



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
EN EL CENTRO DE SALUD URBANO LOMAS DE CASABLANCA, EN
EL PERIODO COMPRENDIDO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2009
EN QUERÉTARO, QRO.”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

MED. GRAL. BLANCA ESTELA LEÓN SANTIAGO



SECRETARÍA
DE SALUD - SESEQ

Dirección de Servicios de Salud

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL CENTRO DE SALUD URBANO LOMAS DE CASABLANCA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2009 EN QUERÉTARO, QRO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:


MED. GRAL. BLANCA ESTELA LEON SANTIAGO

AUTORIZACIONES:



MED. ESP. RAMON ALFONSO MANCILLAS ORTIZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN QUERÉTARO



M.EN C. MARÍA TERESITA ORTIZ ORTIZ
JEFE DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN S.E.S.E.Q.

ASESOR METODOLÓGICO DE LA TESIS

ASESOR DE TESIS

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. 2011

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL CENTRO DE SALUD URBANO LOMAS DE CASABLANCA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2009 EN QUERÉTARO, QRO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

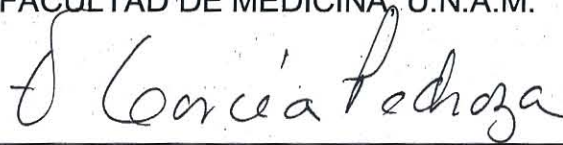
PRESENTA

MED. GRAL. BLANCA ESTELA LEON SANTIAGO


AUTORIZACIONES:



MED.ESP. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



MED. ESP. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



MED. ESP. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. 2011

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta más en mi carrera.

A la UNAM por haberme dado la oportunidad de ser parte de ella y haberme formado como una gran profesionista.

A Oscar mi esposo por ser mi compañero incondicional, por su amor y paciencia.

A mis hijos Adahir y Yahir ustedes han enriquecido mi vida con su cariño y su alegría, entendieron mis ausencias, mis buenos y malos momentos. Gracias por recordarme que hay personas valiosas en el mundo y gracias por estar en el mío, son mi inspiración para seguir adelante, espero ser un gran ejemplo para ustedes.

A mis padres por su amor, confianza y apoyo en la realización de mis sueños, en especial a mi madre por su dedicación y esfuerzo.

A mis hermanos Luis y Carlos que aunque la distancia es enorme siempre estuvieron cerca de mí, gracias por su cariño y sus consejos.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Teresita Ortíz, por creer en este trabajo y el tiempo invertido en la culminación de este proyecto.

Al Dr. Ramón Mancillas por haber plasmado su huella en mi camino, enseñarme y llenarme de su entusiasmo aún sabiendo que no hay palabras suficientes de agradecimiento, a su paciencia y entrega.

A la Dra. Jessica Paulin por su esfuerzo y dedicación, así como por llevarme a conocer lo interesante de la investigación.

Gracias a cada uno de los maestros que participaron en mi desarrollo profesional sin su ayuda y conocimientos no estaría en donde me encuentro ahora.

Gracias también a mis compañeros Raúl, Martha y Hugo que me permitieron entrar en sus vidas durante estos tres años y con los que compartimos tantas experiencias, hazañas y éxitos inolvidables.

Gracias, a todos los que colaboraron en este trabajo, en especial a las adolescentes que sin su apoyo no sería posible este trabajo.

El éxito no se logra sólo con cualidades especiales. Es sobre todo un trabajo de constancia, de método y de organización. J.P. Sergent.

No hay secretos para el éxito. Este se alcanza preparándose, trabajando arduamente y aprendiendo del fracaso. Colin Powell.

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL CENTRO DE SALUD URBANO LOMAS DE CASABLANCA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2009 EN QUERÉTARO, QRO.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTOS	5
1.- TITULO	6
2.-INDICE GENERAL	7
3.-MARCO TEÓRICO	8
4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
5.-JUSTIFICACION	42
6.-OBJETIVOS	44
GENERAL	44
ESPECIFICOS	44
7.- METODOLOGIA	45
TIPO DE ESTUDIO	45
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	45
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	45
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y DE ELIMINACIÓN	45
INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES A RECOLECTAR)	46
METODO DE CAPTACION DE LA INFORMACION	46
CONSIDERACIONES ETICAS	47
8.-RESULTADOS	48
DESCRIPCION (ANÁLISIS ESTADÍSTICO) DE LOS RESULTADOS	48
TABLAS (CUADROS) Y GRAFICAS	52
9.- DISCUSION DE LOS RESULTADOS	69
10.-CONCLUSIONES	75
11.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	80
12.- ANEXOS	86

MARCO TEÓRICO

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad y para satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales las personas requieren participar y actuar dentro de diferentes grupos sociales, dentro de estos grupos resalta por su importancia la familia, considerada como el núcleo primario y fundamental para promover la satisfacción de las necesidades humanas básicas, y sobre todo de los hijos quienes ahí encuentran respuesta a sus carencias, en ella reciben la educación necesaria para transformarse en adultos independientes (1).

Este sistema se ve influenciado por una diversidad de factores generando modificaciones en su organización interna, que le permiten adaptarse de forma funcional a las situaciones estresantes que ponen a prueba sus procesos de cohesión, comunicación, adaptabilidad, incluso de afecto y cuidado, es también una institución social básica en donde se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la población (2), es vista como la unidad biopsicosocial la cual se encuentra integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable que viven en un mismo hogar, tienen entre sus funciones básicas proporcionar ayuda a sus miembros y la de establecer normas de conducta para los mismos (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio". Los sociólogos la definen "como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas" (4).

Asimismo es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones, sistemas de valores y normas sociales que los conducirán a ser productivos y resolutivos, útiles para el grupo social (1). Es un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el bienestar del otro y donde a la vez según Virginia Satir “la familia se comporta como si fuera una unidad”. La familia como grupo debe ser capaz de cumplir con un estatus y rol social, para ello trabaja con las siguientes áreas: a) área de necesidades vitales como el aportar dinero, ropa, vivienda y otras necesidades materiales a sus miembros, b) área de desarrollo donde la familia da a sus miembros patrones positivos en las relaciones interpersonales, aprendizajes adecuados, sentimiento de pertenencia e identidad a ella y otros grupos, independencia, seguridad y apoyo emocional, c) área de obstáculos aquí la familia debe ser capaz de superar las crisis naturales y las inesperadas (5).

Una familia es funcional si cuenta con sus propias fuentes o recursos almacenados (sociales, culturales, religiosos, educacionales) comparten puntos de vista comunes, se acepta el crecimiento individual, comparten afecto, emplean técnicas de aprendizaje, las necesidades de cada miembro se ajustan a las necesidades de la familia, se aceptan cambios de roles, esta familia tiene las disposiciones necesarias para enfrentar el estrés, y si en algún momento se desestabiliza logra un equilibrio (1, 5).

