



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN QUERÉTARO
COORDINACION DE EDUCACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 6**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DE LA UMF 56 DE AMEALCO**

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

PRESENTA:

DR. JUAN PABLO SERVIN LOPEZ

SAN JUAN DEL RIO, QRO. 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF 56 DE
AMEALCO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JUAN PABLO SERVIN LOPEZ

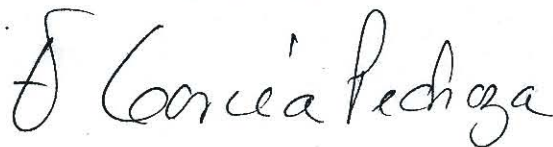

~~AUTORIZACIONES~~

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U. N. A. M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN

DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U. N. A. M.


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U. N. A. M.


**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF 56 DE
AMEALCO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

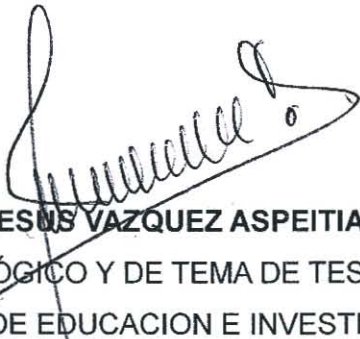
PRESENTA:

DR. JUAN PABLO SERVIN LOPEZ

AUTORIZACIONES



DR (A). LETICIA VAZQUEZ HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
IMSS, SAN JUAN DEL RIO, QRO.



DR (A). MARIA DE JESUS VAZQUEZ ASPEITIA
ASESOR METODOLÓGICO Y DE TEMA DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD

AGRADECIMIENTO:

A MI FAMILIA:

YESSY ANGELICA MI ESPOSA, POR SU APOYO INCONDICIONAL Y POR LOS LARGOS TIEMPO DE AUSENCIA EN NUESTRO HOGAR. ASI COMO TU COMPRESIÓN Y APOYO EN MI PREPARACIÓN Y SUPERACIÓN PERSONAL, YA QUE FUISTE TÚ LA GRAN PERSONA QUE HA CAMBIADO MI VIDA.

ANGELICA MI HIJA POR TIEMPOS CATIGADOS DE AUSENTARME EN TU CUIDADO Y PROTECCIÓN AL IGUAL QUE TU ENSEÑANZA, DE TU LINDA INOCENCIA Y SONRISAS PERDIDAS.

JUAN PABLO , POR TU ESPERA DE DIAS PROLONGADOS PARA PODER JUGAR O PLATICAR CONTIGO, ASI COMO PARA MOSTRARME LAS NOVEDADES DE TUS TRAVESURAS Y TUS HABILIDADES .

ALEJANDRA, MI PEQUEÑA QUE NUNCA TE DI EL TIEMPO SUFICIENTE INICIAR A CAMINAR O CORRER, HOY ME SORPRENDES CON LA EXPERIENCIA ADQUIRIDAD DE MAMÁ Y TUS HERMANOS.

RAFAEL Y GLORIA MIS PADRES QUIEN SON MI PRECUSORES PARA MI INICIO DE LO QUE AHORA SOY.

LAS EXCELENTES MAESTRAS Y COMPAÑEROS MEDICOS QUIENES EN MOMENTOS DIFICILES FUNGIERON COMO UNA GRAN FAMILIA , Y A TODOS LOS MEDICOS COMPAÑEROS QUE CON GRATITUD Y COMPLACENCIA ME COMPARTIAN ESPERIENCIA Y SABIDURIA.

INDICE	Página
PORTADA	1
AUTORIZACIONES	2
INDICE	4
RESUMEN	5
MARCO TEÓRICO	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	17
JUSTIFICACIÓN	18
OBJETIVOS	19
METODOLOGIA	19
RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS	22
ASPECTOS ÉTICOS	23
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	39
BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	45

Resumen:

Los adolescentes conforman una parte importante dentro de la población mundial, representando entre 20 y 25% del número poblacional global. En México existen alrededor de 450 000 nacimientos de mujeres menores de 18 años, aproximadamente el 15% del total anual, siendo un problema de salud pública, en donde se observa poca responsabilidad y desconocimiento sobre el control prenatal que se debe llevar, así como el abandono escolar y la incursión laboral a temprana edad en diferentes centros de trabajo.

Los embarazos no planeados pueden provocar matrimonios o unión libres por conveniencia con falta de compromiso, mismos que llevan a la separación a corto plazo, y alteraciones en la funcionalidad familiar tanto de la familia de origen como de la que inician con repercusiones en la estructura y dinámica familiar.

OBJETIVO: Determinar la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas.

Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo en la unidad de medicina familiar No. 56 de Amealco de Bonfil del 01 de julio al 30 de noviembre de 2010, en el cual se incluyeron mujeres adolescentes embarazadas menores de 19 años de edad, en diferentes semanas de gestación, previo consentimiento informado, a las participantes del estudio se les aplicó un cuestionario de identificación así como el Instrumento de evaluación familiar FACES III. Los datos obtenidos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 12 y se reportó media, moda, mediana y chí cuadrada.

Resultados: se estudió un total de 35 pacientes, donde se encontró como escolaridad predominante el bachillerato con un 37%, seguido de la escolaridad secundaria con un 23%. El 40% de la población se dedicaba al hogar, el 34% empleadas y el 26% eran estudiantes; el tipo de familia que predominó fue la nuclear en un 71% y el 14% extensa compuesta; el 34% de las pacientes refirieron inicio de vida sexual activa a los 17 años, el 14% entre los 12 y 14 años. A pesar de que el 83% de estas pacientes tenían conocimientos sobre los métodos anticonceptivos el 69% de ellas no utilizaban ningún método anticonceptivo, un 20% utilizaba preservativos y el 11% hormonales; en relación al número de parejas el 80% refirieron tener una pareja sexual, llamando la atención que el 3% tenían cinco o más parejas; en cuanto a número de embarazos el 86% de las pacientes cursaban el primer embarazo, 9% el segundo embarazo y el 5% tercer embarazo.

El 51 % de las pacientes refirieron haber deseado el embarazo el resto no lo deseaban ó no lo había planeado; se observó que a mayor escolaridad se incrementa el conocimiento de los métodos de planificación familiar, sin embargo también aumenta la presencia de embarazos; en relación a la funcionalidad familiar se encontró la funcionalidad familiar balanceada estaba presente en un 40% de la población, funcionalidad extrema en 20% y la funcionalidad moderada en un 40%.

MARCO TEÓRICO

En los últimos años ha ocurrido un incremento en el inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico -social, su prevalencia varía a nivel mundial y nacional. Las principales consecuencias psicosociales encontradas fueron la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos. ⁽¹⁾

El embarazo en adolescentes ha presentado una tendencia creciente. La mayoría de las madres latinas adolescentes tienen hijos fuera del matrimonio, en el 2003, se reportó que el 25% de la población femenina iniciaba su vida sexual entre los 13 y 17 años de edad, y el 76.2% de las adolescentes entre 15 y 19 años, que dieron a luz no estaban casadas. ⁽²⁾

El grupo etareó que fue asistido más frecuentemente fue el de 17 años, el cual procedía de áreas marginales y rurales, con antecedente de menarquia a edades tempranas, alto grado de promiscuidad, desconocimiento de los métodos anticonceptivos, además de determinar que tanto los padres como maestros no cumplían el rol de enseñanza e información adecuada de la educación sexual y reproductiva, se estableció que existían alteraciones del estado psíquico y emocional en mayor o menor grado, lo cual dependía del entorno afectivo que rodea a la gestante. ⁽³⁾

La deserción escolar en las adolescentes no solamente ocurre durante el embarazo, sino también en un porcentaje importante antes de este, señalando que el problema de la deserción escolar en el grupo de las adolescentes ocurre a causa del embarazo.

La baja escolaridad de los padres de las adolescentes y la desvalorización de la educación por parte de ellos, coincide con los hallazgos de Luna y Bárcenas, quienes señalaron que la baja escolaridad de los padres es un potencial factor de deserción escolar. ⁽⁴⁾

Las características demográficas y condiciones obstétricas de la madre adolescente en el hospital materno infantil docente "Julio Trigo López", de un periodo comprendido de junio a diciembre del año 2001, fueron que presentaban una edad menor a 20 años, atendándose en este periodo 1675 nacidos vivos de los cuales 206 (12.3%) el estudio se conformó por embarazadas adolescentes de menos de 20 años de edad, durante el estudio realizado se atendieron 1 675 nacidos vivos del cual 206 (12.3%) fueron madres adolescentes, 45 % de

ellas menores de 18 años, con edad promedio de 17.5 años, la menor de 13 años y la mayor de 19 años, obteniéndose como resultado final que mientras más joven es la madre adolescente son mayores los factores de riesgo capaces de influir en el recién nacido.⁽⁵⁾

La funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja. En el 55% de un grupo de edad de 12 a 19 años, se seleccionaron al azar 364 embarazadas de enero del 2001 a enero del 2002, de las cuales el 40% tiene estudios de primaria, casadas 85%, amas de casa 77%. primigestas 78%, de las cuales se encontró 27% con disfunción moderada, severa el 6% y normal en el 67%. los aspectos en que se encontraron mayor alteración fueron el de crecimiento y afecto.⁽⁶⁾

