



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION**

TESIS:

**FOLIO (R-2011-2103-22)
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1
PUEBLA, PUE.**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA DE LA
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 38 PALMAR DE BRAVO, PUEBLA”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ANTONIA PATRICIO GALLARDO

PUEBLA, PUEBLA A 1 DE FEBRERO DEL 2012.



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 LA ADOLESCENTE EMBARAZADA DE LA
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 38 PALMAR DE BRAVO, PUEBLA”**

PRESENTA

DRA. ANTONIA PATRICIO GALLARDO

AUTORIZACIONES

DR. JOSÉ PEDRO LUIS LÓPEZ MORA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DE
BASE EN EL I.M.S.S. MODALIDAD SEMIPRESENCIAL

DR. JUAN HERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

ASESOR EXPERTO

DR. SANTIAGO OSCAR PAZARAN ZANELLA

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. AKIHIKI MIZUKI GONZÁLEZ LÓPEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

PUEBLA, PUEBLA

2012

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIA
U.N.A.M

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
U.N.A.M

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M

ÍNDICE GENERAL

1.- Título	1
2.- Índice general	4
3.- Marco Teórico	5
4.- Planteamiento del problema	17
5.- Justificación	18
6.- Objetivos	19
-General	19
-Específicos	19
7.- Hipótesis	19
8.-Metodología	19
-Tipo de estudio	19
-Población, lugar y tiempo de estudio	19
-Tipo de muestra y tamaño de la muestra	19
-Criterios de exclusión y de eliminación	19
-Información a recolectar (variables)	20
-Método o procedimiento para captar la información	20
-Consideraciones éticas	21
9.- Resultados	23
-Descripción	23
-Tablas y gráficas	26
10.- Discusión	26
11.-Conclusiones	27
12.- Referencias bibliográficas	28
13.- Anexos	31

DEDICATORIAS

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño.

A ti Dios que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa.

A mi Madre que con su amor me ha impulsado a seguir adelante y siempre me ha brindado su apoyo en los momentos que más la he necesitado. Gracias Madre te amo.

A mi hijo Jhordy que es mi motor para seguir adelante y lo más importante para mí. Te amo.

A todos mis hermanos Ofelia, Emilia, Rocio, Margarita, Urbano y José Guadalupe por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

A todos mis profesores que compartieron conmigo su sabiduría y experiencia, sin su apoyo no habría logrado mi meta, gracias de todo corazón.

3. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES GENERALES

El origen histórico de la familia se remota al origen mismo del hombre primitivo, por lo que las familias están presentes en las diferentes sociedades y en todos los tiempos, matizados por el modo y estilo de vida de cada época.

Lo que nos hace reflexionar acerca de la importancia de la familia para el individuo, para la sociedad y en especial para la determinación del estado de salud o enfermedad de sus componentes.¹

La familia y la salud es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud y donde se originan la cultura, los valores y las normas sociales. La familia es la unidad básica de la organización social más accesible para llevar a la práctica las intervenciones preventivas, de promoción y terapéuticos (OMSS).²

La vida en familia proporciona el medio para la crianza de los hijos, es la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y en buena medida determinar las respuestas de sus integrantes entre si y hacia la sociedad.

Dentro del ciclo vital de la familia la adolescencia es una etapa de cambios físicos, cognoscitivos y emocionales que constituye el crecimiento de la niñez a la edad adulta. El adolescente vive un prolongado y difícil periodo de inestabilidad con intensos cambios externos e internos como cambios endocrinos, de imagen corporal, de valores, ambientales entre otros, que dificultan su interacción familiar, escolar y social, por lo que se vuelve muy sensible a la cultura, su desarrollo depende en gran medida de las normas que rigen su sociedad. Por lo que la familia debe adaptarse a estos cambios para favorecer la autonomía del adolescente así como la cohesión del sistema familiar.^{3, 4}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Adolescencia como el periodo de vida en el cual el individuo adquiere capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica. Esta comprendida entre los 10 y 19 años de edad. Se divide en adolescencia temprana o precoz de los 10-14 años y tardía de 15- 19 años de edad.

El embarazo en la adolescente es un tema importante de salud pública porque está asociado con un impacto negativo sobre la joven que no lo deseaba ni esperaba. Repercute sobre su estado físico, emocional, social y económico, le modifica su estilo de vida y sobre los niños, en un porcentaje alto nacen de parto pretérmino y con bajo peso, lo que aumenta el riesgo de mortalidad perinatal.⁵

El concepto de embarazo adolescente es la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independientemente de su edad ginecológica. Ruoti plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe

ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces. Estudios realizados en Estados Unidos han evidenciado una tendencia al alza de la actividad sexual en los adolescentes durante los últimos 30 años. En el año 2003 se observó que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue alrededor de los 17 años, en estudios más recientes se ha observado que hay una tendencia a una mayor precocidad. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial dependiendo de la región y el nivel de desarrollo.⁶

En los últimos años, se ha intentado determinar las causas del embarazo temprano, lo que se ha encontrado, es que son diversos elementos psicodinámicos interactuantes, y se han encontrado diversos factores, sin embargo uno de estos factores, es que la necesidad de descargar contenidos emocionales perturbadores y la prioridad de satisfacer necesidades afectivas son circunstancias específicas que ponen en riesgo a las adolescentes de iniciar una vida sexual activa sin protección. (Instituto Nacional de Perinatología, 2002).⁷

De acuerdo a la literatura, los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social. En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquía en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos. En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con

embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas. En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo sería la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad.

Otro factor de riesgo importante también es un aborto provocado en la adolescente, ya que en muchas ocasiones no comparte la experiencia de lo que le ocurre con sus padres, en tal sentido, si ésta no le confía sobre su gestación a los padres, existe una alta probabilidad de que se someta a un aborto por el nivel de incertidumbre y confusión que atraviesa, mientras que si le confía a los padres, éstos comprenderían la condición de la adolescente asumiendo, muchas veces, la crianza del hijo. La decisión de abortar en la adolescencia se encuentra vinculada con las opiniones y el apoyo o no de los padres, principalmente de la madre y también de la pareja; es así que la red social es la que determina, en la mayoría de los casos, el resultado del embarazo en las adolescentes; sin embargo son pocos los estudios que exploran las relaciones de las adolescentes con los padres.^{8, 9, 10}

Con respecto a la familia de origen, se ha dicho que las adolescentes que se embarazan provienen de familias pobres, donde sus padres fueron padres en la adolescencia o que en sus familias sufrieron abuso físico y sexual en la infancia. También se ha informado una menor calidad en la comunicación familiar. Además, se ha planteado la existencia de algún grado de disfunción familiar como relaciones intrafamiliares complicadas, con o sin violencia y ausencia de uno o ambos padres en el hogar. Asimismo, se ha señalado como factor predisponente del embarazo adolescente el menor nivel educativo de los padres.¹¹

Es interesante señalar el hecho de que las adolescentes embarazadas que presentan altos niveles de estrés en sus familias de origen consideran como moderadamente estresante el embarazo en si mismo. Esto puede ayudar a entender como es que el embarazo puede llegar a percibirse, como una salida a las relaciones familiares conflictivas.

Se ha dicho que las relaciones familiares en la región de Latinoamérica, en diversas publicaciones de México, Chile, Cuba, Colombia y Argentina, se ha señalado que la comunicación que hay entre madres e hijas embarazadas, difiere de la comunicación que existe entre madres e hijas no embarazadas. También se ha reportado el hecho de que la madre de la adolescente embarazada ha sido: o adolescente cuando se embarazó por primera vez, o madre soltera. En el proceso de transmisión de actitudes dentro de la familia están involucrados diversos factores, tales como: el compromiso de los padres, la respuesta afectiva positiva, y la comunicación intrafamiliar. Pudiendo desarrollarse actitudes apropiadas hacia la sexualidad, en particular si la comunicación ocurre de manera fácil y directa, pero si la comunicación dentro de la familia es indirecta, la transferencia de las actitudes se puede ver afectada. En este caso los hijos pueden desarrollar conceptos erróneos y actitudes inapropiadas hacia la sexualidad, como consecuencia de ello, se puede incrementar, tanto el riesgo de embarazos no deseados, como de infección de transmisión sexual.¹²

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.

Las características de una familia representan algo más que la suma de las personalidades individuales. Para entender su funcionamiento es necesario explorar la manera como se relacionan entre sí. La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan a las diferentes formas en que interactúan los miembros de una familia, entonces su dinámica se desarrolla a partir de patrones únicos de interacción creados por los miembros al relacionarse entre sí en el interior del núcleo familiar.¹³

Una familia funcional sería aquella en donde los hijos no presentan trastornos graves de conducta y cuyos padres no están en una lucha continua, sin excluir la presencia de algunos sentimientos negativos como el rencor, etc., actitudes ambivalentes o de insatisfacción, o bien sentimientos positivos como el amor, el altruismo, el respeto, etc.

Una mayor disfuncionalidad familiar se ha asociado con un mayor riesgo de tener un embarazo en la adolescencia. Se ha observado que las adolescentes embarazadas difícilmente encuentran apoyo para sus problemas, tanto dentro como fuera de familiares.