Entre los recursos familiares más importantes se encuentra la cohesión, que se expresa en el nivel de apoyo mutuo, afecto y confianza entre los miembros de la familia. Cuando la familia puede contar con esta posibilidad de decisión conjunta, cuenta con un recurso muy positivo para el enfrentamiento a las diferentes problemáticas de la vida familiar. Otro punto importante es la flexibilidad, ya que en la medida que la organización interna de la estructura familiar sea más flexible, permite adoptar nuevos roles y reglas, se facilitará la solución de los conflictos.

Esta capacidad del sistema da lugar al recurso de adaptabilidad, que no es más que la capacidad de la familia para enfrentar los cambios y adaptarse al medio social; es decir la habilidad para cambiar de la estructura de poder, las relaciones de rol y las reglas en dependencia de la nueva situación. La permeabilidad es otro recurso familiar que se refiere a la capacidad de la familia de abrirse hacia otras instituciones de la sociedad, permitiendo la relación prudente de sus miembros con otros subsistemas, se manifiesta en la posibilidad de solicitar y permitir la ayuda desde fuera del sistema familiar. La apertura del sistema familiar facilita el apoyo social de otras familias, de los amigos y compañeros más cercanos, y de otras instituciones sociales. El apoyo social es un recurso que se puede referir al propio sistema cuando es la familia la que actúa como sistema de apoyo, brinda ayuda a todos sus miembros, o cuando la recibe de otras personas, grupos o instituciones (6).

Una familia que no llega a una resolución favorable entra en crisis, que es un estado de desequilibrio que resulta de la dificultad de identificar y resolver esos eventos estresantes adecuadamente por los miembros de la familia. En la vida cotidiana de las familias se presentan factores estresantes que se tienen que resolver y para ello los miembros cuentan con las vivencias previas, experiencias de otros, recursos intra y extrafamiliares, no siempre se resuelven favorablemente, en ocasiones quedan latentes y se van acumulando gradualmente hasta que el individuo o la familia no puede resolverlo con sus propios recursos y cae en desequilibrio (5).

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y contar con el apoyo de los demás, en cambio las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas (5).

Cuando cada uno de los miembros de la familia tiene bien definidas sus funciones y roles correspondientes al ciclo vital cronológico, se crea una estructura familiar organizada que le permite tener un desarrollo en su identidad familiar y en la individualidad personal de sus componentes, si en el esfuerzo de reorganización familiar la propia estructura familiar, por su falta de flexibilidad no lo permite, aparecen entonces las disfunciones familiares (6).

Las familias que no pueden manejar la crisis llegan a una mala adaptación y utilizan mecanismos de defensa patológicos para mantener el equilibrio como son: la negación, introyección, proyección, racionalización y somatización, si con estos mecanismos se logra un equilibrio, éste es patológico y si se agregan nuevos factores estresantes que lo desestabilizan, se suman nuevas crisis sin resolver hasta llegar a un desequilibrio y la consecuente desintegración familiar. Estas crisis influyen en el comportamiento de todos sus miembros, y cuando los mecanismos para su resolución fallan o no existen, crean una situación que conlleva al establecimiento de una alteración en el funcionamiento de la familia conocido como disfunción familiar (5).

Se entiende como disfunción familiar al no cumplimiento de alguna de las funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares (2), de manera que en el grado en que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones consideradas como básicas se habla de familia funcional o disfuncional, que es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, y de acuerdo a ello, el buen o mal funcionamiento de la familia, factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad entre sus miembros (1, 5).

La familia se percibe como entidad positiva que beneficia a sus miembros; de lo contrario, si el ambiente es negativo, existe menor control sobre ellos mismos. El adolescente que se desarrolla en una familia disfuncional tiene menos probabilidades de lograr éxito en las tareas básicas de separación independencia del grupo familiar y por ende de conceptualizarse como responsable de sí mismo, manteniendo ligas afectivas inmaduras (7).

Es muy sensible a su entorno cultural, si su desarrollo es anormal, aparecerán dificultades en sus relaciones de familia, escuela y sociedad (8).

Un discurso que mencionan las adolescentes es el que se denomina “límite estrecho familiar” y corresponde a aquel límite impuesto por la familia percibido por las adolescentes con gran restricción para los permisos, manifiestan falta de autonomía y libertad para tomar decisiones, especialmente en el ámbito de la vida emocional y social, además limita la comunicación con los padres favoreciendo las relaciones de tipo emocional ocultas, de igual manera este límite estrecho favorecería la conducta impulsiva que la lleva a tomar decisiones inmediatas en cuanto tiene la oportunidad de liberarse, se asocia a desconocimiento e ingenuidad respecto del entorno social y los riesgos existentes en éste, lo que las hace más vulnerables (9).

También mencionan la “negligencia paterna” la cual corresponde a aquella dinámica establecida por los padres en la que existe ausencia de límites hacia los hijos, en este caso las adolescentes lo perciben como desinterés, falta de apoyo y una insatisfacción de la necesidad de orientación en temas relevantes para la joven, y la falta de advertencia por parte de los padres frente a los riesgos a los que se exponen (9).

Un sistema familiar es susceptible de ser evaluado, estando la familia reunida en su totalidad o a través de uno de los miembros de ella que manifiesta su propia percepción de la misma, y nos va a proveer de elementos de evaluación que nos permitan intervenir, si se considera la interacción dinámica y relacional que se da y que le permite posibilidades de intercambio y crecimiento. El evaluar a una familia implica valorar la situación personal de quien se pretende evaluar, además de un conjunto de conocimientos que permitan hacerlo de la manera más objetiva y veraz (5).

Una técnica rápida y sencilla para explorar la función familiar es el Apgar familiar que fue desarrollada por Smilkstein en 1978, para explorar la funcionalidad familiar.

Este instrumento se ha incorporado a la práctica clínica del médico de familia como una herramienta para el abordaje de los problemas familiares, tanto de forma experimental como en la asistencia clínica diaria, tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante tiene de una familia, puede aplicarse a diferentes miembros de la familia, en distintos momentos para palpar su variación, puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar. En comparación con otras escalas (CES, McMaster, FACES III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación (10). Sus iniciales en inglés, hacen referencia a los cinco componentes de la función familiar y forman el acrónimo Apgar son los que a continuación se mencionan:

Adaptability (Adaptabilidad): evalúa la forma en que los miembros de la familia utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.

Partnership (Participación): mide la cooperación de los miembros de la familia en la toma de decisiones y en la división del trabajo, el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para resolverlos.

Growth (Gradiente de Crecimiento): mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia, en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.

Affection (Afecto): mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

Resolve (Resolución): evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar (1, 11).

Consta de 5 preguntas que evalúan de manera cualitativa las características familiares. (11). Cada pregunta consta de tres posibles respuestas: siempre (2), algunas veces (1) y casi nunca (0). Una vez obtenido el puntaje total, se procede a la clasificación de funcionalidad familiar, de 7 a 10 puntos se menciona que es una familia funcional, de 4 a 6 puntos disfuncionalidad moderada, de 0 a 3 puntos disfuncionalidad severa (1, 5).

