



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80**

**“TIPOS DE COMUNICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.”**

TÉSIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

**GERARDO ANTONIO GUTIÉRREZ CALDERÓN
MATRÍCULA 98179778 CURP GUCG830517HMNTLR08**

DIRECTOR DE TESIS

**DRA, PAULA CHACÓN VALLADARES
MEDICO FAMILIAR, PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD DE MED.
FAMILIAR UMF 80.**

ASESORA DE TESIS

**MTRA. ESTHER GABRIELA KANAN CEDEÑO
PROFESORA TITULAR DE LA ASIGNATURA:
FAMILIA, RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR, UMF. 80.**

CO- ASESORA

**DRA, WENDY LEA CHACÓN PIZANO
COORDINADORA AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN MICHOACÁN**

ASESOR ESTADÍSTICO

**MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MICHOACÁN**

NÚMERO DE REGISTRO ANTE EL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN: R-2016-1603-54

MORELIA MICHOACÁN, MÉXICO FEBRERO 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80**

**TIPOS DE COMUNICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

**GERARDO ANTONIO GUTIÉRREZ CALDERÓN
MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO
MATRÍCULA 98179778
CURP GUCG830517HMNTLR08
gerardogutierrezmd@hotmail.com *Cel. 4431706201***

TUTORA

**MTRA. ESTHER GABRIELA KANAN CEDEÑO
PROFESORA TITULAR DE LA ASIGNATURA:
FAMILIA, RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR, UMF. 80.
gabyk28@msn.com *Cel. 4432273649***

CO- TUTORA

**DRA, WENDY LEA CHACÓN PIZANO
COORDINADORA AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN MICHOACÁN MATRÍCULA 99175443
wendy.chacon@imss.gob.mx *Cel. 4433949243***

ASESOR ESTADÍSTICO

**MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO
ANALISTA COORDINADOR "A"
MAT. 3211878, CIBIMI-IMSS
carlos.gomezal@imss.gob.mx *Cel. 4431064756***

NÚMERO DE REGISTRO ANTE EL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN: **R-2016-1603-54**

MORELIA MICHOACÁN, MÉXICO FEBRERO 2019.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80**

Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui

Coordinador de Planeación y Enlace Interinstitucional

Dr. Cleto Álvarez Aguilar

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Sergio Martínez Jiménez

Director médico de la Unidad de Medicina Familiar No. 80

Dr. Gerardo Muñoz Cortés

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. Paula Chacón Valladares

Profesora titular de la Residencia de Medicina Familiar

Dra. Carol Miriam Santoyo Macías

Profesora adjunta de la Residencia de Medicina Familiar



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80**

Dr. Juan José Mazón Ramírez

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

U.N.A.M.

Dr. Geovani López Ortiz

Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

U.N.A.M.

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de Docencia de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la vida, que misteriosamente me ha bendecido enormemente y en múltiples maneras.

Agradezco a mis padres Choncho y Choncha por el don de la vida, y el amarme como sólo ellos y a su manera, me han amado.

Agradezco a mi amada esposa Selene, por ser mi mitad.

Agradezco a mis hijos Luisge y Antio que han venido a transformar mi vida desde el momento en que nacieron.

Agradezco a mis hermanos y hermanas: Verónica (+) quien me quiso y consintió como hijo suyo, Jesús, Juan, Tenchy (+), Melen, Mayte y Rosa, quienes fueron imprescindibles en el primer laboratorio social, mi subsistema filial.

En general agradezco a la institución más noble en el área de la salud, para desempeñar la práctica médica, al IMSS y específicamente a la UMF 80.

Agradezco a los doctores de la coordinación de enseñanza e investigación en salud de la UMF 80. Dr. Gerardo Muñoz, Dra. Paula Chacón y Dr. Jorge Pérez.

Agradezco a mis asesoras Dra. Wendy, Mtra. Gaby quienes, pese a sus ocupaciones, siempre con una sonrisa se hicieron un espacio para trabajar en esta tesis.

Agradezco a mi asesor estadístico Mat. Carlitos, por quien además de ser un asesor y transmitir su conocimiento en los números, siempre está abierto a compartir su amistad y experiencia de vida.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mis padres Chonca y Choncho, quienes siempre me inculcaron no ser un médico más.

A Selene mi esposa, que hace que Yo quiera ser mejor cada día.

A mis hijos Luisge y Antio a quienes les he robado del tiempo que se merecen, para especializarme.

INDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
ABREVIATURAS.....	3
GLOSARIO.....	4
RELACIÓN DE GRÁFICAS Y TABLAS.....	5
INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO	7
JUSTIFICACIÓN.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
OBJETIVOS.....	18
HIPÓTESIS.....	18
MATERIAL Y MÉTODOS.	18
ASPECTOS ÉTICOS	26
RESULTADOS	28
DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES.....	39
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	41
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS.....	47
ANEXO 1 Consentimiento informado. (Asentimineto para menores de edad).....	47
ANEXO 2 Consentimiento informado.....	51
ANEXO 3 Cuestionario de Comunicación Familiar (C.A.-M//C.A.-P)	55
Anexo 4 Hoja de recolección de datos.....	58
Anexo 5 Hoja de Identificación de Participantes	59
Anexo 5 Hoja de registro ante CLEIS.....	60

RESUMEN

**TIPOS DE COMUNICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.**

**GUTIÉRREZ C. GERARDO A, KANAN C. ESTHER G. CHACÓN P. WENDY L,
GÓMEZ A. CARLOS**

Introducción La adolescencia etapa cambios físicos, emocionales y sociales, define el destino que tomará la vida, y mucho influye la comunicación con los padres para comunicarse entre pares, fuera de la familia, la adquisición de adicciones y el evitar conductas de riesgo en la etapa adolescente. **Objetivo:** Identificar el tipo de comunicación prevalente entre la embarazada adolescente y sus padres. **Hipótesis:** Las embarazadas adolescentes de entre los 11 y 19 años, de la UMF 80, tienen una comunicación crítica o negativa con sus padres. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Participaron 60 adolescentes embarazadas, que firmaron consentimiento o asentimiento informado y que respondieron la prueba de comunicación entre padres y adolescentes. **Población:** Adolescentes embarazadas entre los 11 y 19 años de edad. **Resultados:** En el 75%, prevalece una comunicación eficaz con la madre y en el 65.5 % prevalece una comunicación eficaz con el padre. La comunicación crítica con la madre fue del 23.3%, y la comunicación negativa un 1.6%. La comunicación crítica con el padre fue del 29.9% y la negativa un 8.3%. El 5% no contaba con figura paterna. **Conclusión:** La hipótesis no fue aceptada, porque predominó la comunicación eficaz. El tipo de comunicación crítica y evitativa ocuparon el segundo y tercer lugar respectivamente y no el primero y segundo respectivamente como se estimaba en la hipótesis. La comunicación entre las adolescentes entrevistadas y sus padres no fue un factor asociado para que se haya presentado el embarazo.

Palabras clave: embarazo adolescente, comunicación eficaz, comunicación crítica, comunicación evitativa.

ABSTRACT

TYPES OF FAMILY COMMUNICATION IN PREGNANT ADOLESCENTS IN A FAMILY MEDICINE UNIT.

GUTIÉRREZ C. GERARDO A, KANAN C. ESTHER G. CHACÓN P. WENDY L, GÓMEZ A. CARLOS.

Introduction: Adolescence stage physical, emotional and social changes, defines the destiny that life will take, and much influences the communication with parents when communicating among peers, outside of the family, the acquisition of addictions and the avoidance of risk behaviors in the adolescent stage. **Objective:** To identify the type of communication prevalent between the pregnant adolescent and her parents. **Hypothesis:** Pregnant teenagers between 11 and 19 years old, from UMF 80, have a critical or negative communication with their parents. **Material and methods:** Observational, descriptive, cross-sectional and prospective study. 60 pregnant adolescents participated, who signed informed consent or assent and who answered the communication test between parents and adolescents. **Population:** Pregnant adolescents between 11 and 19 years of age. **Results:** In 75%, effective communication prevails with the mother and in 65.5% an effective communication with her father prevails. Critical communication with the mother in 23.3%, and negative communication in 1.6%. Critical communication with the father was 29.9% and negative communication 8.3%. 5% did not have a father figure. **Conclusion:** The hypothesis was not accepted, because effective communication prevailed. The type of critical and avoidance communication occupied the second and third place respectively and not the first and second respectively as estimated in the hypothesis. Communication between the adolescents interviewed and their parents was not an associated factor in the pregnancy.

Key words: adolescent pregnancy, effective communication, critical communication, avoidance communication.

ABREVIATURAS

UMF:	Unidad de medicina familiar 80.
OMS:	Organización Mundial de la salud.
OPS:	Organización panamericana de la salud.
VIH:	Virus de la inmunodeficiencia humana
ENADID:	Encuesta Nacional de la Dinámica demográfica,
PACS:	Parent- adolescent communication scale.
CONAPO:	Consejo nacional de población.
IMSS:	Instituto Mexicano del seguro Social.
ENSANUT:	Encuesta nacional de salud y nutrición.

GLOSARIO

Etnopsicología: Rama de la psicología que combina los métodos de esta ciencia con los de la antropología cultural para estudiar las características psicológicas colectivas de los grupos y de las sociedades humanas.

Self: El acto, la interacción social, de los objetos y la acción conjunta; Llamada así desde La Teoría del "Self" Social de Mead. Identidad psicológica de un individuo, pueblo o nación.

Machismo: Actitud o manera de pensar de quien sostiene que el hombre es por naturaleza superior a la mujer.

Adolescencia: Periodo de la vida que comprende desde los 10 a los 19 años, y se divide en adolescencia temprana desde los 10 a los 14 años y adolescencia tardía de los 15 a los 19 años.

Incidencia: Número de casos nuevos de una enfermedad o de veces que ha aparecido un caso durante un periodo determinado.

Prevalencia: a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Riesgo: Posibilidad de que se produzca un contratiempo o una desgracia, de que alguien o algo sufra perjuicio o daño.

RELACIÓN DE GRÁFICAS Y TABLAS

- Tabla 1.1** Fórmula para cálculo de muestra en una población finita. Realizada por la New York State Division of Housing.
- Tabla 1.2** Operalización de las Variables.
- Tabla 1.3** Contingencia de comunicación entre adolescentes embarazadas y sus padres.
- Tabla 1.4** Apertura en la comunicación con la madre, con respecto a la etapa de la adolescencia de las participantes.
- Tabla 1.5** Apertura en la comunicación con el padre, con respecto a la etapa de la adolescencia de las participantes.
- Tabla 1.6** Antecedente de embarazo en la adolescencia y apertura en la comunicación con la madre.
- Tabla 1.7** Persona o personas con quien vive la paciente y la comunicación eficaz con la madre.

GRÁFICAS

- Gráfica 1.1** Tipos de comunicación encontrados entre las adolescentes y sus madres.
- Gráfica 1.2** Tipos de comunicación encontrados entre las adolescentes y sus padres.
- Gráfica 1.3** La apertura en la comunicación la madre y la razón para embarazarse.