En un estudio realizado en la cuenca amazónica de Ecuador sobre los factores de riesgo de embarazo en adolescentes mediante encuesta demográfica y de salud realizada en Orellana, Ecuador entre mayo y noviembre del 2006, se aplicó un cuestionario dirigido a recabar información sobre: condiciones socio económicas, estructura familiar, nivel educacional, salud reproductiva y traumas durante la niñez y la adolescencia, obteniendo como resultado: El inicio temprano de las relaciones sexuales, la no utilización de un método anticonceptivo durante la primera relación sexual, vivir en un hogar muy pobre, haber sufrido abuso sexual durante la niñez o la adolescencia, y la separación familiar (haber vivido largos periodos sin sus padres) se asociaron con los embarazos en adolescentes en Orellana.⁽⁷⁾

En la ciudad de Chile, en agosto y septiembre del 2002, donde se realizó un estudio donde se estudiaron cuatro grupos focales, constituidos por 14 adolescentes que no se habían embarazado, donde se identificaron factores individuales, familiares y sociales, apareciendo como factores individuales relevantes "amor romántico", no uso de métodos anticonceptivos, baja autoestima, irresponsabilidad masculina y falta de conocimiento en sexualidad. Entre los factores familiares destacan: límite estrecho familiar y negligencia paterna.⁽⁸⁾

Los factores individuales que constituyen un mayor riesgo de inicio temprano de la actividad sexual son: menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, inseguridad, temor al rechazo, bajas aspiraciones educacionales y de logro, impulsividad, mala relación con los padres y menor compromiso religioso.⁽⁹⁾

Además se describe en adolescentes un uso marginal e inconsistente de los métodos anticonceptivos, otros factores de riesgo descritos son el uso de drogas y alcohol, el tener amistades con actitudes permisivas en materia sexual y relación con compañeros sexualmente

activos, surgen también como factores de riesgo para la aparición de embarazo, situaciones desfavorables como violencia intrafamiliar, permisividad de los padres, madre poco accesible o aislada, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencia afectivas, en el ámbito social se han identificado variables asociadas a la actividad sexual precoz, entre ellos la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad. ⁽¹⁰⁾

Los factores que se asocian al embarazo en la adolescencia se clasifican en 3 niveles: individuales, familiares y sociales, dentro de los individuales se ha constatado una tendencia precoz en la menarquia, bajo nivel de aspiraciones de logro académico, impulsividad, omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad, entre los factores familiares se describe la disfunción familiar con escaso apoyo afectivo, el que su madre o una hermana se hayan embarazado en su adolescencia y la pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres. ⁽¹¹⁾

Entre los factores sociales se encuentra la condición económica desfavorable relacionadas con hacinamiento, estrés, delincuencia ,alcoholismo ,trabajo no calificado, vivir en área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes acerca de la sexualidad y marginación social, por último, en las relaciones adolescentes predomina el amor romántico que estimula fuertes emociones y sentimientos, acompañándose de la idealización de la relación de pareja, lo que motivaría y haría legítimo el inicio de las relaciones sexuales sin protección. ^(12,13)

La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales es de los 15 años, con un 97% de conocimiento en los distintos métodos anticonceptivos, el uso de los mismos en un 85 %, de los cuales el 68 % no los usó o los usó en forma incorrecta. ^(14,15)

De la poblaciones estudiada el 78% había sido informada acerca de los distintos métodos anticonceptivos y su uso correcto, mientras el 22% restante no. ^(16,17)

Las adolescentes encuestadas que concurren a la policlínica de Piedras Blancas que se asisten por la Facultad de Medicina, tiene nivel educacional bajo, la gran mayoría solamente con primaria completa, mismas que son en gran porcentaje solteras, clínica ginecológica “B” de la facultad de medicina de la república . Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Montevideo, Uruguay”. ^(18,19)

La incidencia de Embarazo en la adolescencia fue de 13.2%, predominó el embarazo en la adolescencia tardía para un 52.9%, el nivel de escolaridad fue bajo en el 86.2% , y un 82.2% eran de amas de casas, estudio realizado en el Hospital Docente Gineco-obstétrico de Guanabacoa. En el periodo comprendido del 1ro de enero al 31 de diciembre del 2001. ⁽²⁰⁾

ADOLESCENCIA:

La OMS define a la adolescencia como la etapa entre los 11 y 19 años de edad, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años; Sin embargo la condición de juventud no es uniforme y varía de acuerdo al grupo social que se considere. ⁽²¹⁾

El embarazo no deseado en un adolescente es un problema social cada vez más frecuente a nivel mundial, los adolescentes inician sus relaciones sexuales cada vez más temprana edad trayendo aparejadas diversas consecuencias como lo es un embarazo. ⁽²²⁾

Este evento produce riesgos a nivel social como lo son familias con mayor deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados, alta proporción de hijos ilegítimos, repercute también en la salud de la madre y el recién nacido , aumenta el riesgo de morbimortalidad de ambos , y más aún cuando el embarazo se produce en cercanía de la menarquía. ⁽²³⁾

La adolescencia es la etapa de la vida que separa la niñez de la adultez, o sea, un proceso universal que varía entre personas y culturas, donde ocurren diferentes cambios biológicos , psicológicos y sociales. Resultan tan intensa y diversa , que por esa razón, no se disfruta a plenitud la mayoría de las veces. ⁽²⁴⁾

La madurez psicológica y la incorporación a la sociedad ya como adulto joven puede ocurrir más rápida o lentamente; pero la edad establecida por la organización mundial de la salud oscila entre 10 y 19 años. Algunos la dividen en: adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años). ⁽²⁵⁾

El embarazo en la adolescencia, particularmente en las muy jóvenes, implica el riesgo de presencia de múltiples complicaciones, puesto que puede provocar la muerte de la madre o del niño o hacer que uno o ambos padezcan impedimentos físicos o mentales por el resto de sus vidas. ⁽²⁶⁾

Uno de cada seis nacimientos en el país, ocurre en mujeres menores de 19 años. 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 y su pareja. 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. ⁽²⁷⁾

Aún cuando las adolescentes tienen información sobre los métodos anticonceptivos y su forma de uso , solo la mitad de los jóvenes sexualmente activos usa algún tipo de anticonceptivo. Por otra parte la demanda insatisfecha de anticoncepción es mucho mayor en la población adolescente que en cualquier otro grupo ètareo. ^(28, 29)

Los principales factores de riesgo son: marcada asincronia madurativa (el desarrollo somático es mucho más avanzado que la maduración psicosocial), baja autoestima, ausencia de interlocutores válidos (sin referentes adultos significativos como padres, hermanos, etc), ausencia de limites , fracaso escolar, grupo de pares con comportamiento de riesgo, falta de información adecuada, edad de inicio de las relaciones sexuales antes de los 17 años, comportamientos poco saludables en general. ⁽³⁰⁾

Al hablar de embarazo durante la adolescencia se entiende como aquel que se inicia y desarrolla dentro de los dos primeros años de edad ginecològica y cuando la adolescente mantiene una total dependencia socioeconòmica del núcleo familiar.

Esta definición es perfecta en tanto se refiera a adolescentes urbanas de clase media y media superior, sin embargo, habrá que agregar que muchas de las adolescentes embarazadas, si no es que la mayoría , provienen de zonas conurbanas de extrema pobreza y marginación, quienes se ganan su propio sustento desde una tierna edad y viven “arrimadas” a familiares lejanos. Otras conviven “en banda” con sus parejas. ⁽³¹⁾

El embarazo en las jóvenes campesinas obedece a la tradición de la comunidad de casarse a una edad temprana y aunque los factores predisponentes para quedar preñada puede ser , en muchos casos semejantes a los de las jóvenes urbanas, la comunidad y la familia de la joven campesina aceptan el embarazo en un contexto cultural y social diferente y habitualmente, dentro de ese contexto dan una solución positiva al problema. ⁽³²⁾

El embarazo en la adolescencia debe verse como un problema médico y social que reviste importancia en las sociedades urbanas de países industrializados y en vías de desarrollo. ⁽³³⁾

FACTORES QUE INCIDEN EN EL PROBLEMA

A) DETERMINANTES: 1.-Tener relaciones sexuales sin haber adoptado medidas anticonceptivas adecuadas , 2.- violación.

B) PREDISPONENTES: I.- factores personales: (de carácter individual inciden en ambos sexos) : Abandono escolar, autoestima baja, falta de confianza en si mismo, sentimiento de abandono y desesperanza, problemas emocionales, de personalidad o ambos, carencia de afecto, incapacidad para planear un proyecto de vida, inicio temprano de relaciones sexuales, consumo de sustancias tóxicas que causan adicción, desinterés para asumir actitudes de prevención ,necesidad de afirmar su identidad de género, menarquia temprana.

II.- factores familiares (inciden en ambos sexos) : familia disfuncional, 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 antecedente de embarazo adolescente, antecedente de una hermana adolescente embarazada ,normas en el comportamiento y actitudes sexuales de los adultos.

