



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 76
URUAPAN MICHOACÁN



**ESTRUCTURA Y DINÁMICA DE LA FAMILIA DE ORIGEN EN LA
EMBARAZADA ADOLESCENTE DE LA UMF NO 82**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. NORA EDITH FLORES MACIEL

URUAPAN MICHOACAN

2016

ASESOR DE TESIS:

DR. EDUARDO ALBERTO UNG MEDINA

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UMF 81



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA FAMILIA DE ORIGEN DE LA
EMBARAZADA ADOLESCENTE DE LA UMF No.82**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. NORA EDITH FLORES MACIEL

AUTORIZACIONES

DRA CLAUDIA JANETH MORFIN MACIAS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES

ADSCRITO A:

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 76 URUAPAN MICHOACAN

DR EDUARDO ALBERTO UNG MEDINA

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UMF 81

ASESOR DE TESIS

DR.JOSÉ MELQUIADES JERONIMO CAMACHO PÉREZ

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

DR.JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI

COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACION Y ENLACE

INSTITUCIONAL DELEGACION MICHOACAN

URUAPAN MICHOACAN

2016

**ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA FAMILIA DE ORIGEN DE LA
EMBARAZADA ADOLESCENTE DE LA UMF No.82**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. NORA EDITH FLORES MACIEL

AUTORIZACIONES

DR JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDINA
U.N.A.M.

DR.FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACION DE LA SUBDIVISION DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADOS
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMENTOS

No puedes dar marcha atrás al reloj, pero se puede dar cuerda nuevamente.

Agradezco en primer lugar a DIOS que me ha dado la vida y fortaleza para continuar día a día esta oportunidad que me brinda y me ha dado fortaleza, y ha cuidado de mi familia cada minuto en que me he ausentado de ellos para dar fin a esta preparación.

Gracias a mis hijos que son el motor de mi vida y que me apoyaron en el trayecto de esta carrera que se emprendió hace 3 años, gracias por sus palabras y amor incondicional.

A mi esposo mi compañero de vida que me ayudo cada minuto con nuestra familia y con su apoyo en esta oportunidad brindada nuevamente de superación profesional.

Mi madre que con su amor y confianza siempre se ha mantenido a mi lado a pesar de las tormentas que hemos pasado y que cuida de mis hijos como su mayor tesoro, gracias madre por ti soy lo poco bueno que puedo ser.

A todos mis profesores que me han brindados sus enseñanzas durante este proceso de formación como Médico Familiar, cada uno de ellos ha sido pieza fundamental en mi vida profesional.

A mis compañeros que de una u otra manera me apoyaron en este proyecto de investigación.

Y al Instituto Mexicano del Seguro Social que confía y promueve la superación profesional de su personal médico así como a la Universidad Nacional Autónoma de México que nos avala como Médico Familiar.

INDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCION	7
MARCO TEORICO	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
JUSTIFICACION	33
HIPOTESIS	34
OBJETIVOS	35
METODOLOGIA	36
TAMAÑO DE MUESTRA	37
UNIVERSO DE TRABAJO	37
VARIABLES	38
RECURSOS	43
CONSIDERACIONES ETICAS	45
RESULTADOS	49
CONCLUSIONES	79
DISCUSION	81
BIBLIOGRAFIA	82
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	84
ANEXOS	85

RESUMEN

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA FAMILIA DE ORIGEN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 82

Flores MN, Ung MA, Hurtado RE, UMF 82, Zamora, UMF 81 Uruapan, UMF 75, Morelia.

Introducción: El crecimiento de la población cada vez en aumento, involucra a las adolescentes en embarazos a temprana edad, siendo una población aun no económicamente productiva.

Objetivo: Determinar la estructura de la dinámica de la familia de origen en la embarazada adolescente.

Material y Métodos: Es un estudio prospectivo, descriptivo y transversal, previo consentimiento informado, se realizó una encuesta a las adolescentes embarazadas que acudieron a control prenatal en el periodo comprendido de Noviembre del 2013 a Marzo del 2014.

Resultados: Incluidas 100 adolescentes embarazadas, 38% de 19 años y 28% de 18 años, el 7% con disfunción familiar de las adolescentes de 19 años. El 66% casadas, 26% solteras y 8% unión libre. El 92% de las pacientes viven con la familia nuclear, y el 2% es monoparental.

La funcionalidad familiar se presentó en la mayoría de las pacientes (70%), la categoría de moderadamente disfuncional se presentó en las edades de 16 y 19 años (18%). Se presentaron 2 casos de disfuncionalidad familiar en las edades de 18 y 19 años. El 30% de embarazadas adolescentes con funcionalidad familiar en la edad de 19 años.

Conclusiones: Se tiene el apoyo de la familia de origen a la adolescente embarazada, por lo que no se demostró la disfuncionalidad familiar prevista. Sin embargo la unión matrimonial se presenta a temprana edad y un porcentaje significativo de madres solteras. Por lo que se requiere de atención en este grupo de edad.

INTRODUCCION.

Se define como embarazo en adolescente aquel que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el lapso de vida transcurrido en edades entre 10 a 19 años. También denominado embarazo precoz ya que se presenta antes de que la madre haya alcanzado suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

OMS lo considera un embarazo de alto riesgo aquel que ocurre antes de los 20 años, ya que es la principal causa de mortalidad en jóvenes de 15 a 19 años, por complicaciones relacionadas con el parto o al practicar abortos clandestinos.

En todo el mundo uno de cada diez partos corresponde a una madre adolescente, los partos en menores de 20 años corresponden 17% a nivel mundial.

No solo es un problema de salud si no también tiene repercusiones en el área social y económica ya que implica menores oportunidades educativas, el tener vida sexual temprana incrementa el riesgo de más hijos, además de que no son considerados una edad económicamente activa, por lo tanto el ingreso económico no es muy remunerado.

Los hijos de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener bajo peso al nacer, así como de morir en el primer año de vida en relación a hijos de madres mayores de 20 años.

Estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical e infecciones. En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, desarrollo biológico deficiente, entre otros.

En las últimas décadas la sociedad mexicana ha experimentado singulares transformaciones, económicas, políticas sociales y culturales. Con importantes cambios en la estructura y dinámica de la población. Incrementando la esperanza de vida, disminución de fecundidad, modificaciones en la nupcialidad, con nuevas pautas reproductivas y tratando de disminuir la presencia de embarazo a temprana edad. Los servicios de salud están comprometidos a satisfacer las necesidades de la población en materia de salud

Todo lo anterior ha influido en las variadas y diversas formas en el tamaño, estructura y dinámica familiar como un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta funciones bien o mal como unidad.

En una dinámica normal hay una mezcla de sentimiento, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite el desarrollo de sus individuos y les infunde el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los demás.

MARCO TEÓRICO

LA FAMILIA

Para la Organización Mundial de la Salud, "La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros, brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella."¹

Definiendo el concepto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como familia a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado de sangre, adopción y matrimonio.²

La familia puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas.

Según los demógrafos la familia puede definirse por el grado de parentesco dado por el matrimonio consanguíneo o adopción; entonces todas las personas que viven bajo el mismo hogar constituyen una familia.

Según definición de *Horwitz* la familia es una unidad de atención médica, que incluye a todas las personas que conviven en una misma unidad residencial entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones.

La definición expuesta por *Wynn* refiere que la familia es un sistema social único y primario en permanente interacción con los demás sistemas sociales primitivo y secundario. "En ella encontramos los gérmenes patógenos que podemos detectar a la luz de los conocimientos del psicodinamismo del grupo familiar."³

Entendemos por familia, cualquier grupo de personas unidas por los vínculos del matrimonio, sanguíneos, adopción o cualquier relación sexual expresiva, en que las personas comparten un compromiso en una relación íntima y personal, los miembros consideran su identidad como apegada de modo importante al

grupo y el grupo tiene una identidad propia, recíprocas, y que por lo general, están ligadas por lazos de parentesco. ⁴

La familia es una relación original, peculiar en cuanto a que sigue criterios de diferenciación propios. A diferencia de otros grupos primarios, la familia está caracterizada por una forma específica de vivir la diferencia de género (que implica la sexualidad), y las obligaciones entre las generaciones (que implica el parentesco).

La familia es una relación originaria, auto producida, en cuanto que se construye a partir de factores sociológicos autónomos, y no puede entenderse solo como el resultado de factores individuales (motivos psicológicos) o colectivos (motivos económicos, políticos, o incluso religiosos), o de su mezcla.

La familia es una relación primordial, que existe desde el inicio, tanto en sentido filogenético (en cuanto que la familia está en el origen de la especie humana), como en sentido ontogénico (en cuanto que, en cualquier tiempo y lugar, el individuo se introduce en la sociedad, y madura su participación, de forma más humana cuanto mejor está apoyado por la mediación de la familia. ⁵

La familia se la puede considerar como un ámbito de convivencia, que delimita una porción de la vida social, en virtud de metas definidas, vinculando a las personas en niveles profundos de su ser y arrancando de los nexos biopsíquicos más elementales

En el mundo y la cultura humana existen diferentes tipos de familia según la sociedad y cultura de la que se hable, así como de la época que se trate. En este texto verás los tipos de familia que se pueden encontrar en la sociedad occidental ⁶.

TIPOLOGÍA FAMILIAR

1. En base a su estructura:

- Nuclear: padre, madre e hijos.
- Extensa: más abuelos.
- Extensa compuesta: más otros consanguíneos o de carácter legal, (tíos, primos, yernos, cuñados)
- Mono-parietal: padre o la madre y los hijos.

2. En base a su desarrollo:

- Primitiva: clan u organización tribal.
- Tradicional: patrón tradicional de organización familiar.
- Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones.

3. En base a su integración:

- Integrada: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente (socuare)
- Semi-integrada: no cumplen sus funciones
- Desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación y divorcio.

4 En base a su demografía

- Urbana
- Rural
- Suburbana

5. En base a su ocupación:

- Campesina obrera empleada
- Profesional comerciante
- Moderna
- Tradicional ⁷

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

Existen numerosas clasificaciones de la familia, De la Revilla clasifica la familia haciendo referencia a la familia nuclear con parientes próximos o sin parientes próximos (se refiere a parientes o no en su localidad); familia nuclear numerosa formada por padres y más de 4 hijos, y familia nuclear ampliada (cuando en el hogar conviven otras personas como parientes y/o agregados).

Gonzales clasifica la familia:

1. Familia nuclear: el padre, la madre y los hijos.
2. Familia nuclear extensa: consta de una familia nuclear, y otros familiares que puedan vivir con ellos en el mismo hogar.
3. Familia mono parental: formada solo por un padre o madre, que puede haber estado casado o no y por uno o más hijos.
4. Familia mixta o reconstituida: es la formada por una persona viuda o divorciada/separada, con o sin hijos, que se casa de nuevo con otra persona, la cual a su vez puede haber estado o no casada antes y tener o no tener hijos.
5. Familia binuclear: es la dividida en dos por el divorcio o separación de los cónyuges, ambos aportan hijos de los anteriores matrimonios a la nueva familia constituida.
6. Familia de hecho: formada por dos personas del sexo opuesto que viven juntas, con o sin hijos, comparten la expresión y el compromiso sexual, sin que hayan formalizado legalmente el matrimonio.
7. Familia homosexual: formado por dos adultos del mismo sexo con o sin hijos adoptados y que comparten la expresión de compromiso sexual.⁸

MODELO ESTRUCTURA

Este modelo se encuentra representado por el psiquiatra Salvador Minuchin de origen argentino. Inicialmente trabaja con familias de escasos recursos económicos tomando en cuenta el contexto social de cada familia. Cada familia es única no solamente en su contexto, sino también en su manera de comunicarse en sus transacciones. Esta teoría utiliza metáforas y es directiva.

Minuchin define la estructura como las demandas o códigos que organizan la manera en la que los miembros de una familia interactúan. El terapeuta lidera y se enfoca en toda la familia, considera la influencia de los sistemas jerárquicos y analiza el funcionamiento de los subsistemas que conforma la familia.

La terapia estructural de familia se basa en el concepto de que ella va más allá de los aspectos bio-psico-dinámicos de sus miembros. Estos se relacionan con acuerdos, los cuales gobiernan sus transacciones formando una unidad.

Las estructuras de un sistema vivo se conservan en un estado de fluir, en constante cambio y crecimiento tornándolas aptas para alcanzar órdenes nuevos de complejidad y niveles nuevos de organización adaptativa.

La estructura familiar opera con diferentes alineamientos, para resolver las tareas a las que se enfrenta. Constituyendo la unión de dos o más miembros para llevar a cabo una operación. Esto incluye alianza o colusión unión de dos o más personas para lograr una meta o interés común y la coalición proceso de unión en contra de un tercero, pudiendo esto ser funcionales y disfuncionales según se respeten o no los límites.

FAMILIA DE ORIGEN

Es considerada como una variable determinante en el funcionamiento de la nueva familia que forma el individuo.

Es un concepto teórico y de metodología clínica nacido en el campo científico de la psicoterapia familiar.

Analiza el proceso de la diferenciación del self al mismo tiempo que la fuerza de transmisión multigeneracional que incluye símbolos, creencias y actitudes e intenciones como también mecanismos que son a la vez intrapsíquicos y transpersonales. Define las triangulaciones teniendo como foco principal el estudio de la dialéctica intimidad-autonomía buscando que en los miembros de la familia puedan tolerar a lo largo del curso de la vida la ambivalencia, ley de la existencia y aprender a vivir con ella.

La familia de origen nos ayuda a identificar, clarificar y analizar:

-Conflicto de lealtad

-La fuerza de las misiones intergeneracionales

-La fuerza real de la diferencialización en el orden de identidad de la familia como un sistema dinámico y también a cada uno de los miembros de la familia.

CICLO VITAL FAMILIAR

El Ciclo Vital Familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes.¹⁰

El ciclo vital familiar se describe como la serie de etapas que se suceden a través del tiempo, desde su creación hasta su disolución. Cada etapa, que tiene a su vez fases y estadios, que permiten distinguir los eventos específicos de cada uno.