INTRODUCCIÓN

En general se considera que los adolescentes (entre los 10 a 19 años) son un grupo de edad sano. Sin embargo, muchos mueren de manera prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, enfermedades prevenibles o tratables y complicaciones relacionadas con el embarazo. Muchos tienen problemas de salud o discapacidades, además de que un sin número de enfermedades graves de la edad adulta se gestan en la adolescencia. Por ejemplo: el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual (entre ellas el VIH) y los malos hábitos alimentarios y de actividad física, a menudo son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida. ¹

Cerca de 16 millones de mujeres adolescentes entre los 15 y 19 dan a luz cada año y aproximadamente el 11% de todos los bebés nacidos en el mundo son de madres adolescentes; el 95% de ellos ocurren en los países en vías de desarrollo (por ejemplo, México). Para algunas madres jóvenes el embarazo y el parto son algo previsto y deseado (de acuerdo a sus usos y costumbres), pero, para muchas otras, no; y son varios los factores que contribuyen a esa situación.

Las adolescentes pueden estar bajo presión para casarse y tener hijos en forma temprana, o pueden tener perspectivas educativas o de trabajo muy limitadas. Algunas no saben cómo evitar un embarazo u obtener anticonceptivos, otras pueden no ser capaces de rehusar relaciones sexuales no deseadas o de resistir sexo bajo coacción. Las que se embarazan tienen menos probabilidades que las adultas, de obtener abortos legales y seguros; también tienen menos oportunidades que las adultas de acceder a cuidados calificados prenatales, del parto y del post-parto. En países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones del embarazo y del parto son las causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años; y en el 2008, hubo un estimado de tres millones de abortos inseguros entre las adolescentes de este grupo etario.²

Agregar contexto de la GPC.

MARCO TEÓRICO

Adolescencia

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período que abarca entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud (que va desde los 10 y los 24 años). La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 13 años. La adolescencia media comprende de los 14 a 16 años y la tardía se extiende, de los 17 hasta los 19 años. La adolescencia es principalmente una época de cambios; es la etapa que marca el proceso de transformación del niño al adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños; es una etapa de descubrimiento de la propia identidad (física, psicológica, sexual, social, etc.) así como la de autonomía individual.²

En el aspecto emocional, la llegada de la adolescencia significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor. En esta etapa el adolescente inicia a hacer uso de su autonomía y comienza a elegir a sus amigos y a las personas con quienes se va a acompañar, (hasta el momento no ha elegido a sus seres queridos). Al nacer conoció a sus padres y tal vez a algunos hermanos y el resto de sus familiares; después, de alguna manera, sus padres fueron guiándolo a elegir sus compañeros de clase y amigos. Pero al llegar a la adolescencia, puede hacer uso de cierta capacidad de elección para poner en marcha uno de los mecanismos más significativos de esta etapa, la discriminación de afectos, a través del establecimiento de diferencias en el tipo y la profundidad de sentimientos lo que le permitirá la personalización de sus afectos.²

El embarazo

El embarazo es el período fisiológico que involucra cambios anatómicos y fisiológicos que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, ya sea vaginal o abdominal, este hecho condiciona cambios a toda la economía del organismo, involucrando a todos los aparatos y sistemas, estos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer están encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, lo que tiene como consecuencia características propias del embarazo como es la interrupción obvia de los ciclos menstruales, el aumento del tamaño de las mamas, que ocasionalmente se acompaña de mastalgia y secreción por los pezones como preparación a la lactancia, fenómeno fisiológico que permanecerá durante el tiempo que se prolongue la alimentación al seno materno del recién nacido; otro fenómeno de por más característico del embarazo es el aumento de volumen de la cavidad abdominal dado por el crecimiento uterino que se correlaciona por la ganancia de peso y crecimiento del producto, así como por la retención de líquidos que a menudo se presenta por la obstrucción vascular en la región abdominal y pélvica.³

La comunicación

La comunicación es el acto por el cual un individuo establece con otro, un contacto que le permite transmitir información. En la comunicación intervienen diversos elementos que pueden facilitar o dificultar el proceso. Consta de Emisor: La persona que emite un mensaje. Receptor: La persona que recibe el mensaje. Mensaje: Contenido de la información que se envía. Canal: Medio por el que se envía el mensaje. Código: Signos y reglas empleadas para enviar el mensaje. Contexto: Situación en la que se produce la comunicación. La comunicación eficaz entre dos personas se produce cuando el receptor interpreta el mensaje en el sentido que pretende el emisor.

Las formas de comunicación humana pueden agruparse en dos grandes categorías: la comunicación verbal y la comunicación no verbal: La comunicación verbal se refiere a las palabras que utilizamos y a las inflexiones de nuestra voz (tono de voz). La comunicación no verbal hace referencia a un gran número de canales, entre los que se podrían citar como los más importantes el contacto visual, los gestos faciales, los movimientos de brazos y manos o la postura y la distancia corporal.

Pese a la importancia que se le suele atribuir a la comunicación verbal, entre el 65 y 80 % del total de la comunicación entre los individuos, se realiza a través de canales no verbales. Para comunicarse eficazmente, los mensajes verbales y no verbales deben coincidir entre sí. Muchas dificultades en la comunicación se producen cuando las palabras se contradicen con la conducta no verbal.⁴

La comunicación entre padres y adolescentes.

Si bien la mayoría de los jóvenes atraviesa la etapa de la adolescencia sin experimentar problemas graves o duraderos, se trata de un período de la vida de particular vulnerabilidad hacia el riesgo. La transición que implica esta etapa del ciclo vital, afecta a todo el sistema familiar y cobra real importancia el grado en que logren o no, el equilibrarse a las demandas y recursos disponibles. La evidencia generada por la investigación psicológica, permite concluir que la comunicación con los padres es un poderoso factor protector para los adolescentes frente a conductas de riesgo como la deserción escolar, la violencia, el inicio temprano de la vida sexual aunado al no uso de preservativo y a su vez el embarazo adolescente; se ha señalado que los adolescentes que son más alentados por los padres a la expresión de necesidades y aspiraciones personales, tienen mayor tendencia a volcarse a ellos para ser guiados y apoyados. Y así pueden resistir mejor la presión de los pares y permite el desarrollo de un autoconcepto positivo.^{5,6}

La comunicación abierta con los padres es definida como la existencia de un intercambio fluido de información, tanto instrumental como emocional, así como el mutuo entendimiento y la satisfacción experimentada en la interacción.

Los problemas en la comunicación padres- adolescentes, constituyen un patrón caracterizado por la resistencia a compartir, estilos de interacción negativos, manifestados por selectividad y cautela en el contenido de lo que se comparte. Estos dos aspectos son relativamente independientes y muestran estar vinculados tanto con los logros como con las conductas riesgosas en las que pueden verse involucrados los adolescentes.⁷

Frecuentemente para los adultos, la comunicación con los adolescentes es hostil o bien nula; los adolescentes también perciben que es difícil comunicarse con los adultos. Sin embargo, cuando esos adultos son los padres, relatan un mayor número de situaciones positivas que negativas en su experiencia comunicativa.⁷

A su vez las relaciones conflictivas con los padres pueden actuar como factor de riesgo, ya que, se ha observado que la pobre comunicación padres-adolescente y la ausencia de confidente familiar está asociada a auto-castigo y a altos montos de ansiedad en el adolescente; lo que frecuentemente llega a asociarse a depresión y desajuste escolar el cual, y que, a su vez, influye en la salud mental y conducta violenta del adolescente.⁵

Las dificultades respecto a la comunicación, ponen en evidencia la necesidad de indagar más detenidamente a partir de una perspectiva etnopsicológica. Ya que llama la atención la escasez de trabajos que valoren la opinión de los propios actores sociales respecto de la comunicación familiar en Latinoamérica. Así, es fundamental conocer la percepción de los adolescentes respecto de la comunicación con sus padres. La metodología cualitativa brinda la oportunidad de indagar las percepciones y experiencias de los grupos humanos sin restringir a los actores a las categorías preconcebidas.⁷

Factores psicosociales y la conducta sexual.

Hay varios predictores de comienzo de la actividad sexual durante la adolescencia temprana: desarrollo puberal, historia de abuso sexual, pobreza, falta de atención y cuidado por parte de los padres, patrones culturales y familiares caóticos, historia de iniciación sexual temprana, analfabetismo, falta de metas profesionales o laborales, abuso de sustancias, pobre desempeño escolar o abandono de los estudios. Los factores asociados con un retraso en el inicio de la actividad sexual son: vivir con ambos padres en un ambiente familiar estable, asistencia regular a lugares de culto, buen ingreso económico familiar, supervisión de los padres, buena conexión entre padres e hijos, y el establecimiento de metas.

La observación clínica indica que la relación sexual precoz ocurre frecuentemente en comunidades campesinas, algunas zonas suburbanas y en las clases sociales bajas de las grandes ciudades. El aumento de la población juvenil sexualmente activa no se ha acompañado de un incremento proporcional de contracepción. La edad media en que se contrae matrimonio es un indicador de las opciones al alcance de las mujeres: cuando pueden elegir, muchas mujeres retrasan el matrimonio para estudiar y/o buscar empleo. Esta orientación al cumplimiento de metas es un factor que favorece un inicio más tardío de la actividad sexual y de la maternidad.⁸

Un mal funcionamiento familiar predispone a una actividad sexual prematura y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto.

Como factores de riesgo asociados a la familia, se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres. Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual.