III.- factores sociales (inciden en ambos sexos): abandono escolar, mal o inadecuado uso del tiempo libre, nuevas formas de “vida” propiciadas por la subcultura juvenil, cambios sociales 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 un valor cultural ,el efecto de los medios de comunicación masiva en particular la televisión, en el modelado de la conducta sexual y transmisión de mensajes contradictorios.⁽³⁴⁾

En los estados unidos , casi 1 de cada 10 niñas entre los 15 y 19 años quedan embarazadas cada año y 4 de cada 5 de estos embarazos no son planeados ,cuando más joven es una niña

al momento de iniciar su actividad sexual, menos probabilidad hay de que utilice anticonceptivos en su primera experiencia, las niñas de bajos recursos ,no buenos resultados escolares tienen más posibilidad de quedar embarazadas a diferencia de las de mejor recursos económicos y progresan académicamente. Alrededor de un tercio de padres de bebés cuya madre tiene 15 años de edad, son hombres de 21 años o más.⁽³⁵⁾

Casi la mitad de adolescentes embarazadas tienen a sus bebés y planean criarlos por si mismas, muy pocas dan a sus hijos en adopción,; casi un tercio se provoca abortos y una séptima parte pierde a sus bebés durante el embarazo.

Los índices de natalidad y embarazo en la adolescencia descendieron durante la década de 1990 , quizá como un reflejo de la disminución en la actividad sexual y un aumento del uso de anticonceptivos, en parte por temor al sida.⁽³⁶⁾

En algunos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo habían 856 millones de adolescentes y se estimó que en el 2000 llegarían a 1,1 millones.

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.⁽³⁷⁾

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. - Adolescencia Temprana (10 a 13 años). Biológicamente , es el periodo peri-puerperal , con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías ; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2.- Adolescencia media (14 a 16 años) .Es la adolescencia propiamente dicha; cuando la completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus parejas, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se siente invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencias física ,pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3.- Adolescencia tardía (17 a 19 años). Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones intimas y el grupo de parejas va perdiendo jerarquía, desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.⁽³⁸⁾

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todas pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada, son adolescentes embarazadas muy jóvenes.⁽³⁹⁾

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. La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene la familia para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.⁽⁴⁰⁾

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.⁽⁴¹⁾

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio,

requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar 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.

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.⁽⁴²⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es la célula de la sociedad, unidad dinámica, que mantiene el equilibrio en el comportamiento de cada uno de sus integrantes como un sistema familiar; es por ello la importancia de su funcionamiento y su capacidad para la superación en sus crisis en cada una de sus etapas del ciclo vital, cuando los valores y su comunicación son deficientes llevan a sus integrantes a ser presa de conductas inapropiadas, misma que afecta principalmente al adolescente, ya que en esta etapa surge la transformación de la personalidad y su evolución en su propia identidad, para así definir su personalidad.

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.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriendo la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar.

En 1996 se registraron en la República Mexicana más de 10,000 nacimientos de madres menores de 19 años y 414,000 de madres extremadamente jóvenes.

La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 a 34 años.

En México, la mortalidad en menores de 24 años corresponde a 33% del total de las muertes maternas, el embarazo en adolescentes constituye un problema desde el punto de vista médico y social.

Los factores contribuyentes son múltiples por lo que se debe adoptar un enfoque integral que incluya las necesidades psicosociales de la embarazada adolescente y su familia, se mencionan condiciones riesgosas que pueden considerarse en el embarazo de las adolescentes como son en nuestra época, la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación familiar, sobre todo con la figura materna, el abandono de la escuela, la menarquía precoz, baja autoestima, drogadicción, tabaquismo y alcoholismo, con la consiguiente carencia de proyectos de vida, la falta de conocimientos sobre métodos

anticonceptivos, familias disfuncionales, antecedentes de embarazos en la madre o hermanas en la adolescencia, ausencia del padre, nivel socioeconómico bajo, integración precoz al área laboral, amigas que han iniciado vida sexual, entre otros.

El embarazo en las adolescentes es un problema que además de aumentar el riesgo obstétrico, es un marcador de factores socio-demográficos,

La Unidad de Medicina Familiar No. 56, con una población de 2050 mujeres en edad reproductiva de 12 a 49 años presenta una población de 623 adolescentes de 12 a 19 años; en el 2008 se reportaron 113 embarazadas adolescentes, con control prenatal desde el primer trimestre de embarazo; en los últimos 18 meses se tienen registrados 109 embarazadas adolescentes, probablemente como consecuencia de la disfuncionalidad familiar que existe en esta población por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas?

JUSTIFICACION

Cada año 14 millones de mujeres adolescentes (entre los 15 y los 19 años) dan a luz en el mundo, lo cual representa poco más del 10% del total de nacimientos a nivel mundial. En América Latina los nacimientos entre las adolescentes representan entre el 15 y el 20% del total de nacimientos en esta región de los cuales el 70% no son planeados.

En el 2000 había en nuestro país 5,082,487 mujeres entre 15 y 19 años, de las cuales 11.96% ya tenía hijos, es decir 608,070 además se había registrado 4214 nacimientos entre adolescentes de 12 y 14 años, INEGI reporta para el 2011 una disminución en el porcentaje de embarazadas adolescentes ocupando Querétaro el último lugar con 3.9%, sin embargo es considerado un problema de salud pública por las complicaciones que pudieran presentarse.

Las causas de embarazo en adolescentes están determinadas básicamente por factores socioculturales y también se encuentran elementos psicológicos. En la sociedad Mexicana principalmente en los sectores rurales y marginales urbanos en donde los embarazos son más frecuentes la maternidad forma parte indisoluble de la vida de las mujeres y en muchas ocasiones es la única forma de valoración social que disponen.

Los análisis sobre el embarazo adolescente apuntan a que este fenómeno disminuiría si existieran los tres siguientes elementos: educación sexual, servicios de salud sexual y reproductiva, y oportunidades para las adolescentes.

El embarazo adolescente representa un problema social debido a que no sólo afecta a las personas y familias involucradas sino a la sociedad en su conjunto. El matrimonio y maternidad en estas etapas disminuyen las oportunidades de educación y trabajo futuros de estas mujeres jóvenes y no solo repercute en este aspecto también en la funcionalidad familiar la cual se encuentra alterada, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen.

La funcionalidad familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros, que al perder la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa puede condicionar diferentes eventos adversos como el embarazo en la adolescente.

Esto hace relevante e importante identificar en el primer nivel de atención la funcionalidad familiar de este grupo etéreo como determinante para inducir a un embarazo y reconocer dicha etapa de la población como de alto riesgo, identificándola en forma oportuna y realizar medidas de prevención para tratar de disminuir los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual.

Se requiere actuar de forma integral, permitiendo conservar su dignidad y autoestima, proporcionarle lineamientos útiles que le darán la posibilidad de alcanzar una mayor madurez social y responsabilidad, para poder incidir en la disminución de embarazos en la adolescencia.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar las variables socio-demográficas

Identificar la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas.

HIPOTESIS

No necesaria

METODOLOGIA

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Transversal descriptivo

UNIVERSO DE TRABAJO

Adolescentes

POBLACION:

Adolescentes embarazadas de la UMF No. 56

MÉTODO DE MUESTREO:

Por conveniencia

MUESTRA

No necesaria

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Embarazadas adolescentes que deseen participar en el estudio y que firmen hoja de consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Adolescentes embarazadas con discapacidad mental

Adolescentes embarazadas producto de violaciones.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Que no contesten al 100 % el cuestionario faces III

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó en las embarazadas de 13 a 19 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 56 IMSS de Amealco en ambos turnos, del 12 de julio al 14 de septiembre del 2010, previa firma de hoja de consentimiento informado por la adolescente embarazada, se aplicó por el investigador una cédula con datos socio-demográficos y el cuestionario de FACES III, se recolectaron los datos en hoja de Excel para análisis estadístico que se realizó mediante el programa SPSS V.12 para estadística descriptiva, con porcentajes, medias, medianas y X².

Los resultados se presentan en cuadros, tablas y gráficas.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Adolescente	Es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose 2 fases: la adolescencia temprana, de 10 a 14 años, y la adolescencia tardía de 15 a 19 años	Adolescentes de 13 a 19 años de edad en el momento del estudio	Cuantitativa	Ordinal	años
Embarazo	Parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del concepto en la mujer, se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto.	Semanas de gestación en el momento del estudio.	Cualitativa	Nominal	Semanas de Gestación
Escolaridad	Conjunto de las enseñanzas y curso que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes	La referida por la adolescente en el momento del estudio	Cuantitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Técnica
Estado civil	Situación física de las	La referida por la paciente al	Cualitativa	Nominal	Soltera

	personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes	momento del estudio			Casada Unión libre Divorciada
Funcionalidad familiar	Es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente, con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados.	Aplicación del cuestionario FACES III	Cualitativa	Nominal	Familia funcional. Funcionalidad media. Disfuncionalidad.

RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS.

PRESUPUESTO

RECURSO	COSTO UNITARIO	FACTOR MULTIPLICADOR	COSTO TOTAL
1).- HUMANO	GASTO DIARIO	No. DIAS/PERSONA	
Sueldo del investigador			
		SUBTOTAL	
2).- MATERIALES	COSTO UNITARIO	NUMERO	

-papel bond t-carta -bolígrafo -lápices -copias -engargolado -disquete/CD -fólder -impresión del trabajo -Horas-computadora -Horas-Internet -Cuestionarios -Otros			
			SUBTOTAL
3).- TRANSPORTE	COSTO POR Km O VIAJE	No. Km/DIAS/VIAJES	
-Autobús -Taxi -Gasolina Automóvil Propio -Otros			
			SUBTOTAL
			SUMA TOTAL

El estudio fue financiado por el investigador

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apega a lo establecido en:

- Manual de organización del Instituto Mexicano del Seguro Social consejo Técnico, Acuerdo No. 7802, octubre de 1980.

- Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación del H. Consejo Técnico, Acuerdo No. 1516/84 del 20 junio de 1994.

- Plan Nacional de Desarrollo 1983 – 1988. Poder Ejecutivo Federal Parte II, apartados 7.4 y 8.12 parte III, apartado 10.2

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4.

- Ley General de Salud; Artículo 2º., Fracción VII, artículo 3º., Fracción Título quinto, capítulo único, artículos 96 al 103.

- Artículo del Consejo de Salubridad General del 23 de diciembre de 1981., publicado en el Diario Oficial de la Federación del 25 enero de 1982, que crea las comisiones de investigación y ética en los establecimientos donde se efectúa una investigación Biomédica.

- Decreto Presidencial del 8 de junio de 1982 publicado en el Diario Oficial.

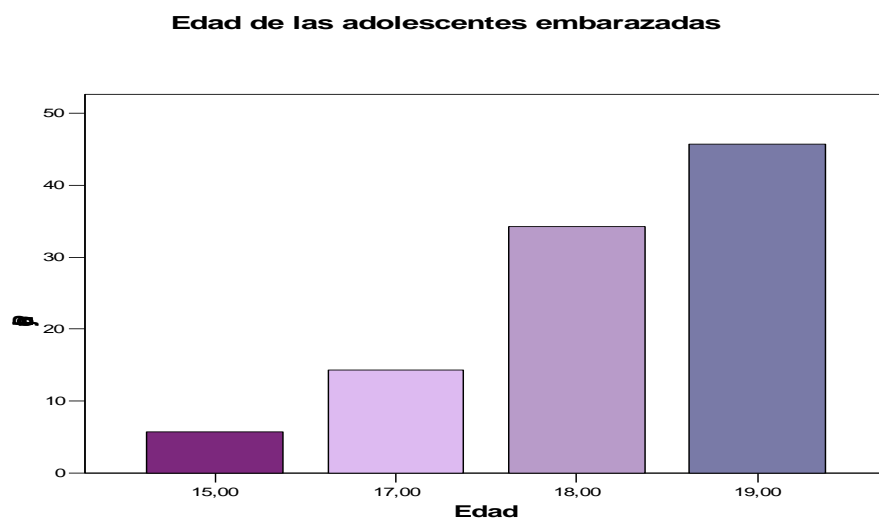
- Del 4 agosto de 1982, que establece la formación de comisiones de Bioseguridad en las instituciones donde se efectúen investigaciones que utilicen radiaciones o trabajo en procedimientos de ingeniería genética.

-Declaración de Helsinki, Modificación de Tokio, Revisada por la XXX Asamblea Mundial, Tokio, Japón 1976

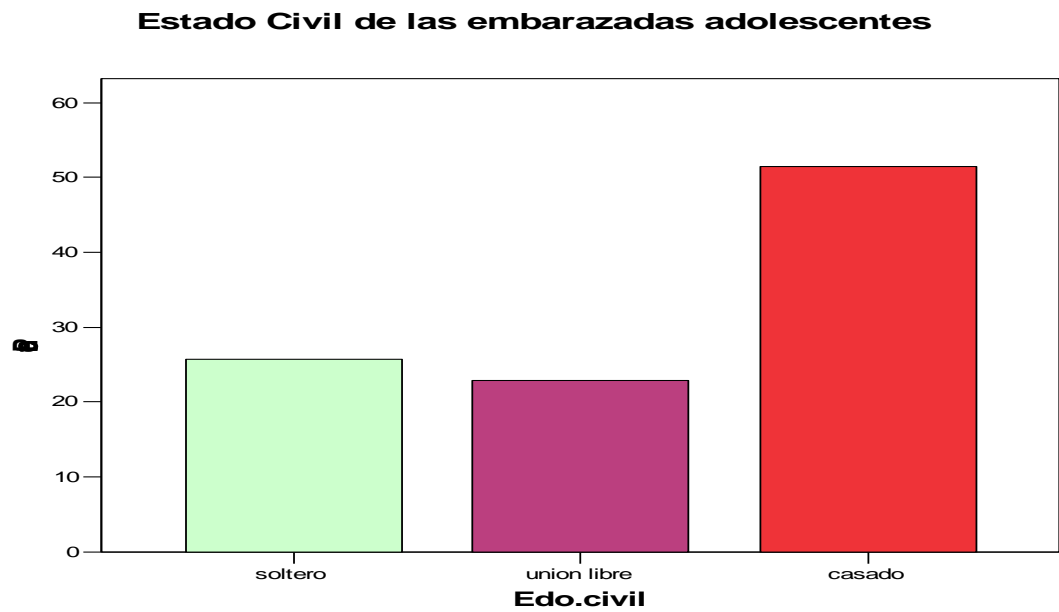
RESULTADOS

El promedio de edad de las embarazadas adolescentes estudiadas fue de 18 años en el 34%.

Gráfica No.1 Fuente: Cuestionario aplicado



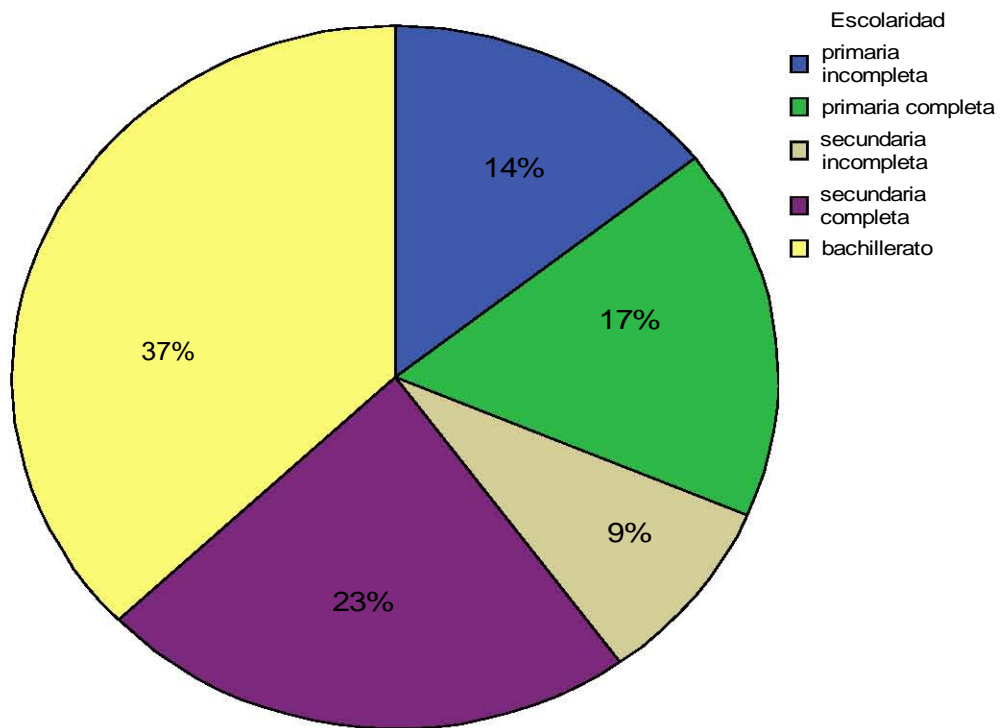
El estado civil que predominó en nuestro estudio fue el de casado con el 52% seguido del 23% en unión libre. Gráfica No.2



Fuente: Cuestionario aplicado

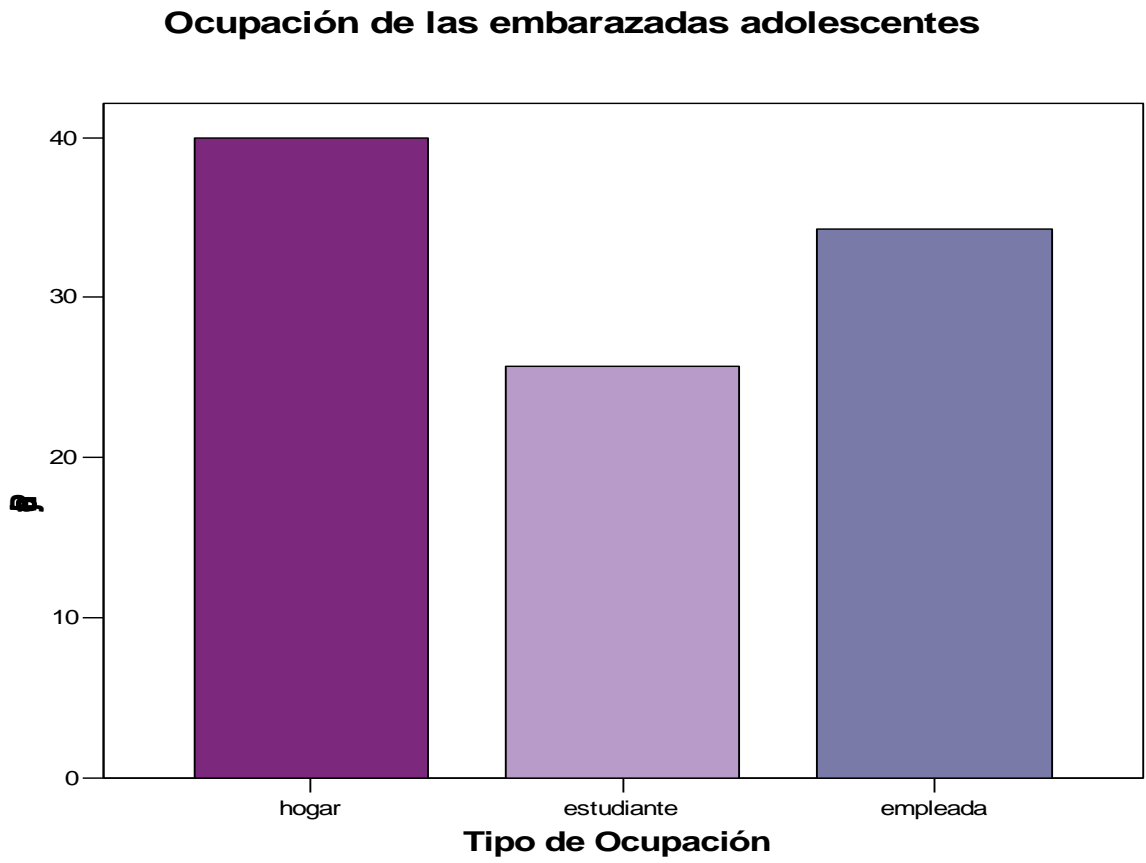
Respecto a la escolaridad el 37% correspondió a bachillerato seguido del 23% de secundaria completa. Gráfica No. 3

