales y económicas y de este modo transmitir a la nuevas generaciones estos valores, situación que no sucede en una familia con una disfunción familiar.

La autoestima es el valor que una persona tiene de sí mismo, y esta característica se gesta en la familia de modo que resulta de gran importancia para el buen desempeño de un individuo en la sociedad.

De lo anterior podemos decir que la familia es responsable de la transmisión de valores a las nuevas generaciones y que el embarazo en la adolescente podría estar relacionado con el buen funcionamiento familiar y con el desarrollo de una buena autoestima.

Debido a lo anterior se hace la siguiente pregunta.

¿Cuál es el nivel de satisfacción familiar y de autoestima de la adolescente embarazada en la UMF No. 52?

JUSTIFICACIÓN

Es factible ya que en las unidades de primer nivel de atención, acuden los pacientes de dicho grupo de edad a control de su embarazo, por mutuo propio o cita previa, esta última se otorga cada dos semanas. Además de que acuden a pláticas en el servicio de trabajo social, permitiendo así la realización de este estudio.

Es interesante ya que la familia constituye una fuente de apoyo social inmediato para las adolescentes las cuales están bajo un proceso de adaptación, además que debido a la crisis por normativa que representa el embarazo de la adolescente, la familia también sufre cambios y dificultades en su funcionamiento.

Es novedoso ya que no se encuentran estudios sobre satisfacción familiar y autoestima dentro del área geográfica en donde las costumbres son similares para las adolescentes usuarias del IMSS, siendo importante este grupo debido a que el número de adolescentes que acude a consulta médica es bajo en comparación con otros grupos de edad.

Es relevante para realizar acciones encaminadas a prevenir el embarazo adolescente y así disminuir la frecuencia y complicaciones de embarazo en este grupo de edad.

OBJETIVOS GENERAL.

1.- Identificar la percepción de la satisfacción familiar y el grado de autoestima de la adolescente embarazada.

OBJETIVOS PARTICULARES

1.- Identificar la incidencia de embarazo en adolescentes de la UMF 52.

2.- Determinar el rango de edad de mayor frecuencia de embarazo en adolescentes de la UMF 52.

3.- Registrar la edad de inicio de vida sexual activa y la información sobre metodología anticonceptiva.

4.- Identificar la tipología familiar de la cual es originaria la adolescente embarazada.

METODOLOGIA

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Fue un estudio descriptivo, prospectivo y transversal que se llevó a cabo en un periodo de 3 meses comprendido entre el mes de marzo a mayo del 2012, en la UMF 52 del IMSS en Cuautitlán Izcalli, Estado de México, que corresponde a un primer nivel de atención, la cual se encuentra ubicada en Av. Nevado de Toluca s/n, que pertenece a la delegación 15 oriente del Estado de México que cuenta con la infraestructura necesaria para la realización del mismo, unidad donde la población acude por mutuo propio, con características de atender a población urbana y suburbana.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Fórmula para la estimación de una proporción para variable cualitativa

$$N = \frac{Z\alpha^2 P(1 - P)}{i^2}$$

N: número de sujetos necesarios

Z α : valor de Z correspondiente al riesgo α fijado (1.96)

P: valor de proporción que se supone existe en la población (7.9%)

i: Precisión con que se desea estimar el parámetro (0.05)

Desglose de la fórmula:

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.079) (1 - 0.079)}{0.05^2}$$

$$N = \frac{(3.84) (0.079) (0.92)}{0.0025}$$

$$N = \frac{0.541824}{0.0025} = 111.6$$

Resultado: es de 112 pacientes y se agrega el 20 % % por las pérdidas que se pudieran presentar, dando al final 22 pacientes extras siendo el resultado final una muestra de 134 pacientes.

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- 1.- Adolescentes embarazadas primigestas de 12 a 20 años, adscritas a la UMF 52.
- 2.- Con relaciones sexuales consensuadas

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1.- Adolescentes con más de un embarazo.
- 2.- Adolescentes violadas o estupro.

CRITERIO DE ELIMINACIÓN

- 1.- Pacientes que no deseen participar en el estudio y cuestionarios incompletos.

DEFINICION DE VARIABLES

Independientes

Nombre de la variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores que adquiere la variable
Edad	Tiempo que una ha vivido desde que nació hasta el momento.	Cuantitativa Continua	Años cumplidos.
Sexo	Conjunto de caracteres orgánicos que en cada especie distinguen el macho de la hembra.	Cualitativa. Nominal. Dicotómica	1.- Femenino 2.- Masculino
Religión	Conjunto de creencias, normas morales y practicas rituales relacionadas con la divinidad. Virtud que mueve a dar culto a dios.	Cualitativa. Nominal. Politómica.	1.- católica 2.- cristiana 3.- testigo de Jehová 4.- otra
Ocupación	Acción y efecto de ocupar. Actividad o trabajo en que se emplea el tiempo. Empleo, cargo, oficio.	Cualitativa Nominal. Politómica.	1.- obrero 2.- empleado 3.- independiente (comerciante, vendedora) 4.- artesano 5.- estudia y trabaja 6.- hogar (ama de casa) 7.- otros
Inicio de vida sexual activa	Momento de primer contacto sexual, inicio de relaciones sexuales	Cuantitativa Continua	1.- de 12 a 15 años 2.- de 15 a 18 años 3.- de 18 a 20 años
Numero de parejas sexuales	Cantidad total de personas con las que se ha tenido relaciones sexuales.	Cuantitativa	1.- 1 pareja 2.- 2 parejas 3.- 3 o mas parejas
Método de planificación familiar	Es el conjunto de practicas que pueden ser utilizadas por hombre, mujer o pareja para prevenir embarazos no deseados	Cualitativa	1.- condón 2.-dispositivo intrauterino 3.-hormonales orales 4.-hormonales inyectados 5.- implante 6.- otros
Autoestima	Valoración generalmente positiva de mi persona, valorada mediante la aplicación de la escala de Rosenberg	Cualitativa	1.- baja 2.- normal 3.- alta
Satisfacción familiar	Acción con la que se responde a una queja o razón contraria dentro de la familia mediante la aplicación de APGAR Familiar	Cualitativa	1.- función normal 2.- disfunción leve 3.- disfunción grave

Dependientes

Nombre de la variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores que adquiere la variable
Embarazo	Estado de una mujer en donde es capaz de gestar un ser humano. Determinado por fecha de ultima regla o estudio ecográfico	Cuantitativa	Semanas de gestación.

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Se invitó a participar a pacientes tanto en sala de espera y en la misma consulta médica de ambos turnos de la unidad de medicina familiar 52 del IMSS que se encontraban en el rango de edad de 12 a 19 años de edad que se encontraban embarazadas. previo consentimiento informado y objetivos del estudio, y en forma auto administrada contestaron tres cuestionarios prediseñados de preguntas de opción múltiple, en el cual aceptaron participar 137 pacientes del sexo femenino, el primero de aspectos sociodemográficos ,el segundo el APGAR familiar que puede utilizarse periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar. Puede incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia en el manejo del paciente, el resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar. Se califica de la siguiente manera casi nunca 0, algunas veces 1, casi siempre 2. realizando la sumatoria de los ítems el resultado sería el siguiente del 0 a 3 necesidad de apoyo inmediato, de 4 a 6 probable disfunción y de 7 a 10 funcionalidad, no sólo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas. Este cuestionario ha sido utilizado en diversas culturas y ha sido comparado con cuestionarios más complejos, con muy buena correlación y por último la escala de Rosenberg que está indicada para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo, la escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa. Se interpreta de la siguiente manera de los ítems 1 al 5 que se refieren características de positivas, las respuestas de A a D se puntúan de 4 a 1, de los ítems 6 a 10 que se refieren a características negativas, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4 a la suma de los puntos de 30 a 40 se considera autoestima normal, de 26 a 29 autoestima media, que no representan problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarla, menos de 25 puntos autoestima baja, que representa problemas significativos de autoestima. La escala ha sido validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0.76 y 0.87.la fiabilidad es de .80.