En la adolescencia media, el egocentrismo propio de la etapa les hace asumir a ellas que “eso no les va a pasar”. La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.⁹

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. El ‘machismo’ y la necesidad del varón de probarse, así como la existencia de carencias afectivas y necesidades no satisfechas, son factores del comportamiento que también contribuyen al fenómeno.⁸

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tienen mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y de acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo. Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que, en el pasado, limitaban la actividad sexual. Muchas veces, de hecho, promueven la actividad sexual temprana. La pérdida de patrones o valores religiosos tradicionales es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad.¹⁰

Consecuencias de la fecundidad en adolescentes

El embarazo a edades tempranas generalmente es un problema con consecuencias graves para las madres, los padres adolescentes y para sus hijos e hijas. Se le considera un problema de salud pública, ya que afecta negativamente en la salud de los involucrados; es un problema educativo porque provoca deserción escolar o bajo rendimiento académico; es económico porque posibilita mano de obra barata y condiciona los ingresos futuros, el acceso a oportunidades laborales especializadas, de calidad y el desarrollo humano sustentable y es, en todo caso un problema de atención al ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ser madre y padre adolescente suele desencadenar, sin distinciones socio–económicas, condiciones de vulnerabilidad para este sector, que suelen asociarse a: falta de preparación educativa en el tema de salud sexual y reproductiva, a la probable deserción escolar, la adopción de papeles de género tradicionales, así como a la reducción de vivencias que se generan en la población en este periodo del desarrollo humano considerando su ámbito socio–cultural. Las madres adolescentes son frecuentemente estigmatizadas y sufren discriminación de género, desaprobación y rechazo familiar, social (Por ejemplo: en las escuelas, en sectores de salud, en las comunidades, en ámbitos religiosos.).⁹

Un embarazo durante la adolescencia, puede considerarse como dramático, tanto en lo personal como a nivel social, independientemente del estrato social del que procedan, porque: con frecuencia es no planeado y/o no deseado; y si lo es, no se tienen muchas alternativas para cubrir de la mejor manera todas las necesidades que requerirá la madre durante el mismo, y del nuevo ser al nacer. Llama la atención social, al observar que las y los adolescentes lo ven como una forma de destino de mujeres (y hombres) ante la falta de alternativas. Desencadena eventos como uniones o matrimonios prematuros, en los que la pareja puede o no estar de acuerdo y que a largo o mediano plazo pueden terminar en separación.¹⁰

El embarazo en adolescentes está asociado a niveles de mortalidad materna más elevados que en mujeres de mayor edad, y a una alta incidencia de abortos en condiciones inseguras. Entre 2012 y 2013, el número de muertes maternas en nuestro país disminuyó de 960 a 861, lo que se tradujo en una reducción de la razón de muerte materna de 42.3 a 38.2 por cada 100 mil nacimientos. Este indicador entre las mujeres de 10 a 14 años de edad es variable de un año a otro y el riesgo de complicaciones maternas y perinatales es sensiblemente mayor que en otros grupos de edad. Entre las adolescentes de 15 a 19 años, la razón de muerte materna se incrementó de 32.0 a 37.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra superior a la registrada entre las mujeres de 20 a 24 años.

Este indicador entre las mujeres de 10 a 14 años de edad es muy volátil de un año a otro y el riesgo de complicaciones médicas es sensiblemente mayor que en otros grupos de edad. En relación con el aborto, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica señala que 9.2% de los embarazos en mujeres de 15 a 19 años ocurridos entre 2004 y 2009 terminó en aborto. Otros estudios estiman tasas de aborto de alrededor de 44 por cada mil mujeres de 15 a 19 años a nivel nacional y de 51 por cada mil en los estados fronterizos del norte. La tasa anual de hospitalizaciones por aborto en adolescentes de 15 a 19 años se ha incrementado en el país de 6.1 por cada mil en el año 2000 a 9.5 en el 2010.^{11, 8}

Embarazo adolescente, deserción escolar y ocupación.

Por lo que toca a las condiciones socioeconómicas que rodean a la maternidad adolescente, hay que cuestionar varios mitos; primero el del embarazo precoz como causa del abandono escolar: El embarazo puede truncar la educación del adolescente, la de ellas con mayor frecuencia: De acuerdo con cifras del 2010, 17.7% de las mujeres menores de 18 años y 30.7% de las menores de 15 años que se embarazaron, dejaron de ir a la escuela después del embarazo. De la misma manera, dejar de ir a la escuela aumenta el riesgo de un embarazo: más del 90% de las mujeres de 12 a 19 años de edad que han tenido un hijo o hija no asisten a la escuela, comparado con 24% en el grupo de edad que no los ha tenido; y 57% de las mujeres mexicanas nacidas entre 1964 y 1984 que no terminaron la primaria tuvieron su primer embarazo antes de cumplir 20 años, comparado con 12% de aquellas de las que alcanzaron al menos el bachillerato.^{12, 13}

Del total de 18.8 millones de adolescentes entre 12 y 19 años que reportó el censo de 2010 en México, había 2, 463,000 que no estudiaban ni trabajaban, casi dos tercios de este grupo eran mujeres (1.6 millones); de ellas, más de una cuarta parte tenía hijos o hijas y una de cada tres vivía en pareja. Por su parte, los hombres sin ocupación y casados, o con descendencia ascienden a menos del tres por ciento. Así, la unión y la fecundidad temprana están relacionadas con el bajo nivel de escolaridad y con condiciones que apuntalan a orillar a un trabajo de baja remuneración por falta de estudios.⁸

El trabajo de cuidado de niños, niñas y adultos/as mayores, sobretodo– y otros tipos de trabajo no remunerado suele ser un factor que, asociado a la falta de recursos, contribuye a que las mujeres no se desarrollen profesionalmente; de hecho, casi nueve de cada diez madres de 15 a 19 años reportó dedicarse a las actividades del hogar.

JUSTIFICACIÓN

Como resultado de investigaciones previas en la UMF 80, Mejía R. y Cols. (2014) han identificado que por lo menos el 73.5% de las adolescentes embarazadas presentan disfunción familiar, y cerca del 91.2% de estas presentan crisis familiar asociada al embarazo familiar.¹²

Así mismo se ha identificado que los problemas en la comunicación con uno o ambos padres se asocian a un mayor riesgo de abuso de sustancias, un pobre autoconcepto y problemas en el ajuste escolar adolescente como un bajo rendimiento, reprobación, poco valor a la escuela y al estudio. Un mal funcionamiento familiar predispone a una actividad sexual prematura y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los países en vías de desarrollo más del 30% de las niñas se casa antes de cumplir los 18 y cerca del 14% lo hace antes de los 15 años. El matrimonio a edades tempranas es un factor de riesgo para el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos. Además, el matrimonio temprano perpetúa el ciclo de poca educación y pobreza.²

A nivel mundial, una de cada cinco mujeres a los 18 años de edad ya tiene un hijo. En las regiones más pobres del planeta la cifra se eleva a una de cada tres mujeres. El embarazo adolescente es más probable en las poblaciones rurales, pobres, y con menor nivel educativo. Las revisiones sistemáticas de la literatura abarcan estudios realizados en países en desarrollo (México), así como estudios realizados en poblaciones de bajo nivel socioeconómico en países desarrollados. En conjunto, los estudios demuestran reducciones del embarazo precoz entre las adolescentes expuestas a intervenciones tales como educación sexual, esquemas de transferencia de dinero en efectivo, educación inicial temprana y desarrollo juvenil, así como desarrollo de habilidades para la vida. Un estudio demostró una reducción de los embarazos subsecuentes como resultado de una intervención que incluía visitas domiciliarias con fines de apoyo social.¹

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que actualmente existen en México 22.4 millones de mujeres y hombres adolescentes entre los 10 y 19 años de edad. El embarazo en adolescentes cobra cada vez mayor importancia debido a que 1) las mujeres de 15 a 19 años de edad constituyen el grupo de mayor tamaño entre los grupos quinquenales de mujeres en edad fértil; y 2) la tendencia a la disminución de la fecundidad en adolescentes es menor que en otros grupos de edad, tanto por su bajo uso de anticonceptivos (solamente 37.6% de las adolescentes empleó un método en su primera relación sexual y 45% usó uno en la última; en ambos casos, principalmente métodos con poca efectividad).¹⁵

Al revisar los resultados de las encuestas previas, y de acuerdo con el consenso internacional, los adolescentes comprenden a los individuos entre 10 y 19 años. Durante la ENSANUT 2012 se entrevistó a un total de 21 519 adolescentes, los cuales representaron al conjunto de 22 804 083 estimados como residentes en México en 2012. Esta población es equivalente a 20.2% del total de habitantes en el país. De este total, 50.3% son hombres y 49.7% mujeres, lo que muestra una tendencia de mayor porcentaje de mujeres, al considerar que para la ENSANUT 2006 el porcentaje de mujeres fue de 49.2%. El tamaño de la población de adolescentes representa un decremento de 0.3% en relación con el tamaño del mismo grupo en la ENSANUT 2006.^{16,17}

La Adolescencia es un aspecto de mucha vulnerabilidad por la fase de estructuración y formación ha sido reconocido en el diseño de políticas, Los comportamientos de riesgo y sus consecuencias son preocupaciones centrales para la salud de los adolescentes, e incluyen accidentes, consumo de sustancias adictivas, violencia, inicio temprano de actividad sexual, prácticas sexuales sin protección, infecciones de transmisión sexual, embarazo adolescente, entre otras.¹⁸

Partiendo de las anteriores premisas, podemos considerar que los factores que conducen a que se presente el embarazo adolescente corresponden en la mayoría de los casos a fenómenos intrafamiliares, más que a otros factores externos como a menudo se cree y que además es consecuencia del medio más que una causa primaria; de esta forma se plantea realizar este proyecto, con la finalidad de identificar los tipos de comunicación familiar entre los padres y la adolescente embarazada, y considerando que en la UMF 80 la atención anual aproximada es de 2000 embarazadas y de estas aproximadamente el 7 % corresponde a adolescentes; por lo cual se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es el tipo de comunicación familiar predomina entre las embarazadas adolescentes de la UMF 80 y sus padres?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar el tipo de comunicación prevalente entre la embarazada adolescente de entre los 11 y 19 años adscrita a la UMF 80 y sus padres.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los tipos de comunicación que existen entre las embarazadas adolescentes con sus padres.
2. Clasificar los tipos de comunicación que existen entre las embarazadas adolescentes y sus padres.

HIPÓTESIS

Las embarazadas adolescentes de entre los 11 y 19 años, de la UMF 80, tienen una comunicación crítica o negativa con sus padres.

MATERIAL Y MÉTODOS.

TIPO DE ESTUDIO:

De acuerdo a la manipulación: Observacional, Descriptivo.

De acuerdo al número de mediciones: Transversal.

Según la temporalidad: Prospectivo.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Adolescentes embarazadas, entre 11 y 19 años, adscritas a la UMF 80 en un periodo de octubre 2016 a mayo del 2017.

ESTIMACIÓN DE LA MUESTRA:

Tabla1.1 Fórmula para cálculo de muestra para población finita. Confeccionada por la New York State Division of Housing.

Estimación de muestra para población finita:
$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$

Donde:

n Es el tamaño de la muestra a obtener

N Población finita ó número de casos

e Error de estimación que está en condiciones de aceptar.

Para el caso que nos importa el total de Derechohabientes según censo de la UMF No.80 de Población Adscrita de embarazos adolescentes de enero 2015 a marzo del 2016 es de $N = 92$

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 8 % (0.08) en error de muestreo entre entrevistar a las 92 derechohabientes y el tamaño que arroja la fórmula de cálculo.

Sustituyendo en la fórmula * queda:

$$n = \frac{92}{1 + 92(0.08)^2}$$

$$n = \frac{92}{1 + 92(0.0064)}$$

$$n = \frac{92}{1 + 0.5888}$$

$$n = 57.91$$

$$n = 58 \text{ Pacientes.}$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

Adolescentes:

- Entre 13 y 19 años que se encontraron embarazadas,
- Adscritas a la UMF 80;
- Que aceptaron participar en el estudio y
- Que firmaron el consentimiento informado o bien asentimiento informado y sus padres o tutores firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes entre 11 y 19 años analfabetas embarazadas, que estén adscritas a la UMF 80.
- Adolescentes entre 11 y 19 años que se encontraron embarazadas y que padezcan de sus facultades mentales (Déficit cognitivo, padecimientos neurológicos sin control o patologías psiquiátricas), que estén adscritas a la UMF 80.