En el estudio realizado por Rangel et al. (1) evaluaron la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas y los resultados fueron familias funcionales en el 67%, disfunción familiar moderada en un 27%, severa 6%. Los aspectos con mayor alteración fueron el crecimiento y afecto. En el realizado por Cueva et al. (12) concluyen que casi la mitad se embarazó para casarse o para salirse de su casa, probablemente relacionado con la percepción de que no reciben apoyo y cariño por parte de su familia de origen, lo cual las obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja (1,12).

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud como el período de vida que transcurre de los 10 a los 19 años de edad (13-15), se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), durante este período en las mujeres se manifiestan cambios característicos como crecimiento de los senos, aparición de vello púbico y la primera menstruación.

En los hombres se hace evidente el cambio de voz, surge vello púbico y se producen las primeras emisiones de espermatozoides, esto anuncia el inicio de la madurez sexual cuya consecuencia natural es la capacidad reproductiva. Estos cambios biológicos durante la adolescencia adquieren un significado especial para la vida y la sexualidad de los/las jóvenes, que para consolidarla requieren de la integración de factores físicos, psicológicos, sociales, culturales, educativos y morales. El adolescente vive un prolongado y difícil período de inestabilidad con intensos cambios externos e internos que dificultan su interacción familiar, escolar y social (12,16). En relación a los cambios psicológicos que se producen durante esta etapa se mencionan cuatro: 1) aumento de la agresividad, 2) aumento de la capacidad para el pensamiento abstracto, 3) Intensificación de la imaginación y la fantasía, 4) Intensificación del impulso erótico (8).

Durante esta época, el adolescente se caracteriza por actitudes impulsivas, poco reflexivas, rebeldía e imprudencia, intenta progresivamente separarse de las figuras parentales, lo cual se expresa en conductas de oposicionismo y negativismo, se desidealizan las figuras de autoridad adultas y el adolescente pareciera que se fija "especialmente" en los defectos, lo que suele ser un proceso difícil de aceptar para los padres. Además, esta rebeldía oposicionista hacia los padres es contradictoria con un verdadero sometimiento a las normas de su grupo de pares a las que el adolescente no se atreve a oponerse (17). Cabe señalar que no todos los adolescentes desarrollan conductas oposicionistas, muchos logran consolidar una adecuada individuación sin que medien conductas rebeldes o impulsivas, es importante diferenciar estas conductas cuando son propias de un desarrollo normal, de las que corresponden a los trastornos conductuales en la adolescencia (18). Otro de los cambios relacionados es el tipo de pensamiento uno mágico que intenta controlar y cambiar al mundo a partir del pensamiento omnipotente (fantasías) y otro científico que controla el mundo de forma más real. La omnipotencia e inmortalidad de su pensamiento junto a la tendencia a actuar con los impulsos los lleva a pensar: "a mí nunca me va a pasar eso", el resultado es una serie de conductas que le sirven de autoafirmación, que sin embargo pueden representar importantes riesgos para su integridad personal (16).

Se sienten capaces de transformar el mundo, pero aún no tienen la experiencia y conocimientos necesarios para evaluar la consecuencia de sus acciones, además no aceptan consejos porque consideran que son poseedores de la nueva realidad. Si bien es cierto que el/la adolescente puede pensar de manera abstracta, el contenido de sus pensamientos está matizado por su experiencia infantil, el periodo previo de dependencia que ha vivido sigue dominando su vida, no ha tenido la oportunidad de experimentar por sí mismo las consecuencias de sus actos, la familia ha estado pendiente de guiar y dirigir su conducta. La capacidad de abstracción aunada a los contenidos infantiles, provoca que los adolescentes observen la vida de manera fantasiosa y la fantasía cumple varias funciones, sustituye una experiencia real pero inaccesible o temida, sirve de preparación para la posterior relación real, le permite al/la joven ir reconociendo sus respuestas sexuales y en general es una forma de experimentar su sexualidad sin riesgos y de manera controlada. A partir de sus fantasías sueñan con “su príncipe azul” y los adolescentes con “su princesa encantada”, se involucran en una relación donde su pareja les prometió que estaría con ellas en las buenas y en las malas para convencerlas de tener relaciones sexuales y posteriormente abandonar la relación, en ocasiones estas chicas quedan embarazadas confrontando su realidad y la terminación de una relación que al principio se vio como “ideal” (16).

Los adolescentes según Mengole et al (19) pasan por tres etapas, cada una con características propias, que son las que a continuación se describen:

La primera es la adolescencia temprana: inicia a los 10 y culmina a los 13 años, biológicamente es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. En esta etapa hay aceptación del cuerpo que crece y cambia, así como en la autopercepción de la imagen y la autoestima. Psicológicamente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo, este vínculo es estrecho y el contacto con miembros del otro sexo suele hacerse en grupo.

Hay una fuerte desidealización de las figuras de autoridad, tendiendo al distanciamiento, desobediencia y evitación de dichas figuras. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas irreales.

La segunda etapa es la adolescencia intermedia que va de los 14 a los 16 años, se aprecia la separación de la familia para lo cual las relaciones con el grupo de pares comienza a tener mayor relevancia y marcan la pauta en la delimitación de la individualidad del sujeto, para muchos es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Se muestran preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados por la moda. Es aquí donde cobra importancia la pertenencia al grupo, ya sea del barrio, grupos deportivos, grupos de amigos, los cuales desempeñan varias funciones, las principales son proporcionarle al individuo la oportunidad de aprender a relacionarse con sus compañeros de edad. Aprenden a controlar su conducta social, adquirir destrezas e intereses propios de la edad, compartir problemas y sentimientos comunes. En este período se tiende a asumir los valores y códigos del grupo de pares, lo que aumenta la distancia con los padres, existiendo una tendencia "anti-adulto". Un ejemplo en este grupo de edad es el uso y abuso de drogas y alcohol por "pertenecer" y ser aceptado por sus compañeros.

La última etapa es la adolescencia tardía que inicia a los 17 y termina a los 19 años, en este período tiene lugar la adquisición de un sentido estable de la identidad, sobre todo en lo que se refiere a la sexualidad y la vocación. En este lapso los valores del grupo dejan de tener tanta importancia, siendo los propios valores acordes a la identidad los que se toman en cuenta. Los jóvenes se hacen más autónomos de su familia, de las instituciones educativas, de la moral y en general de la influencia de los adultos. Con respecto a las figuras de autoridad, se comienza a producir una reconciliación y reparación.

Lo óptimo es que se desarrolle una independencia flexible, es decir que el joven concilie un rol definido, pero al mismo tiempo autónomo, que le permita contrastar sus valores, esto va a depender de la solidez previamente lograda en el proceso de socialización, si el adolescente fracasa en ser aceptado en un grupo, pueden aparecer conductas de aislamiento o de extrema dependencia a los pares o a determinados grupos a quienes imitará y a los cuales se someterá, si el desarrollo del adolescente no progresa normalmente, resultarán dificultades en sus relaciones interpersonales escolares, familiares y sociales (8,12,20).

Uno de los cambios más significativos de la adolescencia es el paso de la vida familiar a la inserción en la vida social, donde asume una independencia personal, autónoma y se dirige hacia sus metas con sus habilidades adquiridas. Es un período crucial del ciclo vital, en el cual los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzando su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, recuperando para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propia" (21).