ANALISIS DESCRIPTIVO:

Se realizó un análisis descriptivo con medidas de resumen (frecuencias y porcentajes) de las cuales solo se utilizaron los porcentajes, se utilizó el programa Statical Package For Social Science (SPSS 19).

ASPECTOS ETICOS

Fue factible ya que en la unidad de medicina familiar se atiende a embarazadas de todas las edades, incluyendo a las embarazadas adolescentes, además de contar con población abierta urbana y suburbana. Fue ético porque no se afecta biológica, psicológica y socialmente a las pacientes, además de que no se somete a las pacientes a ningún riesgo.

Se respetó cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, la Enmienda de Tokio, el Informe Belmont y el Código de Reglamentos federales de los Estados Unidos.

Además de cumplir con las disposiciones de la Ley general de Salud de los Estados Unidos Mexicanos mencionados en los artículos 13 al 27 correspondientes a la investigación en los seres humanos.

De los cuales los artículos más representativos para este estudio son, el artículo 13 que menciona lo siguiente: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, el artículo 16 que menciona: En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.⁽²⁸⁾

El Investigador responsable se comprometió a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para beneficio de la paciente, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Cuando se detectó alguna alteración se le comunicó al médico familiar para que pudiera ser enviada a una valoración al servicio de psicología en el hospital general de zona número 57 del IMSS.

RESULTADOS.

El estudio se llevó a cabo en la unidad de medicina familiar número 52 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en Cuautitlán Izcalli estado de México durante los meses de marzo, abril y mayo se entrevistaron a 137 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, dividiendo el rango etareo en tres grupos, el primero contempla a adolescentes de 12 a 15 años , el segundo de 16 a 18 años y el tercer y último grupo de 19 a 20 años (Tabla 1)

El estado civil de nuestras pacientes fue del (39.4%) equivalente a 54 pacientes son solteras, el (29.9%) 41 pacientes casadas y el (29.2%) 40 pacientes viven en unión libre (Grafica 1).

La escolaridad fue del (65.7%) 90 pacientes tiene como máximo grado de estudios preparatoria, el (30.7%) 42 secundaria (Grafica 2).

La ocupación actual de las pacientes (38.0%) equivalente a 52 paciente en el hogar y (28.5%) 39 pacientes tienen empleo (Grafica 3).

El inicio de vida sexual activa se representa en la tabla 2. Demostrando que el mayor número de pacientes es el grupo de 16 a 18 años principalmente (Tabla 2).

En las encuestas con respecto al conocimiento de los métodos de planificación familiar el (93.4%) equivalente a 128 pacientes conoce uno o más métodos anticonceptivos y solo el (6.6%) 9 pacientes tiene desconocimiento de los mismos.(Grafica 4), de estos el más conocido es el condón con un (65.7%) 90 pacientes, y el (16.8%) 23 pacientes conoce los hormonales orales.(Grafico 5)

La tipología familiar de origen de acuerdo a la composición fue del (59.1%) 81 pacientes pertenecían a una familia nuclear y (29.2%) 40 una familia monoparental (Grafico 6).

La familia con la cual habitan posterior a su embarazo el (35.0%) 48 pacientes continua con la familia de origen el (34.3%) 43 forman una nueva familia y el (21.2 %) vive con la familia de origen de su pareja (Grafico 7).

El Apgar familiar instrumento que utilizamos para evaluar la satisfacción familiar demostró que (46.7%) 64 pacientes presentan una disfunción familiar leve el (36.6%) 50 pacientes una función familiar normal y solo el (16.7%) 23 a una disfunción grave (Grafica 8).

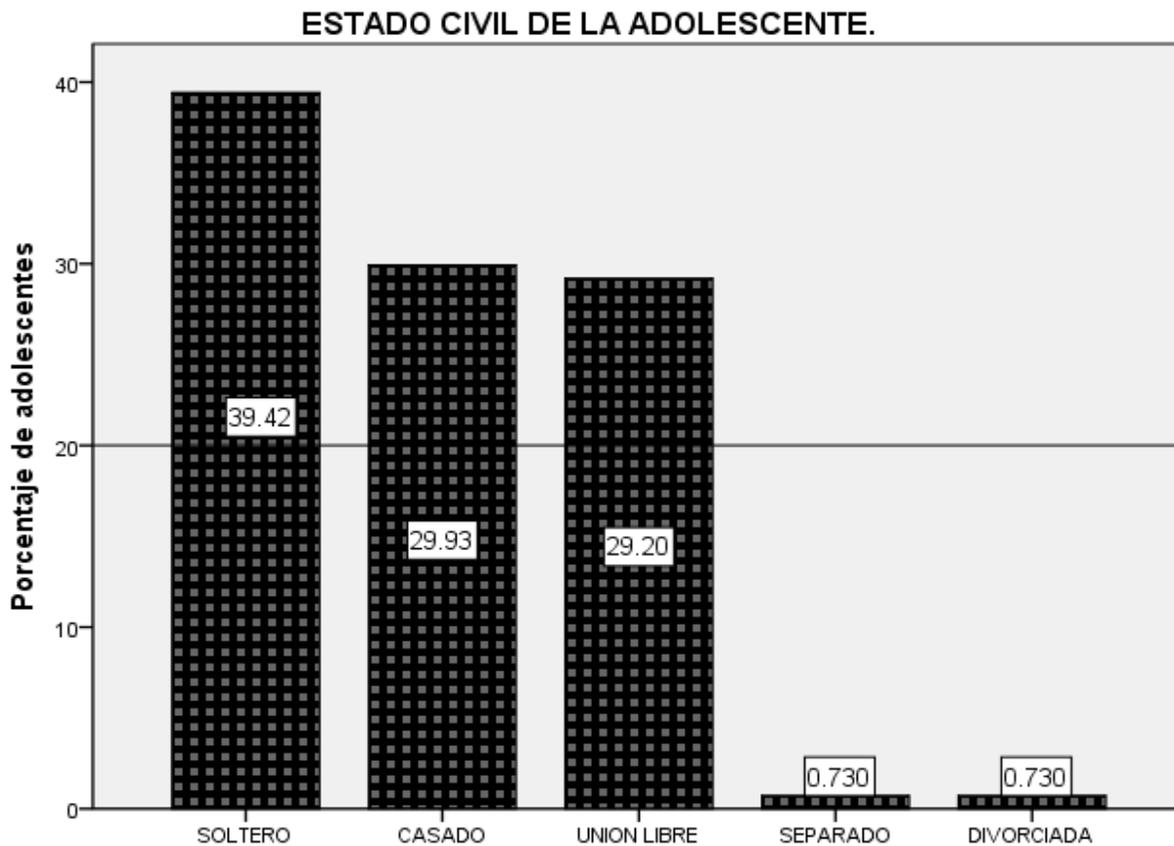
Respecto a la escala de Ronsenberg que evalúa la autoestima demuestra que el (86.9%) 119 tenían autoestima alta, el (9.5%) 13 de ellas una auto estima normal y solo 5 (3.6%) baja autoestima. (Grafica 8)

Tabla n°1

Distribución etarea de las adolescentes.