Criterios de eliminación:

No se eliminaron pacientes. Ya que en el caso de las pacientes que por no contar con figura paterna no respondieron la parte de la prueba correspondiente, el valor fue igual a 0.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES:

Variable independiente: Adolescente embarazada

Variable dependiente: Tipos de comunicación familiar.

Tabla 1.2 Operalización de las variables.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN
Comunicación familiar.	Comunicación es el proceso por el cual se intercambia información, ideas, creencias, valores y sentimientos entre dos o más personas.	Se evaluarán 3 tipos de comunicación a través del Cuestionario de Evaluación de la Comunicación Familiar.	Cualitativa	1.- Eficaz 2.- Crítica 3.- Negativa.
Escolaridad	Grado máximo de estudios.	Se evaluará de acuerdo al nivel máximo de estudios cursado en el momento de la entrevista.	Cualitativa	1.- Primaria 2.- Secundaria completa 3.- Secundaria incompleta. 4.- Preparatoria completa 5.- Preparatoria incompleta. 6.- Estudios de licenciatura

Tipos de comunicación familiar en adolescentes embarazadas en una Unidad de Medicina Familiar.

Adolescencia	Etapa del desarrollo humano que comprende de los 10 a los 19 años. Entre la niñez y la juventud.	Se clasifica en 3 grupos de acuerdo a la edad de la participante. 1. Adolescencia temprana de 11-13 años 2. Adolescencia intermedia de 14- 16 años 3. Adolescencia tardía de los 17 a 19 años.	Cualitativa	1.- Adolescencia temprana. 2.- Adolescencia intermedia. 3.- Adolescencia tardía.
Lugar entre Hermanos	Lugar que ocupa la participante entre el nacimiento de sus hermanos del mayor a menor	Se clasifica en 5 grupos de acuerdo a la cronología que ocupa la participante entre sus hermanos. 1. Soy la mayor. 2. Soy de los primeros. 3. Soy la de en medio. 4. Soy de los últimos 5. Soy la última.	Cualitativa	1. Soy la mayor. 2. Soy de los primeros. 3. Soy la de en medio. 4. Soy de los últimos 5. Soy la última.
Con quien vivía antes de embarazarse	Establece la convivencia y dependencia antes de embarazarse.	Se clasifica en 6 grupos de acuerdo a como se muestra enseguida: 1. Madre y hermanos. 2. Padre y Hermanos. 3. Ambos padres y Hermanos. 4. Sólo con los padres. 5. Sólo con los hermanos. 6. Otra persona (Pareja).	Cualitativa	1. Madre y hermanos. 2. Padre y Hermanos. 3. Ambos padres y Hermanos. 4. Sólo con los padres. 5. Sólo con los hermanos. 6. Otra persona (Pareja).

Tipos de comunicación familiar en adolescentes embarazadas en una Unidad de Medicina Familiar.

Con quien vive ahora.	Establece la convivencia y/o dependencia posterior a embarazarse.	Se clasifica en 6 grupos de acuerdo a como se muestra enseguida: 1. Ambos padres, Madre o Padre y hermanos. 2. Pareja o esposo. 3. Otra persona.	Cualitativa.	1. Ambos padres, Madre o Padre y hermanos. 2. Pareja o esposo. 3. Otra persona.
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Se clasifica de acuerdo a lo siguiente: 1. Soltera. 2. Casada. 3. Unión libre.	Cualitativa.	1. Soltera. 2. Casada. 3. Unión libre.
IVSA	Se define como la edad en la que se tuvo la primera relación sexual.	Se clasifica en años desde los 11 años hasta los 19 años. Y se formarán 9 grupos de acuerdo a la edad de inicio.	Cualitativa.	1. 11 años. 2. 12 años. 3. 13 años. 4. 14 años. 5. 15 años. 6. 16 años. 7. 17 años. 8. 18 años. 9. 19 años.
MPF en la primera relación sexual.	Establece si la participante utilizó algún método de planificación familiar cuando tuvo su primera relación sexual.	Se forman 2 grupos, los que utilizaron y los que no usaron método.	Cualitativa.	1. Sí. 2. No.

Número de gesta.	Es la cantidad de embarazos que ha tenido la participante incluyendo el actual.	Se expresa con número arábigo el número correspondiente a los embarazos	Cualitativa.	1. Primer embarazo. 2. Segundo embarazo. 3. Tercer embarazo.
Motivo para embarazarse	Razón por la cual la participante decide embarazarse.	Se expresa en 4 grupos de acuerdo a diversas situaciones que se enumeran en seguida: 1. Para casarse o juntarse. 2. Para salirse de su casa. 3. No fue planeado. 4. Otra o bien decisión tomada en pareja.	Cualitativa.	1. Para casarse o juntarse. 2. Para salirse de su casa. 3. No fue planeado. 4. Otra o bien decisión tomada en pareja.
Familiar embarazada	Indica si la participante cuenta con al menos una mujer dentro de su familia, que se haya embarazado durante la adolescencia.	Se expresa en dos grupos las que si cuentan con familiar y las que no cuentan con familiar que se haya embarazado en la adolescencia.	Cualitativa.	1. Si. 2. No.

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO:

Previa autorización del proyecto por parte de las autoridades correspondientes y del comité Local de Investigación y Ética en Investigación en salud No.1603, el investigador principal acudió a las salas de espera y con los grupos de embarazadas de las trabajadoras sociales, en ambos turnos, identificando a las adolescentes que se encontraron embarazadas y que reunieron los criterios de selección.

Una vez identificadas se les invitó a participar en el estudio y a las pacientes que reunieron los criterios de selección y aceptaron participar en el estudio se les informó ampliamente sobre participación, de los beneficios que recibirían de ello, además de la libertad de poder abandonar el estudio sin que ello afectase los servicios de reciben del IMSS, se les pidió que firmaran consentimiento informado o bien asentimiento informado (Anexo 1), así como a sus padres o tutores que firmaran consentimiento informado (Anexo 2). Se les pidió que respondieran la ESCALA COMUNICACIÓN PADRES-ADOLESCENTE. Una vez contestada se vaciaron los datos y se realizó análisis de los estudios recabados con el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS V.23. en donde se identificó el tipo de diálogo entre las adolescentes y sus padres, el cual se clasificó entre eficaz, crítico y deficiente.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.

ESCALA COMUNICACIÓN PADRES-ADOLESCENTE. *Cuestionario de Olson y cols. 1982, 1985.*

Adaptación: Equipo LISIS, N° de ítems: 20, Tiempo aproximado de aplicación: 9-11 minutos. Población a la que va dirigida: A partir de los 11 años.

Codificación

El instrumento es una escala tipo Likert, la cual presenta una estructura de dos factores que se refieren al grado de apertura Alpha de Cronbach 0.87 y a la presencia de problemas en la comunicación familiar Alpha de Cronbach 0.78; se divide en dos escalas, una referida a la comunicación con la madre y otra referida a la comunicación con el padre. Ambas se componen de 20 ítems. La escala valora cada ítem del 1- 5 indicando la frecuencia en que se da el hecho, donde 1 es nunca y 5 es siempre. Y los ítems que califican la comunicación se dividen en 3 como se describen a continuación de acuerdo a su naturaleza.

Comunicación Eficaz: (ítems 1 + 2 + 3 + 6 + 7 + 8 + 9 + 13 + 14 + 16 + 17)

Comunicación Crítica: (ítems 5 + 12 + 18 + 19)

Comunicación Evitativa: (ítems 4 + 10 + 11 + 15 + 20).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva, para las variables cuantitativas, se expresó en promedio o media \pm desviación estándar o error estándar, para las variables cualitativas nominales se presentaron con frecuencia y respectivo porcentaje. El proceso de los datos se efectuó con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS ver. 23). Las cifras estadísticamente significativas, fueron aquellas que asociaron a un P_ valor < 0.05 . Para la asociación de las variables, se empleó el estadístico no paramétrico, Chi², se presentaron tablas de contingencia y gráficas de barra, agrupados por porcentaje. El instrumento utilizado: Escala de Comunicación Padres-Adolescente (PACS). Fue sometido a un análisis de confiabilidad, mediante el estimador Alpha de Cronbach y se reconfirmó dicha validez por el método de mitades de Spearman – Brown, de manera global y para cada uno de sus dominios. Para efectuar contrastes, se eligió el estadístico apropiado según criterio de Kolmogorov – Smirnof, con la prueba de significancia de Lilliefors.

ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto de investigación se realizará con pleno cumplimiento de las exigencias normativas y éticas que se establecen para la investigación clínica en la Ley General de Salud en sus apartados título quinto, capítulo único, artículo 97, en materia de investigación y en la declaración de Helsinki con su última evaluación en la 59^a Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008; este último es un importante documento en la historia de la investigación ética, ya que significa un esfuerzo de la comunidad médica para auto regularse y se basa en la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia, el respeto y la confidencialidad.

El protocolo de investigación se apega a los principios de respeto por las personas, beneficencia y justicia establecidos en el reporte de Belmont.

De acuerdo a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación Científica para Ciencias de la Salud, este tipo de investigación está clasificada como: Investigación con riesgo mínimo “Sección de Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos (pag.424, Capítulo I, Artículo 17)”.

El protocolo en ninguno de sus procedimientos atentará contra la integridad física y moral de los pacientes que se involucren en él.

La práctica médica se llevará a cabo de acuerdo a los principios básicos del Código de Núremberg desde el término "experimentación humana". El principio básico es, el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación.

El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) o el voluntario (Artículos 16 y 18), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

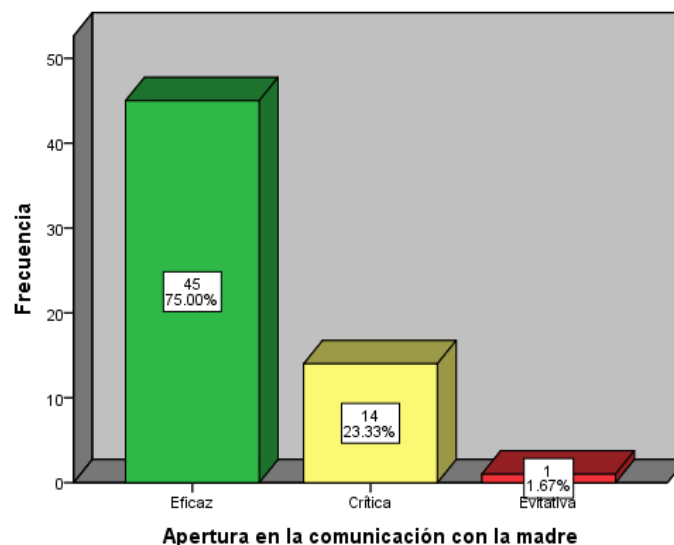
Se anexa carta de consentimiento informado (Anexo 1) del paciente para participación en estudios de investigación clínica de acuerdo al formato propuesto por la CIS (Clave 2810-009-014) con las modificaciones propias del protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio, en dicho documento se especifican los beneficios que recibirá el paciente.