Respecto a la situación de los adolescentes en México, la población total en 1970 era de 11.7 millones, para el año 2000 este grupo ascendió a poco más de 21.6 millones. El número de mujeres adolescentes en 1970 fue de 5.7 millones y para el año 2000 se duplicó el número de mujeres hasta llegar a los 10.7 millones (14,16).

En 1989 la proporción de adolescentes del grupo de 15 a 19 años, representaba el 25% de la población nacional (12), hacia el año 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años (14). Este grupo crecerá sólo un poco más en los tres años siguientes, hasta alcanzar el valor máximo de 21.9 millones alrededor del año 2003, posteriormente se esperan reducciones muy acentuadas durante 2010 con decrementos mayores a 200 mil personas por año, de tal manera que en el año 2020 el tamaño de este grupo será de 18.8 millones (22).

De acuerdo a lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) de la población general el 52.1% son mujeres y el 47.9% son hombres. La población total del grupo de 10 a 19 años es de 22, 874.9 millones, de ellos 11,611.8 son mujeres (50.8%) y 11,263.1 son hombres (49.2%) respectivamente (23). Cifras que se asemejan son las del último registro de INEGI 2005, con una población total estimada de 103,263,388 millones de habitantes, con una distribución para el sexo femenino de 53,013,433 millones, y para el masculino 50,249,955 millones, con un total de la población adolescente de 21,06 millones (23,24).

En el Estado de Querétaro las cifras registradas reportan un total de 1,598,139 habitantes; de esta población 825,380 son mujeres, y 772,759 son hombres. El total es de 341,430 adolescentes. Estos montos constituyen el universo potencial que deberá atender el componente de salud sexual y reproductiva dirigido a los y las adolescentes, por lo que las diversas acciones deben ir encaminadas a este grupo de edad (23, 24).

La salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos. La salud reproductiva está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia. Representa el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos; el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes y de los adolescentes y se extiende más allá del período reproductivo de las personas. Tiene que ver con las relaciones interpersonales, con percepciones y con valores; su cuidado evita enfermedades, abuso, embarazos no planeados y la muerte prematura. Pocas decisiones son más importantes en la vida que seleccionar con quién formamos pareja, elegir cuándo y cuántos hijos tener y cómo mantener la salud y gozar la sexualidad en la etapa post-reproductiva (25).

La salud sexual es un componente de la salud reproductiva en su contexto más amplio. La promoción de la salud sexual, requiere de un proceso de educación y dotación de servicios, de acceso universal y de calidad. La educación de la sexualidad conforma un proceso de adquirir información y formar actitudes y valores positivos, con respecto al sexo. La meta primaria es la promoción de la salud sexual, lo cual implica adquirir recursos para tomar decisiones sobre la vida presente y futura. En relación a los derechos de las y los usuarios de servicios de salud sexual y reproductiva, cualquier persona que solicite un servicio de salud reproductiva tiene derecho a la:

Información: ser enterado (a) con oportunidad, veracidad y en un lenguaje comprensible, de los beneficios y de los riesgos de las intervenciones médicas.

Acceso: recibir atención y servicios de calidad con calidez.

Elección: decidir responsable y libremente entre las diversas alternativas que existan para dar cumplimiento a su solicitud.

Seguridad: recibir el tratamiento que ofrezca mejores condiciones de protección a la salud.

Privacidad: recibir información, orientación, consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias.

Confidencialidad: cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas.

Dignidad: ser tratado (a) con respeto, consideración y atención.

Continuidad: recibir información, servicios y suministros por el tiempo que sea requerido.

Opinión: expresar sus puntos de vista acerca de la información, servicios y trato recibidos (25).

La planificación familiar tiene como propósito contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante información, oferta sistemática de métodos de control de la fertilidad y la prestación de servicios de calidad a toda la población, con particular énfasis en las áreas rurales, urbano-marginadas, comunidades indígenas y adolescentes, fomentando conductas responsables, libre e informadas con respecto a su vida sexual y reproductiva. Con la prestación de servicios de planificación familiar de calidad accesibles y oportunos se evitan gastos hospitalarios no previstos derivados de la atención del embarazo, parto y puerperio, así como de sus complicaciones. Asimismo, se reducen los costos sociales para la manutención de los hijos inesperados, la deserción escolar, la marginación, el desempleo, el hacinamiento, la violencia intrafamiliar y los niños sin hogar (25).

En planificación familiar la visión es lograr que hombres y mujeres ejerzan por igual sus derechos sexuales y reproductivos de una manera plena, responsable y segura, y que esta conducta permita al país tener un crecimiento armónico de la población (25).

Ante esta problemática la Secretaría de Salud convocó en noviembre de 1993 a una reunión en la que organismos públicos, privados, nacionales e internacionales, aportaron sus experiencias en el trabajo con la población adolescente. El resultado de dicha reunión fue la “Declaración de Monterrey”, que sentó las bases para iniciar un programa nacional de salud de los/las adolescentes (16).

En julio de 1994 el sector salud dio inicio a un programa de cobertura nacional con el lema “En Buen Plan... Planifiquen”, con la misión de propiciar y proteger el derecho de la población adolescente a la información, comunicación y servicios de salud con una visión integral, priorizando la salud sexual y reproductiva de este grupo (16).

Datos obtenidos de algunas encuestas sobre el comportamiento sexual y reproductivo en los/las adolescentes muestran que estos(as) tienden al inicio de la actividad sexual a más temprana edad, en la mayoría de los casos lo hacen desprovistos de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implican la maternidad y la paternidad así como del uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos modernos. En las parejas de adolescentes donde media el afecto los contactos sexuales tienden a ser más frecuentes y prolongados, esta situación coloca a la pareja adolescente en situaciones de mayor riesgo (16).

Aun conociendo los métodos de anticoncepción, algunas mujeres no los usan por ser mal visto que una mujer tenga iniciativa en esa actividad, ser cuestionado que ejerza el sexo por placer, suponen que los varones tienen experiencia y deben decidir en el terreno de la sexualidad, porque a la mujer se le ha enseñado a obedecer, porque la mujer considera que la reproducción es su función natural, porque no son capaces de comunicarse asertivamente, por cuestiones morales o religiosas, por temor a las consecuencias. Algunas veces se les brinda información sobre sexualidad, embarazo, métodos anticonceptivos, etc., sin embargo desconocen a dónde acudir en caso de necesitar metodología anticonceptiva, o en caso de embarazo, a donde acudir oportunamente para solicitar atención prenatal (16).

A los varones se les ha enseñado que deben ejercer seducción y presión sobre la mujer, asimismo, a asumir la reproducción como un hecho femenino, esto lleva a los varones a considerar los métodos de anticoncepción como “asunto de la mujer”. Es también frecuente que los adolescentes temen ser demasiado directos si proponen alguna forma de protección (16).

El no uso de métodos anticonceptivos se explica por: olvido de ingesta, temor a subir de peso, dificultades en el acceso, vergüenza para solicitarlos e irresponsabilidad masculina (9).