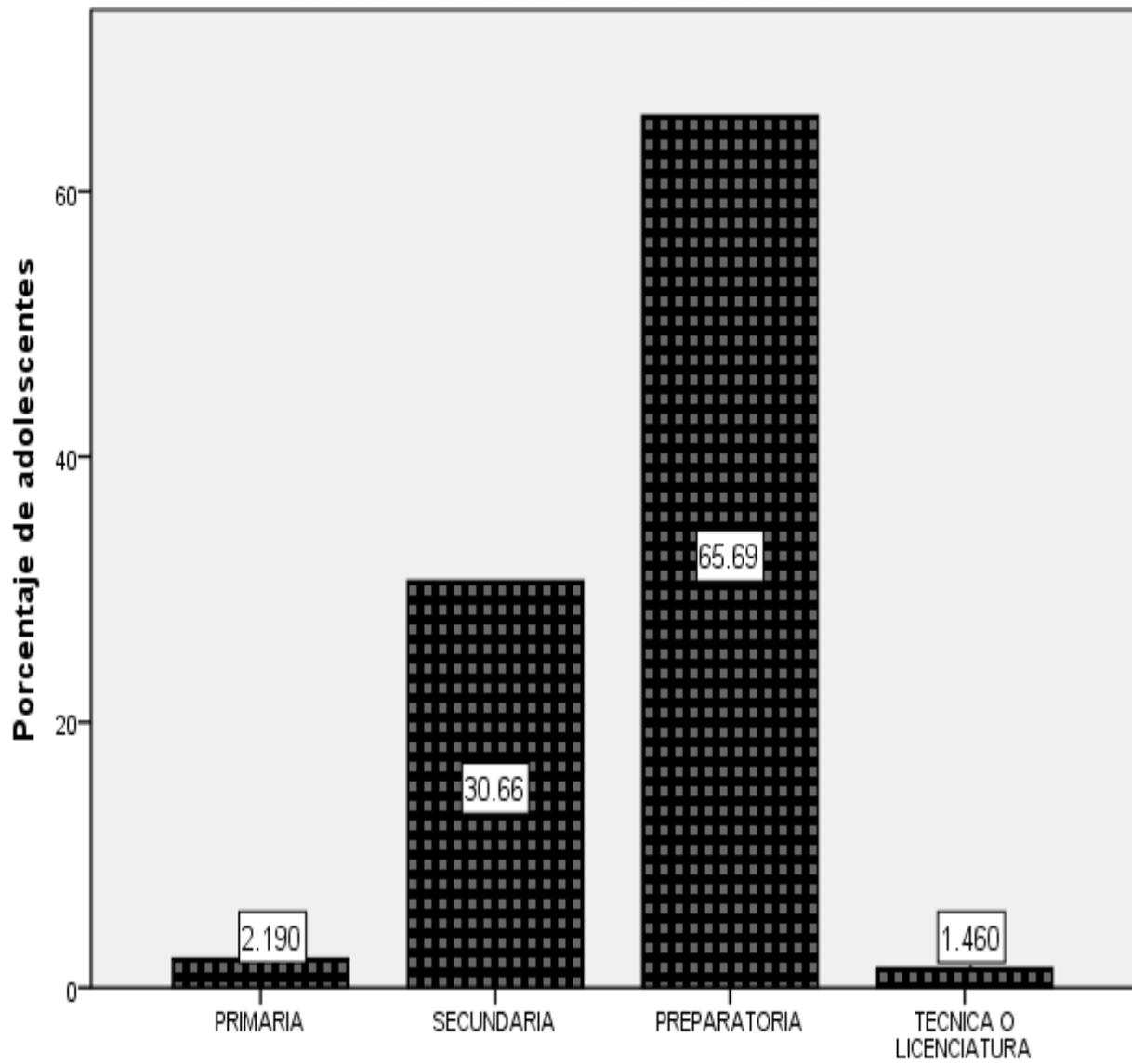
Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
12-15 AÑOS	18	13.1
16-18 AÑOS	45	32.8
19-20 AÑOS	74	54.0
Total	137	99.9

Referencia: Resultados obtenidos de las encuestas sociodemográficas realizadas a 137 adolescentes en la umf 52.

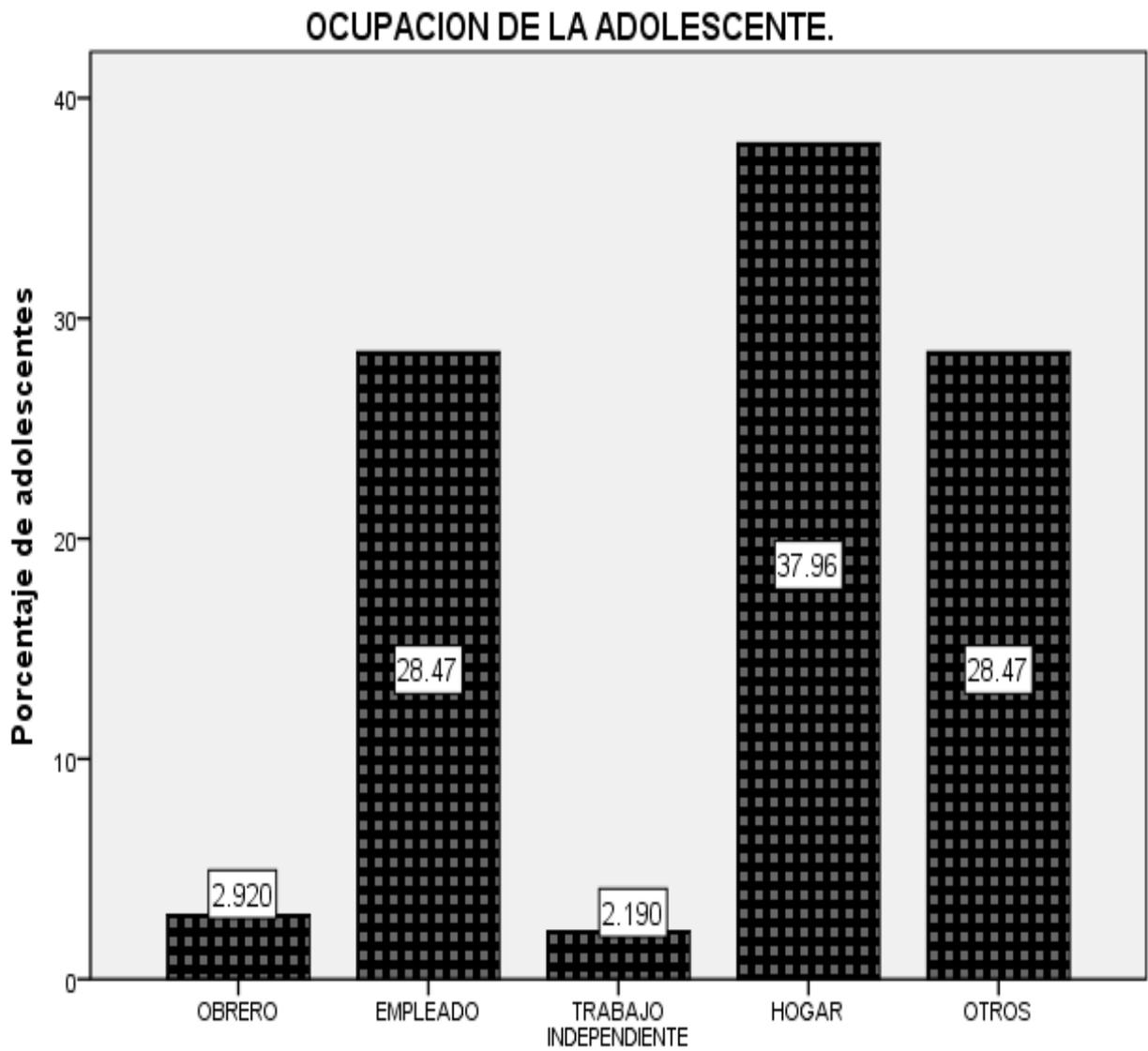


GRAFICA 1: Resultados obtenidos de las encuestas sociodemográficas realizadas a 137 adolescentes en la umf 52.

ESCOLARIDAD DE LA ADOLESCENTE.



GRAFICA 2: Resultados obtenidos de las encuestas sociodemográficas realizadas a 137 adolescentes en la umf 52.



GRAFICA 3: Resultados obtenidos de las encuestas sociodemográficas realizadas a 137 adolescentes en la umf 52.