Es entendido también como un proceso de crecimiento y maduración. La familia no es una organización estática, pasiva o inmutable, es más bien un organismo vivo integrado por cada uno de sus miembros (padres, hijos y familiares de la pareja) que interactúan constantemente.

Este “*organismo familiar*” como todo ser vivo nace, crece, se reproduce y muere.

El ciclo vital familiar ayuda a establecer un perfil de riesgo psicosocial, su conocimiento ayuda al Médico Familiar porque le permite prever crisis y anticiparse a sus posibles consecuencias, a la que Hennen llama la “*orientación anticipada*” ¹¹.

Ciclo vital familiar de Duvall

- I.** Comienzo de la familia (“nido sin usar”).
- II.** Familias con hijos (el hijo mayor hasta 30 meses).
- III.** Familias con hijos pre escolares (hijo mayor entre 30 meses y 6 años).
- IV.** Familias con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años).
- V.** Familias con hijos adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años).
- VI.** Familias con “plataforma de colocación” (desde que se va el primer hijo hasta que nace el último).
- VII.** Familias maduras (desde el “nido vacío” hasta la jubilación).
- VIII.** Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos).

Ciclo Vital Familiar de Geyman

Fase de matrimonio.- Inicia con el vínculo matrimonial concluyendo con la llegada del primer hijo.

Fase de expansión.- Es el momento en el que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, como su nombre lo indican se dilata o se expande.

Fase de dispersión.- Generalmente corresponde a la edad escolar e inicio de adolescencia de los hijos.

Fase de independencia.- Etapa en la que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen.

Fase de retiro y de muerte.- Etapa en la que se deben enfrentar a diversos retos y situaciones críticas como es desempleo, la jubilación la viudez y el abandono.

DINÁMICA FAMILIAR

Diferentes autores han considerado a la dinámica familiar como un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta funciones bien o mal como unidad.

En una dinámica normal hay una mezcla de sentimiento, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite el desarrollo de sus individuos y les infunde el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los demás. ¹⁴

Roles en la dinámica familiar

Son todos los papeles que juegan los miembros de la familia. Es la única manera de organizar la estructura familiar

La dinámica familiar comprende los aspectos suscitados al interior de una familia donde cada uno de los miembros se encuentra ligado por lazos de pertenencia relaciones de afecto, comunicación familiar, jerarquía, roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y funciones asignadas a cada uno de sus miembros ¹⁵.

Para hablar de roles familiares siempre hay que tener presente el contexto en que se desarrolla la cultura, el estrato socio-económico, el período histórico y otros aspectos como los elementos estructurales y los aspectos interaccionales de sus miembros.

El rol es un elemento que demarca el estatus o posición entre los miembros de la familia, es un vínculo que el individuo posee para comunicarse y enfrentarse con el mundo cumpliendo con diversas funciones, deberes y derechos que han sido introyectados en el núcleo familiar y social durante el desarrollo bio-psico-social de todo individuo.

La sociedad se encuentra formada por una red de roles que se complementan unos con otros por ejemplo el papel de madre necesita el papel de hijo. Por esta complementa es que todo individuo ejecuta varios roles al mismo tiempo (de madres, de hija, de trabajadora), distintos pero complementarios el uno con el otro. ¹⁶

APGAR FAMILIAR

APGAR familiar es un instrumento utilizado para evaluar el funcionamiento de la familia. ¹⁷

Éste ha sido validado en diferentes familias de la comunidad internacional (Norteamericanas, asiáticas e hispanas) y ofrece una correlación alta con pruebas especializadas. Con este instrumento, los miembros de la familia

pueden evaluar su funcionamiento y manifestar el grado de cumplimiento de sus parámetros básicos. ¹⁸

1. Adaptación.
2. Participación.
3. Ganancia o crecimiento.
4. Afecto.
5. Recursos.

LA Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (FACES III)

Basado conceptualmente en el Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, concebido por los mismos autores.

Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar.

1. Adaptabilidad: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.
2. Cohesión; grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.
3. Comunicación: la cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos.

El FACES III un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Fue traducida al español por Gómez-Clavelina y col. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) con valores de 1 a 5. ¹⁹

ADOLESCENCIA

La OMS define adolescencia al periodo de vida en el cual el individuo adquiere capacidad reproductiva, transitan patrones psicológicos de niñez a la adultez y consolida independencia socio- económica y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Se considera como un periodo libre de problemas de salud pero desde el punto de vista de los cuidados de salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos un caso especial.

El desarrollo adolescente se caracteriza como un periodo de transición en el que los jóvenes experimentan una serie de cambios biológicos, cognitivos y psicosociales que afectarán su vida adulta.

Estos cambios están influenciados no solo por el género y el nivel de madurez física, psicosocial y cognitiva del individuo, sino también por el ambiente social, cultural, político y económico en el que vive. Siguiendo el concepto de salud sexual adolescente, es crucial entender los procesos del ciclo de la vida en el desarrollo sexual de los adolescentes y su influencia en la conducta juvenil.

En la adolescencia temprana, enmarcada entre los 10 y los 14 años, ocurren cambios biológicos, como aquellos que interesan al aparato reproductor, apareciendo los caracteres sexuales secundarios

En ambos sexos se inicia la pubarquia. En la mujer comienza la telarquia, y el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales internos; y en el varón el aumento testicular, los cambios de color y arrugamientos escrotales, y el

crecimiento del pene. Como consecuencia de las transformaciones en los órganos sexuales se produce también un influjo hormonal generador de necesidades novedosas. En este período surgen, además, la necesidad de independencia, la impulsividad, la labilidad emocional, las alteraciones del ánimo y la búsqueda de solidaridad y comprensión entre pares, lo que se mezcla con necesidad sentida de apoyo de los padres, por lo que se generan ambivalencias que hacen de la relación padres/adolescentes, un reto. ²⁰

En la adolescencia tardía, que es la fase final, se alcanzan características sexuales de la adultez, termina el crecimiento, hay aproximación a la familia, una mayor independencia, el grupo empieza a ser desplazado por la relación de pareja, los impulsos van siendo mejor controlados, los cambios emocionales menos marcados y la ambivalencia se va disipando. Se construye un sistema propio de valores y proyectos de vida. ²¹

Ciclo menstrual.

Es el intervalo entre el primer día del flujo menstrual y el día que aparece la siguiente menstruación. Durante esta etapa ocurren cambios trascendentes en diversos tejidos del aparato genital.

Ciclo ovárico: que se divide en 3 fases:

A.- Folicular o preovulatorio

B.- Ovulatorio

C.- Lútea o posovulatoria

Gametogénesis

Para que el ovulo y espermatozoide pueden dar origen a un nuevo ser necesitan pasar por un proceso de maduración.

Espermatogénesis: los espermatozoides se producen en las células de Leydig de los túbulos seminíferos del testículo por acción de hormona folículo

estimulante su producción en continua desde la pubertad a la muerte, para madurar los espermatozoides requieren de 60 a 70 días. Al madurar se vuelven células flageladas y adquieren capacidades fecundantes es entonces cuando se llaman espermatozoides.

Al igual que el espermatozoide el ovulo tiene que sufrir cambios para adquirir capacidades fecundantes este proceso se efectúa en el ovario, y al romperse el folículo se libera un ovulo ya maduro.

EMBARAZO EN ADOLESCENTE

Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica.²²

El embarazo durante la adolescencia es un fenómeno que ha llamado la atención mundial desde el siglo pasado, particularmente en los últimos 30 años se acentuó la investigación para describir con mayor precisión el fenómeno.

Las cifras estadísticas muestran que el problema ha estado y está lejos de ser resuelto, pues la frecuencia del embarazo adolescente se ha incrementado. No obstante, en algunos países se ha observado un descenso en la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes, algunos de los argumentos que se han señalado para explicar tal disminución, son los siguientes: una tendencia a casarse a mayor edad, un aumento en la oportunidades económicas y educativas, cambios en las costumbres sociales mayor accesibilidad e información sobre métodos anticonceptivos y en algunos casos el acceso legal al aborto.²³

Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. Como ejemplo de lo anterior es posible citar el estudio realizado por González el año 2005 en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15,6 años. Sin embargo un trabajo realizado el año 2000, reveló una mayor

precocidad del inicio de la actividad sexual siendo de 12 años para los hombres y 12,8 años para las mujeres.²⁴

EDUCACION SEXUAL

La sexualidad es un aspecto del ser humano que se expresa a lo largo de toda su vida. Sin embargo, la adolescencia y la juventud son etapas en las que se toman decisiones importantes al respecto.

En México, un porcentaje importante de adolescentes y jóvenes inicia su vida sexual a edades tempranas. Tener acceso a educación de la sexualidad integral contribuye a posponer el momento de inicio de la vida sexual, así como a fortalecer la capacidad de prevenir embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida el VIH/Sida.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) participó en la formulación de esta declaratoria desde su origen y contribuye activamente a:

- Promoción de iniciativas orientadas al fortalecimiento de la educación de la sexualidad en el marco de los acuerdos de la Declaración Ministerial Prevenir con Educación.
- Apoyo a las actividades de discusión y seguimiento de avances de la sexualidad de la Declaración. Apoyo a las actividades de capacitación en la educación de la sexualidad, dirigidas a docentes en los diferentes niveles educativos.
- Promoción de la educación integral de la sexualidad basada en el derecho humano y en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática e incluyente, que genere respeto a las diferencias y a la diversidad y promueva la toma de decisión responsable e informada.

INCIDENCIA

La tasa global de fecundidad en México para el año del 2000 fue de 2.4 hijos por mujer. En particular, la tasa de fecundidad en adolescentes ha venido descendiendo, lenta pero significativamente. Como muestra el porcentaje de mujeres que tuvieron al menos un hijo en el grupo etéreo de 15 a 19 años: en 1970 fue de 13.8%, en el 2000 6% y para el año 2004 fue de 5%. De acuerdo con los datos del Consejo de Población, el número de mujeres adolescentes que experimentó maternidad en el año 2004, fue de 259 mil, para el 2006 reporto que la tasa de embarazo en niñas y adolescentes de entre 12 y 19 años fue de 79 por cada 1000 mujeres entre estas edades. Por su parte, el censo del 2010 de Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI estimo que uno de cada 6 nacimientos acontece a jóvenes de 15 a 19 años.²⁵

Se sabe que en la medida en que una mujer tiene mayor instrucción y pertenece a la población económicamente activa, su fecundidad disminuye. De tal suerte que el 60% de las madres adolescentes sin instrucción escolar, ha tenido un hijo antes de los 20 años.

Mientras que solo 10% de las adolescentes que tenían una escolaridad superior a la secundaria fueron madres durante la adolescencia. No obstante, para el total de las mujeres mexicanas 37% tuvieron hijos antes de los 20 años.

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atender 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 a carrea.²⁶

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 socio cultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.²⁷

Estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical e infecciones. En la salud del niño se puede presentar entre otras, desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros ²⁸.

Existe una doble probabilidad de morir en relación con el parto en mujeres por debajo de 15 años de edad, que en mujeres de 20 años o más. Asimismo, los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen más riesgo de morir antes de su primer año de vida, que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años.

Los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo. ²⁹

Además de las complicaciones ya mencionadas anteriormente, es importante hacer notar que muchos de los embarazos en las adolescentes pueden llevar a la joven a practicarse un aborto y los riesgos que implica éste para las chicas pueden ser considerables, principalmente cuando se realiza en forma ilegal y en condiciones médicas inadecuadas, situación que es muy frecuente. Las complicaciones generalmente incluyen: hemorragias, septicemia, anemia, laceraciones vaginales, abscesos pélvicos, perforaciones del útero y esterilidad secundaria, entre otras. ³⁰

Aparte de las consecuencias biológicas existen otros elementos que se ven afectados en un embarazo en adolescente, como por ejemplo, los aspectos emocionales, sociales y económicos.

La noticia del embarazo tiene impacto en la joven, en el padre del bebé, quién generalmente también es adolescente, en la familia de ambos y en la comunidad en donde se encuentran inmersos. La actitud de las adolescentes generalmente depende de la etapa de la adolescencia que estén atravesando, del significado que ese(a) hijo(a) tenga para ella, del origen del embarazo y de cuál era su proyecto de vida antes de embarazarse.

En el nivel medio-medio y medio-alto, la problemática que el embarazo en adolescentes presenta esta mediada principalmente por las aspiraciones que tienen los jefes de familia de este nivel a lograr que sus hijos terminen la universidad, así como el hecho de que la dependencia de los jóvenes prolonga hasta muy avanzada la tercera década de la vida. Por lo tanto, cuando éste ocurre, tiene un significado de accidente y generalmente termina en abortos inducidos, algunas veces sin claro consentimiento de la adolescente o en uniones tempranas no siempre satisfactorias para la joven pareja, a costa de prolongar la dependencia de su familia. ³¹

En la mayoría de los casos, independientemente del nivel social del que proceda la adolescente embarazada, la asistencia al control prenatal se inicia cuando la situación del entorno familiar empieza a estabilizarse, lo que generalmente ocurre de la mitad del embarazo hacia adelante. El que la adolescente reciba tardíamente una adecuada atención médica, es un factor que agrava aún más, la condición de riesgo durante la gestación, la cual en sí misma ya se encuentra comprometida.

Por otro lado, a nivel individual, para la adolescente el embarazo puede significar varias cosas: comprobar su fertilidad; considerar a ese hijo como algo que le pertenece, que la va querer y a quien va a querer como ella misma no fue querida; como una salida a una situación que ya no tolera, que puede ser un ambiente de abuso de cualquier tipo o la expresión de una condición no resuelta, como por ejemplo la muerte de alguno de los padres o su divorcio o como una salida hacia la vida cuando la adolescente presenta enfermedades crónicas ³².