El protocolo se ajusta a los principios científicos y éticos prescritos para realizar estudios de investigación en sujetos humanos, tomando en cuenta lo contenido en la Norma Oficial Mexicana. Por lo tanto, los datos personales de todos los individuos que participen en el estudio se manejarán con confidencialidad.

RESULTADOS

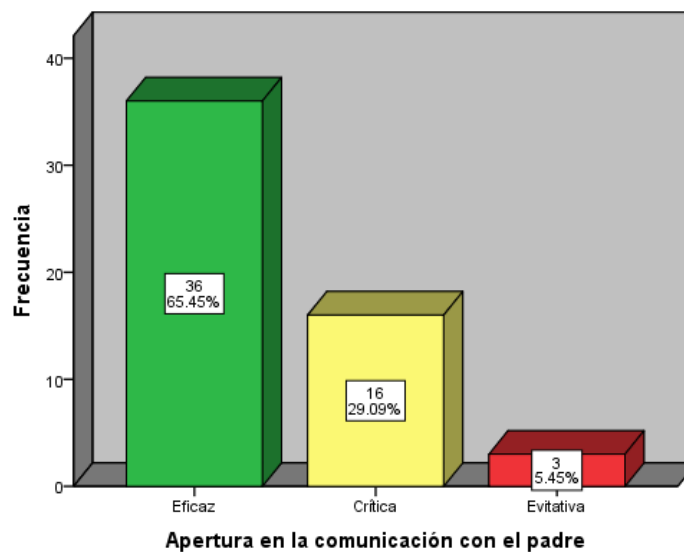
Una vez que se encuestamos a las participantes, procedimos a realizar el análisis estadístico de acuerdo a lo previsto con anterioridad en este documento, vale la pena determinar que para fines de análisis y de acuerdo con la herramienta que se utilizó para esta investigación cuando se habla del tipo de comunicación se expresa como apertura en la comunicación, por lo que, en las tablas y gráficas, se mostrará e esta leyenda, y de acuerdo al análisis se obtuvieron los siguientes datos:

- El tipo de comunicación que encontramos como prevalente entre las adolescentes embarazadas y su madre, fue el eficaz con un total de 45 participantes, lo que representa el 75% del total, y comunicación crítica en 14 participantes siendo el 23.3% del total. Y para la comunicación evitativa, se encontró tan sólo una participante lo que representa el 1.6% del total. Como se expresa en la gráfica 1.1.



Gráfica 1.1 Tipos de comunicación encontrados entre las adolescentes embarazadas y su madre.

- De igual forma los resultados que obtuvimos correspondientes a los tipos de comunicación entre la adolescente y su padre, el tipo de comunicación prevalente fue la comunicación eficaz, con un total de 36 participantes lo que representa el 65.5% del total, se encontraron 16 participantes con una comunicación crítica el 29.1% del total y así mismo con una comunicación evitativa encontramos 3 participantes, el 5.5% del total, y en cabe mencionar que en la comunicación entre adolescentes embarazadas y su padre, cinco de las participantes refirieron no contar con figura paterna, por lo que para fines de los resultados, se consideran únicamente 55 participantes. Tal como se expresa en la gráfica 1.2.



Gráfica 1.2 Tipos de comunicación encontrados entre la adolescente y el padre.

En la siguiente tabla de contingencia se expresa la relación que identificamos entre la comunicación de ambos padres con las adolescentes embarazadas, haciendo notar que para evaluar comunicación entre padres y adolescentes embarazadas únicamente se tomaron en cuenta 55 participantes, debido a que 5 de estas refirió no contar con figura paterna, de esta manera la estimación realizada se basa únicamente en este número de pacientes.

Tabla 1.3 Contingencia de comunicación entre adolescentes embarazadas y sus padres.

			APERTURA DE COMUNICACION	
			MADRE	PADRE
NIVEL	EFICAZ	Frecuencia	45	36
		% dentro de APERTURA DE COMUNICACION	75.0%	65.5%
	CRITICA	Frecuencia	14	16
		% dentro de APERTURA DE COMUNICACION	23.3%	29.1%
	EVITATIVA	Frecuencia	1	3
		% dentro de APERTURA DE COMUNICACION	1.7%	5.5%
Total		Frecuencia	60	55
		% dentro de APERTURA DE COMUNICACION	100.0%	100.0%

La comunicación eficaz se encuentra presente en su mayor parte en la adolescencia tardía con un 60.0%, en la comunicación de la adolescente con su madre, siendo el dato más contundente dentro de la contingencia que se presenta en la Tabla 1.4.

Es evidente que a mayor edad más empatía en la comunicación con la madre.

Tabla 1.4 Apertura en la comunicación con **la madre**, con respecto a la etapa de la adolescencia de las participantes.

Apertura en la comunicación con la Madre con respecto a la etapa de la adolescencia.						
		Etapa de la adolescencia				Total
		Temprana	Intermedia	Tardia		
Apertura en la comunicación con la madre	Eficaz	Frecuencia	2	7	36	45
		% del total	3.3%	11.7%	60.0%	75.0%
	Crítica	Frecuencia		4	10	14
		% del total		6.7%	16.7%	23.3%
	Evitativa	Frecuencia		1		1
		% del total		1.7%		1.7%
Total	Frecuencia	2	12	46	60	
	% del total	3.3%	20.0%	76.7%	100.0%	

Y de forma muy correlativa encontramos que, en la apertura en la comunicación con el padre, guardando una importante correlatividad con la apertura en la comunicación con la madre, la comunicación con el padre también se encuentra con mayor predominio en la adolescencia tardía. Tabla 1.5.

Tabla 1.5 Apertura en la comunicación con **el padre**, con respecto a la etapa de la adolescencia de las participantes.

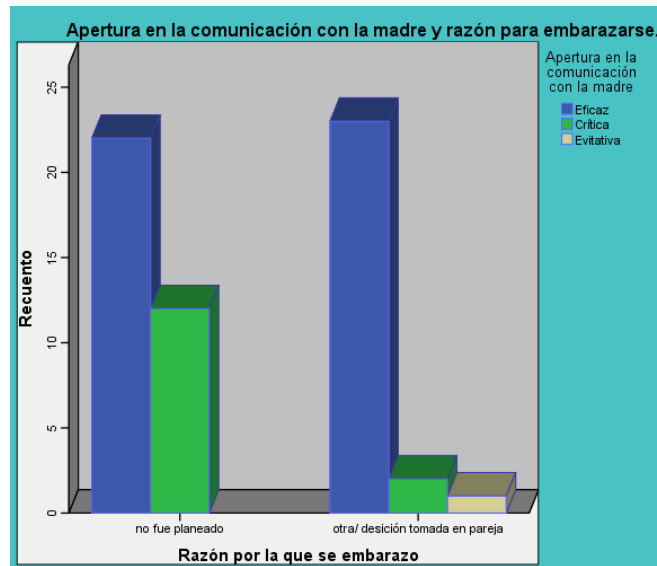
Apertura en la comunicación con el padre con respecto a la etapa de la adolescencia.						
		Etapa de la adolescencia				
		Temprana	Intermedia	Tardía	Total	
Apertura en la comunicación con el padre	Eficaz	Frecuencia	1	6	29	36
		% del total	1.8%	10.9%	52.7%	65.5%
	Crítica	Frecuencia	1	4	11	16
		% del total	1.8%	7.3%	20.0%	29.1%
	Evitativa	Frecuencia		1	2	3
		% del total		1.8%	3.6%	5.5%
Total	Frecuencia	2	11	42	55	
	% del total	3.6%	20.0%	76.4%	100.0%	

Al investigar la relación entre la existencia de embarazo adolescente dentro de la familia y la comunicación eficaz con la madre; es evidente que, en la mayoría de los casos de las participantes, en un 65%, se encuentran en esta situación. Como se expresa en la Tabla 1.6.

Tabla 1.6 Antecedente de embarazo adolescente y apertura en la comunicación con la madre.

		Apertura en la comunicación con la madre			Total	
		Eficaz	Crítica	Evitativa		
Antecedente de embarazo adolescente en la familiar	si	Frecuencia	39	11	1	51
		% del total	65.0%	18.3%	1.7%	85.0%
	NO	Frecuencia	6	3		9
		% del total	10.0%	5.0%		15.0%
Total		Frecuencia	45	14	1	60
		% del total	75.0%	23.3%	1.7%	100.0%

En la siguiente gráfica de forma significativa con un p valor de 0.27, encontramos que la razón para embarzarse, en las participantes se encuentra muy a la par el embarazo no planeado con 36.7% y el embarazo planeado en un 38.3%.



Gráfica 1.3. La apertura en la comunicación la madre y la razón para embarzarse.

En la siguiente tabla (Tabla 1.7) se relaciona la comunicación eficaz de la madre con la persona o personas con quien vive la paciente, en donde se observa que la mayoría de las participantes con un 53.3% viven ya sea con la pareja o bien esposo, lo que denota que más del 50% de las participantes en el momento de la entrevista ya se encontraban dentro de una relación aparentemente formal.

Tabla 1.7 Persona o personas con quien vive la paciente y la comunicación eficaz con la madre.

			Apertura en la comunicación con la madre			Total
			Eficaz	Crítica	Evitativa	
Con quien vive ahora que está embarazada	padre/s, madre o padre, hermanos	Frecuencia	9	9		18
		% del total	15.0%	15.0%		30.0%
	pareja/ esposo	Frecuencia	27	4	1	32
		% del total	45.0%	6.7%	1.7%	53.3%
	otra persona	Frecuencia	9	1		10
		% del total	15.0%	1.7%		16.7%
Total	Frecuencia	45	14	1	60	
	% del total	75.0%	23.3%	1.7%	100.0%	

DISCUSIÓN

En el presente estudio tuvimos como objetivo principal el identificar el tipo de comunicación que prevalece entre las adolescentes embarazadas y sus padres en la UMF No. 80, utilizando una herramienta validada y con intervalo de confianza aceptable, que clasifica la comunicación entre padres y adolescentes en tres tipos los cuales son: Comunicación eficaz, comunicación crítica y comunicación evitativa. De ahí que los objetivos específicos hacen alusión a la clasificación de las pacientes en estos tres tipos de comunicación.

De acuerdo a la definición compilada por Cava, M. ⁽²⁰⁾ la comunicación familiar, es el instrumento que padres e hijos utilizan para renegociar sus roles, constituyendo el medio por el cual su relación puede desarrollarse y cambiar hacia una mayor mutualidad y reciprocidad. La comunicación es la clave de la transformación de las relaciones entre padres e hijos, lo cual implica que no es sólo un aspecto más que cambia durante la adolescencia de los hijos, sino que, sobre todo, se reconoce como un elemento fundamental en la relación y determinación las características que tendrá el adolescente en la edad adulta. Dicho de otra manera y con aplicación para este estudio, teniendo como referencia la comunicación que se tiene dentro de la familia, se puede hasta cierto punto predecir el curso que tomará la vida del adolescente, así podemos considerar que la comunicación es un factor protector o de riesgo para el embarazo adolescente como lo concluye Musitu, G. y Cava, M. ⁽²¹⁾ al igual que Barbón P ⁽²²⁾.