Tabla n° 2

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LA ADOLESCENTE

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
12-15 AÑOS	38	27.7
16-18 AÑOS	67	48.9
19-20 AÑOS	32	23.4
Total	137	100

Referencia: Resultados obtenidos de las encuestas sociodemográficas realizadas a 137 adolescentes en la umf 52.



GRAFICO 4: Resultados obtenidos de las encuestas sociodemográficas realizadas a 137 adolescentes en la umf 52.

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LA ADOLESCENTE.

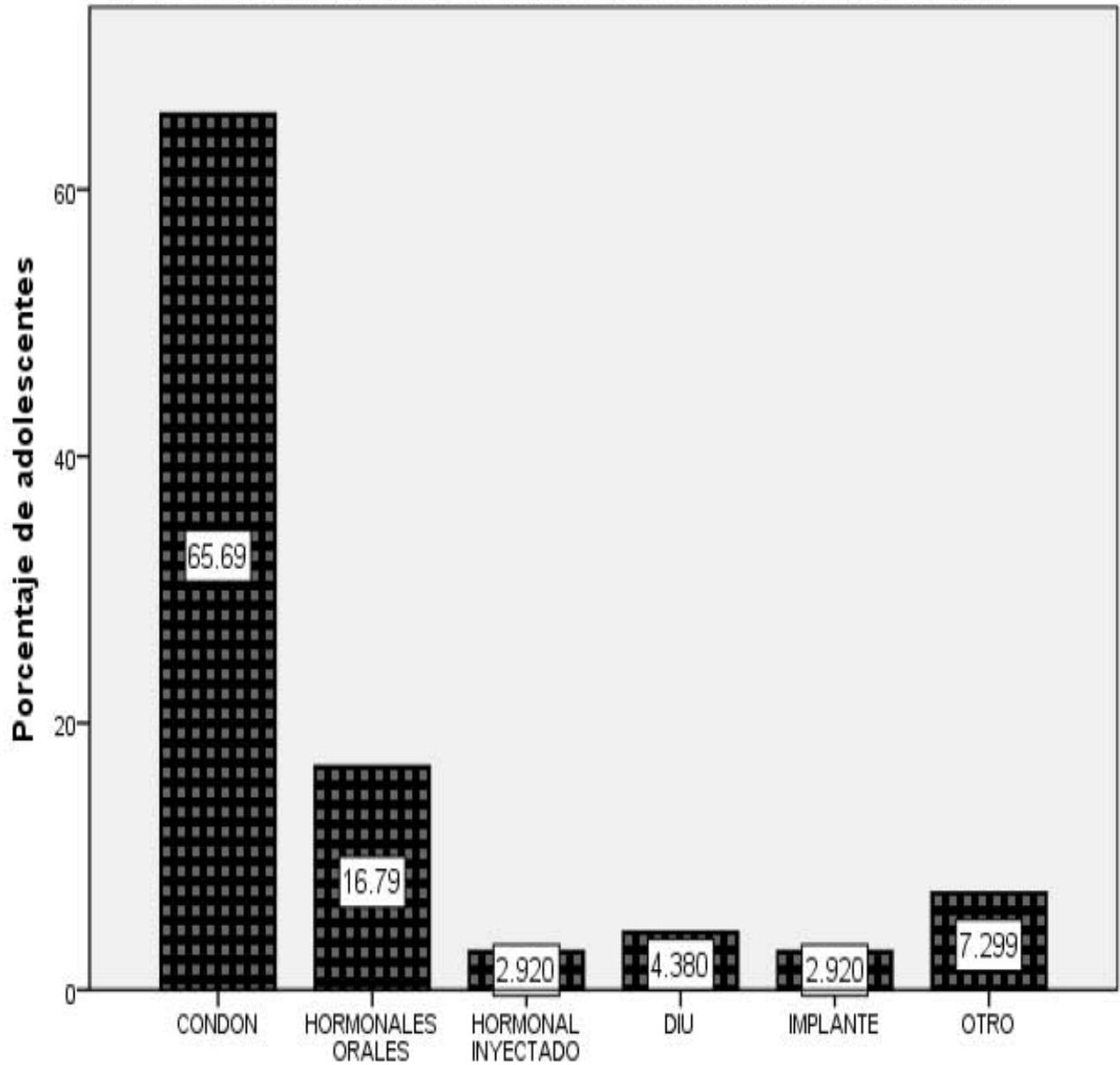
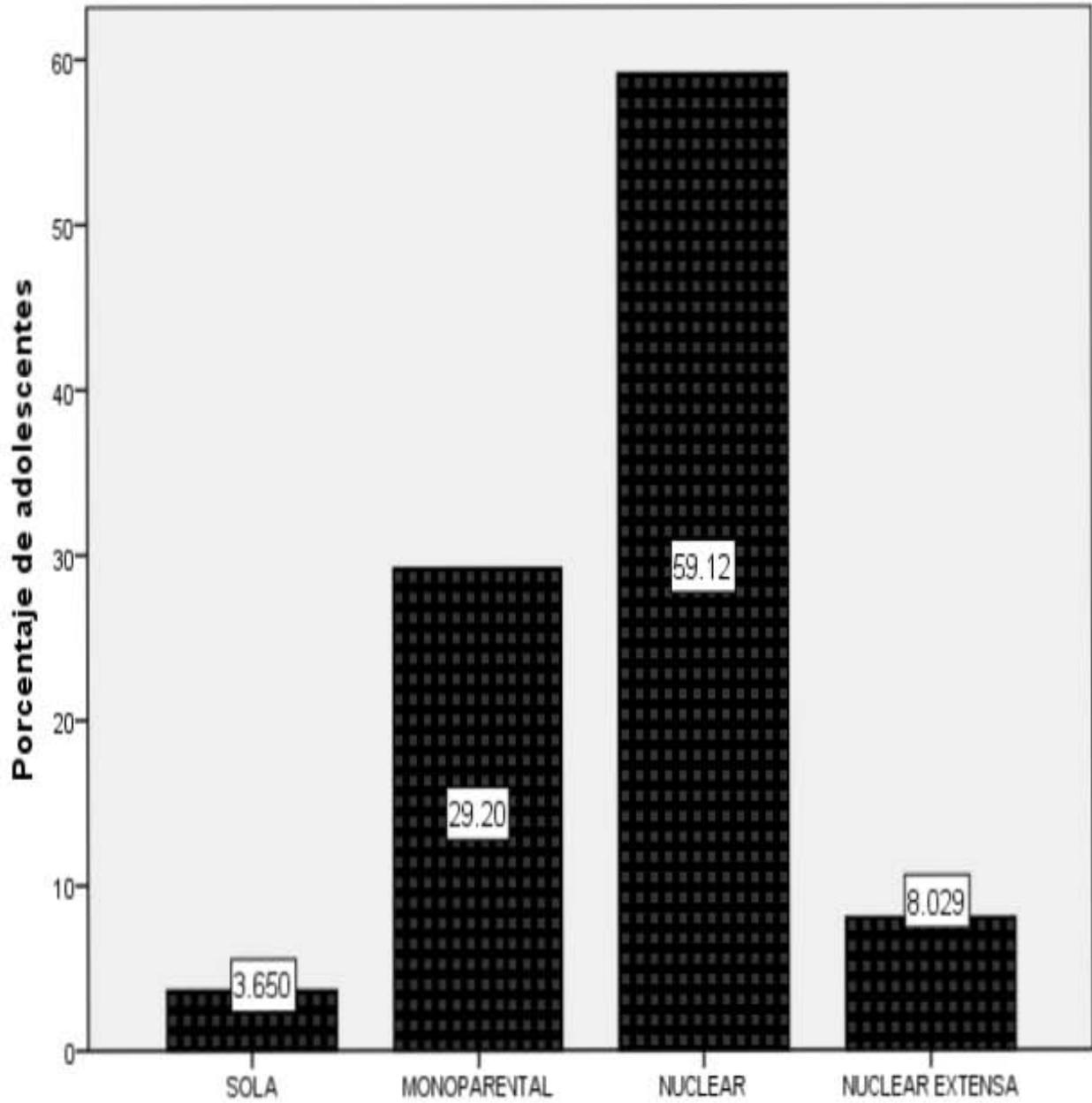