En encuestas de Salud Reproductiva entre los jóvenes de América Latina se reporta que la primera relación sexual varía entre los 13 y 16 años para los varones y entre los 16 y 18 para las mujeres. La edad varía de una región a otra. En México se han realizado esfuerzos para investigar el comportamiento sexual de los/las jóvenes, aunque no se ha logrado precisar su comportamiento y problemática. En la encuesta realizada por la Dirección General de Planificación Familiar denominado: “Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes en el Área Metropolitana de la Ciudad de México” (ECRAM, 1987), se reporta la edad promedio de la primera relación sexual a los 16 años en los hombres y a los 17 años en las mujeres (16).

Según los resultados de la evaluación al servicio especializado para adolescentes de la Secretaría de Salud en 1999 efectuada en diez estados de la República, el 45.7% de los/las usuarios(as) del servicio ya habían tenido relaciones sexuales al momento de asistir al servicio, iniciando en promedio a los 15.8 años de edad. De ellos, el 80% tuvieron la primera relación sexual con novios(as) y amigos(as) y solamente el 6% con una pareja estable, las relaciones prematrimoniales entre los adolescentes son frecuentes. Por otro lado, el principal motivo de asistencia al servicio especializado fue por consulta prenatal (23.5%). De la misma evaluación, y a partir de encuestas efectuadas en población estudiantil de 10-19 años, se obtuvo que el 94.2% de los encuestados conoce al menos un método anticonceptivo y el 64.5% con relaciones sexuales utilizaron un método anticonceptivo en su última relación sexual, principalmente el condón (16).

La Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), realizó una encuesta para su programa “Gente Joven”, e informa que a los 19 años, el 60% de los varones declaró ya tener actividad sexual, mientras que esto ocurre en el 21% de las mujeres. Cabe señalar que los y las adolescentes que no asisten a la escuela parecen tener mayor actividad sexual que los y las jóvenes que sí permanecen estudiando. Casi el 40% de las adolescentes entrevistadas que han tenido algún embarazo mencionaron que no lo habían planeado.

En el grupo de adolescentes entre 13-19 años encuestados, el 80% sabía de la existencia de métodos anticonceptivos (26). Esto señala que el conocimiento sobre anticoncepción se asocia positivamente con la edad de ellos el condón es el método que conocen más. La edad de inicio de uso de algún método anticonceptivo es entre los 15 y 19 años para más de la mitad de los jóvenes y los más comunes son el condón, el dispositivo intrauterino (14).

El impacto de las acciones realizadas por el sector público y la sociedad civil organizada en materia de salud sexual y reproductiva para la población adolescente, se reflejó en el incremento en el uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes unidas. Mientras que en 1997 el empleo de métodos anticonceptivos en las adolescentes unidas era de 44.9%, para 2002 se elevó a 48.8%, como resultado del incremento en el uso de métodos anticonceptivos, a lo largo de los últimos cinco años disminuyó el número de nacimientos en madres adolescentes, de haberse mantenido la fecundidad de los años setenta, en el 2000 hubieran ocurrido poco más de un millón de nacimientos de madres adolescentes en lugar de los 366 000 que se presentaron (16). Se menciona además que el 35% de las adolescentes que si están utilizando algún método anticonceptivo posparto, el más utilizado fue el DIU (27).

Este grupo tiene características de interés que obedecen a su dinámica demográfica y a su creciente importancia en la salud pública, por los factores de riesgo que se presentan durante esta etapa. Los costos económicos, sociales y psicológicos derivados del ejercicio de la sexualidad, desinformada y sin recursos de protección, son elevados y se aplican a atender infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, violencia intrafamiliar, trastornos psicológicos, abortos inducidos, embarazos no planeados entre otros (16).

Durante el desarrollo de una adolescente un evento que puede constituir un importante riesgo es un embarazo, ya que afecta las metas y tareas de esta crucial etapa, interrumpiendo los planes para alcanzarlas, con posibles consecuencias tanto para la salud mental de la adolescente y su familia como para el desarrollo del hijo que va a nacer.

Las exigencias y responsabilidades de la maternidad ocurren en un momento en que la adolescente está centrada en la búsqueda de su identidad y de su independencia y antes de haberlo logrado debe satisfacer las necesidades de dependencia de un ser en desarrollo (18). El embarazo de una adolescente pone en juego el presente y futuro de varios individuos y se debe tomar en consideración la estructura, dinámica y valores particulares de la familia, porque cuando surge el embarazo, la familia se ve obligada a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que aparecen nuevas necesidades en torno a este binomio; hay una movilización inmediata de todos los integrantes para encontrar un nuevo estado de homeostasis familiar, el cual puede ser inicialmente rechazado, causar sorpresa y frustración (12,15).

El embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de alto riesgo, en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo debido a que antes de los 15 años el desarrollo físico no está consolidado, hay inmadurez biológica e incapacidad de la pareja para cuidar a un hijo y formar una familia lo que repercute tanto en la salud de la madre como del niño. Se define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca (12,15).

Las consecuencias del embarazo en adolescentes abarcan aspectos físicos, maternos y psicosociales que interfieren con la madurez, aceptación social y familiar de la madre y su hijo (12), ante esta situación en 1974 la OMS plantea el embarazo en la adolescencia como un problema social y creciente (15).

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. La TFA es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas (14).

En Ecuador, mediante acuerdo ministerial del 23 de septiembre de 2005, el Ministerio de Salud Pública estableció el 26 de septiembre de cada año como el "Día Nacional de Prevención del Embarazo en adolescentes" (28).

A nivel mundial, cada año nacen 15 millones de niños(as) de mujeres menores de 20 años, lo que representa el 20% de todos los nacimientos anuales registrados, de ellos el 60% no son planeados (29). Otras cifras provenientes del Fondo para la Población de las Naciones Unidas, mencionan que el embarazo en la adolescencia representa poco más de 10% de todos los nacimientos en el mundo (12,30). En Estados Unidos en 1996 se presentan anualmente más de medio millón de embarazos (12). En Canadá se embarazaron alrededor de 40 mil adolescentes; en Europa representa el 7% y las cifras mayores corresponden a Alemania y Gran Bretaña (12). En Chile el 13,78% de los niños nacidos vivos en 1990 fueron hijos de madres menores de 20 años (18), para el año 2000 se presentaron alrededor de 40,000 hijos de madres adolescentes (9) y para el año 2006, representaron el 15.5% del total de los nacimientos en este grupo de edad (31).

En México para 1989 se reportó una proporción de adolescentes de 15 a 19 años, casi la cuarta parte de la población nacional donde el embarazo no planeado representaba cerca de medio millón de embarazos anuales (12). En 1993 ocurrieron 420 000 nacimientos, en 1996 la cifra fue de 355,000 nacidos vivos de acuerdo a estimaciones del Consejo Nacional de Población (16).

Durante el año 2000 ocurrieron cerca de 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 17% del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo de edad (14,24). Esto significa que uno de cada seis nacimientos (17%) en el país, ocurre en mujeres menores de 19 años (14, 22).

Las estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de población nos indican que para el año 2010 habrán ocurrido un total de 300 000 nacimientos y para el 2020 serán 250 000 nacimientos.