14, 15

Un hecho bastante frecuente, fue el poder encontrar que lo adolescentes tenían hogares disfuncionales, ya que muchas de ellas tenían a sus padres separados, vivían con algún familiar, o con los abuelos. Incluso la relación entre las adolescentes y los padres no siempre era buena. La explicación que generalmente le dan las adolescentes al hecho de haber buscado pareja, en compensación por esta inestabilidad familiar, es que se sentían necesitadas de cariño o querer salir de su casa. Eran muy pocas las adolescentes que tenían la familia integrada, sin embargo todas buscaban una especie de refugio en una pareja que supliera el amor que no han recibido por sus padres.

Con respecto a la pareja de la adolescente embarazada se ha observado no sólo la ausencia de éste en la toma de decisiones dentro del evento reproductivo, sino falta de compromiso y hasta el rechazo de la respectiva familiar. Debido a que la mujer tiene un papel protagónico en el evento reproductivo, la cultura actual fomenta la exclusión del varón dentro de este proceso, de aquí que toda la responsabilidad recaiga, en este caso, en la adolescente embarazada y su familia.^{8, 16}

El interés por analizar de forma sistemática la relación entre la estructura y el funcionamiento familiar se remonta a las décadas de los 70 y 80, durante las cuales han emergido varios modelos con el objeto de servir de guía a la práctica de la terapia familiar (Minuchin, 1974; Olson, Sprenkle y Russel, 1979).

La evaluación de la familia impone el uso de instrumentos y modelos con sustento teórico, basados en investigaciones que los respalden apoyándose en tres elementos fundamentales: el propósito que condujo a su creación, la naturaleza de los elementos que pretenden medir y el grado de confianza que se puede tener.

Los instrumentos de auto aplicación proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados, que nos permiten la evaluación de la calidad de las relaciones dentro de la familia, así como las características de su ambiente que permitan identificar el tipo de funcionalidad existente e identificar en que medida se cumplen sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud-enfermedad.

Entre los métodos comúnmente utilizados para la evaluación de la familia aparecen aquellos diseñados para el diagnóstico del funcionamiento familiar como el modelo Circunflejo de sistemas maritales y familiares creado por Olson, Rusell y Sprenkle en la Universidad de Minnesota (1979) que incluye tres categorías: cohesión, adaptabilidad y comunicación; estas escalas conocidas como FACES II y III (Olson, Portner, Lavee, 1985), provee criterios diagnósticos de funcionamiento familiar.

Smilkstein en la Universidad de Washington (1978) creó una prueba para evaluar el funcionamiento de la familia, denominada APGAR familiar. El acrónimo hace referencia a cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, gradiente de desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.^{17, 18, 19, 20}

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.

La validación inicial del APGAR familiar se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index), e igualmente con estimativos de función familiar hechos por diversos psicólogos. La validación mostró un índice de correlación de 0.80 entre el APGAR/Pless-Satterwhite y de 0.64 entre APGAR/estimación de psicólogos. Este mismo estudio observó cómo los puntajes en familias de profesionales (promedio = 8.24) eran significativamente más altos que los puntajes observados en las familias no profesionales (promedio = 5.89).

En diversos estudios de la Universidad del Valle, se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes entidades del embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la autoaplicación.²¹

El instrumento FACES 111 valora a través de 20 reactivos, la comunicación, las jerarquías y los límites así como la adaptabilidad y la cohesión familiar. Para ello destina las preguntas nones para la cohesión y las preguntas pares para la adaptabilidad, este instrumento para su mayor interpretación se coteja en sus resultados numéricos con el sistema circunflejo creado también por Olson en el cual clasifica a las familias según su cohesión en: No relacionada con un valor entre 10 y 34, Semirelacionada con un valor entre 35 y 40, Relacionada entre 41 y 45 y aglutinada entre 46 y 50 puntos y según su adaptabilidad en Rígida con un valor entre 10 a 19 puntos, Estructurada entre 20 y 24, Flexible entre 25 y 28 puntos y Caótica entre los 29 y 50 puntos, de esta combinación resultan 16 tipos de familias al conjuntar al tipo de familia según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas. Así se clasifican a las familias en: balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente disfuncionales según el Modelo Circunflejo de Olson, resultado que permite tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir con las familias.

Como resultado de este estudio, se puede afirmar que FACES III es un instrumento sencillo, breve, de fácil aplicación y calificación que permite llevar a cabo la calificación de las familias de acuerdo con su funcionalidad en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.^{22, 23, 24, 25}

En un estudio realizado en 1989, en México se reportó una proporción de adolescentes de 15 a 19 años, casi la cuarta parte de la población nacional, quienes generan una enorme demanda de servicios en todos los ámbitos, incluidos el de asistencia médica, donde el embarazo no planeado representa un problema de salud pública, con cerca de medio millón de embarazos anuales.

En un Reporte del Instituto Municipal de la Juventud del Estado de Puebla indica que de las mujeres de 12 a 19 años del municipio, el 53% se embaraza en la primera relación sexual y el 23% no utiliza ningún método anticonceptivo. Entre 2005 y 2008 se duplicó en el municipio de Puebla el número de menores y adolescentes con embarazos al pasar de 5 mil a 10 mil el número de casos, principalmente como consecuencia del desconocimiento sobre el uso de anticonceptivos. Lo anterior de acuerdo con un reporte emitido por el Instituto Municipal de la Juventud (IMJ), sobre la situación de las mujeres en la capital del estado, el cual que de las mujeres de 12 a 19 años del municipio, el 53% se embaraza en la primera relación sexual y el 23% no utiliza ningún método anticonceptivo.²⁶

La tasa de fecundidad de las madres adolescentes es variable según el país. En México ocupa el 14.6% de los nacimientos. Los embarazos en mujeres adolescentes son de alto riesgo por diversas complicaciones maternas y perinatales, pues implican el nacimiento pretérmino con 60 a 80% de mortalidad neonatal en la población general. La frecuencia global de nacimientos pretérmino es de 7 a 11% y en las mujeres embarazadas menores de 20 años es de 7.0 a 21.3%. De acuerdo con estos resultados, el riesgo relativo de prematuridad entre adolescentes, comparadas con mujeres adultas, es de 1.4.

En el año 2000, México contaba con un total de 10 526,259 mujeres adolescentes entre 12 a 19 años de edad, de ellas 614,623 tuvieron de uno a nueve hijos nacidos vivos, además se puede agregar la cifra de 356,484 niños nacidos (entre enero de 1999 a febrero de 2000) de madres adolescentes y que estos niños fueron el último hijo nacido vivo.

Por lo que se refiere a los embarazos no planeados, las estadísticas gubernamentales indican que cada año más de 400 mil adolescentes en México tienen un bebé y de acuerdo con algunos estudios, en la mayoría de los casos habrían preferido no tenerlo en ese momento. Muchos de los embarazos no deseados o no planeados de jóvenes solteras tienen consecuencias negativas tanto sociales como físicas para madres e hijos. Se sabe que, por lo menos, 14%7 de estos embarazos terminan en aborto, los cuales son inseguros debido a que en México se encuentran penalizados.²⁷

En estudio realizado en el Estado de Morelos con una muestra de 220 adolescentes entre 13 y 19 años de edad, es decir 17.48% del total. De las 220, 22.73% (n=50) manifestaron que no desearon el embarazo. El 91.8%, al momento de la aplicación de la entrevista (posparto) manifestaron unidas o casadas. Un 51.4% termino la primaria y no continuo con los estudios de secundaria, 48.6% estaba cursando niveles superiores, 29.6% quedo en la categoría de estrato socioeconómico medio y 17.3% habitaba en zona rural. De las variables de historia reproductiva encontramos que 68.2% manifestó que este era su primer embarazo, mientras que 31.8% cursaba su segundo embarazo o más. Las razones de momios de no desear el embarazo fueron 2.42 veces mayores entre las mujeres no derechohabientes que entre las derechohabientes (RM=2.42, IC 95% 1.10, 5.32). Sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, 90.91 enuncio conocer los hormonales inyectables u orales como métodos de anticoncepción. Un 81.36% menciono el dispositivos intrauterino (DIU). Un 64.09% enuncio el condón.²⁸

Cuando la adolescente se embaraza antes de alcanzar la madurez fisiológica, es decir en los cuatro años posteriores a la menarca, se expone a un riesgo e origen nutricional debido a que sobre las necesidades nutrimentales inherentes a la adolescente, aun en proceso de crecimiento biológico, se imponen las necesidades nutrimentales de su producto en gestación. En un estudio descriptivo y transversal se incluyeron 54 adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad que acudieron a la consulta externa de Obstetricia del Hospital Civil de Guadalajara en el primer trimestre de 2005. El cálculo de muestra tuvo un error alfa en 0.05, error beta en 0.10 y distancia aceptada de la verdadera prevalencia de déficit en 0.2.