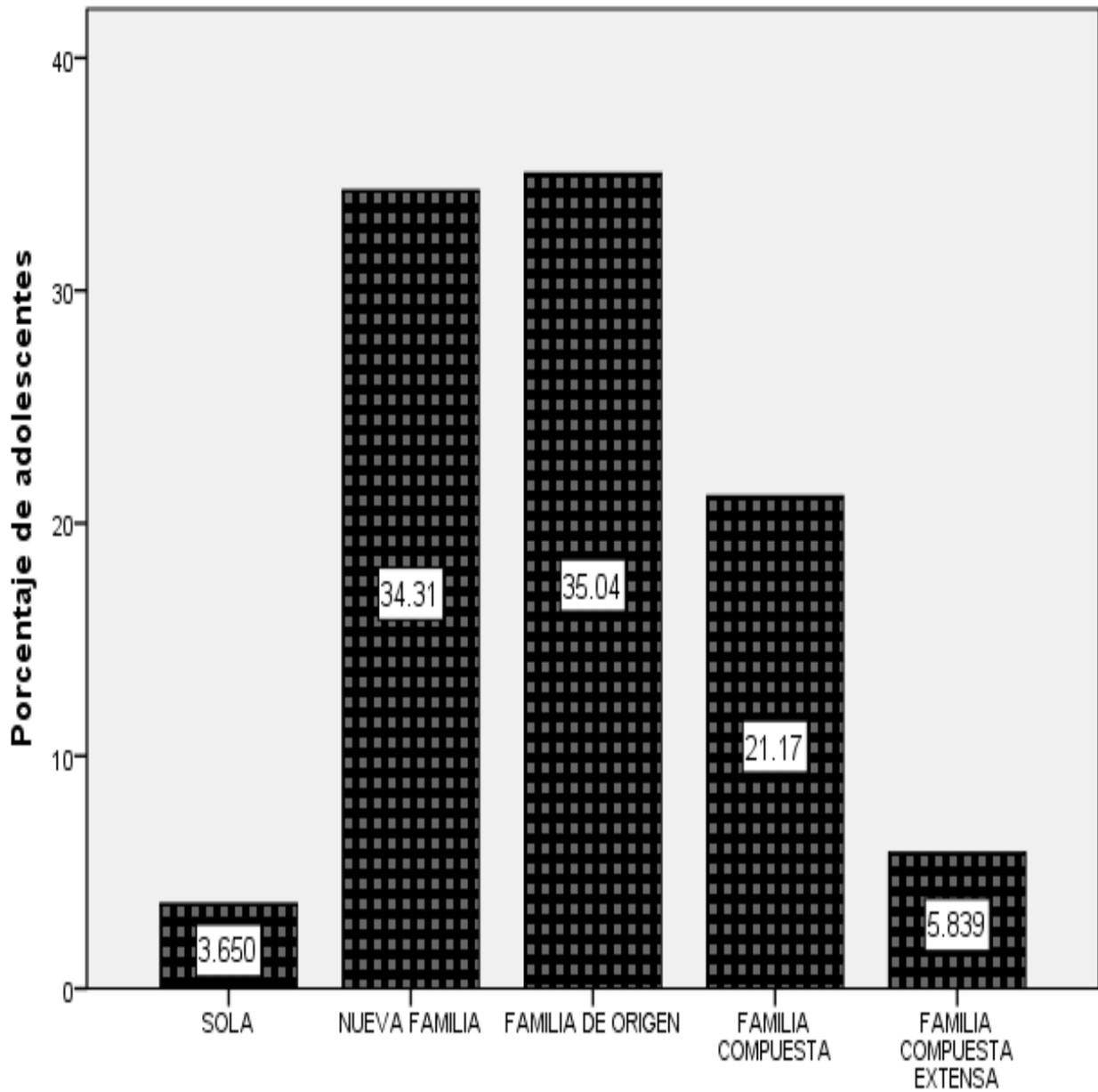
GRAFICO 5: Resultados obtenidos de las encuestas sociodemográficas realizadas a 137 adolescentes en la umf 52.

TIPOLOGIA DE LA FAMILIA DE ORIGEN DE LA ADOLESCENTE.



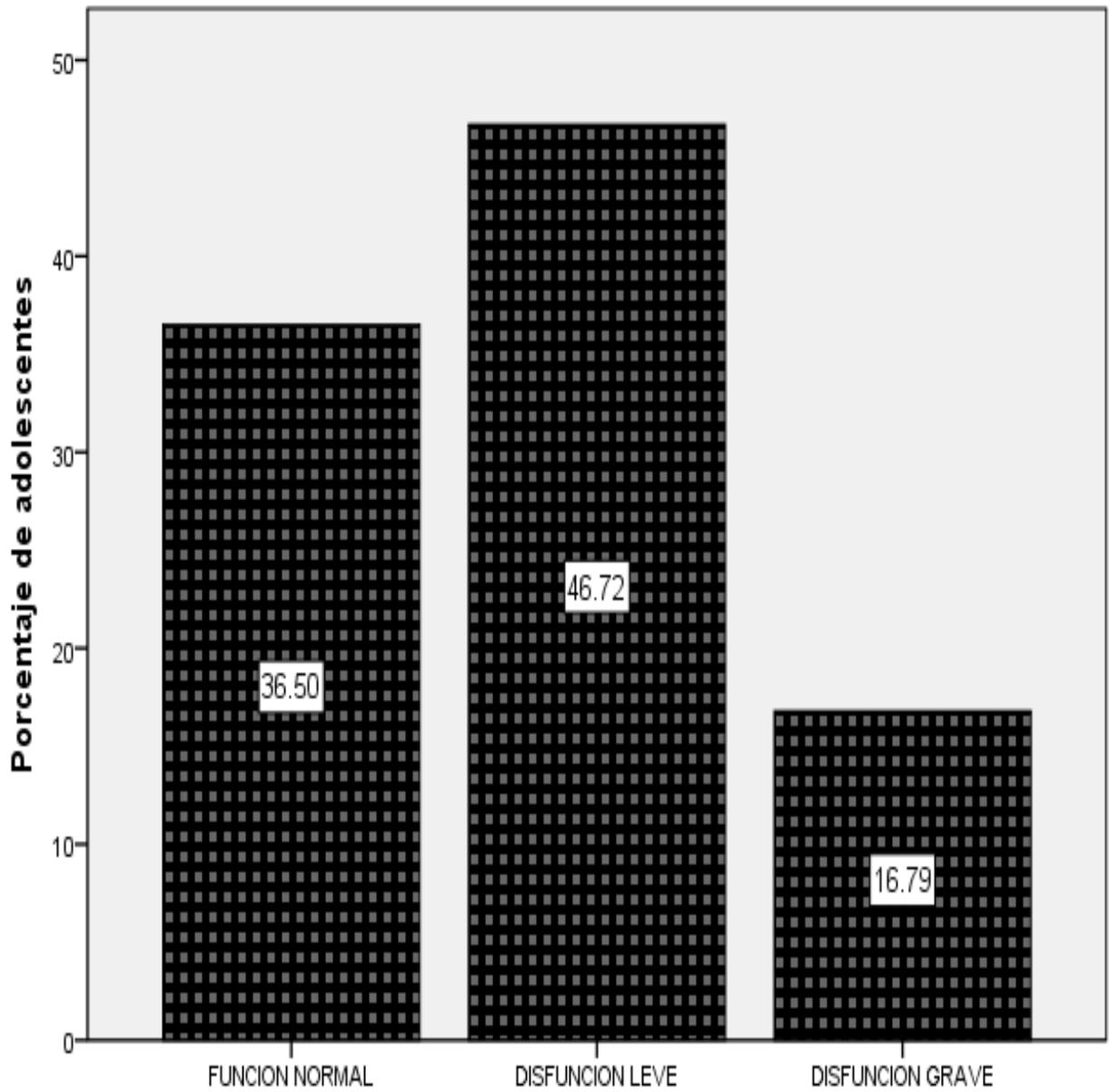
GRAICA 6: Resultados obtenidos de las encuestas sociodemográficas realizadas a 137 adolescentes en la umf 52.