En nuestro país de cada 100 nacimientos registrados, 53 corresponden a mujeres que en el momento del nacimiento tenían entre 20 y 29 años de edad, 24 pertenecen a mujeres de 30 a 39 años. Del total de nacimientos de mujeres de 15 a 49 años de edad, la proporción de menores de 20 años es de 17 % (24).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006, mostró una tasa de embarazo en adolescentes 6 por cada 1000 (0.6%) para el grupo de 12 a 15 años, 101 (10.1%) para 16 y 17 años y 225 (22.5) en las de 18 y 19 años, lo que el total es del 33.2% por cada 1000. Por otra parte se calcula que 22.0% de las muertes maternas se concentra en mujeres de 20 a 24 años y 13.0% de 15 a 19 años (23).

Las Estadísticas Demográficas 2007, INEGI reportan para Querétaro de Arteaga un total de 42,514 nacimientos, los cuales son divididos en quinquenios, en menores de 15 años reportan un total de 116 nacimientos cifras que representan el 0.27%, para el grupo de 15 a 19 años se presentaron 6 471 nacimientos cifras que representan el 15.22%, con un total del grupo de 15 a 19 años del 15.49% (32).

En el grupo de 20 a 24 años el total de nacimientos es de 12 496, de 25 a 29 años la cifra es de 11 139 nacimientos, de 30 a 34 años el total fue de 7757, nacimientos, de 35 a 39 un total de 3554 nacidos vivos, de 40 a 44 años 836 nacimientos, en la población de 45 a 49 años se presentaron 52 nacimientos y en la de 50 años y más 4 nacimientos (32).

Los cambios que genera un embarazo se suman a los cambios psicosociales de la etapa adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión de su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento), por lo tanto se producen temores, desequilibrio emocional, depresión, angustia, somatizaciones, intentos de aborto, algunas de ellas lo contemplan y de decidirlo, enfrentarán problemas económicos, hay que pagarlo, morales por sentimientos de culpa, biológicos generalmente se hacen en condiciones insalubres y legales porque está penado por la ley (16).

El nacimiento de un hijo, cuando es planeado y deseado, es un acontecimiento que llena de orgullo y alegría a los futuros padres. Cumple la función de perpetuar la especie y representa la posibilidad de expresar amor, cuidados y trascender a través de los hijos. Sin embargo, cuando no es planeado genera temores de cómo enfrentarlo, por los cambios que este hecho puede generar sobre el proyecto de vida. En el caso de los/las adolescentes, deben enfrentar las posibles respuestas de la pareja, la familia, los amigos y las instituciones; la posibilidad de abandono de la escuela, la ruptura con el/la compañero(a), el matrimonio forzado, la salida del círculo de amigos y finalmente la responsabilidad que implica tener un hijo (16).

Algunos autores coinciden que el embarazo en la adolescencia implica frustración de sueños, planes y estudios, por lo que la joven embarazada pasa a depender completamente de su familia o de la familia del cónyuge. Se caracteriza por inmadurez biológica, incapacidad de la pareja para cuidar un hijo y formar una familia. Se considera embarazo no deseado a la concepción que ni la pareja ni ninguno de los que la forman desea conscientemente en el momento del acto sexual. El 60-90% de las concepciones adolescentes son no deseadas (24,33). Es el producto de la falta de información sobre los métodos anticonceptivos, el sexo sin protección, la falla anticonceptiva o su uso incorrecto (14).

Si se considera la fecundidad temprana con sus consecuencias económicas y sociales, puede decirse que un hijo a edades tempranas dificultará a la madre y al padre adolescente una serie de oportunidades de desarrollo educativo y laboral (12). Considerando la inequidad que existe entre hombres y mujeres, la adolescente soltera que se embaraza está expuesta a recibir rechazo y crítica por parte de la familia y la sociedad. Su autoestima se ve deteriorada, surgen sentimientos de culpa y minusvalía, se enfrenta a problemas económicos, abandono de sus estudios, si la joven continúa con el embarazo ocultando su situación, vivirá momentos de gran soledad, tensión, ansiedad e incertidumbre. En el momento en que se haga evidente requerirá tomar decisiones, enfrentar a la familia y a la sociedad (16).

Un embarazo no deseado ya sea porque no se planeó o porque las medidas preventivas no fueron utilizadas o fallaron, genera temores de cómo enfrentarlo, cambia totalmente el proyecto de vida de los nuevos padres, tanto en los ámbitos personal, familiar y social (34), es común que se piense en la posibilidad de un aborto por razones tales como el temor, la vergüenza, la desesperación, inmadurez de la madre por no sentirse capaz de cuidar a un bebé, hasta la presión de los padres “por el qué dirán”, a lo largo de su vida será una situación que desearán ocultar, y en ocasiones se piensa en el suicidio (14,16). Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera, debido a que la pareja no asume su responsabilidad paterna provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño (34). En la mayoría de los casos el padre adolescente se desentiende totalmente de su responsabilidad lo que motiva a la joven a tomar esta drástica decisión, además si a esto le agregamos que los hijos no planeados ni deseados de las adolescentes, frecuentemente son niños rechazados (consciente o inconscientemente) por la madre y la sociedad, están más propensos a sufrir trastornos emocionales, golpes, abandono, carencias económicas, afectivas y educativas; o aún de carecer de un hogar por haber sido abandonados presentan dificultades de adaptación social y escolar, agresividad, desobediencia, falta de concentración, dificultad para el control de impulso y mayor propensión a cometer actos delictivos. Las familias de las adolescentes, aunque les dan apoyo material, en general tienden a mantener una actitud condenatoria que la adolescente vive con mucha culpa y de autodesprecio. Aún en el caso de que la pareja sea la deseada, les queda poco tiempo para ajustarse a las exigencias matrimoniales, enfrentando súbitamente las obligaciones y compromisos de la maternidad, cuando aún desean jugar y divertirse (16).

En México es frecuente que la madre adolescente asuma la responsabilidad de criar a su hijo(a) a menudo con el apoyo de miembros de su familia de origen o de la familia del padre. El nacimiento de el/la nuevo hijo(a) puede generar confusión de roles familiares, por ejemplo: los abuelos asumen la función de padres y la madre prácticamente se relaciona como hermana mayor de su hijo(a).

Las características personales del padre y la madre adolescente, así como la calidad de su relación, afectarán sus habilidades como padres y sus posibilidades para continuar con su desarrollo personal. El nivel de satisfacción que tengan como padre/madre también incidirá en la relación con el hijo. Las jóvenes que deciden tener a sus bebés en principio buscan darles cuidados y protección. Ante la dificultad económica y las limitaciones que el hijo representa para su vida personal y social, tienden a desatenderlos por periodos prolongados, generando abandono y maltrato infantil. Con el transcurso del tiempo, puede suceder que el/la hijo(a) se convierta en un obstáculo ante una eventual relación de pareja (16).