En nuestro estudio al igual que como lo describe Parra J. y cols. ⁽²³⁾, de acuerdo a la tipología familiar considerando la ocupación de los padres es tradicional, las madres están más presentes en el hogar, que los padres, y no sólo debido a que la frecuencia del trabajo fuera del hogar es menor para las mujeres, sino que incluso las madres que trabajan fuera del hogar están más implicadas en las vidas de sus hijos e hijas.

Por lo que podríamos encontrar una explicación complementaria en este estudio al igual que el estudio de Gómez C. ⁽²⁴⁾ en donde prevalece notoriamente que la comunicación eficaz con la madre, se sobrepone a la del padre y de igual forma en proporción se observa como la comunicación evitativa, tiene mayor frecuencia con el padre que con la madre.

Por otro lado, considerando nuestros resultados y relacionándolos con las conclusiones de Andrade P. y cols. ⁽²⁵⁾, en donde concluye al igual que nosotros que la comunicación eficaz es prevalente sobre a la crítica y evitativa, se demuestra, como a mayor comunicación con los hijos, se propaga más el conocimiento sobre aspectos sexuales y hay más confianza, lo que permite a su vez que el adolescente, tenga en parte los elementos para protegerse y mayor apertura para iniciar la vida sexual, de ahí que, a mejor comunicación, puede ser un factor de riesgo para el inicio temprano de vida sexual y por lo tanto el embarazo en la adolescencia, al igual que en las conclusiones de Salazar y cols. ⁽²⁶⁾, y aunque en nuestro estudio no realizamos prueba específica para determinar esta situación, es probable que este fenómeno se haya dado en nuestras participantes.

En las conclusiones de González, V. ⁽²⁷⁾, debido al desarrollo de la personalidad de la adolescente tardía, la comunicación que se tiene con la madre y el padre, tiende a ser crítica o evitativa, ya que al final de la adolescencia busca autonomía y tomar sus propias decisiones, y esto da parte a que se de comunicación crítica o hasta evitativa ya que no congenian en ideas, por ejemplo en permisos, salidas de casa y dinero, lo que difiere de nuestros resultados ya que en las adolescentes en etapa tardía entrevistadas en este estudio, el tipo de comunicación con mayor prevalencia fue el eficaz, lo que nos pone en el contexto nuevamente de que en esta población a mejor comunicación, mayor riesgo de un inicio temprano de vida sexual. Salazar y cols. ⁽²⁶⁾.

Por otro lado y diferente a lo que se plantea en nuestros resultados, investigadores, al analizar otras poblaciones en países pobres (Sudáfrica), identificaron que la comunicación familiar entre padres y adolescentes es mala, lo equivalente a una comunicación crítica y deficiente de acuerdo a nuestro estudio, y esta situación la compaginan con el inicio temprano de la vida sexual, catalogando la mala comunicación como un factor de riesgo importante para que se dé el embarazo adolescente es el nivel socioeconómico bajo; al igual como lo describe Salazar G. y cols. ⁽²⁶⁾, ya que, dado que en este estrato muchas veces la necesidad económica impulsa al padre y a la madre a buscar el sustento de la familia, y descuidar el rol paterno - filial, además de que en ocasiones en este nivel la misma adolescente se ve en la necesidad de salir de casa a buscar trabajo para aportar al hogar, lo que implica que se relaciones con otros, y tenga e inicie relaciones de noviazgo tempranamente.

Sin embargo, entre las pacientes que se entrevistaron pocas, son las que trabajan, ya que más bien forman parte de una clase obrera, puesto que el padre, la pareja o el esposo, tienen un trabajo estable, lo cual se evidencia al contar con el seguro social. En los resultados de Cava, M. ⁽²⁰⁾ se describe la evolución de la comunicación con ambos progenitores a lo largo de la segunda década de la vida, se observa que a medida que avanza la edad se produce un incremento en la frecuencia general de comunicación entre las adolescentes con sus madres; tal y como podemos corroborarlo al momento de revisar nuestros resultados.

En nuestro estudio al igual que en el estudio de Gómez C ⁽²⁴⁾, se puede inferir que un factor de riesgo para que se haya presentado el embarazo adolescente, no fue precisamente la comunicación, dado que la comunicación eficaz prevalece entre las adolescentes; pero si relacionamos el antecedente familiar de embarazo adolescente, el nivel socioeconómico, el grado académico máximo, se concluye que este quizá estos si sean factores importante en el contexto familiar, puesto que la mayoría de las adolescentes son positivas para una familiar directa con embarazo en la adolescencia Rangel J, Valerio L. ⁽²⁸⁾

Lo que da pauta para que en nuevos estudios se analice más esta línea de investigación; al igual que como se recomienda en estudios de Musitu, G. y Cava, M.J. ⁽²¹⁾

Limitantes

Es poca la literatura que se puede obtener asociando en la búsqueda comunicación y embarazo en la adolescencia, en motores de búsqueda científica en español y en inglés, pese a que, si existe mucha literatura sobre el embarazo adolescente, esto debido a que es un problema de salud importante sobre todo en nuestro medio y en Latinoamérica, pero son pocas las investigaciones en las que se vincula la comunicación entre las adolescentes embarazadas y sus padres; lo que para la discusión ha requerido inferir en la comunicación entre adolescentes, con la comunicación entre adolescentes embarazadas y sus padres.

En relación a la herramienta que se utiliza en el estudio para evaluar la comunicación entre las adolescentes embarazadas y sus padres, en la literatura que se revisó no existe la evidencia de que se haya utilizado esta prueba para evaluar adolescentes embarazadas. Y así mismo la prueba es una mera apreciación unidireccional sobre la comunicación del adolescente con su padre, por lo que de acuerdo a León P y cols. ⁽²⁹⁾, una excelente alternativa de estudio para el futuro será integrar variables del sociodemográficas y datos generales de los padres para tener un panorama más amplio en relación a la comunicación.

Para la selección de pacientes no se limitó a que las adolescentes embarazadas participantes fueran solteras, lo que para fines de la comunicación tiene un gran sesgo, por el hecho de que la mayoría de las adolescentes ya vivían con su esposo o pareja, y es fácil comprender que una mujer, aunque adolescente una vez que se ve independiente de su familia de origen la comunicación cambia a una comunicación más de iguales.

Por el hecho de no depender económicamente de sus padres ni estar sujeta a sus cuidados o decisiones; quizá esta sea la razón por la que en nuestro estudio la comunicación es más eficaz que crítica o evitativa.

Fortalezas

Durante la realización del estudio se contó con el apoyo de las autoridades directivas y educativas de la UMF 80, así como de la participación directa de las asesoras del proyecto, quienes brindaron apoyo logístico imprescindible para la difusión e invitación a la participación en el estudio a las propias embarazadas adolescentes y al personal operativo de la clínica, lo que facilitó la identificación de las participantes.

Se pudo trabajar en equipo entre los entrevistadores para conjuntar la información.

El apoyo a que se realicen este tipo de estudios, se concluyan y que lleguen a publicarse por sencillos que sean, genera una demanda y conocimiento bibliográfico local, que al paso del tiempo se suma a otros para impactar finalmente en políticas públicas que lleven a generar cambios en los procesos de atención, como lo describen Mendoza W, Subiría G.⁽³⁰⁾

Recomendaciones

Sería una buena recomendación que en otro estudio se pudiese complementar con encuestas dirigidas a la ocupación de la madre y permanencia en el hogar.

Que se considere en estudios de este tipo dirigidos a las adolescentes y sus familias de origen, que las adolescentes vivan y dependan de sus padres, ya que la comunicación una vez que la adolescente se encuentra fuera de casa y ya no se depende de los padres, cambia.

En el contexto de la comunicación en la adolescencia Barbón P⁽²³⁾ considera que las dificultades en la comunicación, pueden superarse con acciones educativas que modifiquen los comportamientos de las y los adolescentes frente a los riesgos reproductivos en la adolescencia, incluyendo la incorporación explícita a temas de género en los contenidos de la educación sexual, haciendo uso de las nuevas tecnologías de la información.

Sin embargo, si bien es cierto que el enfoque está dirigido a los adolescentes, una alternativa puede ser el fomentar la capacitación de los adultos en especial a quienes ya son padres, orientándolos a temas de sexualidad y fomento en la comunicación entre padres y adolescentes lo que puede ser muy aplicable para la unidad de medicina familiar en donde se realiza dicha investigación y que es una unidad de primer nivel de atención con enfoque 100% preventivo.

Comprender cómo funciona la comunicación entre padres e hijos en cierta manera es necesario para evitar el embarazo en la adolescencia, así como el matrimonio precoz, lo que resulta en abandono escolar y otras situaciones, ya que muchos de los problemas inherentes a la adolescencia están relacionados con la falta de afecto y apoyo, y en muchos casos son una reacción a las reglas o límites autoritarios establecidos unilateralmente por padres con poco o ningún diálogo involucrado, por lo que, en siguientes estudios relacionados con el tema, sería importante integrar características de los padres y el contexto familiar en una manera más amplia, puesto que la prueba que aplicamos es una perspectiva únicamente del adolescente, en relación a la comunicación con sus padres, como lo describe en sus recomendaciones Sámano R. ⁽³¹⁾.

CONCLUSIONES

Determinamos que nuestra hipótesis no es lo que se esperaba, ya que predominó la comunicación eficaz, contrariamente a lo que esperábamos, tomando como referencia estudios previos de la unidad, nuestra tendencia era a que existía una mala comunicación entre las adolescentes y sus padres. En relación a lo descrito previamente el tipo de comunicación crítica y evitativa ocuparon el segundo y tercer lugar respectivamente, y no el primero y segundo respectivamente como se estimaba en la hipótesis.

Como lo expresamos en gráficas y tablas desde el momento de las entrevistas, identificamos que cinco de las participantes refirieron no contar con figura paterna, y los datos de comunicación entre madre - adolescente y padre - adolescente, guardan una correlación directa y proporcional, siendo más altos en comunicación eficaz y menores en comunicación evitativa. Teniendo en el caso de la comunicación padre - adolescente, mayor tendencia hacia la comunicación crítica y evitativa. Por esta razón es que para la presentación de tablas y gráficas se toma en cuenta únicamente el resultado de la comunicación eficaz con la madre.

Se observó que las adolescentes en etapa tardía, predomina la comunicación eficaz; a diferencia de las que encontramos en adolescencia temprana e intermedia, en donde hay cierta tendencia por la comunicación crítica y evitativa. La mayoría de las participantes 53.3% viven con su pareja o su esposo, lo que consideramos como un factor determinante para que la comunicación con sus padres sea eficaz, puesto que, de acuerdo a etapas del desarrollo familiar, una vez que las adolescentes se encuentran fuera del núcleo familiar de origen, la comunicación con los progenitores es menor; al igual que dependencia de estos lo que genera que el trato sea más horizontal. A diferencia de cuando las adolescentes se encuentran dependientes del cuidado y de lo económico de sus padres.