Sea cual fuere la situación individual o grupo social al que pertenece la joven, un embarazo en la adolescencia implica repercusiones biológicas, sociales, económicas y psicológicas que clasifican la situación como de muy alto riesgo. Esto amerita que sea visualizado desde una perspectiva integral, considerando a la familia, a la sociedad, los medios de comunicación, el sector salud y educativo, entre otros. ³³

Respecto a la familia de origen se ha dicho que las embarazadas que se embarazan proviene de una familia pobre, donde sus padres fueron padres adolescentes incluso la existencia de abuso físico o sexual en la infancia siendo

difícil establecer esta relación de causalidad entre el maltrato infantil y el embarazo en adolescente³⁴

Se ha informado sobre una menor calidad de comunicación familiar, con la existencia de algún grado de disfunción familiar.

El Instituto Nacional de Perinatología ha informado, que la percepción de la dinámica familiar, la relación entre padres e hijos y las relaciones afectivas entre padre y madre son factores psicológicos que influyen.

Dentro de los factores familiares se ha mostrado que el involucramiento paterno, provoca una disminución de las conductas de riesgo de los adolescentes.³⁵

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad.

3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del "amor romántico" en las relaciones sentimentales de los padres adolescentes.³⁶

La tendencia habla de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres³⁷

Aunque los adolescentes cuenten con información acerca de los métodos anticonceptivos y su forma de uso, sólo la mitad de ellos sexualmente activos lo

usan. Actualmente es importante aprovechar el momento de transición por el que está pasando nuestro país en donde un gran porcentaje de su población es gente joven con potencial de desarrollo social y económico para esto lo mejor sería aumentar la edad al primer embarazo así como el intervalo entre los embarazos.

RIESGO OBSTETRICO

Es aquel que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o de ambos.

Condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas, que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio durante el embarazo, parto o puerperio.

El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico o social influye de manera independiente en cada mujer o pareja por lo que se debe realizar un enfoque individualizado.

En mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo, así como presencia de malformaciones congénitas, y complicaciones como: inserción baja de placenta, toxemia, distocia del parto, muerte fetal.

Existen condiciones sociales desfavorables que constituye un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre las que se encuentra: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, no solvencia económica, maltrato entre otros.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS Y REPRODUCTIVOS:

Estos ítems nos sirven para evaluar aspectos que se presentan durante la etapa gestacional y que de alguna manera nos orientas para evaluar riesgo obstétrico y reproductivo de la madre adolescente, estos valores van del 0 a 4.

Paridad

Intervalo intergenésico

Abortos espontáneos y malformaciones congénitas y muertes perinatales

Recién nacido de bajo peso

Toxemia anterior

Cesárea anterior

Rh negativo sensibilizado

PLANIFICACION FAMILIAR

Es la capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. También puede evitar el embarazo de las mujeres de edad, que tienen mayores riesgos. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un mayor riesgo obstétrico. Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. En la actualidad el sector salud oferta diversos métodos de planificación familiar de manera gratuita para los adolescente se cuenta con preservativo, píldora de emergencia, hormonales orales e inyectables, dispositivo intrauterino y el implante subdérmico. Así como los métodos definitivos como son la salpingoclasia y la vasectomía, métodos definitivos para las parejas que has tomado la decisión de limitar la natalidad.

Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método

anticonceptivo. Algunos métodos de planificación familiar ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. La planificación familiar disminuye la necesidad de recurrir al aborto peligroso. La planificación familiar refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos.

POBLACIÓN DE ESTUDIO.

La localidad de Zamora de Hidalgo está situada en el Municipio de Zamora (en el Estado de Michoacán de Ocampo). Tiene 127606 habitantes. Zamora de Hidalgo está a 1580 metros de altitud.

Zamora ha sido el centro de una zona económica fundamental para Michoacán. La región es importante productora de cultivos de zarzamora y fresa, y destaca por su actividad industrial con procesadoras y empacadoras de esos frutos, que exporta principalmente al extranjero, además de ser una zona de importancia nacional por sus empresas, conocidas en todo el mundo.

Por su historia y composición social, Zamora es también un centro cultural relevante en Michoacán, al contar con el Centro Regional de las Artes de Michoacán, Centro Regional de las Artes, El Colegio de Michoacán y el Teatro Obrero de Zamora (o “Teatro de la Ciudad de Zamora”). Así mismo, la ciudad cuenta con un recinto de gran relevancia arquitectónica y artística, el Santuario Guadalupano, el cual es un edificio religioso de estilo neogótico que sobresale por su altura y magnitud de superficie, siendo el templo más grande del País y uno de los más grandes del mundo, el cual se ha convertido en un icono de la ciudad y un atractivo para el turismo.

Ubicación

Zamora de Hidalgo se localiza en el estado de Michoacán de Ocampo, en las coordenadas 19°59' de latitud norte y 102°17' de longitud oeste. La altitud es de 1.560 m. Los límites geográfico-políticos del municipio son: al Norte colinda con

el municipio de Ixtlán y el municipio de Ecuandureo, al Este con el municipio de Chirintzio y el de Tlazasalca, al Sur con municipio de Jacona de Plancarte y de Tanangancícuaro, y al Oeste con Chavida y Tangamandapio. Distancia de la capital: 144 km (carretera federal núm. 15, Morelia-Zamora). Superficie del municipio: 330,97 km².

Orografía

El relieve lo constituye parte del sistema volcánico transversal. Se encuentran en su horizonte los cerros de La Beata, La Beatilla, Encinar, Tecari, el Ario y el Cerro Grande.

Población

Para el 1 de julio de 2010 la estimación de población es la siguiente: datos preliminares 2010 INEGI-CONAPO Zamora: 185.711 habitantes, por otra parte, el municipio de Zamora es de los pocos municipios michoacanos que entre 2000 y 2005 incrementaron su población en un 3%. Su tasa de crecimiento anual solamente se encuentra por debajo de los municipios de Tarímbaro, Morelia y Uruapan.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tema de los embarazos adolescentes es un motivo de gran preocupación para muchas personas en todo el mundo. Es por ello que se han llevado a cabo innumerables esfuerzos para educar a los jóvenes acerca de todo lo pertinente al sexo y a los diferentes métodos de control de la natalidad.

Aunque los Estados Unidos están entre los países con las tasas de embarazos adolescentes más bajas a nivel mundial, aún poseen la tasa de embarazos adolescentes más alta entre todos los países del Primer Mundo países industrializados, el número total de embarazos adolescentes en los Estados Unidos fue de 821.810 (84 embarazos por cada 1.000 personas). Si se lo compara con las estadísticas de Canadá, las tasas de embarazos adolescentes en el año 2000 fue de 38.600 (38 embarazos por cada 1.000 personas). Por otro lado, otros países occidentales industrializados, como por ejemplo Suecia y Francia, han arrojado tasas de embarazos adolescentes aún más bajas que las de Canadá.

Los embarazos adolescentes son considerados como la principal causa de innumerables problemas. Las madres adolescentes son más propensas a no terminar sus estudios secundarios, terciarios o universitarios. Además, se estima que un 80% de las madres adolescentes terminan dependiendo de la asistencia social.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 reporta que la tasa de embarazo en niñas y adolescentes de entre 12 a 19 años fue de 79 por cada mil mujeres. En el informe se estima que 695,100 adolescentes han estado embarazadas. El informe Red, por los Derechos de la Infancia en México, en el año 2000 hubo 179,413 adolescentes entre 15 y 17 años de edad con al menos un hijo, y en 2005 se registraron 164,108.

Es importante identificar el tipo estructura y dinámica de la familia de origen de las adolescentes embarazadas que acuden a control prenatal en nuestra unidad para identificar la estructura y dinámica familiar existente en las familias de estas paciente, ya que en los últimos años se ha incrementado el embarazo en la adolescente que contribuye a un problema de salud, tanto a nivel de la madre

como del producto, por el incremento de complicaciones que pueden existir por el solo hecho de presentarse un embarazo a esta edad, acarreado complicaciones no solo a nivel médico, sino familiar y social y en la vida escolar de la paciente.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la estructura y la dinámica de la familia de origen en las mujeres embarazadas adolescentes adscritas a la U. M. F. 82?

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad el conocer la estructura y dinámica familiar en las adolescentes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No 82, por considerarse un problema de salud, involucrando al binomio materno infantil como un embarazo de alto riesgo ya que a esta edad aumentan la incidencias de complicaciones materno-fetales y las repercusiones a nivel familiar, psicológicas que ocurren al presentarse un embarazo a temprana edad.

Se ha implementado en el sector salud programas que orienten a nuestros jóvenes que ya han iniciado vida sexual a edad temprana, sobre los diferentes métodos de planificación familiar para prevención de embarazos a temprana edad y a la vez el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

En la actualidad nuestro país ha sufrido cambios en la estructura de la familia, en la dinámica poblacional como consecuencia en la dinámica familiar. Ha presentado nuevas pautas reproductivas con inicio de vida sexual a edad temprana con la presencia de embarazos en edad adolescente.

A la fecha en la zona Zamora se han presentado 2563 embarazadas, en nuestra unidad de medicina familiar No. 82; 1260 embarazadas, en las que un 10% corresponden a adolescentes en edades entre 10 y 19 años, que a fecha de julio 2013 acuden a control prenatal en la unidad.

HIPÓTESIS

H1: Existe alteración en la dinámica de la familia de origen en la embarazada adolescente.

H0: No existe alteración en la dinámica de la familia de origen en la embarazada adolescente.

OBJETIVO

Determinar la estructura y la dinámica de la familia de origen en adolescentes embarazadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Clasificar a las embarazadas adolescentes según su estructura familiar.
- Identificar de riesgo reproductivo.
- Identificar las edades más frecuentes de embarazo adolescente.
- Identificar la edad en que inicia la vida sexual.
- Identificar el número de hijos que tiene la adolescente.
- Identificar el grado escolar.
- Identificar la ocupación de la adolescente.
- Demostrar la funcionalidad familiar con su nueva pareja.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal, se incluyeron a todas las pacientes embarazadas adolescentes que acudieron a control prenatal en de la UMF 82, en el periodo comprendido del mes de Noviembre del 2013 al mes de Marzo del 2014, a las cuales previo consentimiento informado para las menores de edad y tutor (Anexo 1 y 2), se les aplico cuatro instrumentos de evaluación, el primero con una serie de datos personales para la identificación de la paciente con datos sociales,(Anexo 3)la segunda de ellas es la escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III) (Anexo 4), un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Fue traducida al español por Gómez-Clavelina y col. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) con valores de 1 a 5.

El tercero es el instrumento de evaluación es APGAR familiar (Anexo 5), un instrumento utilizado para evaluar el funcionamiento de la familia y con este instrumento, los miembros de la familia pueden evaluar su funcionamiento y manifestar el grado de cumplimiento de sus parámetros básicos.

1. Adaptación. 2. Participación. 3. Ganancia o crecimiento. 4. Afecto. 5. Recursos.

La ponderación del instrumento en escala de 0, 1 y 2, nos da los siguientes resultados:

- Familias altamente funcionales 7 a 10 puntos.
- Familias moderadamente funcionales de 4 a 6 puntos.
- Familias severamente disfuncionales de 0 a 3 puntos.

En la cuarta encuesta se utilizó el formato MF7 para evaluación del riesgo obstétrico (Anexo 5), el cual incluye ítems como la edad, peso, talla, escolaridad materna, gesta, partos, abortos, cesáreas, periodo intergenésico, antecedentes obstétricos, antecedentes personales patológicos, tabaquismo, alcoholismo y

toxicomanías, del cual la calificación de un puntaje de 4 o más es considerado de como riesgo obstétrico alto.

Se obtuvo Alpha de Cron Bach.903, Apgar de .787 y Faces III .853

Universo de trabajo

La muestra es a conveniencia del investigador, se incluyeron a todas las adolescentes embarazadas en control prenatal que acuden a la UMF 82, en un periodo comprendido de noviembre del 2013 a marzo del 2014.

Criterios de inclusión

- Embarazadas de 10 a 19 años de edad adscritas a la U. M. F. 82.
- Mujeres adolescentes embarazadas que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Paciente que no acepte participar en el estudio.
- Paciente que tenga complicaciones previas en el embarazo.

Criterios de eliminación

- Mujeres quienes decidan abandonar el estudio.
- Paciente que no contesten el instrumento de evaluación.

ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES

Dependientes:

Embarazo en adolescente: Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica.