Escolaridad en adolescentes embarazadas



Fuente: Cuestionario aplicado

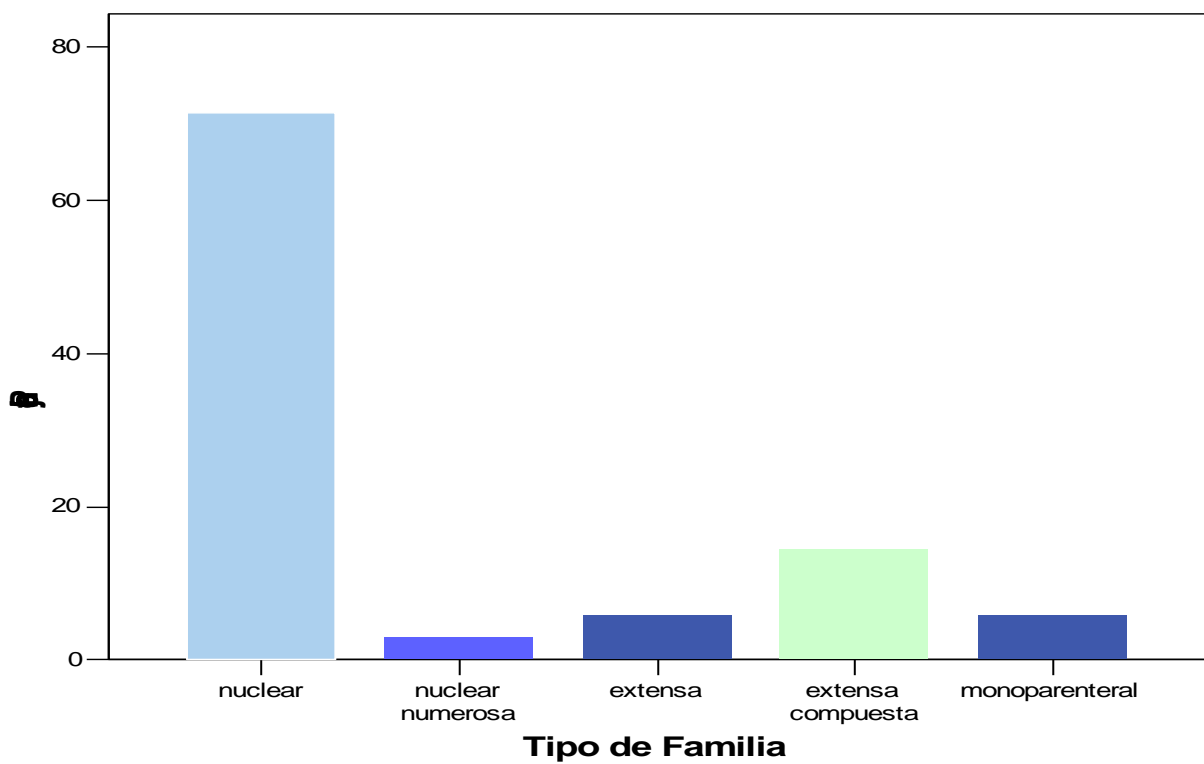
El 40% dedicada al hogar seguido del 34% que refirieron ser empleadas y el 26% estudiantes.
Gráfica No. 4



Fuente: Cuestionario aplicado

El tipo de familia que predominó en este estudio fue la nuclear en un 71% y el 14 % extensa compuesta. Gráfica No. 5

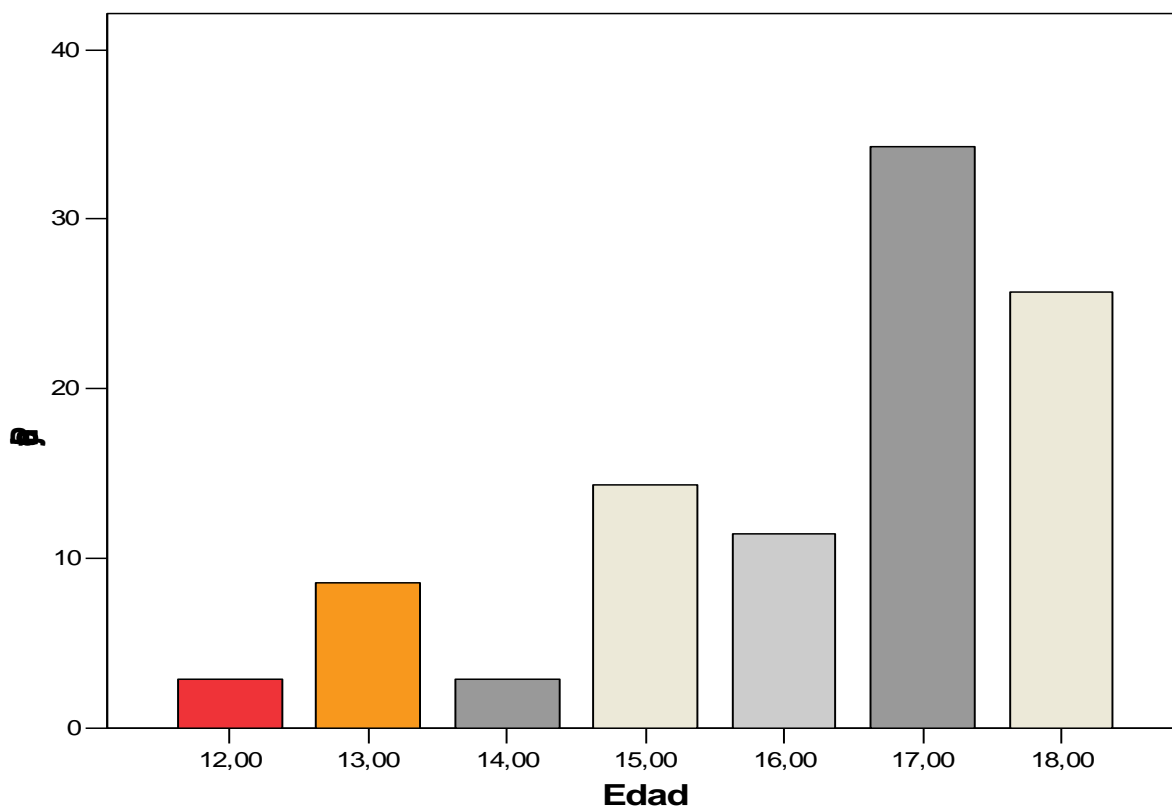
Tipo de Familia de las embarazadas adolescentes



Fuente: Cuestionario aplicado

El 34% de nuestra población refirieron inicio de vida sexual activa a los 17 años, el 14% refirieron iniciar vida sexual entre los 12 y 14 años. Gráfica No. 6