La edad promedio fue de 16.3 mas o menos 1.6 años con límites entre 12 y 19. La mayoría de las adolescentes en etapa temprana/media (69%) vivían con sus padres en familias nucleares, ampliadas o compuestas. Por el contrario 68% de las adolescentes tardías vivían en familias de tipo vari local, es decir en familias de los padres de la pareja {OR 4.44 (1.-16.5). $p=0.01$ }. Fue más común que las adolescentes tardías trabajaran fuera de casa (24%) que las adolescentes en etapa temprana/media (7%) ($p= 0.07$) y más probable que las adolescentes en etapa tardía estuvieran casadas y/o unión libre (80%) que en la etapa temprana/media (52%) {RM 3.73 (0.96.-15.30). $p=0.059$ }. Los padres y madres de las adolescentes eran relativamente jóvenes.^{9,29}

Es un estudio retrospectivo de pacientes adolescentes de 16 años o menores que acuden a la clínica de atención de la adolescente del Instituto Nacional de Perinatología, durante los años 1999-2000. Se incluyeron en el estudio a 899 pacientes. Se codificaron la edad en que inicia su gestación, escolaridad, el numero de compañeros sexuales, las semanas de gestación en que acuden a su primer consulta, el número de consultas prenatales realizadas, los antecedentes personales patológicos, el cultivo de las secreciones vaginales, la morbilidad durante la gestación, la vía de nacimiento y la edad gestacional en la que esta ocurrió, el peso del RN, el método de planificación familiar y el tiempo de lactancia. El porcentaje mayor se presento en los 16 años con un 44.3%, 15 años 33.9%, 14 años 15.2%, 13 años 4.4%, 12 años 1.4%, 11 años 0.4%, 10 años 0.2%. la escolaridad registrada es de 6.3% de analfabetas, 12.8% con primaria, 69.4% con secundaria, y 11.4% con preparatoria. El numero de compañeros sexuales en 91.7% fue uno solo y con

dos compañeros 7.2%, solo en un 0.2% tenían de 4 o más compañeros sexuales. Las semanas de gestación en la que acudieron a su primer consulta fue de 9.7% en el primer trimestre, 50.2% en el segundo y el 40.1% en el tercero y las consultas que se les otorgo fueron menos de 4 en 32.7%, y más de 5 en el 67.3%. A todas se les realizo cultivo de exudado cervicovaginal, siendo reportado como flora normal en 56.5% y Gardnerella vaginalis en 22.1%, la Candida albicans en e12.9%, el virus del papiloma humano en 3%, las complicaciones más frecuentes durante el embarazo fue infección de vías urinarias 23.5%, anemia y desnutrición 17.9%, ruptura prematura de membranas 10.3%, amenaza de parto pretermino 9.9%, la vía de nacimiento fue por vía vaginal 54.6%, operación cesárea 45.3%. Las semanas de gestación del producto fueron de entre 28 y 36 semanas 15.6% y con más de 37 semanas 84.4%. El peso del RN se observo que la mayoría fue de 3500grs a 3999grs en un 75.6%, y las pacientes fueron egresadas con DIU en un 93.9% para control de su fertilidad.³⁰

En México, se estima que la edad de primera relación sexual se ubica alrededor de los 16 años (Encuesta Nacional de la Juventud [ENJ], 2000; Encuesta Nacional de Salud [ENSA], 2000). En el año 2000, ocurrieron en México más de 500, 000 embarazos en menores de 19 años, de los cuales 360, 000 llegaron a término; representando el 17% del total de nacimientos del país (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2000). Respecto a las ITS, ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubican entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad (NOM-039-SSA2-2002). En cuanto al SIDA, muestra una tendencia al aumento en el grupo de jóvenes de 25 a 34 años: en 1988, el SIDA fue la causa de muerte número 18 en éste grupo de edad, en tanto que en 1992 ya ocupaba el lugar 5. Entre los hombres el SIDA como causa de muerte pasó del lugar 11 al 4 en 1991. En 1988 el SIDA no aparecía dentro de las primeras 20 causas de muerte en el grupo de mujeres, pero en 1992 ya ocupaba el lugar 12. Actualmente, representa la cuarta causa de muerte en varones mexicanos de 25 a 34 años y en mujeres la sexta para el mismo grupo de edad (Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA [CENSIDA], 2003).³¹

Datos del I Congreso Mexicano para la Salud de Adolescentes, realizado en Oaxaca en 2005 en relación con la situación mundial señalan, que cada año:

- 585 000 mujeres (una por minuto) mueren por causas relacionadas con el embarazo, de ellas 10 % - 20 % son adolescentes.
- La incidencia de embarazos en la adolescente en el mundo oscila entre 20% -25%.
- El 40 % de las embarazadas menores de 20 años no hicieron control prenatal.
- En este grupo etario se presentó con mayor frecuencia la malnutrición y la anemia.
- Cada año 70 000 mujeres mueren por aborto no seguro, 10 % son adolescentes.
- Entre 40 % - 58 % de las agresiones sexuales se cometen en niñas de 15 años o menores.³²

En México, el promedio de embarazadas que reporta el Instituto Nacional de Estadísticas Geografía e Informática (INEGI) es del 16.8% (Jarquín, 2005). De acuerdo con la Secretaría de Educación Pública (SEP). En nuestro País existen 9,579 adolescentes entre los 12 y los 18 años, que están en riesgo de abandonar la primaria o la secundaria por estar embarazadas o por ya ser madres jóvenes.

En la encuesta Nacional de salud y nutrición que se realizó en el año 2006, señala que la tasa de embarazo en adolescentes de 12 a 19 años fue de 79 por cada mil mujeres. La encuesta estima que 695 mil adolescentes que se encuentran en este rango de edad, han estado embarazadas alguna vez (Torres, 2006).

Conforme aumenta la edad de las jóvenes, la tasa de embarazo también aumenta, pero el riesgo de muerte materna sigue presente en el grupo de las adolescentes de 12 a 15 años, en donde el año 2008 se registraron seis embarazos por cada mil. Entre las adolescentes de 16 y 17 años, se registraron 101 embarazos por cada mil mujeres y el mayor incremento se observó en las adolescentes de 18 y 19 años, donde la tasa se ubicó en 225 embarazos por cada mil mujeres (Torres, 2006).³³

Las repercusiones en la alteración de la funcionalidad familiar alcanza al binomio madre-hijo, Nava, BS. reportó en el Hospital Universitario de los Andes, 2005, la relación de la funcionalidad familiar en madres adolescentes con el bajo peso al nacer del producto, siendo que las familias caóticas y desvinculadas condicionan al bajo peso del recién nacido.³⁴

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Del total de pacientes embarazadas atendidas en la unidad, casi el 50% de ellas se encuentran en etapa de adolescencia; el embarazo en esta etapa implica cambios en su vida personal, ámbitos sociales, culturales y familiares que pueden resultar desfavorables en el propio desarrollo de la gestación; siendo la edad un factor de riesgo para complicaciones tales como aborto, desnutrición inutero, pre eclampsia-eclampsia; cuadros depresivos; además de alteraciones psicológicas como son rechazo social y familiar, deserción escolar, crisis económica, siendo en gran parte embarazos no deseados y fuera del matrimonio.

Un embarazo es una situación propia del ciclo evolutivo de la familia siendo una crisis para normativa, sin embargo el que se presente en una adolescente podría generar una crisis en la familia de origen, ya que no se espera que se presente un embarazo a esta edad, habiendo cambios en los roles de cada integrante por la aceptación o rechazo del nuevo integrante.

Por lo que se genera la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la funcionalidad Familiar en las adolescentes embarazada en la U. M. F No. 38 del I. M. S. S?

5. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescente es un tema prioritario de salud pública, ya que en los últimos años se ha incrementado el índice de mortalidad materna, siendo la adolescencia uno de los factores de riesgo.

El diagnóstico de embarazo en las adolescentes se hace tardíamente, debido a que no se piensan o hay una negativa ante esta posibilidad y/o tienen temor de la reacción de sus padres. Se ha planteado la existencia de algún tipo de disfunción familiar como relaciones intrafamiliares complicadas, con o sin violencia y ausencia de uno o ambos padres en el hogar.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros en cohesión y adaptación que permiten la funcionalidad familiar. Una adolescente embarazada genera nuevas necesidades en torno al binomio, el adecuado funcionamiento familiar es un factor determinante para mantener la homeostasis entre el binomio madre-hijo y entre la adolescente gestante con su familia de origen.

Los cambios físicos, emocionales, sociales, incluso económicos en la adolescente embarazada son distintos que en la mujer mayor, hay modificación en todo su entorno y estilo de vida generalmente por un embarazo no deseado ni planeado; haciéndose

necesario conocer estos cambios para en su caso intervenir todo el equipo multidisciplinario para disminuir en lo posible las complicaciones esperadas así como la morbi mortalidad de la mujer y el producto de la gestación.

El primer nivel de atención es el encargado de proporcionar al derechohabiente una atención medico-preventiva integral, involucrando al paciente y a la familia en el cuidado de su salud; el conocer la funcionalidad familiar en la adolescente embarazada permitirá al equipo de salud realizar intervenciones medicas y en su caso psicológicas tanto a la paciente como al núcleo familiar para lograr una aceptación del embarazo y nuevo integrante de la familia, disminuyendo conflictos paterno filiales, consiguiendo un apoyo para la atención prenatal, así como apego a tratamiento farmacológico y no farmacológico de la paciente disminuyendo el riesgo de complicaciones además del costo a nivel personal, educacional, familiar, social e institucional.

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la funcionalidad Familiar de la adolescente embarazada de la Unidad de Medicina Familiar No. 38 Palmar de Bravo, Puebla.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar las características sociodemográficas de la adolescente embarazada de la U. M. F. No. 38 Palmar de Bravo, Puebla.

7. HIPÓTESIS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, no requiere hipótesis

8. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, ambilectivo y unicéntrico en el Servicio de Consulta Externa de la U. M. F. No. 38 del I. M. S. S., Palmar de Bravo, Puebla, Puebla, se encuestaron a 23 adolescentes embarazadas que acuden a control prenatal en los dos turnos en el período comprendido del 01 de Junio al 31 Agosto del 2011.