Independiente:

- **Estructura familiar:** Serie de fenómenos que influyen en el desarrollo infantil, en las relaciones familiares, en la satisfacción conyugal y en el funcionamiento familiar.
- **Dinámica familiar:** Relaciones entre los integrantes de una familia.
- **Edad:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento.
- **Talla:** Medida que depende de la población y sexo así como de la genética y del estado nutricional.
- **Escolaridad:** Tiempo en que se asiste a centro de enseñanza.
- **Estado civil:** Situación determinada por relaciones de familia que establece ciertos derechos y obligaciones.
- **Riesgo obstétrico:** Aquel que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos.
- **Inicio de vida sexual:** Primera relación sexual.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD independiente	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació	Mediante el interrogatorio dirigido a la población derechohabiente	Cuantitativa Continua	En años
SEXO independiente	Condición por la que se diferencian los machos y las hembras en la mayoría de las especies de animales y vegetales superiores	Mediante el interrogatorio dirigido a la población derechohabiente	Cualitativa Discontinua	Masculino Femenino
PESO independiente	Es la medida de la masa corporal expresada en kilogramos.	Medición mediante balanza en kg	Cuantitativa Continua	Kilogramos
TALLA independiente	Es la altura que tiene un individuo en posición vertical desde el punto más alto de la cabeza hasta los talones en posición de "firmes", se mide en centímetros (cm).	Medición mediante estadímetro en metros	Cuantitativa Continua	Centímetros
OBESIDAD independiente	Enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m ² y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m ² . En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el	Calculo del IMC: Peso/Talla ²	Cuantitativa Discontinua	IMC igual o mayor a 30 kg/m ²

	IMC se encuentra desde la percentil 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS.			
--	--	--	--	--

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Embarazo adolescente dependiente	Es la gestación en mujer en rango de edad adolescente independiente de edad ginecológica.	Mediante selección de embarazo en edades de 10-19 años	Cuantitativa continua	En años
Estructura familiar independiente	Serie de fenómenos que influyen en el desarrollo infantil, en las relaciones familiares, en la satisfacción conyugal y en el funcionamiento familiar.	Mediante aplicación de instrumento de evaluación	Cuantitativa continua	
Dinámica familia	Relaciones entre los	Mediante instrumento de evaluación	Cuantitativa continua	Cohesión adaptabilidad

independiente	integrantes de una familia.			
Riesgo obstétrico	Aquel que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos	Aplicación de ítems que mide el riesgo obstétrico	Cuantitativa continua	Numérico de 0 a 4
Independiente				
Estado civil independiente	Situación determinada por relaciones de familia que establece ciertos derechos y obligaciones	Por medio de interrogatorio dirigido	Cuantitativa continua	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
Escolaridad Independiente	Tiempo en que se asiste a centro de enseñanza	Por interrogatorio directo	Cuantitativa continua	En grados

Edad independiente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Por interrogatorio directo	Cuantitativa continua	En años
Talla independiente	Medida que depende de la población y sexo así como de la genética y del estado nutricional	Uso de estadímetro de pared en cada una de las pacientes.	Cuantitativa continúa.	En centímetros
Faces III independiente	Un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión)	Mediante el uso de instrumento de evaluación	Cuantitativa continua	Adaptabilidad Cohesión
Apgar independiente	Instrumento utilizado para evaluar el funcionamiento de la familia y con este instrumento, los miembros de la familia pueden	Mediante el uso de instrumento de evaluación	Cuantitativa continua	Altamente funcional Moderadamente funcional Severamente disfuncional

	evaluar su funcionamiento y manifestar el grado de cumplimiento de sus parámetros básicos.			
Inicio de vida sexual independiente	Primera relación sexual	Interrogatorio directo a la paciente	Cualitativa continua	En años

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

Se considera un estudio factible y económico por la utilización de recursos humanos dentro de la unidad. Se utilizaron: Hojas, lápices, sistema de cómputo, impresora, materiales con lo que cuenta el médico investigador.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se empleó estadística descriptiva según el tipo de variables; para las variables cuantitativas continuas promedio y desviación estándar; y para las variables discretas cualitativas en frecuencia con su respectivo porcentaje. Para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Ver. 21.0). Se procedió a efectuar Análisis de fiabilidad mediante el Alpha de Cronbach y se reconfirmó con Spearman-Brown (método de mitades) la simetría y validez de ambos instrumentos empleados.

La asociación de variables se efectuó con el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrado. Las cifras estadísticamente significativas fueron las que asociaron a un *P-valor* <.05. Se presentan tablas de contingencia y gráficos en barras con porcentaje.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se ajustó a las normas éticas contempladas en la ley general de salud en materia de investigación médica mundial, reunida en Helsinki emitió la “declaración de “Helsinki” 1975 y enmendado en Hong Kong en 1989 por la misma asamblea y modificada en Edimburgo en el año 2000.

Ley general de salud

Capítulo I

Disposiciones comunes:

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos probables.
- V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.
- VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención

a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso.

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTICULO 19.- Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, sus representantes legales deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspe I. La justificación y los objetivos de la investigación.

II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.

III. Las molestias o los riesgos esperados.

IV. Los beneficios que puedan observarse.

V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación.

XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría.

Para lo cual se otorgara consentimiento informado a las pacientes participantes, para adultos y menores de edad (Anexo 1 y 2).

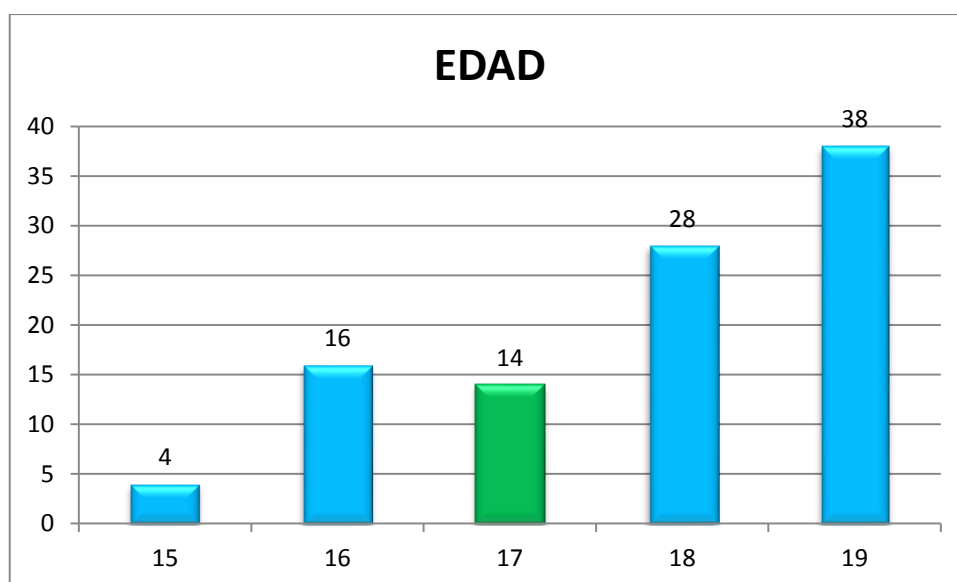
RESULTADOS.

Participaron en la investigación 100 pacientes adolescentes embarazadas en el periodo comprendido del mes de Noviembre del 2013 a Marzo del 2014, el rango de edad fue de 15 años a 19 años, con una media de 17.8 años.

Tabla No. 1.- Edad promedio de las embarazadas adolescentes

Estadísticos		
EDAD		
N	Válidos	100
	Perdidos	0
	Media	17.80
	Mediana	18.00
	Desv. típ.	1.223
	Curtosis	-.700
	Error típ. de curtosis	.478

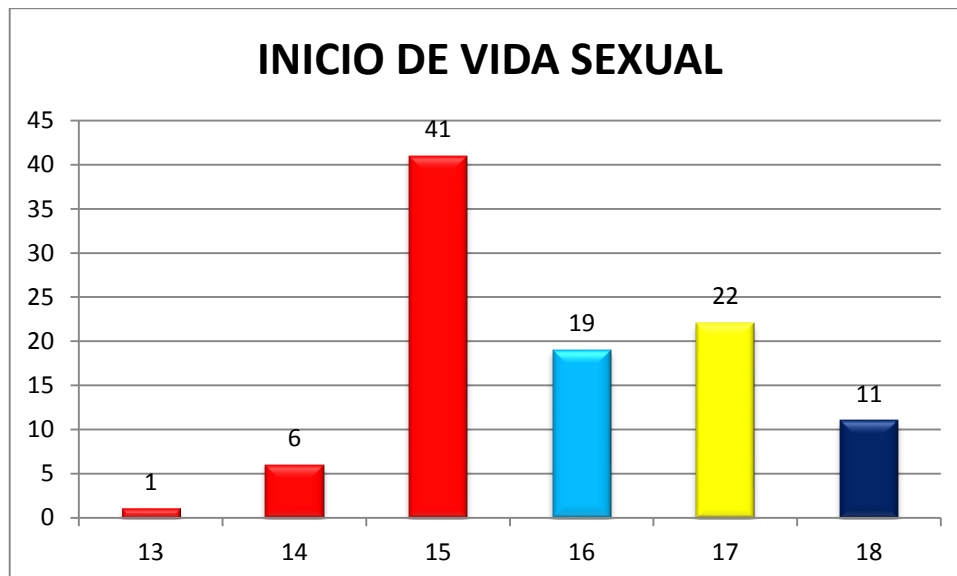
Grafica 1.- Frecuencia de las edades de las pacientes embarazadas y media de edad.



Encuesta para aplicación del grupo de estudio.

El inicio de la vida sexual fue a los 15 años con mayor frecuencia, seguido de los 17 y 16 años. Sin embargo en la suma de las edades en que se inicia la vida sexual, esta comienza desde los 13 años, teniendo un 48% de la población adolescente que inicia su vida sexual.

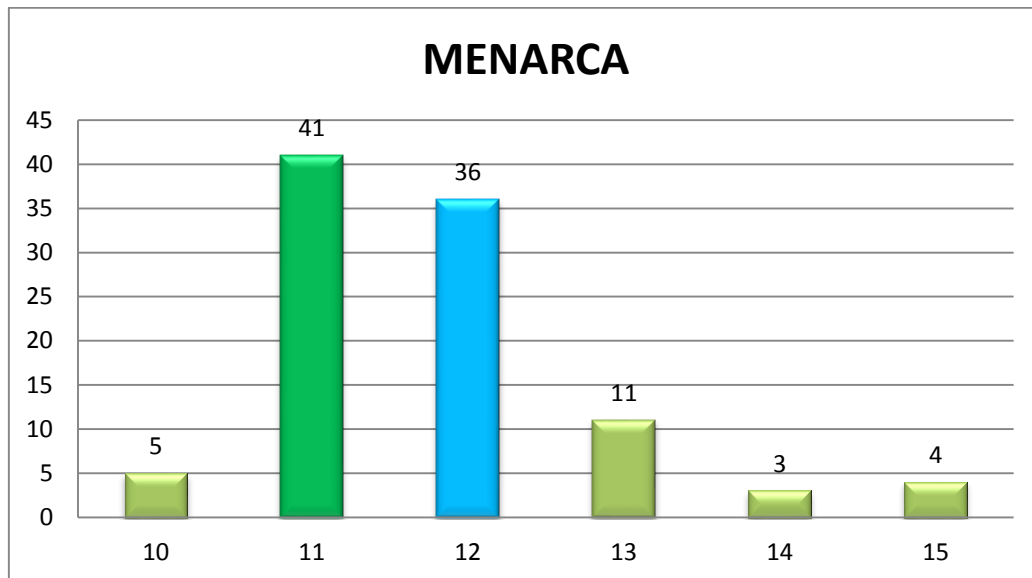
Grafica 2.- Frecuencia del inicio de la vida sexual



Encuesta para aplicación en grupo de estudio.

La menarquía fue a los 11 años de edad, en mayor porcentaje de las adolescentes y posteriormente a los 12 años, y solamente un 5% a los 10 años.

Grafica 3.- Inicio de la primera menstruación



Encuesta para aplicación de grupo de estudio.

En cuanto al número de embarazos de las pacientes adolescentes, fueron del 81% su primera gestación, y un 19% presentaban su segunda gestación.

Grafica 4.- Número de embarazos de las adolescentes.



Encuesta para aplicación en grupo de estudio.

El número de partos de las pacientes fue de 83%, mientras que el 17% ya presentaban un parto, en la diferencia del 2% de las resoluciones de la gestación, se presentó el aborto, lo que representa la complicación principal de la gestación en las adolescentes.

Las pacientes con embarazos previos todos fueron por vía vaginal siendo 1 parto eutócico, del grupo de pacientes en estudio ninguna menciona haber presentado complicación obstétrica previa.

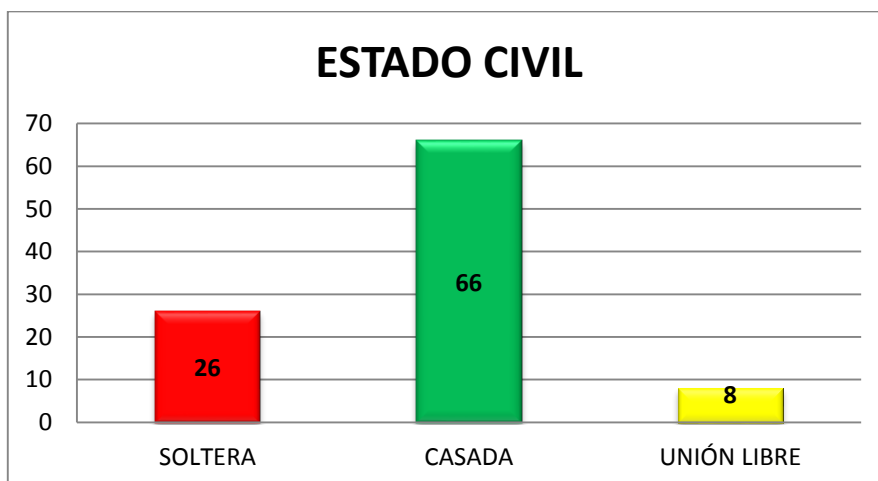
Grafica 5.- Número de partos de las pacientes adolescentes.



Encuesta para aplicación del grupo de estudio.

El 66% de las adolescentes son casadas, 26% solteras y el 8% no crean un compromiso civil y viven en unión libre.

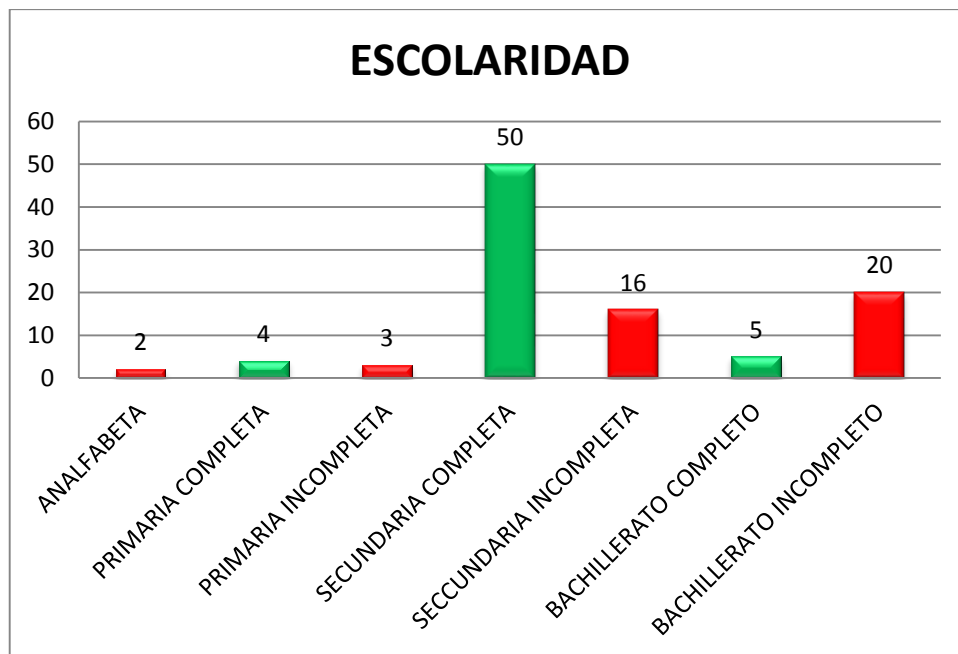
Grafica 6.- Estado civil de las pacientes adolescentes.