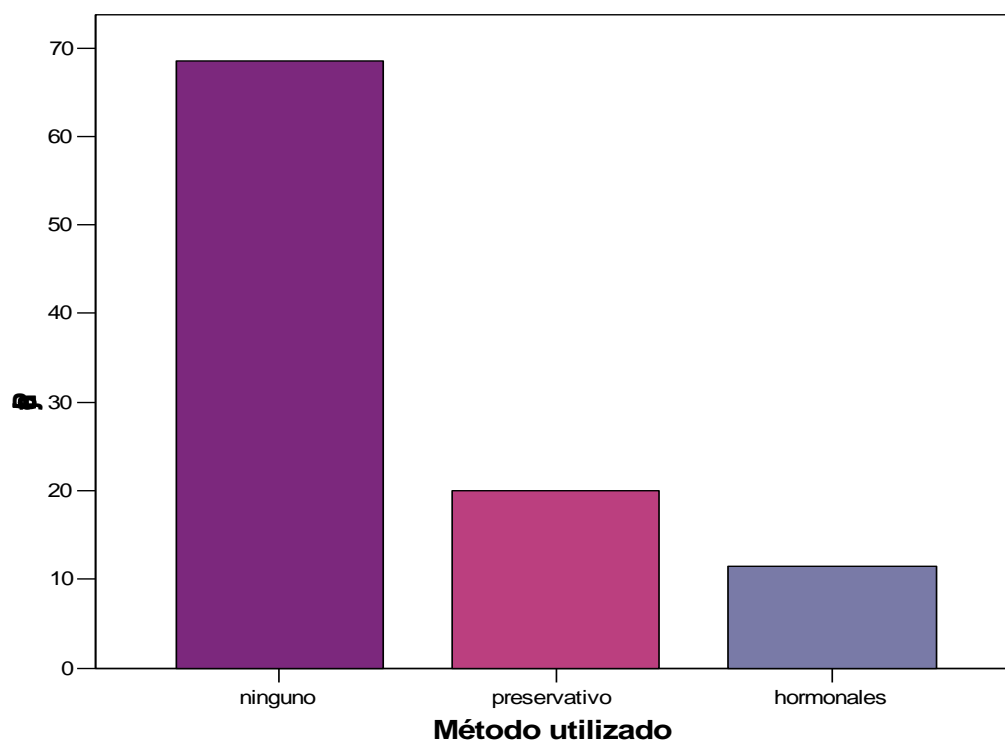
Inicio de Vida Sexual Activa en adolescentes embarazadas



Fuente: Cuestionario aplicado

El 69% de las pacientes no utilizan ningún método anticonceptivo en nuestro estudio, el 20% utilizan preservativos y el 11% hormonales, como lo muestra la Gráfica No. 7

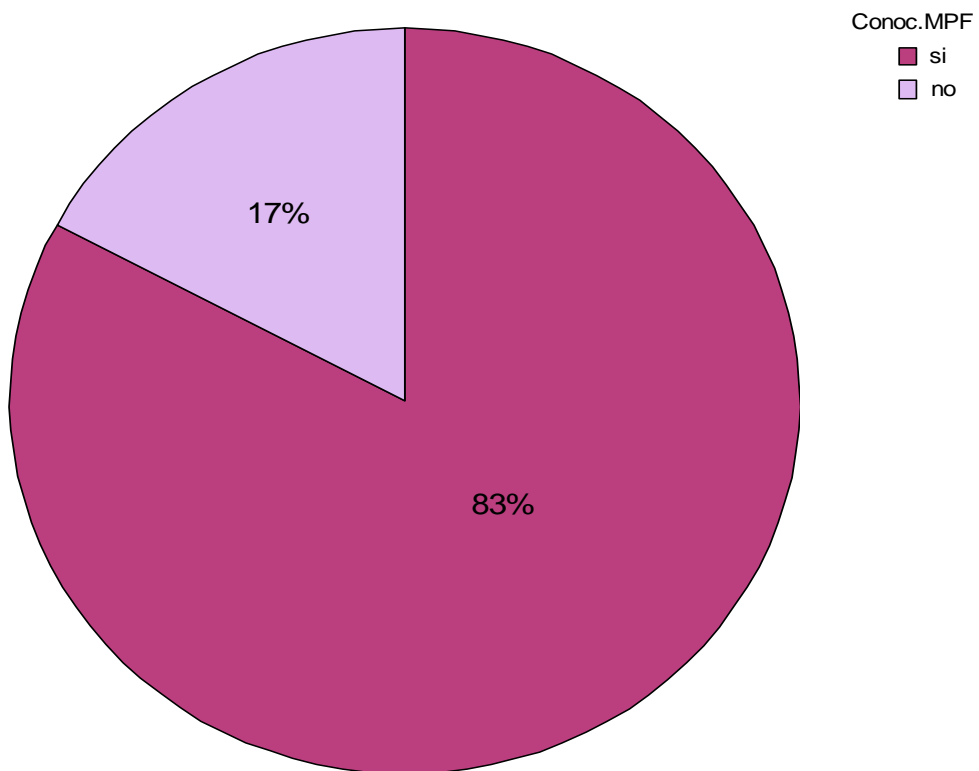
Métodos de Planificación utilizados en las embarazadas adolescentes



Fuente: Cuestionario aplicado

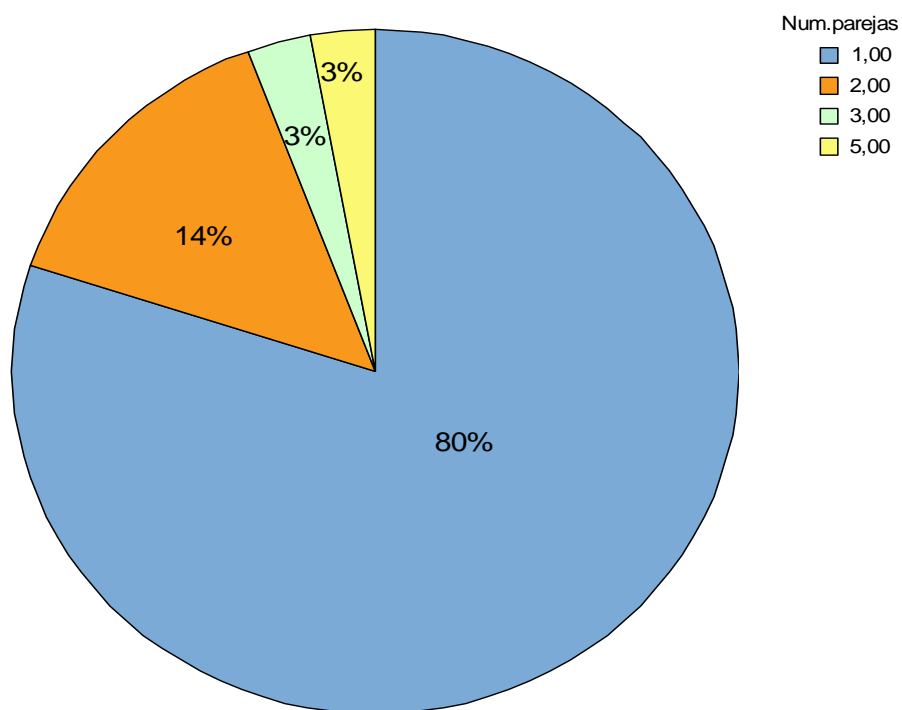
Sin embargo el 83% de estas pacientes de nuestro estudio tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos como se muestra en la siguiente Gráfica No. 8

Conocimiento de Métodos de Planificación Familiar en las adolescentes embarazadas



Fuente: Cuestionario aplicado

Número de parejas sexuales en adolescentes embarazadas

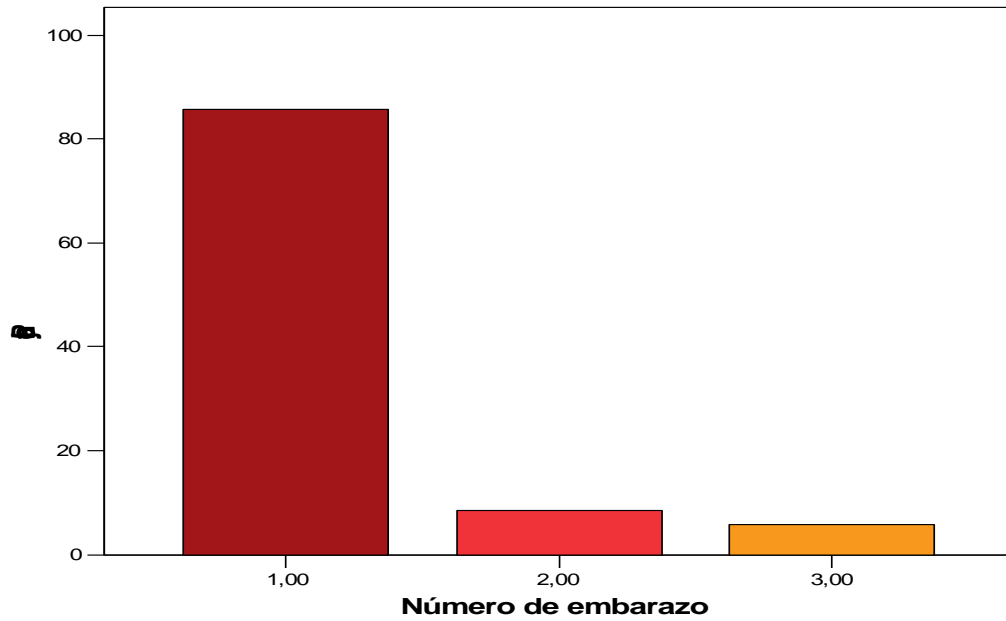


En relación al número de parejas el 80% refirieron las adolescentes embarazadas tener una pareja sexual, llamando la atención que el 3% refirieron cinco o más parejas sexuales. Grafica No. 9

Fuente: Cuestionario aplicado

Respecto al número de embarazos el 86% de nuestra población cursaba con su primer embarazo, el 9% el segundo embarazo y el 5% cursaba su tercer embarazo. Gráfica No. 10

Número de embarazos en las adolescentes



Fuente: Cuestionario aplicado

El 69% de nuestra población en estudio refirieron no haber utilizado ningún método anticonceptivo y el 20% utilizan el preservativo como método de planificación familiar. Tabla No.