Se incluyó al total de adolescentes embarazadas registradas en atención prenatal en el turno matutino y vespertino de los tres consultorios de la U. M. F no. 38, de Palmar de Bravo, Puebla. Durante el periodo comprendido del 01 de Junio al 31 de Agosto del 2011. Siendo un total de 23 pacientes.

Criterios de inclusión: Se incluyeron pacientes femeninos de 10 a 19 años de edad, con embarazo confirmado, en control prenatal en la unidad primera vez o subsecuente; independientemente del factor de riesgo asociado, con firma de consentimiento informado de padres o tutor en menores de 18 años.

Criterios de exclusión: Se excluyeron aquellas adolescentes embarazadas en tratamiento psiquiátrico, con parálisis cerebral, con síndrome de Down.

Con criterios de eliminación: adolescentes embarazadas de la U. M.F No. 38 Palmar de Bravo, Puebla que hayan tenido cambios de adscripción a otra Unidades Medicas o que hayan causado baja en la vigencia, así como encuestas incompletas.

Para evaluar la Funcionalidad Familiar se aplicará el FACES III y el APGAR familiar.

De acuerdo al puntaje obtenido con la aplicación del test APGAR FAMILIAR se clasifica en funcional (cuando tenga un puntaje de 7 A 10) y disfuncional (Cuando tenga un puntaje de 0 a 6 en el Apgar). Y en base al puntaje obtenido en la aplicación del test FACES III

1.- COHESION

1 No relacionada (cuando tenga un puntaje de 10 a 34 en el FACES III)

2 Semirelacionada (35 a 40)

3 Relacionada (41 a 45)

4 Aglutinada (46 a 50)

2.- ADAPTABILIDAD

5 Rígida (con un puntaje de 10 a 19 en el FACES III)

6 Estructurada (20 a 24)

7 Flexible (25 a 28)

8 Caótica (29 a 50)

VARIABLES Y ESTILO DE MEDICIÓN

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ANALISIS ESTADISTICO
EDAD		Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio expresado en años	Númerica Cuantitativa	10 años a 19 años	Medidas de tendencia central
ESCOLARIDAD		Ultimo grado de estudios referido por la paciente	Cualitativa Ordinal	1.primaria completa 2.primaria incompleta 3.secundaria completa 4.secundaria incompleta	Frecuencia y porcentajes
ESTADO CIVIL		Condición de cada mujer que acude a control prenatal en relación con los derechos y obligaciones civiles	Cualitativa Nominal	1 soltera 2 casada 3 unión libre	Frecuencia y porcentajes
OCUPACIÓN	Acción o efecto de ocuparse	Empleo u oficio realizado y remunerado del proveedor de la familia	Cualitativa Nominal	1.estudiante 2.obrera o empleada 3.ama de casa 4.campesina	Frecuencia y porcentajes
NIVEL SOCIOECONÓMICO		De acuerdo al Método de Graffar en base al puntaje obtenido se clasifica en Estrato I Alto 4, 5, 6 Estrato II Medio alto 7,8,9	Cualitativa/ Nominal	1. Alto 2. Medio bajo 3. Obrero 4. Marginal	Frecuencia y porcentajes

		Estrato III Medio bajo 10,11,12 Estrato IV Obrero 13,14,15,16 Estrato V Marginal 17,18,19,20			
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Cumplimiento de los roles familiares en la participación de todos sus integrantes, en la cohesión y adaptabilidad para el cumplimiento de la funciones familiares de la familia que le permitan desarrollarse como núcleo familiar e individualmente ante la sociedad así como la satisfacción de apoyo familiar	De acuerdo al puntaje obtenido con la aplicación del test APGAR FAMILIAR se clasifica en A.-FUNCIONAL (cuando tenga un puntaje de 7 A 10) B disfuncional (Cuando tenga un puntaje de 0 a 6 en el Apgar) Y en base al puntaje obtenido en la aplicación del test FACES III 1.- COHESION 1 No relacionada (cuando tenga un puntaje de 10 a 34 en el FACES III) 2 Semirelacionada (35 a 40) 3 Relacionada (41 a 45) 4 Aglutinada (46 a 50) 2.- ADAPTABILIDAD 5 Rígida (con un puntaje de 10 a 19 en el FACES III) 6 Estructurada (20 a 24) 7 Flexible (25 a 28) 8 Caótica (29 a 50)	Cualitativa Nominal	A.Funcional B. disfuncional COHESION 1 No relacionada 2 Semirelacionada 3 Relacionada 4 Aglutinada - ADAPTABILIDAD 5 Rígida 6 Estructurada 7 Flexible 8 Caótica	Frecuencia y porcentajes

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Previa autorización del proyecto por el comité local de investigación se solicitó permiso a las autoridades directivas de la U. M. F. No. 38, Palmar de Bravo, Puebla, Puebla, así como a los médicos familiares turno matutino y vespertino de los consultorios para derivación a un módulo de medicina preventiva a mujeres de 10 a 19 años que acudieran por primera vez o subsecuentes a control prenatal, donde previa información y autorización por escrito (firmando consentimiento informado por el padre o tutor y de la paciente), se les aplicó una encuesta para la recolección de las variables socio demográficas (edad, escolaridad, estado civil, embarazo, ocupación, nivel socioeconómico), FACES III y Apgar Familiar.

Se creó una base de datos en programa estadístico SPSS versión 18 de los puntos obtenidos en cada instrumento para funcionalidad familiar en sus variables cohesión adaptabilidad y satisfacción de apoyo familiar para identificar frecuencias de funcionalidad familiar (Apgar y FACES III) y tipo de familia (Cohesión y adaptación).

Se utilizó medidas de tendencia central para las variables sociodemográficas que tipifican la población en estudio en sus variables edad, escolaridad, estado civil, ocupación, tipo de familia por desarrollo, integración, ocupación (del jefe de familia).

ANÁLISIS DE DATOS

Estadística descriptiva por distribución de frecuencias y medidas de tendencia para las variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, χ^2 para significancia entre variables medidas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El presente proyecto de investigación fue enviado al comité local de investigación para su evaluación y autorización de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de experimentación en seres humanos, y en el Instructivo para la Operación de la Comisión de Investigación del I. M. S. S. Se ajusta a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, por lo tanto se realizo hasta que fue aprobado por el Comité Local de Investigación

Por tratarse de un estudio observacional con aplicación de un instrumento de evaluación familiar que no pone en riesgo la vida o integridad del paciente. Previa aplicación de la encuesta se proporcionó orientación tanto al paciente como al padre o tutor y firmaron hoja de consentimiento informado (anexo1) Por lo tanto los procedimientos se ajustan a las Normas Éticas Institucionales contempladas en la Declaración de Helsinki: Modificación en el Congreso de Tokio, Japón en 1983.

El código bioética del médico familiar asume que la dimensión moral de la medicina familiar exige del profesional de esta especialidad un conjunto de actitudes,

principios y valores que emana de los ideales morales inherentes a la profesión médica, y de la observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de atención médica, como integrantes de una familia y de la sociedad en su conjunto.

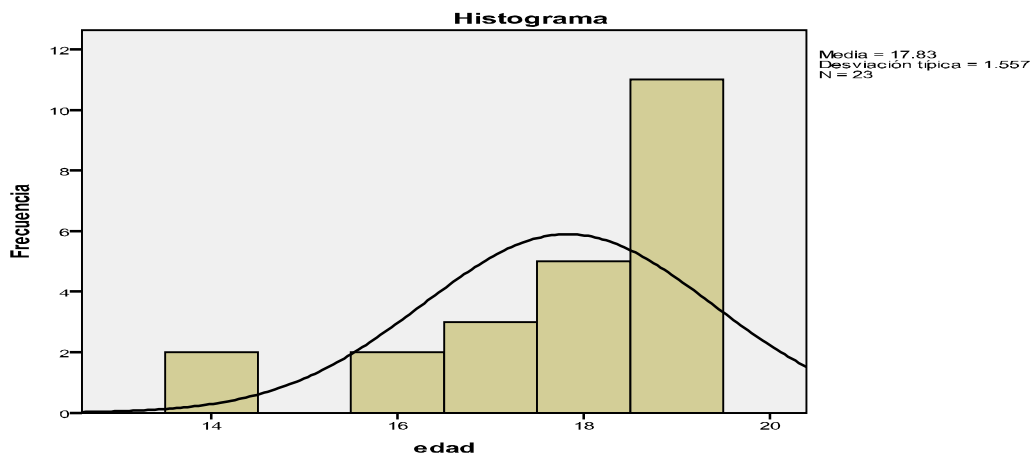
El médico familiar asume, por su parte, que la relación que establece con las personas que demandan sus servicios ,así como la que debe tener con otros profesionales de la atención a la salud y, en su caso, con quienes se forman bajo su responsabilidad para el desempeño de la medicina familiar y de la investigación en el área se fundamenta, en principio, en el respeto a la dignidad humana, entendida como la condición del hombre que lo caracteriza como un ser racional, afectivo y volitivo con facultades y capacidades que lo diferencian de los demás seres de la biosfera.