Encuesta para aplicación de grupo de estudio.

El 50% de las adolescentes con secundaria completa, el 5% tienen bachillerato completo, pero llama la atención a las pacientes que no terminaron sus estudios de secundaria y bachillerato con el 16 y 20% respectivamente, lo que suma de estas dos condiciones el 36%.

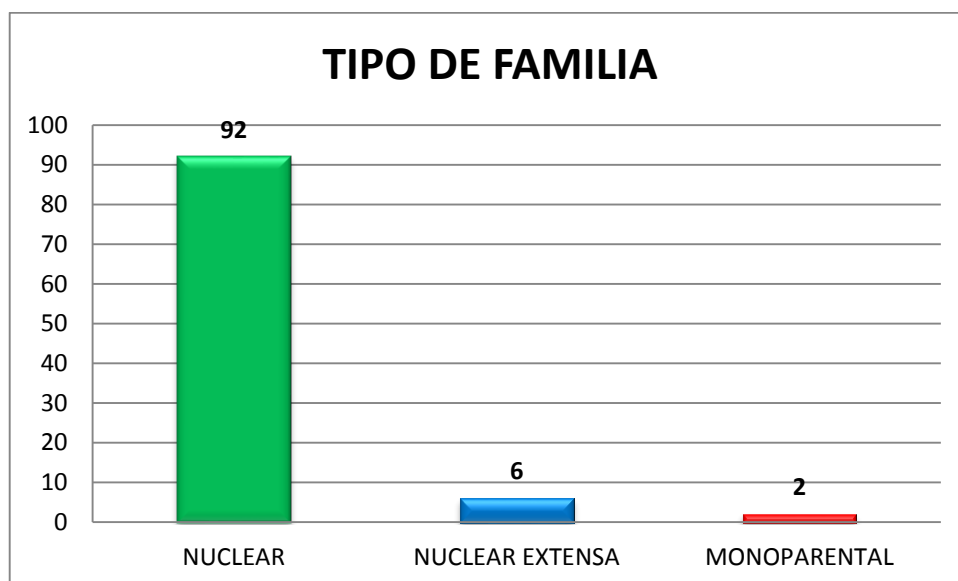
Grafica 7.- Escolaridad de las adolescentes embarazadas.



Encuesta para aplicación de grupo de estudio.

El 92% de las pacientes adolescentes viven en una familia nuclear, solo un pequeño porcentaje del 2% es monoparental.

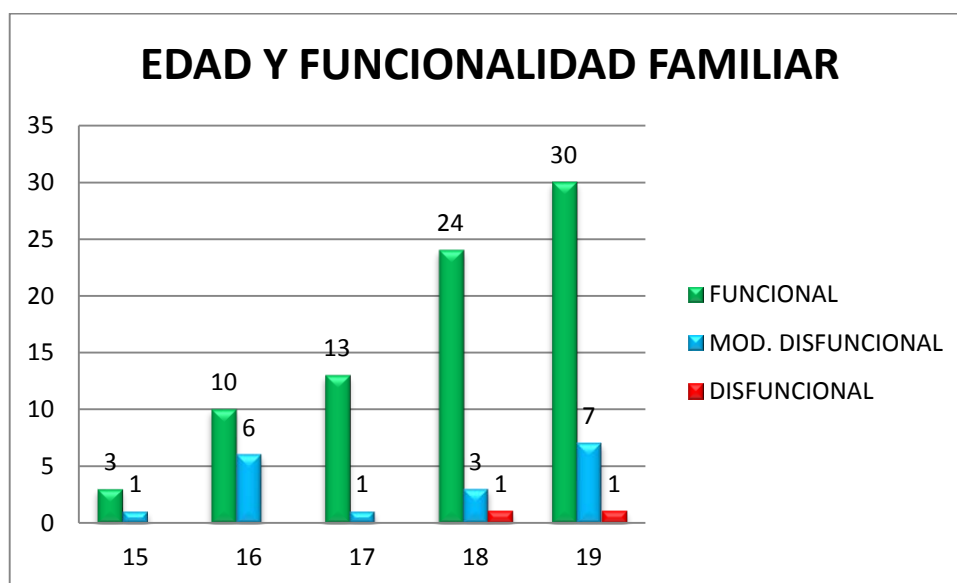
Grafica 8.- Tipo de familia de las pacientes adolescentes.



Encuesta para aplicación de grupo de estudio.

La funcionalidad familiar se presentó en la categoría de moderadamente disfuncional en las edades de 16 y 19 años en un 13%. Solo se presentaron 2 casos de disfuncionalidad familiar en las edades de 18 y 19 años representado esto 2%. El porcentaje mayor del 30% de embarazadas adolescentes con funcionalidad familiar es en la edad de 19 años.

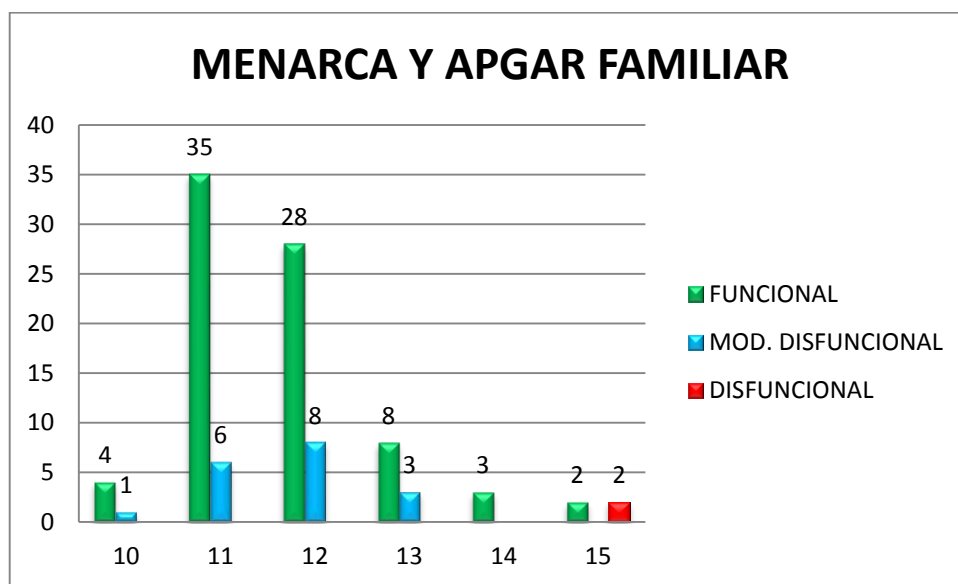
Grafica 9.- Funcionalidad familiar por edad de las adolescentes embarazadas.



Encuesta para aplicación de grupo de estudio.

La asociación de la funcionalidad familiar se presentó en la mayoría de las pacientes de 11 y 12 años, lo mismo que la menarca a los 11 años, seguida de los 12 años, observamos moderada disfuncionalidad familiar en las edades de los 11, 12 y 13 años, solamente se presentó disfuncionalidad familiar en un 2% a los 15 años.

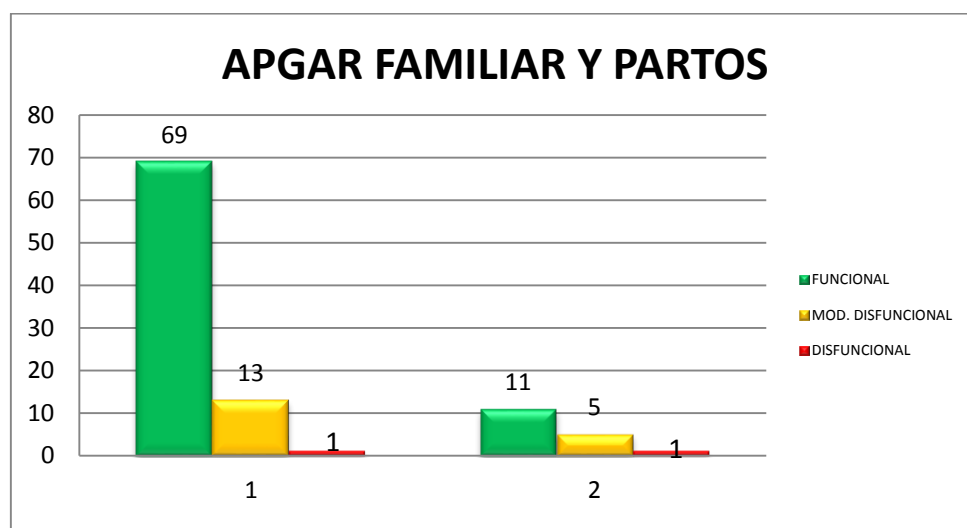
Grafica 10.- Relación del Apgar familiar y la menarca.



Encuesta para la aplicación de grupo de estudio.

La funcionalidad familiar se presentó en el 69% de las adolescentes embarazadas con el primer embarazo, 13 % presento disfunción moderada. En ambos grupos predomino la funcionalidad de las familias, solo el 1% de ambos grupos tienen disfunción familiar.

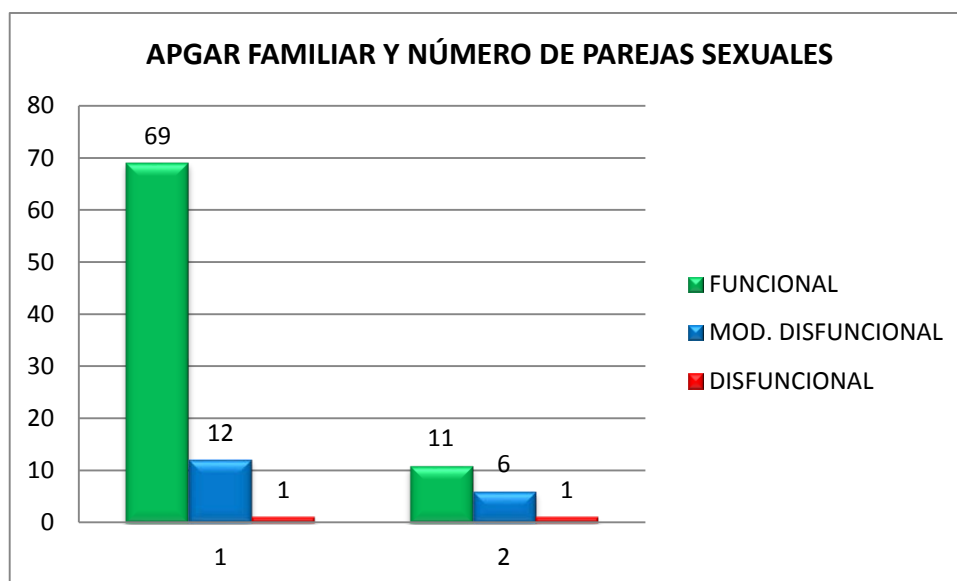
Grafica 11.-Relacion familiar con Apgar familiar



Encuesta para aplicación de grupo de estudio.

En la asociación de la funcionalidad familiar y el número de parejas sexuales, se presentó el 69% de funcionalidad en las embarazadas adolescentes que han tenido una pareja sexual, solamente moderada disfuncionalidad familiar en un 12%, en las pacientes que han tenido dos parejas sexuales, predominó la funcionalidad familiar 11%, y moderadamente disfuncionales 6%, sin embargo la relación de la disfuncionalidad es de casi un 50%.

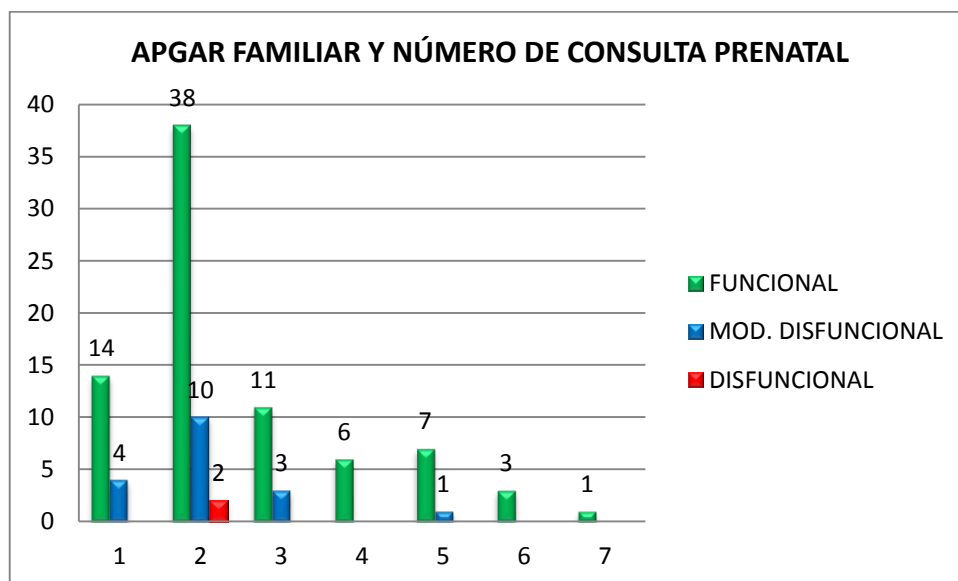
Grafica 12.- Número de parejas sexuales en relación a Apgar familiar



Encuesta para aplicación de grupo de estudio.

Al momento del estudio el 38% de las pacientes adolescentes embarazadas presentaban su segunda consulta prenatal, en relación a la funcionalidad familiar, se presentó el 10% de moderada disfuncionalidad y solo el 2% de disfuncionalidad, un 14% de las pacientes tenían su primera consulta prenatal y un 11% la tercera.