TIPOLOGIA FAMILIAR DE LA ACTUAL FAMILIA DE LA ADOLESCENTE.



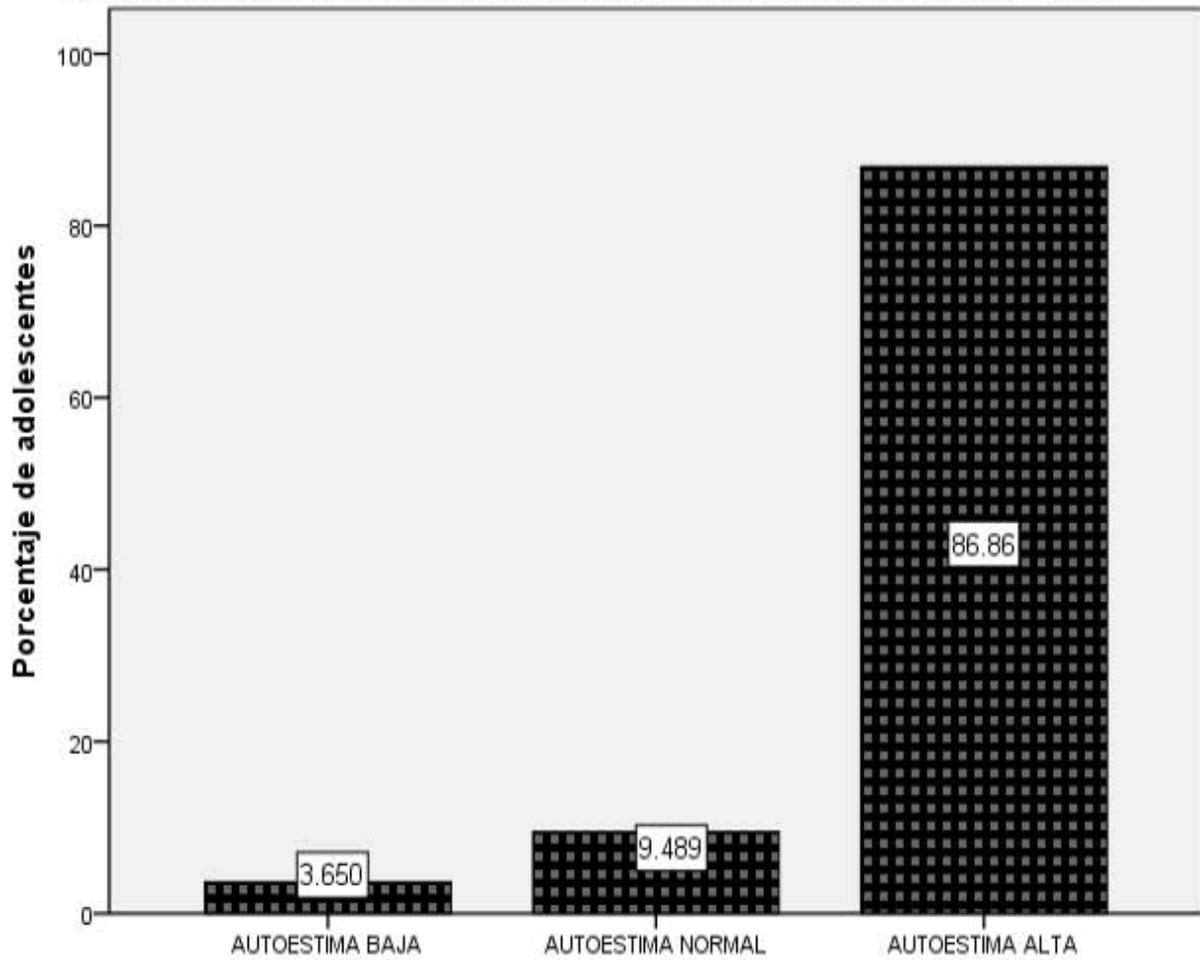
GRAICA 7: Resultados obtenidos de las encuestas sociodemográficas realizadas a 137 adolescentes en la umf 52

APGAR FAMILIAR APLICADO A LA ADOLESCENTE.



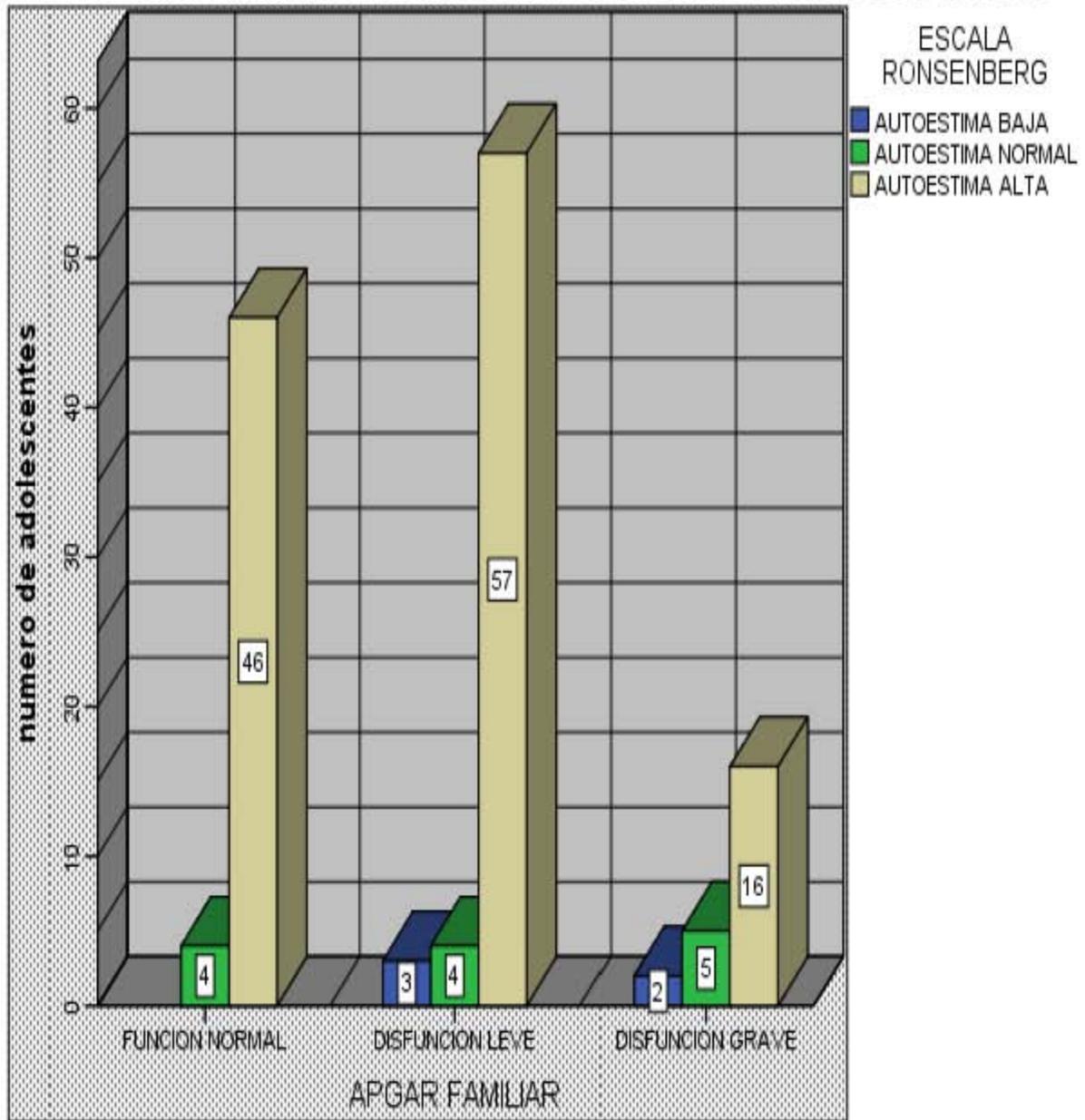
GRAFICA 8: Datos obtenidos de la aplicación de test de APGAR en 137 adolescentes de la umf 52.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG APLICADA A LA ADOLESCENTE



GRAFICA 9: Datos obtenidos de la aplicación de la escala de autoestima de ROSENBERG a 137 adolescentes de la umf 52.