La carencia de recursos económicos lleva a la pareja a habitar en casa de los padres o los suegros, generando mayor dependencia familiar debido a que requieren someterse a las reglas familiares. Levine y colaboradores encontraron que 20 años después de haber sido madres adolescentes, las mujeres continuaban recibiendo apoyo de su familia de origen en mayor medida que las mujeres que se embarazaron a mayor edad (35).

Para autores como Enriqueta Sumano- Avendaño las condiciones que pueden favorecer el embarazo en adolescentes son la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación con la madre, el abandono de la escuela, menarquía precoz, baja autoestima, carencia de proyectos de vida, pocos conocimientos sobre métodos anticonceptivos, familia disfuncional, madre o hermana con embarazo en la adolescencia, padre ausente, toxicomanías, adicciones, nivel socioeconómico bajo, ingreso temprano al trabajo formal, amigas que han iniciado vida sexual precozmente (1,12,36). Se mencionan también factores individuales, familiares y socioculturales.

1) Factores individuales: se pueden considerar la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la menarquía precoz o temprana lo cual otorga madurez reproductiva cuando aún no manejan las situaciones de riesgo, inician su vida sexual alrededor de los 15 años de edad, y a tener una conducta sexualmente activa. Tienen una pareja que con frecuencia es 5 años mayor que ella.

Se asocia también al escaso conocimiento de los métodos anticonceptivos. Frecuentemente han fracasado en sus estudios, tienen un bajo nivel de aspiraciones académicas, contribuyen a la deserción escolar de niveles de primaria, secundaria, preparatoria y universitaria. Tienen dificultad para establecer metas personales apropiadas, presentan sentimientos de soledad y refieren conflictos con sus padres, poca tolerancia a la frustración, tendencia a la impulsividad y a la inestabilidad emocional, dificultad para anticipar consecuencias y para aprender de la experiencia, ideas de omnipotencia y pensamiento mágico propios de esta etapa de la vida, que les lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean. Se acompañan de fantasías de esterilidad, comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles, se ha visto también que una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas y narcisistas, timidez y ansiedad social (15).

En un estudio realizado en el Hospital Roberto del Río de Santiago de Chile en 1994, de Autoestima y salud mental en los adolescentes se analizó la relación entre el autoestima social, familiar, escolar y personal con la salud mental de los adolescentes consultantes al servicio de salud mental, encontrándose que la baja autoestima se relacionaba con la presencia de trastornos psicológicos y que la autoestima es un factor relevante en el desarrollo de aspectos de personalidad, adaptación social y emocional, influye sobre los aspectos importantes de la vida como la adaptación a situaciones nuevas, nivel de ansiedad y aceptación de otros, rendimiento escolar, relaciones interpersonales, consumo de drogas y embarazo en adolescentes (15). La baja autoestima se expresa en temor al rechazo y miedo a perder la pareja frente a la negación de mantener actividad sexual o exigir uso de preservativos (9).

2.- Factores familiares se mencionan la disfunción familiar, figuras parentales ausentes del hogar otorgando a las jóvenes la oportunidad de permanecer a solas, esto se produce en aquellas familias en la que ambos padres trabajan.

Si la familia tiene vínculos frágiles y conflictivos con la adolescente, ellas tienen sentimientos de ser rechazada o no querida por uno o ambos padres, a lo que se establece una dinámica disfuncional que no cubre las necesidades afectivas y provoca en las adolescentes un sentimiento de soledad. Esto pone de manifiesto la necesidad de protección, su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales para recibir afecto (9).

Los embarazos adolescentes y/o prematrimoniales en la madre y/o el padre u otras figuras femeninas significativas dentro del grupo familiar como el antecedente de madre o hermana embarazada en la adolescencia, amigas que han iniciado vida sexual activa, pérdida de figuras afectivas significativas y baja escolaridad de los padres. Se agrega a esto el antecedente de uno o ambos padres con ingestión alcohólica excesiva, familias donde se valora el tener muchos hijos y la dificultad para expresar verbalmente sentimientos y emociones dicho de otra manera la poca comunicación familiar sobre todo con la figura materna, lo que conduce a actuar las emociones facilitándose así las conductas sexuales y violentas (9).

3.-Los factores socioculturales: aunque los embarazos adolescentes se dan en todos los estratos sociales se asocia con bajo nivel socioeconómico, se ha visto que tienden a aumentar en familias populares urbanas que viven en condiciones de hacinamiento, con ingreso precoz a la fuerza de trabajo, trabajos inestables y de poca remuneración, delincuencia, alcoholismo, y vivir en un área rural, mitos y tabúes sobre sexualidad y marginación social. Se han desarrollado propuestas y realizado estudios epidemiológicos que sugieren que la situación psicosocial interviene como factor condicionante inespecífico, que facilita o inhibe la expresión de distintos factores de riesgo específicos. La situación psicosocial tiene dos componentes: a) el estrés psicosocial, que es el resultado de la relación entre la persona y su ambiente en el contexto de un proceso multivariado con específicas consecuencias en el proceso de salud y enfermedad.

El factor estresante está representado por las situaciones familiares, laborales, económicas, sociales y culturales que demandan y exceden los recursos personales del individuo, de tal modo que significan amenaza, desafío o daño. b) el apoyo psicosocial se refiere a la satisfacción que obtiene la persona ante sus necesidades afectivas, económicas, de reconocimiento social y de comunicación, de los integrantes de su red social. El estrés como respuesta fisiológica representa el proceso mediador psicobiológico y, consecuentemente, la asociación.

En relación a la maternidad temprana se señalan cuatro aspectos:

1.- Riesgo de muerte y enfermedad las cuales tienen mayores probabilidades de morir a causa de complicaciones durante el embarazo o el parto con incremento de la morbimortalidad materno infantil (38). En el grupo adolescente se ha observado que frecuentemente aparecen complicaciones durante el embarazo tales como: preeclampsia, eclampsia, anemia, infecciones de las vías urinarias, infecciones de transmisión sexual -incluyendo el VIH/SIDA-, virus del papiloma humano y finalmente el aborto. Las implicaciones de riesgo obstétrico en la adolescencia temprana incluyen un incremento en la frecuencia de desproporción céfalo-pélvica, condición que amerita la realización de operación cesárea para la resolución del evento obstétrico y cuando el embarazo ocurre en una adolescente con desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna. Por otra parte, la frecuencia de defectos al nacimiento de tipo multifactorial incluyen aberraciones cromosómicas, malformaciones congénitas, bajo peso, ocurren en madres adolescentes en una proporción significativamente mayor, en comparación con las embarazadas adultas. En otro estudio la mayor incidencia de complicaciones en hijos de adolescentes fueron de somatometría, peso y calificación de Apgar y se deben más a factores sociales que a determinantes biológicos (14,39). Es necesario reconocer que aunado a la pobre sensibilización, los estratos económicamente vulnerables tienen menos probabilidades de recibir cualquier cuidado prenatal o de recibirlo será tardíamente, estas circunstancias empeoran en el área rural (16).