La medicina familiar reclama así del profesional su disposición para desempeñar un servicio con calidad y eficiencia, al realizar tareas educativas y de investigación bajo la observancia de actitudes morales como el respeto, tolerancia, comprensión y responsabilidad moral, que se sustentan en los principios bioéticas de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, así como en valores fundamentales como la vida digna, la salud, la libertad con responsabilidad y la equidad. El médico familiar adquiere así el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, la familia y la sociedad; con la formación de profesionales de la Medicina Familiar; con el desarrollo del conocimiento propio de esta especialidad, así como con sus colegas y demás profesionales de la atención a la salud, en el marco de un auténtico humanismo.

8. RESULTADOS

Se encuestaron 23 pacientes adolescente embarazadas, la edad estuvo entre 14 y 19 años con una media de 18 y desviación estandar de 1.5 años (gráfica 1)

1. Gráfica 1 histograma



En cuanto a escolaridad, el 34.8 % (n=8) tenían secundaria completa, el 30.4% (n=7) bachillerato incompleto, una paciente (4.3%) bachillerato completo (tabla 1)

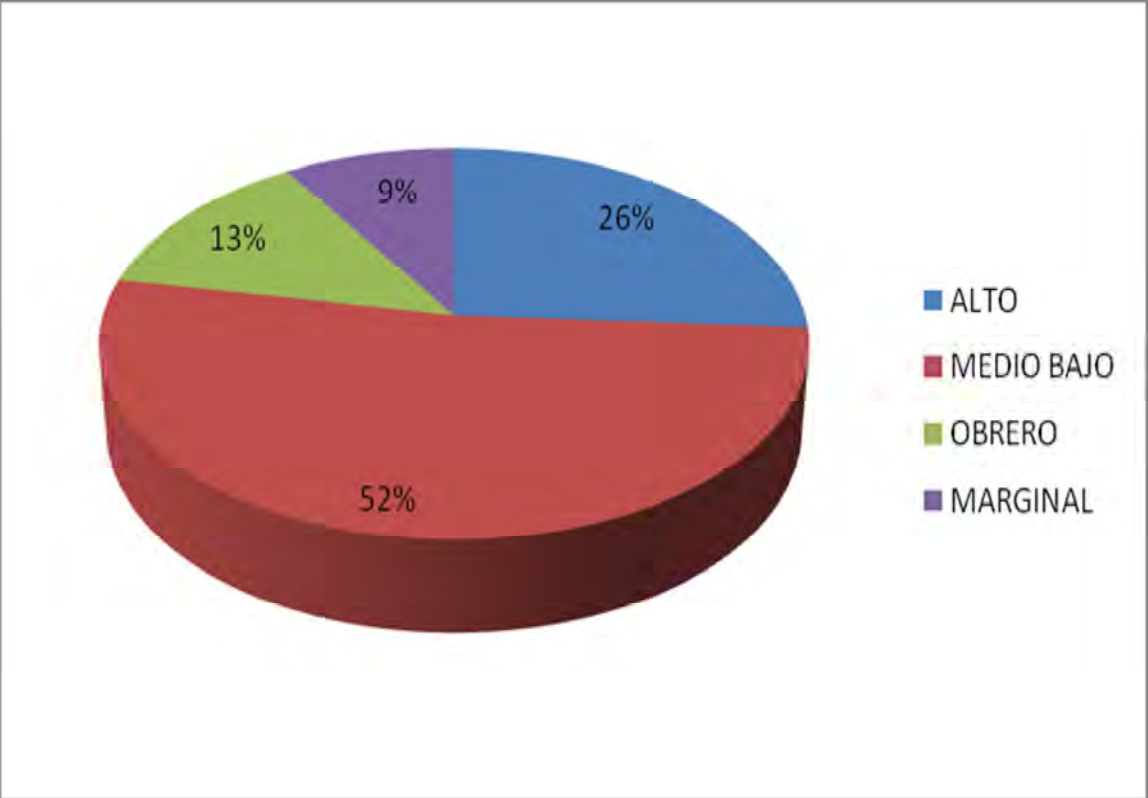
Tabla 1, Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
primaria completa	3	13.0
primaria incompleta	1	4.3
secundaria completa	8	34.8
secundaria incompleta	3	13.0
bachillerato completo	1	4.3
bachillerato incompleto	7	30.4
Total	23	100.0

Fuente: Encuesta

El 65% (n=15) son solteras, y el 35% (n=8) viven en unión libre; en base al test de Graffar el 52 % (n=12) tiene medio socioeconómico medio bajo, el 26% (n=6) alto, el 13% (n=3) obrero y el 9% (n=2) nivel marginal (Gráfica 2)

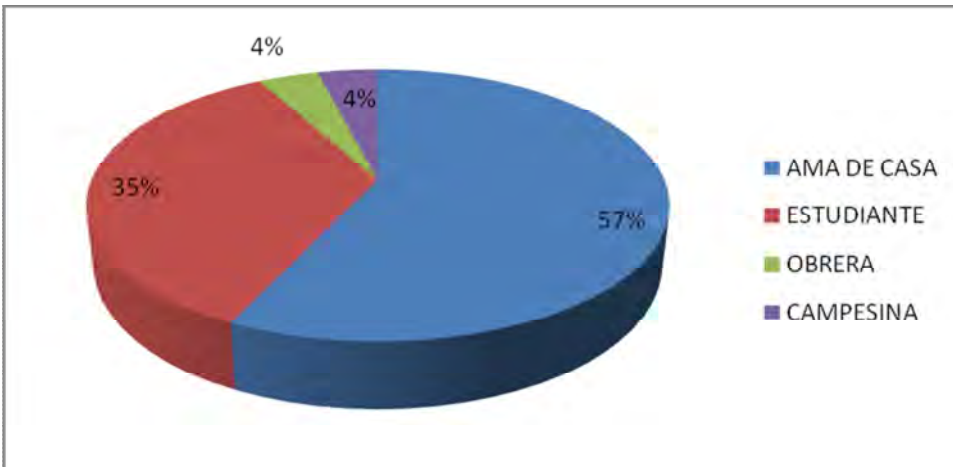
Gráfica 2 Nivel socio económico



Fuente: encuesta

En cuanto a la ocupación el 57 % (n=13) son amas de casa, el 35% (n=8) estudiantes y el 8% (n=2) obrera y campesina (Gráfica 3)

Gráfica 3 Ocupación



Fuente: encuesta

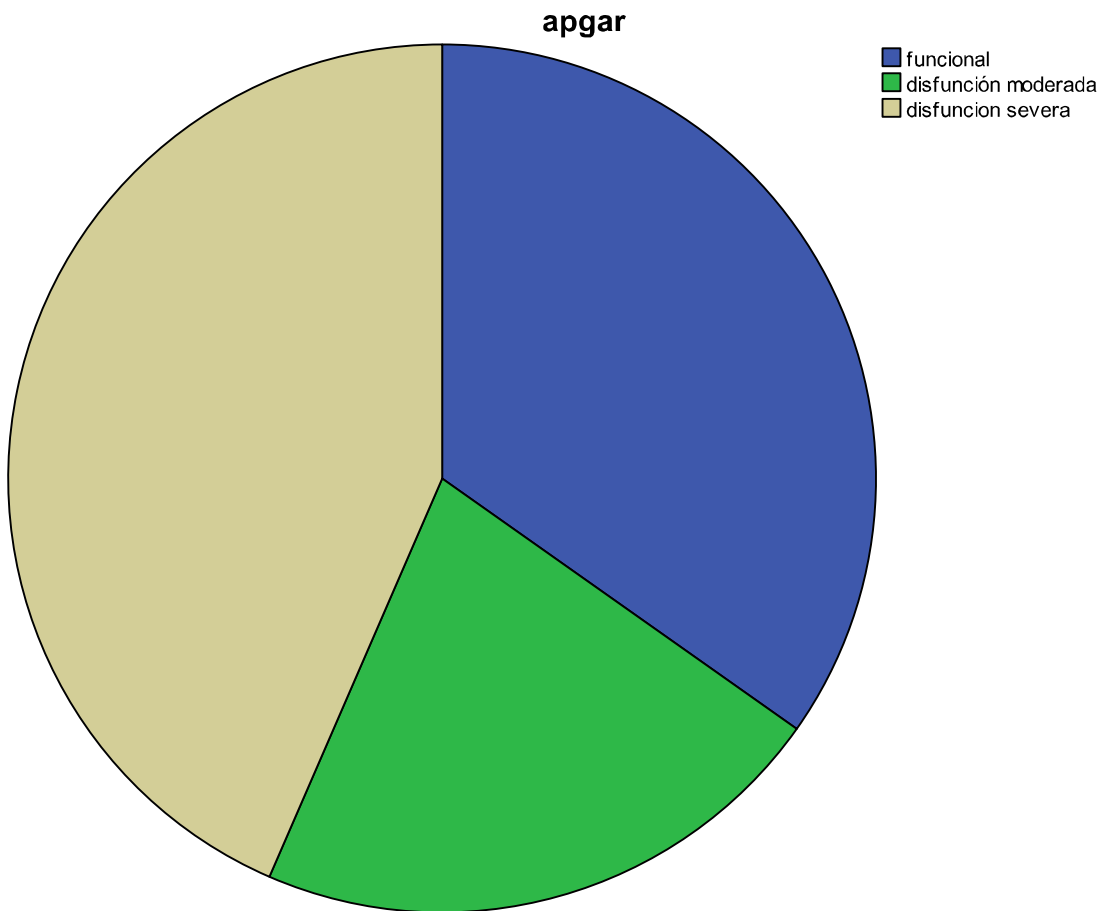
De acuerdo al resultado de la aplicación del Apgar familiar el 43.5% muestran una disfunción familiar severa (Tabla 2, Gráfica 4)