1

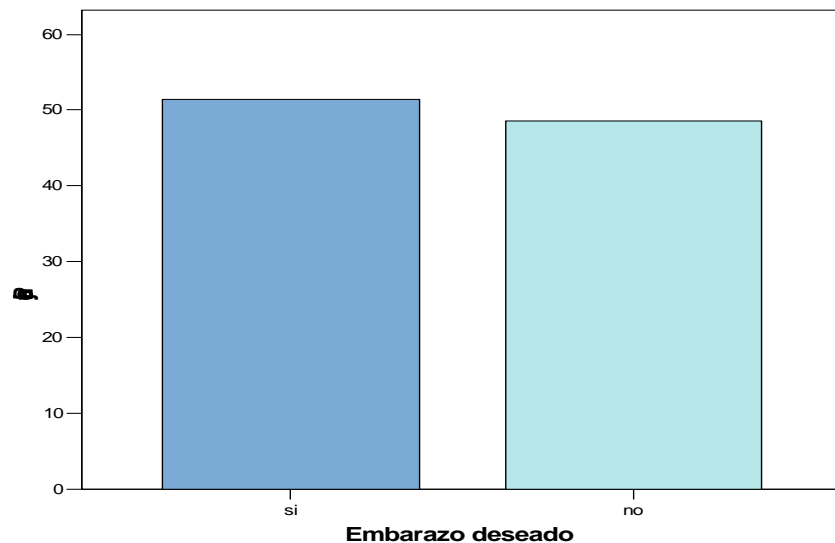
Número de embarazos con MPF utilizado

		MPF útil			Total
		ninguno	preservativo	hormonales	
Num.emb	1	20	7	3	30
	2	3	0	0	3
	3	1	0	1	2
	Total	24	7	4	35

Fuente: Cuestionario aplicado

El 51 % de nuestra población estudiada refirieron haber deseado el embarazo mientras que el 49% no lo deseaban o no lo habían planeado. Gráfica No. 11

Deseo de embarazo de las adolescentes



Fuente: Cuestionario aplicado

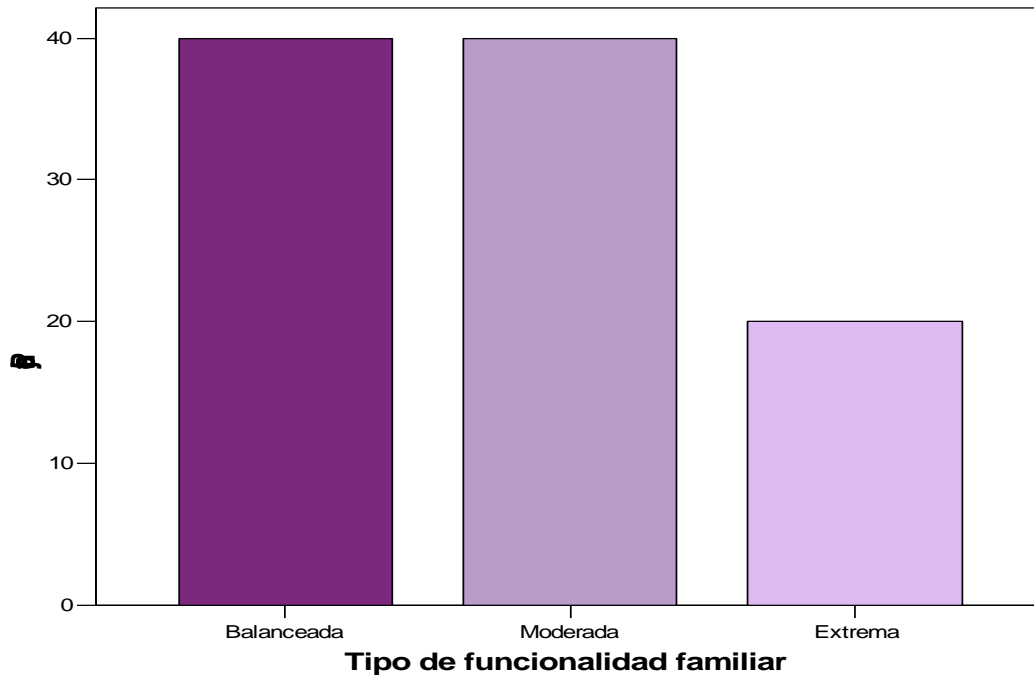
En nuestra población se observó que a mayor escolaridad se incrementa el conocimiento de los métodos de planificación familiar, sin embargo también aumenta la presencia de embarazos. Tabla No.2

Escolaridad y Conocimiento de MPF

		Conoc.MPF		Total
		si	no	
Escolaridad	primaria incompleta	3	2	5
	primaria completa	4	2	6
	secundaria incompleta	2	1	3
	secundaria completa	7	1	8
	Bachillerato	13	0	13
	Total	29	6	35

Fuente: Cuestionario aplicado

Resultado de cuestionario FACES III en las adolescentes embarazadas



En relación a la funcionalidad familiar de nuestra población estudiada encontramos una funcionalidad balanceada en el 40%, el 20% en funcionalidad extrema y un 40% en funcionalidad moderada. Gráfica No. 12

Fuente: Cuestionario aplicado

DISCUSIÓN:

Semejante a los resultados de León Paula, Minassian Matías, observamos en nuestro estudio la ausencia y deserción de las escuelas por embarazo en las adolescentes, además al igual que en ellos se incrementan los problemas económicos así como la problemática de salud pública y social que existe al presentarse el embarazo a tempranas edades.

Nuestra población igual que en la que menciona Espinoza Trejo Mónica el inicio de vida sexual es de 17 años y a diferencia de su estudio el estado civil de nuestras adolescentes es mayor el de casadas en nuestra población.

A diferencia de los reportes de Goicolea Isabel y Wulff Marianne en nuestra población la información de métodos de planificación familiar son adecuados, aunque dos terceras partes no los utilizan lo que nos indica que la causa de embarazo no deseado está provocada por la falta de responsabilidad y concientización del embarazo precoz como problema de salud pública, encontrando similitud con el estudio realizado en el 2006 por Orellana en Ecuador.

En relación a los resultados del estudio de Rangel nuestras adolescentes embarazadas presentan una menor disfuncionalidad familiar, el porcentaje de casadas o en unión libre es mayor a la que refieren así como las que se dedican al hogar, siendo similar al nuestro el reporte de a mayor escolaridad, mayor conocimiento de métodos anticonceptivos.

En nuestro estudio el conocimiento de métodos anticonceptivos es menor a los que reporta Chelala C. y los reportados por Fernández I. y cols. así como el uso de preservativos es utilizada en menor porcentaje en nuestra población estudiada.

Wassoma A reporta el predominio de embarazos en la adolescencia tardía mayor al obtenido en nuestro grupo de estudio.

Uria Alonso y cols. Reportan escolaridad baja, mayor a los resultados de nuestro estudio en cuanto a la ocupación hay similitud con sus reportes.

Existe similitud en los reportes de Díaz-Sánchez Vicente con nuestro estudio en relación a la edad del embarazo y en relación si es que son no deseados o no planeados.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio podemos concluir que la funcionalidad familiar en las embarazos adolescentes fue balanceada en el 40% mientras que un 20 % se reporta extrema y moderada en el 40%, esta última es la población que está en riesgo de caer en una disfunción extrema lo que resultaría en un incremento de la disfuncionalidad familiar, resultando probablemente en aumento de los embarazos en adolescentes, en relación a los métodos de planificación familiar estos se conocen pero no se utilizan quedando embarazadas sin el deseo de este, las relaciones sexuales se realizan a temprana edad incrementándose el número de parejas sexuales

PROPUESTAS

Incrementar la difusión, orientación, consejería y educación a los adolescentes sobre los métodos de planificación familiar, disponibilidad de estos en escuelas, clínicas y centros laborales, aplicar los cuestionarios de FACES III a las familias durante la consulta en el primer nivel de atención, evaluando la funcionalidad familiar sobre todo en el ciclo de familias con hijos adolescentes para conocer los factores de riesgo y protectores de cada una de las familiar y poder incidir en ellos con técnicas de intervención adecuadas, eficaces, oportunas y útiles.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Leòn Paula, Minassian Matias, Borgoño Rafael, Bustamante Francisco, et al. Departamento de Psiquiatría. Embarazo en adolescentes, Revista Pediátrica Electrónica 2008, vol. 5, n 1. 42 – 51.
- 2.-Espinoza Trejo Mónica, Rodríguez Molina Ma. del Mar, Trejos Solórzano María Ethel. Caracterización de la adolescente embarazada atendidas en la “Clínica Francisco Bolaños”, Revista Médica de Costa rica y Centroamérica, LXVI (587) 21 – 25, 2009.
- 3.-Rodrigo Cele Ramírez Hidalgo Guerrero Luís, Chodraul, Gonzaga Figueroa Martha. Factores Etiológicos y Epidemiológicos en Adolescentes Embarazadas.
- 4.-Molina S Marta, et al. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar, Sociedad Médica de Santiago, 2009.
- 5.-Fernández Liliam Susana, Carro Puig Eugenio, Oseas Ferrera Dalia y Pérez Piñero. “Caracterización de la gestante adolescente”. Rev. Cubana Obstet Ginecol julio 2004; 30 (2):224-28
- 6.-Rangel José Luis, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad Familiar en la Embarazada. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol.38, n 1 ene-feb. 2008: 25-30
- 7.-Goicolea Isabel, Wulff Marianne , Ohman Ann and San Sebastián Miguel, Factores de riesgo de embarazo en adolescentes de la cuenca amazónica de ecuador: Estudio de casos y controles. Rev. Panamá Salud Publica. (online). 2009, vol. 26, n. 3,pp. 221 – 228. ISSN 1020 – 4989.
- 8.- Millán T, Valenzuela S, Vargas N. Salud Reproductiva en adolescentes escolares: Conocimientos , actitudes y conductas en ambos sexos en una comuna de Santiago de Chile. Rev. Méd. Chile, 1995 ; 123 (3) 368- 75.
- 9.-Papalia D, Wendkos S. Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia. 5A de Colombia, 1992.