Por lo que teniendo como base los resultados de esta investigación, podemos determinar que la comunicación entre las adolescentes entrevistadas y sus padres, no fue precisamente un factor determinante para que se haya presentado el embarazo.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

Las autoras intelectuales del presente proyecto son la Mtra. Esther Gabriela Kanán Cedeño Tutora del proyecto y la Dra. Wendy Lea Chacón Valladares Co- Tutora del proyecto, quienes han invitado a participar al Dr. Gerardo Antonio Gutiérrez Calderón, que se integra al proyecto como investigador principal.

Y a su vez los antes mencionados invitan al Matemático Carlos Gómez Alonso Co- Tutor estadístico. La elaboración del anteproyecto se ha realizado en computadoras personales sin realizar inversión o gasto económico alguno.

El Proyecto se plantea realizar en la UMF 80. Para la identificación de participantes, se invitará a los médicos familiares, asistentes médicos y trabajadoras sociales de la unidad a apoyar en esta tarea, previamente se les informará en que consiste el proyecto. Una vez identificadas las participantes se reunirán en una de las aulas de la unidad, ahí se utilizará la infraestructura propia de las aulas (mesas y sillas), el recurso que se utilizará para multiplicar los formatos requeridos (consentimientos informados, pruebas a aplicar, hojas de registro de participantes y hojas de recolección de datos) así como bolígrafos y lápices para el llenado estará a cargo del investigador principal. Para el análisis de resultados se utilizarán computadoras personales en donde se instalará el programa SPSS versión 23. Por lo que la difusión, identificación de participantes, la aplicación de pruebas y el análisis estadístico no requirió apoyo ni recurso financiero de ningún tipo.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	2016						2017												2018	
	JULIO	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUNIO	JULIO	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
ANTEPROYECTO	■	■																		
REGISTRO ANTE CLIES			■																	
SELECCIÓN DE PACIENTES				■	■	■	■	■	■	■										
ANÁLISIS DE RESULTADOS										■	■	■								
DISCUSIÓN													■	■	■					
TRABAJO FINAL DE TESIS														■	■	■	■			
PRESENTACIÓN EN FORO DE INVESTIGACIÓN															■	■	■	■		
MANUSCRITO PARA PUBLICACIÓN																			■	■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- [Salud de los adolescentes]. Ginebra: OMS; c 2016. [Actualizado en 2016; citado 11 Ago 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- 2.- La salud para los jóvenes, un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la Salud para todos en el año 2000. Organización Mundial de la Salud. 1986. Ginebra, Suiza.
- 3.- Cunningham G, Leveno K, Bloom S. et. al. Williams Obstetricia, 23ra, Edición. México DF. 2006. McGraw Hill, Interamérica Editores.
- 4.- Pensamiento Sistémico y Comunicación. La Teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick como obra organizadora del pensamiento sobre la dimensión interpersonal de la comunicación. Interacciones, patologías y paradojas, 1ª Edición, Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, 1971, 258 páginas. Traducción de Noemí Rosenblatt.) Libros Básicos en la Historia del Campo Iberoamericano de Estudios en Comunicación. Número 75 Febrero - Abril 2011
- 5.- Jiménez T, Musitu G, Murgui S. Funcionamiento y comunicación familiar y consumo de sustancias en la adolescencia: el rol Mediador del apoyo social. España 2006. Revista de Psicología Social, 2006, 21 (1), 21-34.
- 6.- Sánchez I, Oliva, A. (2003). Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. Revista de Psicología Social, 18 (1), 71-86.
- 7.- Schmidt, V., Marconi, A., Messoulam, N., Maglio, A., Molina, F., y Gonzalez, M. La Comunicación Entre Padres e Hijos Desde la Percepción Adolescente. Una Aproximación Etnopsicológica. *Revista de Psicología Social Aplicada* 17 (1), 5-22. 2007. Buenos Aires, Argentina.

- 8.- Schiavon R, Troncoso E y Polo G. “Analysis of maternal and abortion–related mortality in Mexico over the last two decades, 1990–2008.” *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118 (2012): S78–S86.
- 9.- Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México D.F. 2015.
10. Gaviria S, Chaskel R, Embarazo en adolescentes de América Latina y el Caribe: Impacto psicosocial. 2013, CCAP volumen 12, Número 3. Programa de educación continua en pediatría. Sociedad Colombiana de Pediatría.
11. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009).
12. Juárez, F. y Singh S. “Incidencia del aborto inducido por edad y estado, México, 2009: nuevas estimaciones usando una metodología modificada.” *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva* (2013): 25–35.
13. Principales indicadores de salud sexual y reproductiva de adolescentes por entidad federativa, 2009 (Fuente: Consulta interactiva de datos, CONAPO).
14. Rangel P, Mejía R, Vieyra M, Gómez C. Embarazo en la adolescencia y su relación con la funcionalidad familiar en la UMF 80, UNAM, IMSS, Morelia Mich. 2014.
15. Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2015 México.
- 16.- Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Resultados Nacionales, Instituto nacional de salud pública. Primera Edición 2012. Cuernavaca Morelos, México.

- 17.- Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. Instituto nacional de salud pública. Primera Edición 2006. Cuernavaca Morelos, México.
- 18.- Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. WHO/FWC/MCA. Organización Mundial de la Salud 2012.
- 19.- Yamane T.:”*Estadística*”. Harla(1979), p.743; la derivación de la fórmula se puede encontrar en la misma cita, p.378.
- 20.- Cava, M. Comunicación Familiar y bienestar psicosocial en adolescentes. Valencia España 2003. *Actas del VIII Congreso Nacional de Psicología Social, Vol. 1(1), 23-27.*
- 21.- Musitu, G. Cava, M. El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. Psychosocial Intervention. Vol. 12, núm. 2, 2003, pp. 179-192. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; Madrid, España.
- 22.- Barbón P. Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente, Concepción, Chile 2011. Ciencia y enfermería, vol. XVII, núm. 1, 2011, pp. 19-25. Universidad de Concepción.
- 23.- Parra J; Oliva D, Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. Anales de Psicología, vol. 18, núm. 2, diciembre, 2002, pp. 215-231 Universidad de Murcia, Murcia, España.
- 24.- Gómez C. Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección, Distrito Federal, México. Julio-diciembre, 2008. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Universidad Intercontinental, Vol. 10, núm. 2, pp. 105-122.
- 25.- Andrade P, Betancourt O, Palacios D. Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. Revista Colombiana de Psicología, núm. 15, 2006, pp. 91-101 Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

- 26.- Salazar G, Santa María Á, Solano R, Lázaro V, Arrollo S, Araujo T, Luna-Rengifo, Denisse; Echazu I. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú; *Horizonte Médico*, vol. 7, núm. 2, diciembre, 2007, pp. 79-85 Universidad de San Martín de Porres. La Molina, Perú.
- 27.- González, V; Orcasita, L; Carrillo J.; Palma G. Comunicación familiar y toma de decisiones en sexualidad entre ascendientes y adolescentes. *Revista latinoamericana. De ciencias sociales niñez y juventud*; 15(1): 419-430, Ene. 2017.
- 28.- Rangel J, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Revista de la Facultad de Medicina*, Número 1 Enero -Febrero 2004 Derechos reservados, Copyright © 2004: Facultad de Medicina, UNAM. México DF.
- 29.- León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente, Universidad de Chile Servicio Salud Metropolitano Norte, Facultad de Medicina Hospital Clínico de Niños. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Roberto Del Río. *Rev. Ped.* Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918. Chile, 2008.
- 30.- Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Publica.* 2013;30(3):471-9.
- 31.- Sámano R, Martínez-Rojano H, Robichaux D, Rodríguez-Ventura A, Sánchez-Jiménez B, de la Luz Hoyuela M, Godínez E, Segovia S. Family context and individual situation of teens before, during and after pregnancy in Mexico City. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017.

ANEXOS

ANEXO 1 Consentimiento informado. (Asentimineto para menores de edad).

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD.
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**TIPOS DE COMUNICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.**

En la ciudad de Morelia Michoacán a: ____ del mes de _____ del año: 2017.

Yo _____ he sido invitada a participar en el estudio de investigación titulado “**TIPOS DE COMUNICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.**”. Registrado ante el Comité local de Investigación y Ética en Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social con el número: **R- 2016-1603-54.**

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO.

La Justificación de este estudio es: **Que como resultado de investigaciones previas en la UMF 80, se ha identificado que por lo menos el 73.5% de las adolescentes embarazadas presentan disfunción familiar** (Cuando los problemas de la familia no se resuelven y se van acumulando) **y cerca del 91.2% de estas presentan crisis familiar asociada al embarazo familiar. Por lo que se realiza este estudio con la finalidad de identificar los tipos de comunicación familiar que prevalecen entre padres o tutores y adolescentes embarazadas.** El objetivo es: **Identificar los tipos de comunicación prevalente entre la embarazada y sus padres.**

PROCEDIMIENTOS

Si yo decido participar en el estudio, deberé de responder una serie de 20 preguntas, relacionadas con la comunicación o que piden información sobre la manera en cómo me comunico con mis padres. Una vez contestados se llenará la hoja de recolección de datos en forma electrónica y se realizará análisis de los estudios recabados. Una vez realizado el análisis se darán a conocer los resultados obtenidos a directivos de la UMF 80, a autoridades delegacionales y Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en salud No.1603.

POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS

No comprende ningún riesgo ni molestia física, únicamente se me realizará una entrevista y se me solicitará conteste algunas encuestas, lo que sí es probable es que quizá tenga incomodidad emocional al evocar ciertos recuerdos de mi vida.

POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRÁ AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Que de acuerdo a los resultados que encuentren los investigadores en mis pruebas, recibiré comentarios que posiblemente me ayudarán para identificar y mejorar ciertas conductas de mi comportamiento y esto me ayudará para comunicarme mejor con mis familiares. En el caso de que de acuerdo a los resultados obtenidos en mis cuestionarios se manifieste la necesidad de recibir atención médica o psicológica se me canalizará con mi médico familiar para recibir atención.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS

Los investigadores me han informado que una vez que se cuente con resultados del estudio se me informará de estos, al igual que a las autoridades de la UMF 80, con la finalidad de que se integren acciones entre quienes participamos en el estudio, que favorezcan una buena o mejor comunicación entre mis padres y Yo.

PARTICIPACIÓN O RETIRO

Esta podrá realizarse en el momento que Yo lo decida, si a mis fines conviene, independientemente de las razones que exprese. Y no modificaré por ninguna razón los beneficios que a menudo recibo en la UMF 80 o en cualquier otra clínica u hospital del IMSS como derechohabiente del IMSS.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La información que Yo proporcione y que pudiera ser utilizada para identificarme (Nombre, teléfono, dirección o número de afiliación), será manejada de forma confidencial así como los resultados de las pruebas que conteste, salvaguardando siempre mi privacidad y no serán proporcionados a nadie que no tenga relación con la investigación.

EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO

En caso de cualquier duda o aclaración en relación a este estudio puedo acudir con los Investigadores responsables el Dr. Gerardo Antonio Gutiérrez Calderón, quien es residente de Medicina Familiar al teléfono 4431706201. Mtra. Esther Gabriela Kanán Cedeño al teléfono 4432273649; Dra. Wendy Lea Chacón Pizano, al teléfono: 4433949243. En horarios de 08:00 a 16:00 hrs.

O con la secretaria técnica de Comité Local de Investigación:

La Dra. Lilian Eréndira Pacheco Magaña Secretaria del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en salud No.1603 con Teléfono: 4531367311

En caso de duda o aclaraciones sobre sus derechos como participante dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque

“B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. Ciudad de México CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.ética@imjss.gob.mx

Nombre de la participante:

Firma de la participante:

Nombre de quien otorga el consentimiento:

Firma de quien otorga el consentimiento

Relación con la Participante: _____

Testigo No. 1

Nombre y firma del testigo.

Dirección del Testigo.

Testigo No. 1

Nombre y firma del testigo.

Dirección del Testigo.

ANEXO 2 Consentimiento informado.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD.
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**TIPOS DE COMUNICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.**

En la ciudad de Morelia Michoacán a: ____ del mes de _____ del año: 2017.

Yo _____ he sido invitada a participar en el estudio de investigación titulado “**TIPOS DE COMUNICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.**”. Registrado ante el Comité local de Investigación y Ética en Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social con el número: **R- 2016-1603-54.**

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO.

La Justificación de este estudio es: **Que como resultado de investigaciones previas en la UMF 80, se ha identificado que por lo menos el 73.5% de las adolescentes embarazadas presentan disfunción familiar (Cuando los problemas de la familia no se resuelven y se van acumulando) y cerca del 91.2% de estas presentan crisis familiar asociada al embarazo familiar. Por lo que se realiza este estudio con la finalidad de identificar los tipos de comunicación familiar que prevalecen entre padres o tutores y adolescentes embarazadas. El objetivo es: Identificar los tipos de comunicación prevalente entre la embarazada y sus padres.**

PROCEDIMIENTOS

Si yo decido participar en el estudio, deberé de responder una serie de 20 preguntas, relacionadas con la comunicación o que piden información sobre la manera en cómo me comunico con mis padres. Una vez contestados se llenará la hoja de recolección de datos en forma electrónica y se realizará análisis de los estudios recabados. Una vez realizado el análisis se darán a conocer los resultados obtenidos a directivos de la UMF 80, a autoridades delegacionales y Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en salud No.1603.

POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS

No comprende ningún riesgo ni molestia física, únicamente se me realizará una entrevista y se me solicitará conteste algunas encuestas, lo que sí es probable es que quizá tenga incomodidad emocional al evocar ciertos recuerdos de mi vida.

POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRÁ AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Que de acuerdo a los resultados que encuentren los investigadores en mis pruebas, recibiré comentarios que posiblemente me ayudarán para mejorar e identificar ciertas conductas de mi comportamiento y esto me ayudará para comunicarme mejor con mis familiares. En el caso de que de acuerdo a los resultados obtenidos en mis cuestionarios se manifieste la necesidad de recibir atención médica o psicológica se me canalizará con mi médico familiar para recibir atención.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS

Los investigadores me han informado que una vez que se cuente con resultados del estudio se me informará de estos, al igual que a las autoridades de la UMF 80, con la finalidad de

que se integren acciones entre quienes participamos en el estudio, que favorezcan una buena o mejor comunicación entre mis padres y Yo.

PARTICIPACIÓN O RETIRO

Esta podrá realizarse en el momento que Yo lo decida, si a mis fines conviene, independientemente de las razones que exprese. Y no modificaré por ninguna razón los beneficios que a menudo recibo en la UMF 80 o en cualquier otra clínica u hospital del IMSS como derechohabiente del IMSS.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La información que Yo proporcione y que pudiera ser utilizada para identificarme (Nombre, teléfono, dirección o número de afiliación), será manejada de forma confidencial así como los resultados de las pruebas que conteste, salvaguardando siempre mi privacidad. Y no serán proporcionados a nadie que no tenga relación con la investigación.

EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO

En caso de cualquier duda o aclaración en relación a este estudio puedo acudir con los Investigadores responsables el Dr. Gerardo Antonio Gutiérrez Calderón, quien es residente de Medicina Familiar al teléfono 4431706201. Mtra. Esther Gabriela Kanán Cedeño al teléfono 4432273649; Dra. Wendy Lea Chacón Pizano, al teléfono: 4433949243. En horarios de 08:00 a 16:00 hrs.

O con la secretaria técnica de Comité Local de Investigación:

La Dra. Lilian Eréndira Pacheco Magaña Secretaria del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en salud No.1603 con Teléfono: 4531367311

En caso de duda o aclaraciones sobre sus derechos como participante dirigirse 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. Ciudad de México CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.ética@imjss.gob.mx

Nombre de la participante:

Firma de la participante:

Testigo No. 1 Nombre y firma del testigo. Dirección del Testigo.

Testigo No. 1 Nombre y firma del testigo. Dirección del Testigo.

ANEXO 3 Cuestionario de Comunicación Familiar (C.A.-M//C.A.-P)

A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen formas de comunicación o relación que pueden darse con tu madre. Piensa en qué grado cada una de ellas describe la relación que mantienes con tu **madre** y rodea con un círculo la puntuación que mejor puede aplicarse a cada afirmación. Las respuestas posibles son:

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre

Por ejemplo:

1.- Cuando hablo, mi madre me escucha.

Si piensas que siempre que hablas con tu madre, ésta te escucha, rodearás el número 5.

Si, por el contrario, tienes la sensación de que tu madre nunca te escucha cuando intentas contarle algo, rodearás con un círculo el número 1.

Si una mujer que no es tu madre ha ocupado el lugar de tu madre durante un periodo superior al último año, marca igualmente la respuesta que mejor la describe.

Recuerda que no existen respuestas buenas o malas, lo importante es que reflejen tu opinión personal.

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre

1.-	Puedo hablar acerca de lo que pienso con mi madre sin sentirme mal o incómoda.	1	2	3	4	5
2.-	No me creo todo lo que me dice mi madre.	1	2	3	4	5
3.-	Cuando hablo, mi madre me escucha.	1	2	3	4	5
4.-	No me atrevo a pedirle a mi madre lo que deseo o quiero.	1	2	3	4	5
5.-	Mi madre suele decirme cosas que sería mejor que no me dijese.	1	2	3	4	5
6.-	Mi madre puede saber cómo estoy sin preguntármelo.	1	2	3	4	5
7.-	Estoy muy satisfecho/a con la comunicación que tengo con mi madre.	1	2	3	4	5
8.-	Si tuviese problemas podría contárselos a mi madre.	1	2	3	4	5
9.-	Le demuestro con facilidad afecto a mi madre.	1	2	3	4	5
10.	Cuando estoy enfadado con mi madre, generalmente no le hablo.	1	2	3	4	5
11.	Tengo mucho cuidado con lo que le digo a mi madre.	1	2	3	4	5
12.	Cuando hablo con mi madre, suelo decirle cosas que sería mejor - que no le dijese.	1	2	3	4	5
13.	Cuando hago preguntas a mi madre, me responde con sinceridad.	1	2	3	4	5
14.	Mi madre intenta comprender mi punto de vista.	1	2	3	4	5
15.	Hay temas que prefiero no hablar con mi madre.	1	2	3	4	5
16.	Pienso que es fácil discutir los problemas con mi madre.	1	2	3	4	5
17.	Es muy fácil expresar mis verdaderos sentimientos con mi madre.	1	2	3	4	5
18.	Cuando hablo con mi madre me pongo de mal genio.	1	2	3	4	5
19.	Mi madre me ofende cuando está enfadada conmigo.	1	2	3	4	5
20.	No creo que pueda decirle a mi madre cómo me siento realmente en determinadas situaciones.	1	2	3	4	5

MI MADRE ES:

1.- Cariñosa..... 1 2 3 4 5

2.- Amable..... 1 2 3 4 5

3.- Mandona..... 1 2 3 4 5

4.- Justa..... 1 2 3 4 5

5.- Comprensiva..... 1 2 3 4 5

6.- Desconfiada..... 1 2 3 4 5

7.- Severa..... 1 2 3 4 5

8.- Egoísta..... 1 2 3 4 5

En quien estabas pensando cuando respondías estas afirmaciones:

___ Mi propia madre

___ Mi madrastra

___ Otra mujer que cuida de mí

Anexo 4 Hoja de recolección de datos.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80
TIPOS DE COMUNICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.**



HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.		
Nombre de la paciente:		<u>No. de registro:</u> _____
Número de afiliación:		
1.- Edad:	1.1 Adolescente temprana:	
1.2 Adolescente media:	1.3 Adolescente tardía:	
2.- Embarazo:	semanas de gestación.	
2.1 Primer trimestre	2.2 Segundo trimestre:	2.3: Tercer trimestre:
3.- Comunicación:	3.1 Comunicación eficaz:	
3.2 Comunicación crítica:	3.3 Comunicación negativa:	

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.		
Nombre de la paciente:		<u>No. de registro:</u> _____
Número de afiliación:		
1.- Edad:	1.1 Adolescente temprana:	
1.2 Adolescente media:	1.3 Adolescente tardía:	
2.- Embarazo:	semanas de gestación.	
2.1 Primer trimestre	2.2 Segundo trimestre:	2.3: Tercer trimestre:
3.- Comunicación:	3.1 Comunicación eficaz:	
3.2 Comunicación crítica:	3.3 Comunicación negativa:	

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.		
Nombre de la paciente:		<u>No. de registro:</u> _____
Número de afiliación:		
1.- Edad:	1.1 Adolescente temprana:	
1.2 Adolescente media:	1.3 Adolescente tardía:	
2.- Embarazo:	semanas de gestación.	
2.1 Primer trimestre	2.2 Segundo trimestre:	2.3: Tercer trimestre:
3.- Comunicación:	3.1 Comunicación eficaz:	
3.2 Comunicación crítica:	3.3 Comunicación negativa:	

Anexo 5 Hoja de registro ante CLEIS.

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación
a

Dictamen de Autorizado

19/10/2016

DRA. WENDY LEA CHACON PIZANO

P R E S E N T E

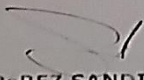
Según el agrado del interesado, que el protocolo de investigación con título:

TIPOS DE COMUNICACION FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

que se encuentra en el expediente de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los recursos humanos con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A_U_T_O_R_I_Z_A_D_O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-1603-54

SECRETAMENTE



DR. (A) GUSTAVO GABRIEL PÉREZ SANDI LARA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1603

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

C:\Users\gabri\Documents\CI=1603&monitor=1&tipo.doc