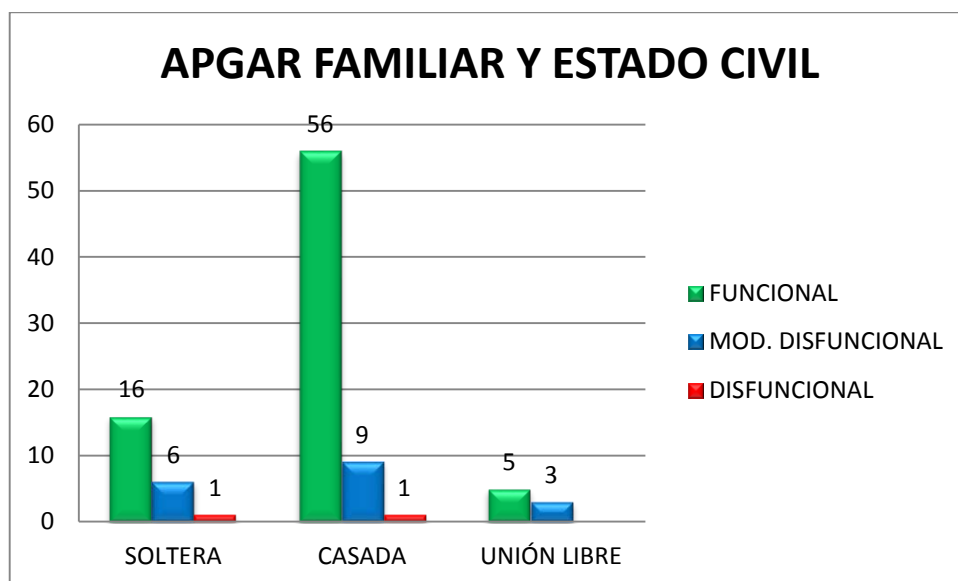
Grafica 13.- Relación Apgar familiar y número de consultas prenatales.



Encuesta para aplicación de grupo de estudio.

La funcionalidad familiar no se ve afectada con relación al estado civil de las adolescentes ya que el 56% de embarazadas presentaron funcionalidad familiar estando casadas y de la disfunción leve 9%.

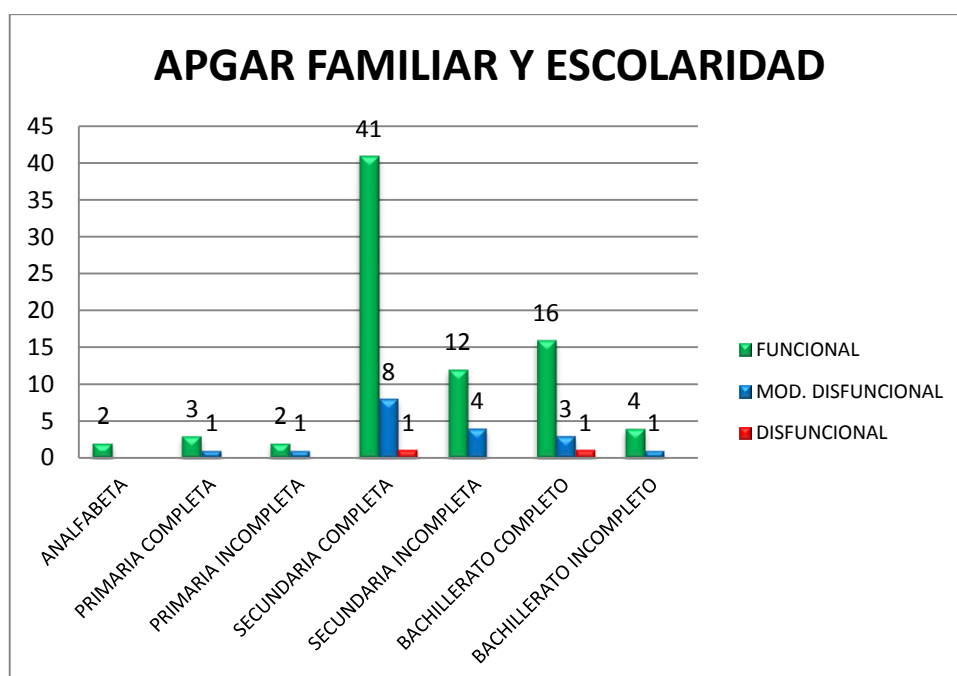
Grafica 13.- Relación Apgar familiar y estado civil.



Encuesta para aplicación de grupo de estudio.

En relación al grado máximo de estudio, fue secundaria terminada, encontrando funcionalidad familiar en el 41% y moderada disfuncionalidad en el 8%, también la mayoría de las adolescentes con bachillerato completo presentaron una funcionalidad familiar con el 3% de moderada disfuncionalidad, en ambos grupos, de secundaria y bachillerato se encontró el 1% de disfuncionalidad familiar.

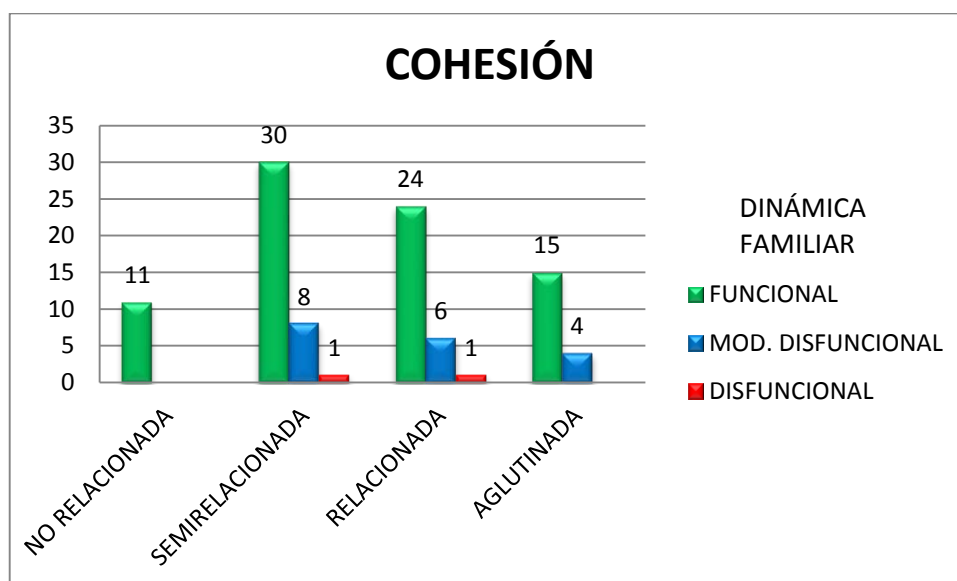
Grafica 14.- Relación Apgar familiar y escolaridad.



Encuesta para aplicación de grupo de estudio.

La relación de la dinámica familiar y la cohesión, se encontró mayor funcionalidad en el rubro de la familia semirelacionada en un 30%, seguida de la familia relacionada y aglutinada con un 24% y 15% respectivamente.

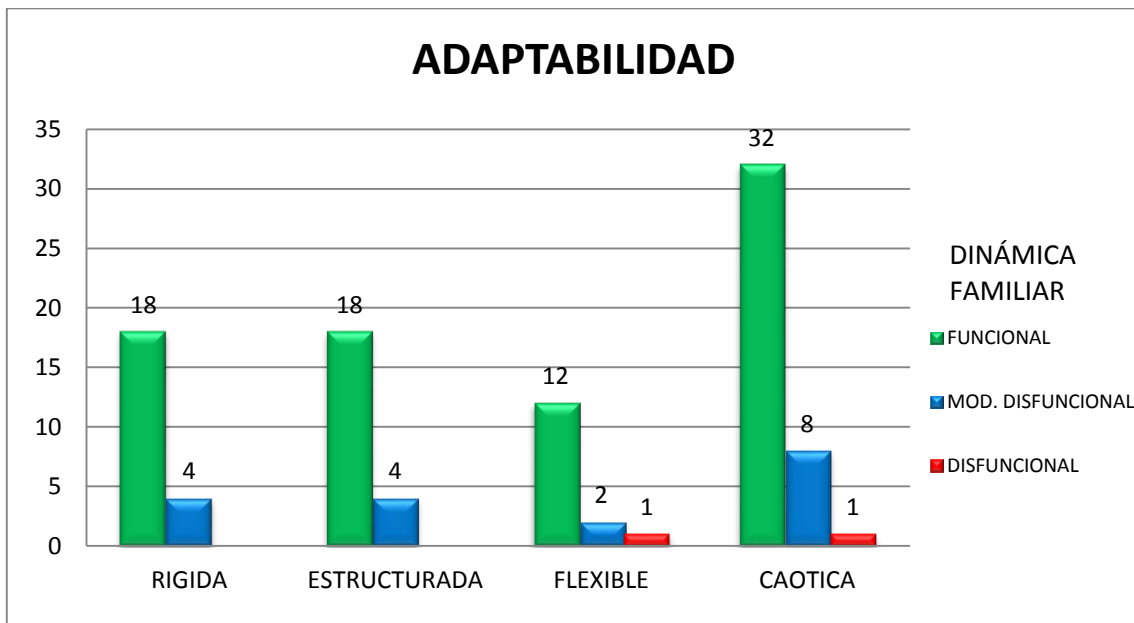
Grafica 15.- Relación de la Cohesión familiar y la funcionalidad familiar.



encuesta para aplicación de grupo de estudio.

Se presentó funcionalidad familiar en todos los rubros de la adaptabilidad, sin embargo predominaron las adolescentes en un 32% en el rubro de familia caótica, con moderada disfunción en un 8% y solo 1% con disfuncionalidad.

Gráfica 16.- Relación de la Adaptabilidad y la dinámica familiar.



Encuesta para aplicación de grupo de estudio.

A continuación se presentan las tablas comparativas entre las diferentes variables independientes asociadas con FACES III.

Tabla No. 2. Variables Socio demográficas Dominio Cohesión (FACES III)

VARIABLE	COHESION				Chi ²	Sig.
	Disgregada N = 11	Semirrelacionada N = 39	Relacionada N = 31	Aglutinada N = 19		
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)		
Edad					11.522	.485
15	-	2(2.0)	1(1.0)	1(1.0)		
16	-	9(9.0)	4(4.0)	3(3.0)		
17	1(1.0)	7(7.0)	6(6.0)	-		
18	4(4.0)	9(9.0)	7(7.0)	8(8.0)		
19	6(6.0)	12(12.0)	13(13.0)	7(7.0)		
Edad					20.473	.155
Menarca	-	1(1.0)	3(3.0)	1(1.0)		
10	3(3.0)	20(20.0)	10(10.0)	8(8.0)		
11	8(8.0)	12(12.0)	8(8.0)	8(8.0)		
12	-	5(5.0)	5(5.0)	1(1.0)		
13	-	-	3(3.0)	-		
14	-	1(1.0)	2(2.0)	1(1.0)		
15						
Edad I.V.S.A.					11.620	.708
13	-	-	1(1.0)	-		
14	-	4(4.0)	1(1.0)	1(1.0)		
15	5(5.0)	18(18.0)	10(10.0)	8(8.0)		
16	4(4.0)	5(5.0)	5(5.0)	5(5.0)		
17	1(1.0)	9(9.0)	9(9.0)	3(3.0)		
18	1(1.0)	3(3.0)	5(5.0)	2(2.0)		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Tabla No. 3.- Variables Socio demográficas Dominio Cohesión (FACES III)

VARIABLE	COHESION				Chi ²	Sig.
	Disgregada N = 11 F (%)	Semirrelacionada N = 39 F (%)	Relacionada N = 31 F (%)	Aglutinada N = 19 F (%)		
Gestas					3.767	.288
1	9(9.0)	31(31.0)	28(28.0)	13(13.0)		
2	2(2.0)	8(8.0)	3(3.0)	6(6.0)		
Partos					6.135	.105
0	10(10.0)	31(31.0)	29(29.0)	13(13.0)		
1	1(1.0)	8(8.0)	2(2.0)	6(6.0)		
Abortos					5.783	.448
0	10(10.0)	38(38.0)	30(30.0)	19(19.0)		
1	1(1.0)	-	1(1.0)	-		
3	-	1(1.0)	-	-		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Tabla No. 4.- Variables Socio demográficas Dominio Cohesión (FACES III)

VARIABLE	COHESION				Chi ²	Sig.
	Disgregada N = 11	Semirrelacionada N = 39	Relacionada N = 31	Aglutinada N = 19		
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)		
No. de parejas Sexuales	9(9.0)	33(33.0)	24(24.0)	16(16.0)	.685	.877
1	2(2.0)	6(6.0)	7(7.0)	3(3.0)		
2						
No. consulta Prenatal	1(1.0)	6(6.0)	6(6.0)	5(5.0)	23.006	.190
1	7(7.0)	24(24.0)	15(15.0)	4(4.0)		
2	3(3.0)	6(6.0)	1(1.0)	4(4.0)		
3	-	2(2.0)	2(2.0)	2(2.0)		
4	-	-	5(5.0)	3(3.0)		
5	-	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)		
6	-	-	1(1.0)	-		
7						

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Tabla No. 5.- Variables Socio demográficas Dominio Cohesión (FACES III)

VARIABLE	COHESION				Chi ²	Sig.
	Disgregada N = 11 F (%)	Semirrelacionada N = 39 F (%)	Relacionada N = 31 F (%)	Aglutinada N = 19 F (%)		
Estado Civil					4.223	.647
Soltero (a)	1(1.0)	10(10.0)	11(11.0)	4(4.0)		
Casado (a)	9(9.0)	27(27.0)	17(17.0)	13(13.0)		
Unión Libre	1(1.0)	2(2.0)	3(3.0)	2(2.0)		
Escolaridad					26.096	.098
Analfabeta	-	2(2.0)	-	-		
Prim. completa	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)		
Prim. incompleta	-	2(2.0)	1(1.0)	-		
Sec. completa	10(10.0)	16(16.0)	12(12.0)	12(12.0)		
Sec. incompleta	-	10(10.0)	4(4.0)	2(2.0)		
Prep. completa	-	3(3.0)	1(1.0)	1(1.0)		
Prep. incompleta	-	5(5.0)	12(12.0)	3(3.0)		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Tabla No. 6.- Variables Socio demográficas Dominio Adaptabilidad (FACES III)