10.-Instituto Nacional de la juventud Orientaciones y Estrategias para el Trabajo en Salud Adolescente. Santiago, Chile 1997.

11.-Baeza B, Poo A, Vázquez O, Muñoz S. “ Comprendiendo los factores asociados al embarazo precoz, desde la perspectiva de adolescentes nuligestas”, Rev. Sogia 2005; 12 (2): 41 – 48.

12.-Hamel P. Crónica de un Embarazo Anunciado; Criterios de Riesgo en adolescentes Populares Urbanas de Familia y Terapias, 1993; (1): 44 -62.

13.-Molina R, Araya S, Ibaceta G, Jordán P, Lagos E. Nivel de conocimientos y prácticas de sexualidad en adolescentes. Rev. Chil. Obstet Ginecol 1986; (3): 293 – 302.

14.- Lavin F, Lavín P, Vivanco S. Análisis de las conductas sexuales de los adolescentes (programa de prevención de Embarazo Adolescente) Santiago, Chile. Universidad de Chile, departamento de comunicaciones, facultad de medicina; 1997.

15.- Valenzuela S, herold J, Morris L. Encuesta de salud reproductiva en adultos jóvenes: Experiencia sexual y uso de anticonceptivos en Santiago de Chile. Rev. Méd. Chile 1991; 118: 465 – 72.

16.- De la Cuesta C. Tomarse el amor en serio. El Contexto del Embarazo en la adolescencia en Colombia. J Transcultural Nursing , 2001; 3 (12): 180 – 92.

17.-Poo, A; Baeza, B ; Capel, P; Llano, M; Tuma, D; Zúñiga, D. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal Rev. Soc. Chil. Obstet .Ginecol. Infant. Adolesc; 12 (1): 17 -24, 2005.

18.- De Dios Moccia, Medina Milanesi Alejandro. Qué saben las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos y cómo los usan. Estudio en una población adolescente de Piedras Blancas, Montevideo, Uruguay Rev. Méd. Urug; Sept. 2006. 22 (3): 185–90

19.-Consuelo E. Normas de atención integral de la salud en la adolescencia. Montevideo: MSP, 2003.

20.-Uria Alonso, González Rosa María, González Hernández Ana,et al. Embarazo en la adolescencia. Algunos factores biopsicosociales. Rev. Cubana Med Gen Integr, sep-dic. 2005, vol. 21, no. 5 -6: p.10-20. ISSN 0864 – 2125.

21.- Wassoma A, Mohamed K. Low birth weight babies. Socio demographic an obstetrics characteristics of adolescents mothers at Kenyatha National Hospital Nairobi. East Afr Med J 2002; 79 (10): 539–42.

22.-M. Rodríguez Rigual. Mesa redonda : Adolescencia Necesidad de creación de unidades de adolescencia (en español). An Pediatr 2003, 58: 104 – 106. último acceso 19 de abril de 2008.

23.- Ulanowicz María Gabriela, Parra Karina Elizabeth, Wendler Gisela Elizabeth, Tisiana Monzón Lourdez “ RIESGO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE” Revista de post grado de la vía Cátedra de Medicina, No 153 – Enero 2006 pág. 13 -17.

24.-Orozco Echavarría N, Vaillant Orozco S, Cumbá Tamayo O. Algunos Factores de riesgo del embarazo en la adolescencia (artículo en línea) MEDISAN 2005; 9(2).

25.- Sulak PJ ; Haney AF. Unwanted Pregnancies : understanding contraceptive use and benefits in adolescent and older women . Am J Obstet Gynecol 1993; 168 : 2042 – 8.

26.- Chelala C. Concern gromw about adolescent pregnancy in Cape Verde. Lancet 2000; 355: 128.

27.--Díaz–Sánchez Vicente “EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES EN MÉXICO”. Gaceta Medica de México, vol. 139, suplemento No 1, 2003.

28.- Fernández I., Busto I. , González L. Creencias , Actitudes y Conocimientos en Educación Sexual . Rev. Méd. Chile 2000; 128: 574 – 583.

29.-Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev. Cubana Obst Ginecol 1996; 22: 11 – 5.

30.-Coll Ana, Dulanto Gutiérrez Enrique y col. “el adolescente” .Asociación Mexicana de Pediatría, a.c, Mc Graw – Hill Interamericana, capítulo 81, salud reproductiva. Pág. 593-94.

31.-López Nodarse M. Flores Manda L. Roche Pérez C. Embarazo en la adolescencia. Sex Soc. 1996; 2:12–6.

32.-Coates V. Transformaciones en la familia durante la adolescencia de los hijos. Adolescencia Latinoamericana. Abril/junio 1997; 1(1): 40 – 46.

33.- Magdaleno M. Florenzano R, Horwitz N, Rigeling Y, Venturini G et al, editores. Enfoque familiar y los problemas de salud del adolescente. Salud Familiar. 1a. Edición. División Científica Médica, Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago; 1986: 125 – 141.

34.- Papalia Diane E., Wendkos Olds Sally, Duskin Feldman Ruth “psicología del desarrollo” octava edición , mc graw – hill, capítulo 16 , pág. 691.

35.- Children’s Defense Fund, “Preventing Teenage Pregnancy”. Teen Sex Down 1995, 1996, 1997, 1997a, 1997b.

36.- García Sánchez M. H., Hernández M. L. Manjon Sánchez A: “Embarazo y adolescencia” - Dto. Obst y Ginec. Hptal. Clin. Univers. De Salamanca – Rev. sobre salud sexual y reproductiva No 2 , año. 2005

37.- Cuarta Encuesta Nacional de Juventud, Resultados Generales. Instituto Nacional de la Juventud . 2003.

38.- American Academy of pediatrics, commite on Adolescent. Contraception and adolescents. Pediatrics. 1999; 104: 1161- 66.

39.- Smilkstein G. The Family APGAR. A proposal for family function test and its use by physicians . J fam Pract 1978; 6: 1231 – 1239.

40.-Rodriguez E, Gea A, Gomez M, Garcia J. APGAR questionnaire in the study of family function Ate Primaria 1996; 17 (5) : 338 – 341.

41.- Woodside D, Swinson R, Kuch K, Heinmaa M. Family functioning in anxiety and eating disorders, Compr Psychiatry 1996; 37(2) : 139 – 143.

42.- Rodriguez E, Gea A, Gomez M, Garcia J. APGAR questionnaire in the study of family function Ate Primaria 1996 ; 17(5) : 338 – 341.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SAN JUAN DEL RIO, QRO. A

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Registrado ante el comité local de investigación en salud número 2202
El objetivo del estudio es: **Determinar la funcionalidad familiar en las embarazadas adolescentes**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en CONTESTAR UNA CEDULA FORMULADA PARA ENTREVISTA Y UN CUESTIONARIO.

Declaro que se me ha informado que no existe, inconvenientes, molestias y SI beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes.

CONTESTAR PREGUNTAS DE CEDULA POR MEDIO DE UNA ENTREVISTA EN LA CUAL SE OMITIRÁ MI NOMBRE PARA ASEGURAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

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

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

Nombre, firma del paciente

Dr. Juan Pablo Servin López Mat. 99230710
Nombre, firma, matrícula del investigador principal.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio

01-442 1765317 (INVESTIGADOR), 01 427 272 2905 (ASESOR)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN QUERETARO
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 6
 SAN JUAN DEL RIO

INSTRUMENTO PARA RECOLECCION DE LA INFORMACION

CUESTIONARIO FACES III

No. _____

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

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

CUESTIONARIO:

NOMBRE: _____ FECHA DE
NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: _____ RELIGIÓN: _____ LUGAR DE
PROCEDENCIA: _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____
No DE INTEGRANTES EN LA FAMILIA: _____ TIPO DE
FAMILIA: _____

LUGAR QUE OCUPA DE HIJO(A) EN LA
FAMILIA: _____ IVSA: _____

MPF UTILIZADO: _____ ¿ CUAL?: _____ TIEMPO DE
USO: _____

CONOCIMIENTO DE OTROS METODOS: _____ ¿
CUALES?: _____

No DE PAREJAS SEXUALES: _____ No DE
EMBARAZOS: _____

ADICCIONES: SI ___ NO: ___ ¿ CUAL
(ES): _____

CON QUIEN VIVE: FAMILIA: ___ PAREJA: ___ AMIGOS: ___ OTROS
FAMILIARES: _____

EMBARAZO PLANEADO: SI ___ , NO, ___ MOTIVO DEL
EMBARAZO: _____