Tabla 2 Funcionalidad Familiar de acuerdo al APGAR

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Funcional	8	34.8
disfunción moderada	5	21.7
disfunción severa	10	43.5
Total	23	100.0

Fuente: Apgar Familiar

Gráfica 4: Funcionalidad Familiar de acuerdo al APGAR



De acuerdo al resultado del FACES III, el 17.4% (n=4) relacionadas, un 47.8 % (n=11) no relacionadas, familias estructuradas en el 26.1% (n=6) y caóticas en el 13% (n=3)

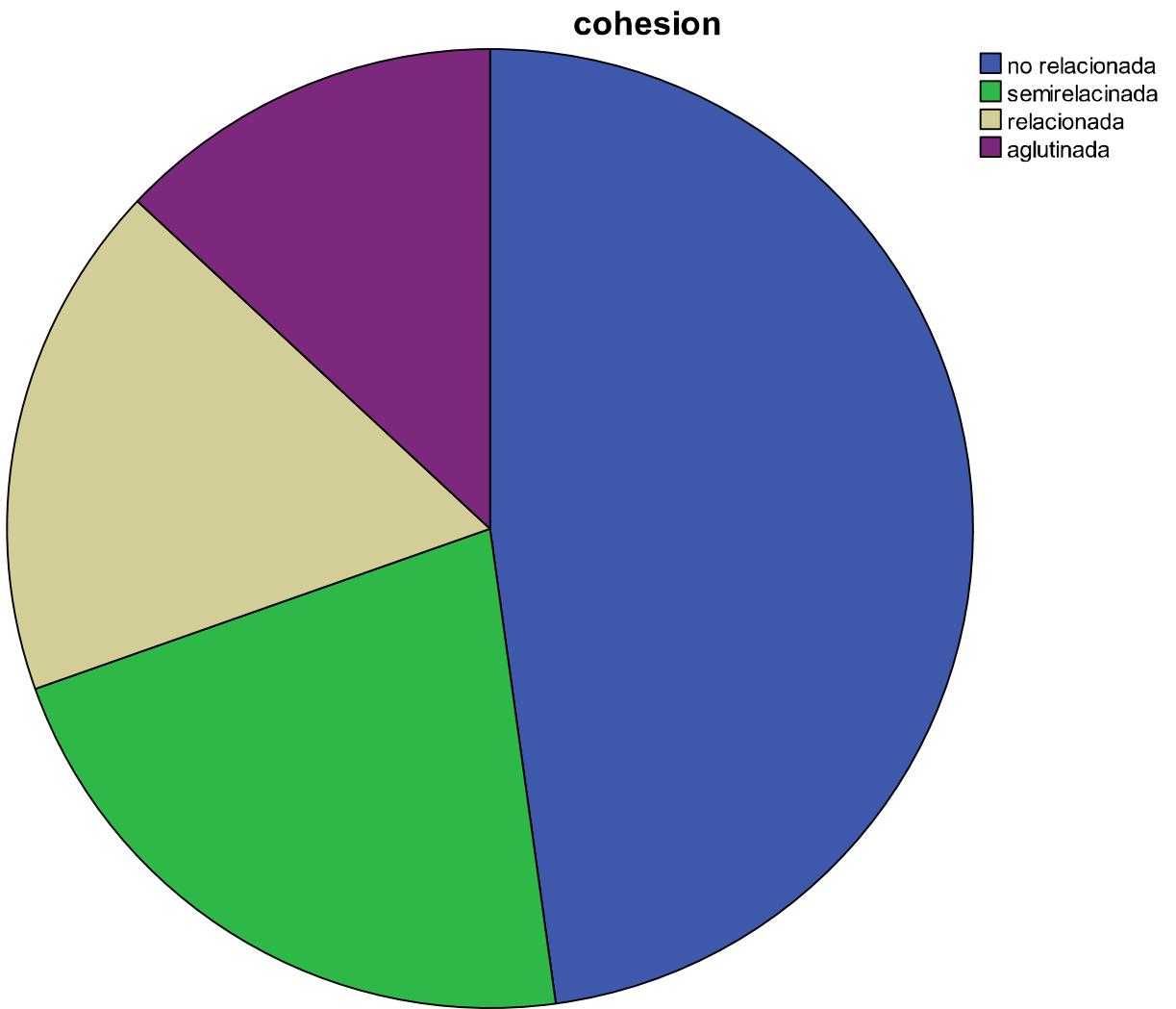
(Tabla 3) (Gráfica 5 y 6)

Tabla 3

COHESION			ADAPATABILIDAD		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
no relacionada	11	47.8	Rígida	12	52.2
Semirelacionada	5	21.7	Estructurada	6	26.1
Relacionada	4	17.4	Flexible	2	8.7
Aglutinada	3	13.0	Caótica	3	13.0
Total	23	100.0	Total	23	100.0

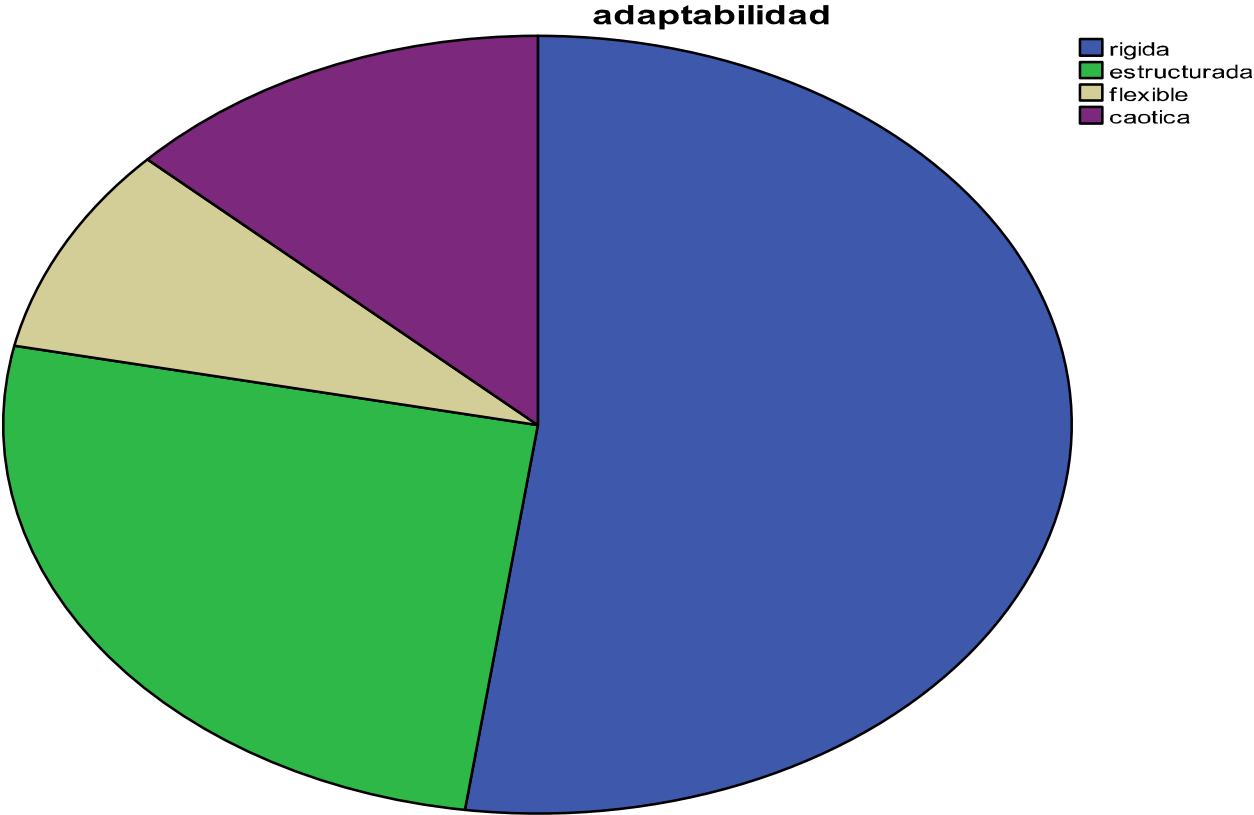
Fuente: Faces III

Gráfica 5 Cohesión Familiar



Fuente: Faces III

Gráfica 6: Adaptabilidad Familiar



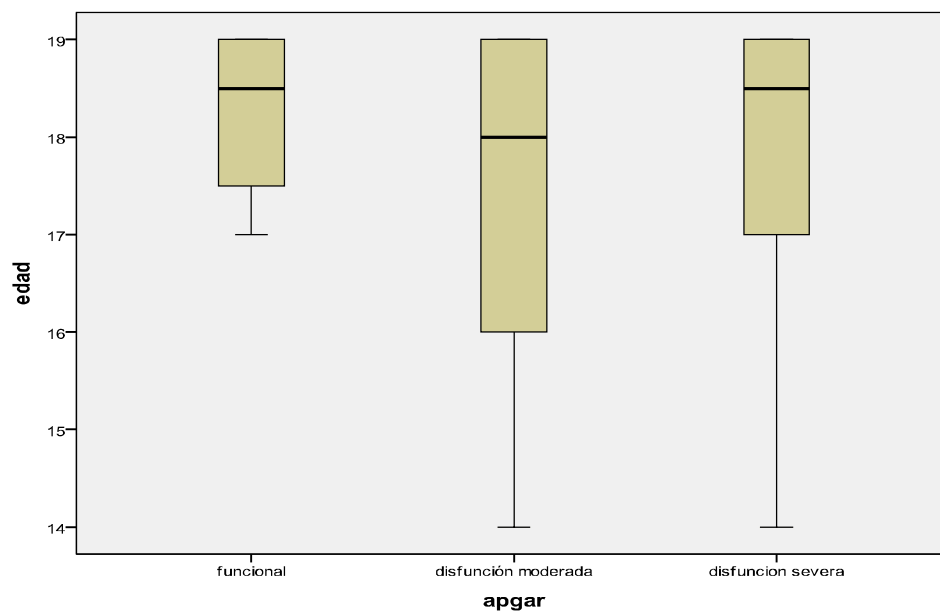
Fuente: Faces III

Se aplicó chi cuadrada de pearson para correlacionar el resultado del APGAR familiar con las distintas variables socio demográfico no observando significancia estadística con edad (Tabla 5, Gráfica 7)