VARIABLE	ADAPTABILIDAD				Chi ²	Sig.
	Rígida N = 22 F (%)	Estructurada N = 22 F (%)	Flexible N = 15 F (%)	Caótica N = 41 F (%)		
Edad					5.569	.936
15	2(2.0)	1(1.0)	-	1(1.0)		
16	5(5.0)	4(4.0)	2(2.0)	5(5.0)		
17	2(2.0)	2(2.0)	2(2.0)	8(8.0)		
18	5(5.0)	6(6.0)	5(5.0)	12(12.0)		
19	8(8.0)	9(9.0)	6(6.0)	15(15.0)		
Edad Inicio					14.038	.523
M.	2(2.0)	2(2.0)	1(1.0)	-		
10	7(7.0)	7(7.0)	7(7.0)	20(20.0)		
11	10(10.0)	8(8.0)	3(3.0)	15(15.0)		
12	2(2.0)	3(3.0)	1(1.0)	5(5.0)		
13	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)	-		
14	-	1(1.0)	2(2.0)	1(1.0)		
15					15.974	.384
Edad I.V.S.A.	-	1(1.0)	-	-		
13	2(2.0)	1(1.0)	1(1.0)	2(2.0)		
14	8(8.0)	6(6.0)	5(5.0)	22(22.0)		
15	7(7.0)	4(4.0)	2(2.0)	6(6.0)		
16	4(4.0)	5(5.0)	4(4.0)	9(9.0)		
17	1(1.0)	5(5.0)	3(3.0)	2(2.0)		
18						

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Tabla No. 7.- Variables Socio demográficas Dominio Adaptabilidad (FACES III)

VARIABLE	ADAPTABILIDAD				Chi ²	Sig.
	Rígida N = 22 F (%)	Estructurada N = 22 F (%)	Flexible N = 15 F (%)	Caótica N = 41 F (%)		
Gestas					3.969	.265
1	17(17.0)	21(21.0)	12(12.0)	31(31.0)		
2	5(5.0)	1(1.0)	3(3.0)	10(10.0)		
Partos					3.209	.361
0	17(17.0)	21(21.0)	12(12.0)	33(33.0)		
1	5(5.0)	1(1.0)	3(3.0)	8(8.0)		
Abortos					4.451	.616
0	22(22.0)	22(22.0)	15(15.0)	38(38.0)		
1	-	-	-	2(2.0)		
3	-	-	-	1(1.0)		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Tabla No. 8.- Variables Socio demográficas Dominio Adaptabilidad (FACES III)

VARIABLE	ADAPTABILIDAD				Chi ²	Sig.
	Rígida N = 22 F (%)	Estructurada N = 22 F (%)	Flexible N = 15 F (%)	Caótica N = 41 F (%)		
No. De parejas Sexuales	17(17.0)	20(20.0)	13(13.0)	32(32.0)	2.171	.538
1	5(5.0)	2(2.0)	2(2.0)	9(9.0)		
2						
No. de consulta Prenatal	6(6.0)	5(5.0)	2(2.0)	5(5.0)	24.613	.136
1	8(8.0)	9(9.0)	7(7.0)	26(26.0)		
2	3(3.0)	1(1.0)	2(2.0)	8(8.0)		
3	2(2.0)	1(1.0)	3(3.0)	-		
4	2(2.0)	3(3.0)	1(1.0)	2(2.0)		
5	1(1.0)	2(2.0)	-	-		
6	-	1(1.0)	-	-		
7						

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Tabla No. 9.- Variables Socio demográficas Dominio Adaptabilidad (FACES III)

VARIABLE	ADAPTABILIDAD				Chi ²	Sig.
	Rígida N = 22 F (%)	Estructurada N = 22 F (%)	Flexible N = 15 F (%)	Caótica N = 41 F (%)		
Estado Civil					5.211	.517
Soltero (a)	8(8.0)	5(5.0)	6(6.0)	7(7.0)		
Casado (a)	12(12.0)	16(16.0)	8(8.0)	30(30.0)		
Unión Libre	2(2.0)	1(1.0)	1(1.0)	4(4.0)		
Escolaridad					24.789	.131
Analfabeta	-	-	1(1.0)	1(1.0)		
Primaria	2(2.0)	-	2(2.0)	-		
Prim. incompleta	-	-	1(1.0)	2(2.0)		
8(8.0)	8(8.0)	10(10.0)	4(4.0)	28(28.0)		
Sec. completa	4(4.0)	4(4.0)	4(4.0)	4(4.0)		
Sec. incompleta	2(2.0)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)		
6(6.0)	6(6.0)	7(7.0)	2(2.0)	5(5.0)		
Prep. completa						
Prep. incompleta						

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Tabla No. 10.- Variables Socio demográficas por APGAR familiar

VARIABLE	Funcional N = 80 F (%)	Moderada Funcional N = 18 F (%)	Disfuncional N = 2 F (%)	Chi ²	Sig.
Edad				7.371	.497
15	3(3.0)	1(1.0)	-		
16	10(10)	6(6.0)	-		
17	13(13.0)	1(1.0)	-		
18	24(24.0)	3(3.0)	1(1.0)		
19	30(30.0)	7(7.0)	1(1.0)		
Edad Inicio				51.254	.000*
M.	4(4.0)	1(1.0)	-		
10	35(35.0)	6(6.0)	-		
11	28(28.0)	8(8.0)	-		
12	8(8.0)	3(3.0)	-		
13	3(3.0)	-	-		
14	2(2.0)	-	2(2.0)		
15				19.985	.029*
Edad Inicio	-	1(1.0)	-		
V.S.	5(5.0)	1(1.0)	-		
13	29(29.0)	12(12.0)	-		
14	18(18.0)	1(1.0)	-		
15	17(17.0)	3(3.0)	-		
16	11(11.0)	-	2(2.0)		
17					
18					

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Tabla No. 11.- Variables Clínicas por APGAR familiar

VARIABLE	Funcional N = 80 F (%)	Moderada Funcional N = 18 F (%)	Disfuncional N = 2 F (%)	<i>Chi</i> ²	<i>Sig.</i>
Gestas				4.483	.106
1	68(68.0)	12(12.0)	1(1.0)		
2	12(12.0)	6(6.0)	1(1.0)		
Partos				3.624	.163
0	69(69.0)	13(13.0)	1(1.0)		
1	69(69.0)	5(5.0)	1(1.0)		
Abortos				6.108	.191
0	79(79.0)	16(16.0)	2(2.0)		
1	1(1.0)	1(1.0)	-		
3	-	1(1.0)	-		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Tabla No. 12.- Variables Socio demográficas por APGAR familiar

VARIABLE	Funcional N = 80 F (%)	Moderada Funcional N = 18 F (%)	Disfuncional N = 2 F (%)	Chi ²	Sig.
No. de parejas sexuales				5.234	.073
1	69(69.0)	12(12.0)	1(1.0)		
2	11(11.0)	6(6.0)	1(1.0)		
No. de Consulta Prenatal				4.986	.958
1	14(14.0)	4(4.0)	-		
2	38(38.0)	10(10.0)	2(2.0)		
3	11(11.0)	3(3.0)	-		
4	6(6.0)	-	-		
5	7(7.0)	1(1.0)	-		
6	3(3.0)	-	-		
7	1(1.0)	-	-		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Tabla No. 13.- Variables Socio demográficas por APGAR familiar

VARIABLE	Funcional N = 80 F (%)	Moderada Funcional N = 18 F (%)	Disfuncional N = 2 F (%)	Chi ²	Sig.
Estado Civil				4.097	.393
Soltera	19(19.0)	6(6.0)	1(1.0)		
Casada	56(56.0)	9(9.0)	1(1.0)		
Unión Libre	5(5.0)	3(3.0)	-		
Escolaridad				3.273	.993
Analfabeta	2(2.0)	-	-		
Prim. completa	3(3.0)	1(1.0)	-		
Prim. incompleta	2(2.0) 41(41.0)	1(1.0) 8(8.0)	- 1(1.0)		
Sec. Completa	12(12.0)	4(4.0)	-		
Sec. Incompleta	4(4.0)	1(1.0)	-		
Bach. incompleto	16(16.0)	3(3.0)	1(1.0)		
Bachi. completo					

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Se realizó análisis de fiabilidad de los instrumentos de evaluación para APGAR familiar y para el instrumento de FACES III.

Tabla No. 14.- Fiabilidad de los Instrumentos APGAR y FACES III

DIMENSION	REACTIVOS	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Método de mitades</i>
APGAR Familiar	1,2,3,4,5	.903	.905
FACES III			
Cohesión	1,3,5,7,9,11,13,15,17,19	.787	.808
Adaptabilidad	2,4,6,8,10,12,14,16,18,20	.853	.890

CONCLUSIONES

No se encontró correlación del embarazo adolescente con la disfunción familiar, al contrario, apreciamos un apoyo de la familia de origen hacia la paciente adolescente embarazada.

La edad media de las embarazadas adolescentes fue a los 17 años seguida de 18 años.

La edad más frecuente de inicio de vida sexual fue a los 15 años, lo que confirma que en nuestra población la vida sexual se inicia a temprana edad, sin embargo es preocupante aunque sea una minoría, que las pacientes de 13 años estén iniciando con su vida sexual.

La menarca en su mayoría es a los 11 seguida de los 12 años, encontramos una correlación con Apgar familiar, aunque la mayoría de las adolescentes presentaron funcionalidad familiar, en las pacientes de 15 años se presentó la disfunción familiar, que puede estar acorde la madurez del adolescente para la toma de decisiones.

Llama la atención que aquellas embarazadas adolescentes que ya tenían un embarazo previo en todas la culminación del evento obstétrico fue parto y solamente se presentó en dos de los casos el antecedente de aborto como complicación de la gestación. De las pacientes con evento obstétrico previo ninguna menciona haber presentado complicación perinatal.

La mayoría de las adolescentes se enlazan en matrimonio, pero es preocupante las adolescentes solteras o en unión libre, ya que no crean un vínculo de responsabilidad con la pareja para la manutención del hijo, teniendo así madres solteras.

El grado máximo de estudios es secundaria completa con un mínimo de adolescentes analfabetas, sin embargo se presentan adolescentes con secundaria y bachillerato truncado.

Se encontró que la familia nuclear predomina en esta muestra con un mínimo de pacientes con familia monoparental.

La correlación de la funcionalidad familiar con la edad, encontramos que las adolescentes tienen una funcionalidad familiar, predominando las pacientes de 19 y 18 años, solo en estas edades se presentaron casos de disfuncionalidad familiar.

La funcionalidad familiar no se afecta en relación al número de parejas sexuales que han tenido las adolescentes entrevistadas.

En relación al número de consultas prenatales no influyen en la funcionalidad familiar, la mayoría de las pacientes tienen la cultura de acudir tempranamente al control prenatal, lo que representa la oportunidad de detectar complicaciones obstétricas en el primer nivel de atención.

En la cohesión de las familias de las adolescentes, todas presentaron una funcionalidad familiar, siendo el mayor número en familia semirelacionada, seguido de la familia relacionada.

En la adaptabilidad de la familia, las adolescentes demostraron funcionalidad familiar, el grupo que predominó fue el de la familia caótica, seguida de la rígida y estructurada.

DISCUSIÓN

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública que se presenta en todos los sistemas de salud. Las adolescentes inician su vida sexual a temprana edad, por lo que debemos de seguir trabajando en la educación sexual de las y los adolescentes, así como informarles sobre la prevención del embarazo a temprana edad, promocionando los métodos de planificación familiar. Cabe mencionar que el embarazo adolescente está considerado como de alto riesgo, lo que implica al menos una valoración por el servicio de ginecología y obstetricia. La complicación obstétrica que encontramos fue la del aborto, sin embargo, diferentes estudios mencionan complicaciones como es la toxemia, la incompetencia ístmica cervical, los abortos, los partos pretermino y las malformaciones congénitas.

También es importante considerar el mayor riesgo de muerte del producto durante el primer año de vida.

En el presente estudio de investigación no se encontró una repercusión en eventos obstétricos previos presentados en este grupo de edad a diferencia de que se conoce por estudios realizados que es un grupo en el que se presenta mayor posibilidad de presentar complicaciones tanto maternas como fetales.

Existe una funcionalidad familiar, lo que no repercute en el rechazo de la adolescente embarazada por su familia de origen, sin embargo, el equipo de salud debe de trabajar con los padres de los adolescentes en materia de educación sexual y continuar con la derivación de los adolescentes al programa Juvenimss.

Continuar con el apoyo de los grupos interdisciplinarios como es medicina preventiva y trabajo social en conjunto con el servicio de medicina familiar, con la finalidad de lograr una mayor sensibilización en este grupo etario.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-OMS-OPS. La familia y la salud. 37a sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. Washington, D.C., EUA, 2003:5.
- 2.-Cerdeña A. Abordaje integral de la salud familiar. Un método para la práctica de medicina familiar.Rev. Mex. Fam. 1990, 3: 76-86.
- 3-Irigoyen A. Nuevos Fundamentos de medicina familiar. 3ra. edición. Editorial Medicina familiar Mexicana. México.2006:187.
- 4.-González E. Psicología del ciclo vital. Editorial CCS. 2da Edición. España. 2002:65-66.
- 5.-Donati Pierpaolo. Sociología de la familia. EUNSA. España 2003: 2-3.
- 6.- Evangelina Aronne. Conceptos, crisis, tipos y terapia. La familia. Córdoba Argentina, 2007:1-5.
- 7.- Anzures R, Chávez V, García M .Instrumento evaluación de la funcionalidad familiar. Medicina Familiar .Corinter 1era edición. México 2008:229
- 8.- González E. Psicología del ciclo vital. Editorial CCS. 2da Edición. España. 2002:65-66.
- 9.-Minuchin Salvador. Modelo familiar.Familias y Terapia Familiar. Buenos Aires, Gedisa. 1986: 3 y 7.
- 10.- López E. Familia y Sociedad. Instituto de ciencias de la familia. EdicionesRialp. España 2000:46.
- 11.-Allan Carlson, «What's Wrong with the United Nations' Definition of "Family"?»TheFamily in America ,1994: 3.
- 12.- La Revilla. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona.EdicioneDoyma. España.2002:3.
- 13.- Irigoyen A. Nuevos Fundamentos de medicina familiar. 3ra. edición. Editorial Medicina familiar Mexicana. México.2006:187.