APGAR FAMILIAR Y ESCALA DE ROSENBER POR GRUPOS DE EDAD



GRAFICA 10: Datos obtenidos de la correlación de encuestas sociodemográficas, test de APGAR familiar y Escala de ROSENBERG aplicadas a 137 pacientes de la umf 52.

DISCUSIÓN.

De las 137 pacientes encuestadas se mostró según el estudio que es igualmente tanto casadas como solteras, pero se incrementó las que viven en unión libre, en cuanto a la escolaridad la mayoría tienen preparación con grado máximo de preparatoria, no laboran la mayoría y si conocen los métodos de planificación familiar.

A nivel mundial se reconoce un aumento de la actividad sexual de los adolescentes y concomitantemente una disminución en la edad de inicio de relaciones sexuales⁽¹⁾

En nuestro estudio encontramos que el inicio de vida sexual de las pacientes encuestados el mayor porcentaje se encuentra en el rango de edad de 16 a 18 años, sin embargo existe un (27%) de pacientes que inician su vida sexual antes de los 15 años. Mismo comportamiento observado en un estudio realizado por Rodríguez G. en Medellín Colombia.⁽²¹⁾

Así, mientras la tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 15 años fue de seis embarazos por cada mil, el número aumentó en las jóvenes de 16 y 17 años a 101 embarazos por cada mil, y el mayor incremento se observó en las adolescentes de 18 y 19 años, entre quienes se alcanzó una tasa de 225 embarazos por cada mil mujeres.⁽⁶⁾

Datos que podemos comprobar debido a que encontramos que el 54% de las pacientes de este estudio corresponde a un rango etéreo de 19 a 20 años. Lo que coincide con Valdez S. que mencionan que el inicio de vida sexual activa se presenta a los 12 años sin embargo la mayor incidencia de embarazo es al final de la adolescencia.⁽²²⁾

Por otro lado es importante mencionar que la mayoría de las adolescentes tienen una familia de origen de tipo nuclear por su composición, y el 35% de nuestras pacientes continúan habitando con su familia de origen. La presencia de embarazo en la adolescente obliga a la reestructuración de la familia y las funciones de sus miembros, dado que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que inicialmente puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.^(8,12)

Dado lo anterior concretamos que la funcionalidad familiar es importante como factor de riesgo para presentar embarazo en la adolescente así como también para otras entidades consideradas como nocivas para la familia al igual que lo publicado por Pérez G. y Veloza M.^(23,24)

Tenemos que resaltar que la información o conocimiento de las adolescentes de nuestro estudio sobre los métodos anticonceptivos es bastante elevado localizado en un (93.4%) de ellas conocen al menos un método, que al igual que lo publicado por Núñez R. M. el más popular es el condón.⁽²⁵⁾

Al analizar los resultados de la aplicación del test de APGAR observamos que la funcionalidad familiar se encuentra alterada en un (46.72%) coincidiendo con otro estudio realizado en otra unidad de medicina familiar.⁽²⁶⁾

En las adolescente está presente la motivación y la autoestima, los cuales se inician en etapas tempranas del desarrollo psicosocial, donde la influencia de la familia es un elemento fundamental en la consolidación de la autoestima. En nuestro estudio encontramos que nuestras adolescentes no presentan alteraciones de la autoestima por el contrario la mayoría de ellas presentan una autoestima alta. En contraste con el estudio realizado por Ayuso D.Y. en la ciudad de Campeche en donde la mayor parte de las adolescentes tenía una autoestima normal.⁽²⁷⁾

CONCLUSIONES.

Se demostró en base a este estudio que a menor satisfacción familiar mayor probabilidad de embarazo en las adolescentes.

Es probable pensar que la autoestima en la adolescente puede verse afectada por los cambios a los que se enfrenta fisiológicamente, sin embargo con este estudio después de aplicar la escala de Rosenberg determinamos que al 96.4% de las pacientes encuestadas no presentan afectación alguna en la autoestima, a pesar de la percepción de disfunción familiar. Dado lo anterior sugerimos poder realizar un estudio donde se pueda evaluar la satisfacción familiar al inicio de la adolescencia con la finalidad de detectar insatisfacción familiar y así poder realizar acciones , para corregir la percepción y el entorno con la familia, para de esta manera disminuir la incidencia del embarazo en adolescentes

Otro dato relevante es que el embarazo no es producto del desconocimiento de métodos anticonceptivos puesto que un alto porcentaje de las pacientes conocen incluso utilizan alguno de estos, por lo que consideramos que es muy probable que exista un mal uso de los métodos anticonceptivos lo que hace importante realizar acciones ya no solo para dar a conocer o informar de estos, además se debiese enfatizar en la forma de uso y realizar programas dentro de la unidad orientados a disminuir el riesgo de embarazo en pacientes jóvenes, y darle mayor importancia al juvenimss.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS COMO MEDICO FAMILIAR

El médico familiar, quien debe ser el eje principal de la atención médica del paciente, debe evaluar de forma integral a las pacientes, otorgándoles la atención necesaria y la orientación acerca de los métodos de planificación familiar y su forma de uso.

Es de gran relevancia que el médico familiar en el primer nivel de atención haga énfasis en las funciones familiares, sobre todo en la función de cuidado y en la función familiar socializadora ya que es la función que consiste en transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente independiente de los padres, en un individuo autónomo, con independencia para desarrollarse en la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Issier R. embarazo en la adolescencia. Revista de postgrado de la catedra de medicina, agosto 2001, (7):11-23
- 2.- Programa Nacional de Población 2001-2006. México, D.F.: Consejo Nacional de Población.2001. pp. 61-63.
- 3.- Información Sociodemográfica México 2002. México, D.F.: Consejo Nacional de Población.2002.
- 4.-Encuesta Nacional de Juventud 2000. Secretaría de Educación Pública. México, D.F.: Instituto Mexicano de la Juventud. 2001.
- 5.-Cabezas E. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. Revista cubana de obstetricia y ginecología 2002; 28(1):5-10.
- 6.-Hernandez M I. Villalobos A. Ruda J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006:70.
- 7.- Mendoza S. L. A., Soler E., Sainz L., Gil-Alfaro I., et al. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos en Medicina Familiar. 2006. Vol.8(1) pp.27-32.
- 8.-Herrera Santí Patricia María. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997; 13(6): 591-595.
- 9.-Maddaleno M. Enfoque familiar y los problemas de salud del adolescente. Salud Familiar. 1ª. Edición. División Ciencias Médicas. Facultad De Medicina. Universidad de Chile. Santiago.1986: 125-141.
- 10.-Coates V. Transformaciones en la familia durante la adolescencia de los Hijos. Adolescencia Latinoamericana.1997; 1(1): 40-46.
- 11.-Smilkstein G. The Family APGAR. A proposal for family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-1239
- 12.-Hovey JD, King CA, acculturative stress, depression, and suicidal idea among immigrant and second-generation Latino adolescents' Am Acad child adolesc psychiatry. 1996 ;35(9):1183-92
13. - Rodriguez E, Gea A, Gomez M, Garcia J. APGAR cuestionare in the study of family function Ate Primaria. 1996; 17(5): 338-341