Tabla 5

variable	Familia Funcional	Disfunción Familiar Moderada	Disfunción familiar Severa	X2
edad				0.795
14	0	1	1	
16	0	1	1	
17	2	0	1	
18	2	1	2	
19	4	2	5	

Gráfica 7 Edad y Funcionalidad Familiar



En relación a variables socio demográficas con resultado de APGAR familiar no se observó significancia estadística (Tabla 6)

variable	Familia Funcional	Disfunción Familiar Moderada	Disfunción familiar Severa	X2
Escolaridad				P= 0.157
primaria completa (n=3)	0	1	2	
primaria incompleta (n=1)	0	1	0	
secundaria completa (n=8)	2	1	5	
secundaria incompleta (n=3)	0	1	2	
bachillerato completo (n=1)	1	0	0	
bachillerato incompleto (n=7)	5	1	1	
Estado Civil				P= 0.399
Soltera (n=15)	4	3	8	
Unión Libre (n=8)	4	2	2	
Ocupación				P= 0.182
Estudiante (n=8)	4	0	4	
ama de casa (n=13)	3	4	6	
Obrera (n=1)	0	1	0	
Campechina (n=1)	1	0	0	
Nivel Socio económico				P=0.42
Alto (n=6))	0	2	4	
medio bajo (n=12)	6	2	4	
Obrero (n=3)	0	1	2	
Marginal (n=2)	2	0	0	

En cuanto a las variables socio demográficas en relación a la cohesión familiar hubo significancia estadística en relación con medio socioeconómico (Tabla 7)

Tabla 7 Cohesión y Variables socio demográficas

Variable	no relacionada	Semirelacinada	Relacionada	aglutinada
Escolaridad p= 0. 248				
primaria completa (n=3)	1	1	1	0
primaria incompleta (n=1)	0	1	0	0
secundaria completa (n=8)	6	1	1	0
secundaria incompleta (n=3)	2	0	1	0
bachillerato completo (n=1)	0	1	0	0
bachillerato incompleto (n=7)	2	1	1	3
Estado Civil p = 0.474				
Soltera (n=15)	8	4	2	1
Unión Libre (n=8)	3	1	2	2
Ocupación p= 0.72				
Estudiante (n=8)	4	2	0	2
ama de casa (n=13)	7	3	3	0
Obrera (n=1)	0	0	1	0
Campesina (n=1)	0	0	0	1
Medio socio económico p= 0.42				
Alto (n=6))	4	2	0	0
medio bajo (n=12)	6	2	2	2
Obrero (n=3)	1	0	2	0
Marginal (n=2)	0	1	0	1

Chi cuadrada de pearson

En cuanto a las variables socio demográficas en relación a la adaptabilidad familiar hubo significancia estadística en relación con la escolaridad (Tabla 8)

Tabla 8 Adaptabilidad y Variables socio demográficas

Variable	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica
Escolaridad p= 0. 008				
primaria completa (n=3)	2	1	0	0
primaria incompleta (n=1)	1	0	0	0
secundaria completa (n=8)	5	3	0	0
secundaria incompleta (n=3)	1	2	0	0
bachillerato completo (n=1)	1	0	0	0
bachillerato incompleto (n=7)	2	0	2	3
Estado Civil p = 0.560				
Soltera (n=15)	9	4	1	1
Unión Libre (n=8)	3	2	1	2
Ocupación p= 0.186				
Estudiante (n=8)	3	3	0	2
ama de casa (n=13)	8	3	2	0
Obrera (n=1)	1	0	0	0
Campesina (n=1)	0	0	0	1
Medio socio económico p= 0.504				
Alto (n=6))	5	1	0	0
medio bajo (n=12)	4	4	2	2
Obrero (n=3)	2	1	0	0
Marginal (n=2)	1	0	0	1

Chi cuadrada de pearson

Se observó significancia estadística entre los resultados obtenidos por el APGAR familiar y el obtenido al aplicar el test FACES III (Tabla 9)

TABLA 9 Correlación entre Apgar y Faces III

	FUNCIONAL	DISFUNCION MODERADA	DISFUNCION SEVERA	X2
COHESION				0.02
no relacionada	2	2	7	
Semirelacionada	2	1	2	
relacionada	1	2	1	
aglutinada	3	0	0	
ADAPTABILIDAD				
rígida	1	3	8	
estructurada	2	2	2	
flexible	2	0	0	
caótico	3	0	0	0.001

Chi cuadrada de pearson

9. DISCUSIÓN

La población adolescente de México representa un quinto de la población en el país, lo que supone la oportunidad de desarrollo social y económico que garantice el crecimiento sustentable de la nación. La adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas. El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo.

En Estados Unidos de Norteamérica entre 1992 y 1996 se realizó un estudio para determinar la tasa de embarazo de adolescentes latinas de los 15 a los 19 años, encontrándose que es una de las más elevadas respecto a la población de adolescentes, sin embargo actualmente ha disminuido en un 6 por ciento, mientras que la tasa de embarazo para todas las adolescentes de esas edades cayó en un 13 por ciento. En México la tasa de embarazo es del 25% siendo mayor en la población rural, lo que concuerda con la población estudiada observando un 40% de embarazos en mujeres adolescentes en la UMF 38 de Palmar de Bravo Puebla.

El inicio de relaciones sexuales a una edad temprana y la presencia de un embarazo precoz se ha aumentado significativamente en los últimos años, se ha asociado con factores socioeconómicos bajo, inestabilidad en la familia e influencia en los compañeros en la edad de inicio de vida sexual activa, lo que concuerda con los resultados encontrados, sin embargo no observamos diferencia con el nivel de escolaridad probablemente por el número y características de la población estudiada.

Rangel, J.L. realizó un estudio donde reporto en cuanto a la ocupación de la paciente un porcentaje elevado (77%) son amas de casas lo que difiere a lo encontrado en nuestro estudio donde la mayoría son estudiantes y la condición civil el 85% casadas contrastando con nuestro estudio en donde el 72% son aún solteras lo que se puede

explicar por el lugar donde fue realizado siendo en zona urbana en menor porcentaje y en la zona rural es mayor porcentaje que se presenta el embarazo en la adolescente

El embarazo implica una serie de cambios físicos y hormonales, para el desarrollo de un nuevo ser, pero además existen otros cambios que repercuten en la salud de la mujer adolescente embarazada; entre ellos las cuestiones sociales y familiares, entre ellas el rechazo o aceptación por su situación clínica, disfunción familiar o reajuste de la homeostasis familiar.

En relación a la funcionalidad familiar Rangel José Luis. En un estudio realizado en León Guanajuato con 364 pacientes embarazadas adolescentes, reporto que el 6% tuvieron con disfunción severa, y 27 % disfunción moderada, lo que difiere con los resultados obtenidos en el que encontramos un 43.5% de disfunción severa, 21.7% de disfunción moderada, aunque se empleó el mismo instrumento probablemente influyó el numero de población estudiada ya que nuestra muestra fue el total de adolescentes embarazadas que estaban en control en la unidad médica familiar.

De acuerdo al resultado del FACES III, el 17.4% de las familias están relacionadas, un 47.8 % no relacionadas, familias estructuradas en el 26.1% y caóticas en el 13% , no existen estudios que relacionen la funcionalidad familiar empleando el FACES III en adolescentes embarazadas, Nava, en un estudio realizado en Baja California Sur relaciona la cohesión familiar y características del recién nacido al nacer, observó una poca adaptabilidad en el 55.6% de familias con embarazada adolescente con recién nacido de bajo peso y 79.5% de familias caóticas quienes tuvieron recién nacidos con bajo peso; la cohesión se reportó en 41% de adolescentes con familias desvinculadas con productos de peso normal y del 61% con productos de bajo peso; por lo que sería de interés dar seguimiento a las pacientes para comparar los resultados y poder determinar si existe relación con las características del recién nacido. La cohesión familiar se encontró asociada al nivel socioeconómico y la adaptabilidad al nivel de escolaridad, aunque por el tamaño de población no se podría generalizar al resto de la población.

Es interesante señalar el hecho de que las adolescentes embarazadas que presentan altos niveles de estrés en sus familiares de origen, consideran moderadamente estresante el embarazo en sí mismo. Esto puede ayudar a entender como el embarazo puede llegar a percibirse como una salida en las relaciones familiares conflictivas. Por lo que una mayor disfunción familiar se ha asociado con un mayor riesgo de tener un embarazo en la adolescencia. Se ha observado que las adolescentes embarazadas difícilmente encuentran apoyo para sus problemas tanto dentro como fuera de sus familias.