14. - Jackson DD. The study of the family. *Fam Proc.* 1965; 4: 9. Chagoya L. Dinámica familiar y patología. En: Dulanto E, editor. *La familia medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano.* México, D. F.: Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México; 25-38.
- 15.- Minuchin Salvador, *Terapia Estructural de la Familia, Epilogo* Salvador Minuchin. 16:306-307.
17. -Smilkstein G. The family APGAR. A proposal for a family function test and its use by physicians. *J FamPract.* 1978 6: 1231-9.
- 18.- Bellón JA, Delgado A, Luna-del Castillo J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria.* 1996; 18: 289.
- 19.-Huerta Gonzalez JL. *Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad.* Editorial Alfil *The Famil y Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*, instrumento desarrollado por David H. Olson y col. en 1985:239
- 20.- Pérez, S. Aliño, M. El concepto de adolescencia. *Manual de prácticas clínicas para la Atención Integral a la salud en la Adolescencia.* 1999: 134-140
- 21.- Yvonne Escoto Sainz, Marcela Gonzalez Castro y Col. *Violencia en el noviazgo adolescente.* *Rev inter psic.* 2007; 8:1-10.
- 22 Ruoti A. *Patología obstétrica en la adolescente embarazada.* *Rev SOGIA* 1994; 1:70-2.
- 23 *Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia.* *Perinatol.Reprod. Hum.* 2007; 21:2 100-110.
- 24.-Paula León, MatiasMinassan y Col .*Embarazo en adolescente.* *Rev Ped Elec.* 2008; 5:42-49.
- 25.- Consejo Nacional de Población, 2000

- 26.- Estadística Geografía e Informática. Mujeres y hombres en México: 1997,173.
- 27.- Molina M., Pérez R., Ferrada C., et al. Embarazo en la adolescencia. Rev Ciencia y Salud 1997; 1:25-9.
- 28.- Manrique R., Rivero A., Ortunio M., Rivas M., Cardozo R., Guevara H. Parto pre término en adolescentes. Rev. Obste. GinecolVenezG 2008. 68:3
29. Irma Aida Torres Ferman, Francisco Javier Beltrán Guzmán y Col. La soledad ¿Un mal de nuestros tiempos? Rev Elec Med Salud. 2007; 3:1-23.
- 30.- Díaz Sánchez Vicente. Embarazo de los adolescentes en México. Gac Med Mex. 2003.139:23-27.
- 31.-Organización Mundial de la Salud (OMS). La atención primaria de salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Suiza, 2009.
- 32.- Chávez-Galindo A.M. Estudio de diagnóstico nacional sobre el rezago educativo que presentan las madres jóvenes y las jóvenes embarazadas en relación con la educación básica. CRIM-UNAM. México, 2010.
- 33.- De la Peña-Fernández M.E. Conducta antisocial en adolescentes factores de riesgo y protección. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. 2010: 145-147.
34. - Alan guttmachar institute sexual and Americas Teenangers. New York 1995.
- 35.- Arnold E. Smith T Harrison D Springer D. Adolescentn Knowodge an Belief about Pregnancy. The Impact of Enalbl Adolescence 2000 35:485-98.
- 36.- Ahued J, Lira L. La adolescente embarazada. Un problema de Salud Pública. 2001; 69:300-3.
- 37.- Díaz A, Sanhueza P., Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. Chil obstet ginecol 2002; 67:481-487

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Actividad	Marzo 13	Abril 13	Mayo 13	Junio 13	Julio 13	Agosto 13	Octubre 13	Noviembre	Diciembre	Enero 14	Febrero 14	Marzo 14	Abril 14
Elección del tema- título	♣												
Recolección de información		♣	♣										
Revisión bibliográfica			♣	♣	♣								
Elaboración del marco teórico				♣	♣								
Revisión del proyecto					♣	♣	♣						
Instrumento de medición				♣	♣	♣	♣						
Presentación al comité							♣						
Aplicación de instrumento								♣	♣	♣	♣		
Recopilación de resultados										♣	♣		
Procesamiento y análisis de datos												♣	
Revisión del proyecto con resultados													♣
Presentación													♣

de resultados														
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANEXOS

ANEXO 1.- Consentimiento informado para adultos.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 82. ZAMORA MICHOACAN: CARTA DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO

ZAMORA, Mich. A _____ dé _____ del _____.

Por medio de la presente yo _____.
Acepto participar en el proyecto de investigación titulado **“ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR DE LA FAMILIA DE ORIGEN DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE DE U.M.F. No. 82** “registrado ante el Comité Local de Investigación 1603, con el número _____.

Justificación: Se me ha informado la importancia de conocer la estructura y dinámica familiar de la adolescente embarazada de la unidad para realizar intervenciones en las familias afectadas para alteraciones subsecuentes en este grupo de riesgo.

El objetivo: Determinar la estructura de la dinámica de la familia de origen en la embarazada adolescente.

Procedimientos: Se realizará cuestionario que evalúa la función familiar y de aspectos generales de la paciente. Que se realiza con un tiempo aproximado de 10 minutos y se realizara al término de la consulta o durante las pláticas de grupos integrados a trabajo social.

Las molestias que se pueden presentar son incomodidad es contestar algunas preguntas de la intimidad de mi familia.

Posibles beneficios: Integración al grupo de terapia familiar si es necesario, mayor interacción entre los miembros de la familia.

Se me explico que se me informará de forma oportuna, clara y precisa los resultados obtenidos en este estudio.

Participación o retiro: He sido informado que puedo Retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

Privacidad y confidencialidad: Se me ha informado y se me ha asegurado que la información que yo aporte es confidencial, se usara solamente para reportes científicos en los cuales no se me identificara de ninguna manera.

Por todo lo anterior declaro que acepto participar en estudio y puedo Retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme a:
Investigador responsable: Dra. Nora Edith Flores Maciel. Tel: 3511210235
Investigador asociado: Dr. Eduardo Alberto Ung Medina Tel: 4433182074
Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud No. 1603. En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podré dirigirme con el Secretario Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud N° 1603 al teléfono 452 52 437 31. O bien a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

Investigador Responsable

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma

ANEXO 2.- Consentimiento informado para menores de edad.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 82. ZAMORA MICHOACAN: CARTA DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO

(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)

ZAMORA, Mich. A _____ dé _____ del _____.

Por medio de la presente yo _____.

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado “**ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR DE LA FAMILIA DE ORIGEN DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE DE U.M.F. No. 82** “registrado ante el Comité Local de Investigación 1603, con el número _____.

Justificación: Se me ha informado la importancia de conocer la estructura y dinámica familiar de la adolescente embarazada de la unidad para realizar intervenciones en las familias afectadas para alteraciones subsecuentes en este grupo de riesgo.

El objetivo: Determinar la estructura de la dinámica de la familia de origen en la embarazada adolescente.

Procedimientos: Se realizará cuestionario que evalúa la función familiar y de aspectos generales de la paciente

Las molestias que se pueden presentar son incomodidad es contestar algunas preguntas de la intimidad de mi familia.

Posibles beneficios: No se realizará ningún pago por su participación en este estudio se identificarán problemas de la estructura y dinámica familiar para su Integración a grupos de terapia familiar se es necesario y mayor interacción en

caso necesario.

Se me explico que se me informará de forma oportuna, clara y precisa los resultados obtenidos en este estudio.

Participación o retiro: He sido informado que puedo Retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

Privacidad y confidencialidad: Se me ha informado y se me ha asegurado que la información que yo aporte es confidencial, se usara solamente para reportes científicos en los cuales no se me identificara de ninguna manera.

Por todo lo anterior declaro que acepto participar en estudio y puedo Retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme a:
Investigador responsable: Dra. Nora Edith Flores Maciel. Tel: 3511210235
Investigador asociado: Dr. Eduardo Alberto Ung Medina Tel: 4433182074
Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud No. 1603. En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podré dirigirme con el Secretario Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud N° 1603 al teléfono 452 52 437 31. O bien a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

Investigador Responsable

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma

ANEXO 3.- Cuestionarios de datos personales

ESTUDIO DE INVESTIGACION DE FAMILIA DE ORIGEN CUESTIONARIO DE ASPECTOS SOCIOCULTORALES

Nombre: _____ Número de afiliación: _____

Edad ____ Peso en Kg. ____ Talla: _____ Menarquia __ IVSA _____

Gesta ____ Partos ____ Abortos ____ Cesáreas ____ Fecha ultima menstruación _____ No. De parejas sexuales _____ No. de consulta prenatal _____

Estado civil: Soltera ____ Casada ____ Unión libre ____
Viuda ____ Divorciada ____ Separada _____

Escolaridad: a) sin escolaridad b) primaria completa c) primaria incompleta
d) secundaria completa e) secundaria incompleta f) bachillerato completo
g) bachillerato incompleto.

Nombre de la escuela: _____

Ocupación de la embarazada adolescente (excepto estudiantes): _____

Ocupación de la pareja _____

ANEXO 4

La Escala de Evaluación y Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (FACESIII)

Aplicación

Este cuestionario se aplicara a personas mayores de 10 años que sean miembros de familia con hijos que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (de 1 a 5), considerando cada aseveración con relación a su familia. Se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería reaccionar. El encuestado se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona entrevistada lo haga por sí misma. No obstante, podrá aclarar las dudas que surjan con relación al significado de palabras o aseveraciones, evitando sugerir respuestas.

A continuación se expone un ejemplo de aplicación de esta escala:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

Describe a su familia

__ 1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

__ 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

___ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

___ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

___ 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

___ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

___ 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la nuestra familia

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

___ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

___ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

___ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

___ 11. Nos sentimos muy unidos

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

__ 12. En nuestra familia los hijos tomas las decisiones

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

__ 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

__ 14. En nuestra familia las reglas cambian

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

__ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

__ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

__ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

__ 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

__ 19. La unión familiar es muy importante

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

__ 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
-

CLASIFICACION

La clasificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes de los ítems pares y la de adaptabilidad de los ítems pares, calificándolas según la siguiente tabla:

		↓ Cohesión ↑			
		Disgregada 10 a 34	Semirrelacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
→	Caótica 29 a 50	Caóticamente Disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	Flexible 25 a 28	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	Estructurada 20 a 24	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente Semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada
	Rígida 10 a 19	Rígidamente Disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente Relacionada	Rígidamente Aglutinada

En esta tabla los espacios en gris obscuro se toman como familias con disfunción grave, los espacios en gris claros como disfunción leve y los espacios en blanco como familias funcionales.

ANEXO 5.- Apgar Familiar

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Nombre: _____

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
	0	1	2
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo (a) quiere?			

Análisis:

Puntaje Total: _____

Familias altamente funcionales : 7 a 10 puntos
Familias moderadamente funcionales: 4 a 6 puntos
Familias severamente disfuncionales: 0 a 3 puntos

ANEXO 6.- Formato de riesgo obstétrico

RIESGO OBSTETRICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
 DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

VIGILANCIA PRENATAL
RIESGO REPRODUCTIVO Y RIESGO OBSTETRICO

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		AFOREADO	

NOMBRE DE LA PACIENTE			
PATERNO		MATERNO	NOMBRE(S)
CURP: _____			
UNIDAD DE ADSCRIPCION		CONSULTORIO	TURNO

A N T E C E D E N T E S	1. EDAD (EN AÑOS) _____	7. GESTA _____	12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS
	20 A 29 [0]	2 A 4 [0]	NINGUNO [0]
	15 A 19 [1]	PRIMOGETA [1]	PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA [4]
	30 A 34 [1]	MAS DE 4 [4]	POLIHI DRAMNIOS [4]
	MEIOS 15 O MAS DE 34 [4]	8. PARA _____	BAJORA DO 2do. TRIMESTRE [4]
	2. PESO HABITUAL (KILOS) _____	8. ABORTOS _____	PARTO PRE-TERMINO [4]
	50 O MAS [0]	0 A 1 [0]	BAJO PESO AL NACER MENOS DE 3000 g [4]
	MEIOS DE 50 [1]	2 [2]	MALFORMACION CONGENITA [4]
	3. TALLA (CENTIMETROS) _____	3 O MAS [4]	MUERT E FETAL TARDA [4]
	150 O MAS [0]	10. CESAREA No. _____	MACROBOMIA MAS DE 4,000 g [4]
MEIOS DE 150 [1]	NO [0]	CI RUGIA PELVICO UT ERINA [4]	
4. ESCOLARIDAD MATERNA	SI [4]	OTROS _____ [1]	
SECUNDARIA O MAS [0]	11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EMBARAZO ACTUAL _____	13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	
PRIMARIA O MENOS [5]	25 A 60 MESES [0]	NINGUNO [0]	
5. F.U.M.	MEIOS DE 25 MESES [5]	HIPERTENSION ARTERIAL [4]	
_____	MAS DE 60 MESES [5]	DIABETES MELLITUS [4]	
_____	EL ULTIMO EMBARAZO:	CARDIOPATIA [4]	
6. F.P.P.	¿ FUE DET ERMINO? [SI] [NO] [ABORTO]	OTRA ENFERMEDAD CRONICA, VO B B B GRAVE [4]	
_____	¿ EL PARTO FUE NORMAL? [SI] [NO] [CEBSAREA]	TABACUISMO _____	
VIDA SEXUAL ACTIVA [SI] [NO]	¿ RIBO MORTALIDAD PERINATAL? [SI] [NO]	NEGATIVO O MENOS DE 10 CIGARROS [0]	
NUMERO DE HIJOS VIVOS _____		10 O MAS CIGARROS [1]	
	VALIDACION RIESGO REPRODUCTIVO _____	ALCOHOLISMO [SI] [NO]	
	FECHA DE LA VALIDACION: _____	OTRA TONICOMANIA [SI] [NO]	

Palabras claves:

Estructura

Dinámica familiar

Embarazo en adolescente

Apgar familiar

Faces III

Riesgo obstétrico.