- 14.-Peláez J. Embarazo en la adolescencia. En: Ginecología Infanto-Juvenil. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1999: 190-202
- 15.-Gutiérrez-Saldaña P. Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. Aten Primaria. 2007; 39(11):597-60
- 16.-VC. Góngora, MM. Casullo. Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica 2009. Vol: 1 issue: 2: 179-194
- 17.- Escalera S.,Soliz M.L. test para evaluar la función familiar, dibuja un árbol, Rev Med. Soc Cochabambina Med Fam. 3:1 Marzo 2011.
- 18.-Mejía, Gómez Diego; Molina de Uriza Jackeline. Sistema de educación continua. Salud Familiar. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá, Octubre de 1990.
- 19.- Irigoyen, C.A, Gómez, C. F.J.F. y Humberto, J.A. (1994). Fundamentos de Medicina Familiar. Funciones de la Familia. Editorial medicina familia mexicana. pag. 23-28, Funciones de la Familia:35-37.
- 20.- Gómez C.FJ y Ponce R. ER, (2010). Una nueva propuesta para la interpretación del Family Apgar. Aten Fam 2010, 17 (4) 102-106.
- 21.- Rodríguez G.M. A. Factores de riesgo para embarazo adolescente. Medicina UPB. Vol. 27, n° 1, enero-junio, 2008: 47-58.
- 22.- Valdez S., Essien J., Boratos J. Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y Complicaciones. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 28 n° 2 Ciudad Habana may – ago. 2002.
- 23.- Pérez G. B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Aquichan. Vol. 3 n° 003, Universidad de la Sabana. Chia Colombia: 21-31.
- 24.- Veloza M.C. Salud de las familiar en las familias con adolescentes gestantes. Avances. Vol. xxx (1) 2012: 75-81.
- 25.- Núñez R. M., Urquiza M.C. Hernández P., García C. Embarazo no deseado en adolescente y utilización de método anticonceptivo postparto. Salud Publica de México. Vol. 45, suplemento 1 de 2003.

26.- Rangel J. L., Valerio L., Patiño J., García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev. Fac. Med. UNAM vol. 47 n°1, ene-feb,2004:24-27

27.- Ayuso D. Y. y col., Conocimiento y autoestima en adolescentes respecto a su embarazo. Desarrollo científico. Vol. 15 n° 9, octubre 2007:399-402.

28.- Ley general de salud. Últimas reformas DOF 27-04-2010

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION.

Lugar y fecha _____

Por medio del presente documento autorizo de manera voluntaria mi participación en el protocolo de investigación titulado:” **SATISFACCIÓN FAMILIAR Y AUTOESTIMA DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA DE LA UMF NÚMERO 52 DEL IMSS**”. Registrado ante el comité local de investigación 1406, el objetivo del estudio es: “**determinar el nivel de autoestima y satisfacción familiar de la adolescente embarazada**”.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Responder de forma escrita una encuesta de datos personales y escala de medición previamente diseñada.

El Investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi beneficio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. En caso de detectar alguna alteración se le comunicara a mi medico familiar para poder ser enviada a una valoración al servicio de psicología en el hospital general de zona numero 57 del IMSS.

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

El Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del tutor

Nombre y firma del testigo

Dr. Miguel Ángel Ambriz Viguera

Investigador Responsable

ANEXO2

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

Este cuestionario está diseñado para conocer los datos socio demográfico de las pacientes adolescentes embarazadas. Le agradecemos que lea cuidadosamente y marque con una x la respuesta que usted considere.

FECHA: _____ NOMBRE: _____
EDAD: _____ FUR: _____
NSS: _____ No. DE CONSULTORIO: _____
DOMICILIO: _____ TEL: _____

1.- ¿Cuál es su estado civil?

A.- Soltero B.-Casado C.-Unión libre D.-Separado E.-Divorciado F.-Viudo

2.- ¿Cuál es su escolaridad?

A.-Sabe leer B.-Primaria C.-Secundaria D.-Preparatoria E.-Licenciatura F.-Otros:

3.- ¿Cuál es su ocupación?

A.-Obrero B.-Empleado C.-Independiente D.-artesano E.-estudia y trabaja F.-Hogar G.-Otros:

4.- ¿Cuál es su religión?

A.- Católica B.-Cristiana C.-t. Jehová D.-Otra _____

5.- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

A) De 12 -15 años B) De 15-18 años C) De 18-20 años

6.- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

A) Una pareja B) Dos parejas C) Tres o mas Cuantas? _____

7.- ¿Antes de embarazarse conocía algún método anticonceptivo?

A) Si cual? _____ B) No

9.- ¿Cuál anticonceptivo utiliza antes de embarazarse?

A.-Preservativo (condón) b.- Hormonal oral (pastillas) c.-Hormonal inyectado d.- Diu e.-
Implante f.- otro _____

10.- ¿Con quien vivía antes de embarazarse?

A.-Sola B.-Madre C.-Padre D.-Madre, padre y hermanos E.-Madre, padre, hermanos y otros familiares

11.- ¿Actualmente con quien vive?

A.- Sola B.-Padre de mi hijo C.- Con mi padre, madre y hermanos D.- Padre de mi hijo y su familia
E.- Otros familiares ¿Quién? _____

12.- ¿Qué ocupación tiene la madre de la adolescente?

A.-Obrero B.- Empleado C.-Independiente D.- Jubilado E.-Pensionado F.-Hogar G.-
Otro _____

13.- ¿Qué ocupación tiene el padre de la adolescente?

A.-Obrero B.- Empleado C.-Independiente D.- Jubilado E.-Pensionado F.-Hogar G.-
Otro _____

ANEXO 3

APGAR FAMILIAR DE G. SMILKSTEIN

Este cuestionario esta diseñado para conocer el nivel de satisfacción familiar de la adolescente embarazada, Le agradecemos que lea cuidadosamente y marque con una x la respuesta que usted considere.

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
A) ¿ESTA SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBE DE SU FAMILIA, CUANDO ALGO LE PERTURBA?			
B) ¿ESTA SATISFECHO CON LA FORMA EN QUE SU FAMILIA DISCUTE AREAS DE INTERES COMUN Y COMPARTEN PROBLEMAS RESOLVIENDOLOS JUNTOS?			
C) ¿ENCUENTRA QUE SU FAMILIA ACEPTA SUS DESEOS DE HACER NUEVAS ACTIVIDADES O CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA?			
D) ¿ESTA DE ACUERDO CON LA FORMA EN QUE SU FAMILIA EXPRESA AFECTO Y RESPONDE A SUS SENTIMIENTOS DE ANGUSTIA, AMOR, PENA....?			
E) ¿ESTA SATISFECHO CON LA CANTIDAD DE TIEMPO QUE USTED Y SU FAMILIA PASAN JUNTOS?			

ANEXO 4. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Lea cuidadosamente el siguiente cuestionario y marque con una X la respuesta que usted considere.

	A Muy de acuerdo	B De acuerdo	C En desacuerdo	D Muy en desacu erdo
1.-SIENTO QUE SOY UNA PERSONA DIGNA DE APRECIO, AL MENOS EN IGUAL MEDIDA QUE LOS DEMAS.				
2.-ESTOY CONVENCIDO DE QUE TENGO CUALIDADES BUENAS.				
3.- SOY CAPAZ DE HACER LAS COSAS TAMBIEN COMO LA MAYORIA DE LA GENTE.				
4.- TENGO UNA ACTITUD POSITIVA HACIA MÍ.				
5.- EN GENERAL ESTOY SATISFECHA DE MI.				
6.- SIENTO QUE NO TENGO MOTIVOS DE QUE ESTAR ORGULLOSA DE MI.				
7.-EN GENERAL SIENTO QUE SOY UNA FRACASADA.				
8.- ME GUSTARIA SENTIR MAS RESPETO POR MI				
9.- HAY VECES QUE REALMENTE SIENTO QUE SOY UNA INUTIL.				
10.-A VECES CREO QUE NO SOY BUENA PERSONA.				