10. CONCLUSIONES.

1. La funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas de la U.M.F No. 38 de Palmar de Bravo se encuentra disfuncional en el 65% de los casos.
2. El tipo de disfunción familiar más frecuente fue la disfunción severa.
3. La escolaridad estuvo relacionada con el nivel de adaptabilidad y el nivel socioeconómico con la cohesión familiar.
4. Se requiere de una evaluación familiar de las adolescentes que cursen con un embarazo para poder proporcionar un apoyo psicosocial mediante la intervención del equipo multidisciplinario de salud para lograr una mejor adaptación de la nueva condición familiar.

Propuestas:

1. Uno de los propósitos considerando los resultados del estudio es intensificar la prevención y promoción para la sexualidad en las áreas marginales y rurales.
2. Crear en los centros hospitalarios y en clínicas centros de atención al adolescente.
3. Proponer la creación de centros de capacitación sobre sexualidad para los padres y la misma comunidad.
4. Proponer que las adolescentes recién paridas transmitan la información de su experiencia sobre el malestar psicológico como madre adolescente.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortiz Gómez María Teresita. La salud familiar. Rev. Cubana Med Gen Inter 1999; 15(4):439-445.
2. Osorio Adriana, Álvarez Mora Alejandro. Introducción a la Salud Familiar. Conceptualización de la familia como grupo social. 1era edición 2004. Costa Rica.
3. Mendizábal Rodríguez José Arturo, Anzures López Beatriz. La familia y el adolescente. Revista Médica del Hospital General de México 1999; 62(3):191-197.
4. Leal. T. M. L., Medel P. B. Influencia de la educación sexual en Adolescentes Embarazadas. Syntesis. 2007, México. p. 1-4.
5. Heimerdinger C. H. A., Iragory B .L. Editores. Embarazo en la adolescente. Colección Razetti. Volumen VIII. Caracas: Editorial Ateproca: 2009: 241-268.
6. León P., Minassian M., Borgoño R., Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev. Ped. Elec. (En línea) 2008, 5(1) ISSN 0718-0918: 42-51.
7. Muñoz Colunga Sandra. La búsqueda de satisfacción de necesidades afectivas paterno-filiales como uno de los factores predisponentes de adolescentes embarazadas. Alternativa Psicológica. Año VIII. 2008.19.
8. Baeza W. B., Poó F. A. M., Vásquez P. O., Muñoz N. S., Vallejos V. C. Identificación de Factores de Riesgo y Factores Protectores del Embarazo en Adolescente de la Novena Región. Rev. Chil Obstet 2007; 72(2): 76-78.
9. Cueva AV., Olvera GF., Chumacera LR. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un modulo de alto riesgo. Rev. Med. IMSS 2005; 43(3): 267-271.
10. Calderón S. Jully, Zamora de los Cobos U. Luis. Influencia de las relaciones Familiares sobre el aborto provocado en adolescentes.
11. Pérez Giraldo Beatriz. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Aquichan, Chia Colombia, 2003; 3(003): 21-31.
12. Granados GR., Larios dSR., Vengoechea dBG. Caracterización de las relaciones y estructura familiar al interior de las familias con hijas adolescentes embarazadas. Investigación y Desarrollo. Universidad del Norte 1998; 7: 78-88.

13. Rangel JJ., Valerio L., Patiño J., García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM, México 2004; 47 (1): 24-27.
14. Vázquez GE., Sánchez TE., Navarro LE., Romero VE., Pérez CL., Kumazawa IM. Instrumento de medición de la dinámica de la familia nuclear mexicana: un enfoque cuantitativo. Bol Med Hosp Infant Mex 2003; 60: p. 33-38.
15. Clavelina GF., Irigoyen CA., Ponce RE. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam. México 1999; 1 (2): 45-57.
16. Arias L., Herrera AJ. El Apgar familiar en el cuidado primario de Salud. Colombia Medica 1994; 25, p. 26-28.
17. Martínez PA., Iraurgi L., Galindez E., Sanz M. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): Desarrollo de una versión de 20 Ítems en Español International of Clinical and Health Psychology, España 2006; 6 (002): 317-338.
18. Gómez CF., Irigoyen CA., Ponce RE., Mazón RJ., Dickinson BM., Sánchez GM. y cols. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales). Arch Med Fam México 1999; 1 (3): 73-79.
19. Ponce RE., Gómez CF., Terán TM., Irigoyen CA., Landgrave IS. Validez de constructo del cuestionario FACES III en Español (México). Atención Primaria 2002; 30(10): 624-630.
20. Mendoza- Solís LA., Soler- Huerta E., Sainz- Vázquez L., Gil- Alfaro I., Mendoza – Sánchez HF., Pérez- Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar. México 2006; 8(1): 27-32.
21. Gutiérrez GT., Pascacio BE., de la Cruz PA, Situación socio familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente. Rev Enferm IMSS, México 2002; 10 (1): 21-25.
22. Oviedo- Cruz H., Lira –Plascencia J., Ito- Nakashimada A., Grosso Espinoza J. M. Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. Ginecol Obstet Mex 2007; 75:17-23.

23. Ulanowicz MA., Parra EC., Wendler E., Monzón TL. Riesgo en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado del 16 a VIa Cátedra de Medicina 2006 153: p. 13-17.
24. Benítez BN., Locatelli AV., Obregón KS., Abreo GI. Resultados perinatales en madres adolescentes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. Argentina 2008; 187: 6-9.
25. Rionda ML., Foucher1 y Villafañe GA. La relación familiar que predice el embarazo adolescente Universidad Nacional Autónoma de México Revista Electrónica de Psicología Iztacala; 2006; 9 (3):24-42.
26. Coordinación de comunicación social delegación Puebla, reporte Médico y general. Martes 06 de julio del 2010.
- 27.
28. Torres CC. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas: Un estudio epidemiológico en dos hospitales de Lima, Perú 2002: 97-129.
29. Alvarado R., Martínez PC., Baquero UM., Valencia MC. Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca) *Pregnancy in adolescents as a problem to 14 – 19 year olds in Nocaima*. Rev. Cienc. Salud. Bogotá (Colombia) 2007; 5 (1): 40-52.
30. Ahued AJ., Lira PJ., Simón PL. La adolescente embarazada. Un problema de salud pública. México 2001; 69 (6).
31. Díaz A, Sugg C., Valenzuela M. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. Rev. Sogia 2004,11(3): 79-83.
32. Canaval G. E., Cerquerd G. I., Hurtado N., Lozano J. Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. Investigación y Educación en Enfermería –Medellín; XXIV (1): 26-35.
33. Nava BS., D Ávila MC., Quintero O. Funcionalidad familiar en madres adolescentes y su relación con el bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital Universitario de los Andes. Mérida.2005. Médico de Familia. Vol. 15 No. 2, Julio-Diciembre, 2007, p.p. 17-22.

12. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICA EN SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente **ACEPTO** participar en el protocolo de investigación titulado: “Funcionalidad Familiar en la adolescente embarazada de la Unidad Medica Familiar No 38 de Palmar de Bravo, Puebla” .Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la Comisión Nacional de Investigación Científica con el No. _____

El objetivo de este estudio es: Determinar la asociación de la Funcionalidad Familiar con la adolescente embarazada.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar de forma verbal un cuestionario que contenga mis datos personales, y dos para medir la Funcionalidad Familiar.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre el estudio y que éste no representa ningún riesgo, inconveniente, molestia ni beneficio derivados de mi participación en el mismo.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso) así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del cuestionario que se llevará a cabo, así como cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

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 del Instituto.

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

Si se encuentra con algún grado de depresión el paciente se canalizara al servicio correspondiente.

Nombre y firma del sujeto

Invst. Res. Dra. Antonia Patricia Gallardo

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas, o preguntas relacionadas con el estudio. --22296553860 con Dr. Pazaran Zanella Santiago Oscar tel. 2222301968

Testigo Nombre y Firma

Testigo Nombre y Firma

APGAR FAMILIAR

APGAR FAMILIAR	CASI SIEMPRE (2 PUNTOS)	ALGUNAS VECES (1 PTO)	CASI NUNCA (0 PUNTOS)
¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia, cuando tiene algún problema? ADAPTABILIDAD			
¿Le satisface la manera con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con Ud. En su resolución? PARTICIPACIÓN			
¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de hacer nuevas actividades y cambios en su estilo de vida? CRECIMIENTO			
¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar? AFECTO			
¿Le satisface la cantidad de tiempo que pasa junto a su familia? RESOLUCIÓN			

CLASIFICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR:

DE 0 A 3 PUNTOS	Disfunción severa
DE 4 A 6 PUNTOS	Disfunción moderada
DE 7 A 10 PUNTOS	Familia Funcional

+

Faces III

Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre
Describe a su familia:

- _____1 Los miembros de la familia se dan apoyo entre sí.
- _____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 En nuestra familia las reglas cambian.
- _____15 Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- _____16 Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- _____17 Consultamos unos con otros para 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.

CLASIFICACION			
FACES III			
TABLA 1		TABLA 2	
COHESION	AMPLITUD DE CLASE	ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
NO RELACIONADA	10 A 34	RIGIDA	10 A 19
SEMIRELACIONADA	35 A 40	ESTRUCTURADA	20 A 24