En un estudio realizado en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara concluyen que 284 pacientes (69.7%) presentaron maltrato fetal por control prenatal inadecuado, seguido por el consumo de drogas en 100 pacientes (24.5%) y agresión física a la mujer embarazada en 23 pacientes (5.6%), resultados que asociaron como factor de riesgo, el embarazo durante la adolescencia, así como para maltrato al menor en la etapa posnatal. Se consideró maltrato fetal por mal control prenatal cuando la mujer embarazada tuvo menos de cinco consultas prenatales o las empezó después de la decimosegunda semana (40).

La Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA-1993) recomienda que la mujer embarazada de bajo riesgo tenga, como mínimo, cinco consultas prenatales que preferentemente, deben iniciarse en la decimosegunda semana de embarazo (41). El control prenatal busca identificar factores de riesgo en la gestante y detectar enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal (42). También se considera maltrato fetal a cualquier acto que de manera intencional o negligente pueda lesionar al embrión o al feto. Se maltrata al feto cuando la embarazada no lleva control prenatal de manera adecuada, consume drogas legales (tabaco, alcohol) o ilegales (marihuana, cocaína, inhalantes u otras sustancias), se induce al aborto, o se maltrata físicamente a la embarazada. Se menciona que las adolescentes se presentan tardíamente o no acuden a la consulta prenatal, y el motivo para no asistir al control prenatal fue la falta de recursos económicos, el desinterés del compañero por el embarazo, el embarazo no deseado y mujeres que habían sido víctimas de maltrato físico durante la gestación. Las consecuencias del maltrato fetal pueden ser: aborto inducido, retraso mental, retardo en el crecimiento intrauterino, prematuridad, malformaciones congénitas, muerte fetal, síndromes de abstinencia de drogas y de muerte súbita. La principal forma de maltrato fetal observada en este estudio fue la falta de control prenatal, seguida del consumo de drogas legales e ilegales y, por último, la agresión física ejercida a la mujer embarazada (40).

Es prioritario, no solo el aumento de la cobertura del control prenatal en la población, sino una adecuada intervención de los factores de riesgo que permita lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Un hallazgo consistente fue el estado civil de la madre como importante factor determinante, el que una madre estuviera casada aumenta las posibilidades de que hubiera recibido atención prenatal de un médico, que la atención prenatal fuera temprana, que tuviera una tarjeta de vacunación y que el peso del recién nacido fuera normal, todo ello en comparación con las madres viudas, separadas, divorciadas o solteras (43).

En la investigación realizada por Lira et al reportan 19 veces más anemia que en adultas jóvenes. En relación a las infecciones genitales como vaginitis y vaginosis, tuvieron un riesgo de 2.5 veces más frecuente que en adultas (44). Otro estudio realizado en Chile concluyen que presentan más riesgo de infecciones del tracto genitourinario, rotura prematura de membranas, retardo del crecimiento intrauterino, trabajo de parto prologado el cual se asocio a distocias de posición, desproporción cefalopélvica, dilatación estacionaria, parto prematuro, y recién nacido con bajo peso al nacimiento. Presentaron complicaciones durante el parto como laceraciones del tracto genital y perineal, y en menor medida extracción dificultosa de hombros y alumbramiento incompleto (45). En el estudio de casos y controles realizado por Vázquez en Cuba, que incluyó madres menores de 20 años y madres de 20 a 30 años encontraron que en las adolescentes predominó durante el embarazo desnutrición, amenaza de parto pretérmino, enfermedad hipertensiva del embarazo, además de partos distócicos, con un 35.7% de cesáreas, sus primeras causas fueron la desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal agudo así como la inducción fallida (46-49). En relación a las complicaciones neonatales más frecuentes encontradas fueron bajo peso al nacer, distrés transitorio e hipoxia y las tasas de mortalidad fetal tardía y neonatal precoz aumentaron en este grupo (44-47).

También se menciona que la mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las de 20 a 29 años de edad (14,30).

En cuanto al producto, se presentan antecedentes de prematurez, bajo peso, retardo en el desarrollo cognitivo, retardo en el crecimiento físico, y riesgo de muerte en el primer año de vida dos veces mayor que en otras edades maternas (12,30).

2.- Oportunidades perdidas: las madres adolescentes tienen más probabilidades de abandonar los estudios, de tener ingresos, cuidarse a sí mismas y cuidar a sus hijos, se convierten en un factor de transmisión de la pobreza de una generación a otra. En el estudio de Molina realizado en Chile en el año 2004 reportan que el 60% de las adolescentes desertaron durante el embarazo y el 40% ya había desertado del sistema escolar previo al embarazo y que este grupo de adolescentes pertenecen a un nivel socioeconómico más bajo. El 43% de las adolescentes que desertaron previo al embarazo, alcanzan el nivel de primaria y repetición de ciclos escolares comparativamente con el 88% que se encontraban cursando la secundaria, con respecto a los principales motivos para la deserción en el grupo que desertó previo al embarazo fueron problemas económicos en el 27.6%, problemas familiares entre los que destacan el abandono del padre y la separación de los padres. En comparación con el grupo que desertó durante el embarazo motivos como la vergüenza en 41.6% y las complicaciones obstétricas en un 31.7%, la mayoría de las adolescentes que desertaron durante el embarazo tenían aspiraciones educativas futuras, también se comprobó en dicho estudio que a menor educación de los padres mayor deserción escolar de los hijos (34). En otro estudio realizado en Ecuador en el 2008 concluyeron que las pacientes con instrucción primaria tienen dos veces más riesgo de embarazo subsecuente, y que en relación al nivel educativo el 81% no continuó con los estudios y el 19% volvió a estudiar, presentándose como un factor protector para un embarazo subsecuente (47).

3.- Más hijos: el inicio temprano de la maternidad aumenta la probabilidad de tener más hijos que las mujeres que comienzan a procrear más tarde.

En el estudio realizado por Escobar et al en Ecuador concluyen que las mujeres con embarazo más temprano tienen mayor riesgo de embarazo subsecuente, el 80% de madres adolescentes no continúa estudiando y en su mayoría continúa viviendo con su familia nuclear (47). Así mismo, las madres adolescentes mencionaron planes a futuro más limitados, menos claros y percibían la maternidad como una situación más difícil. En casos extremos las madres son rechazadas por sus familiares, y se ven orilladas a vivir en condiciones adversas, con pocas posibilidades de bienestar y superación (16).

Entre otras investigaciones se encuentra un estudio realizado en un Hospital de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México, en el que las adolescentes tuvieron en promedio 1.2 embarazos a los 16.9 años, lo que indicaba que de cada 5 mujeres una de ellas al momento de la atención enfrentaba su segundo evento reproductivo. Es de hacer notar que el 37% de las primigestas estaban comprendidas entre los 12 y 14 años, y de ellas al 70% les hubiera gustado posponer el embarazo (16). Las investigaciones señalan que las adolescentes después del parto reinician su vida sexual a los pocos meses sin tomar las medidas necesarias para prevenir un segundo embarazo. En Ecuador el embarazo subsecuente ocurre en un 30% en el primer año y en un 25-50% en el segundo año luego de la primera gestación. En el estudio realizado por Escobar reporta que el 25% de las embarazadas son adolescentes y un 20% de ellas cursan un embarazo subsecuente, de ellas el 72% no planificó su segundo embarazo, las principales causas mencionadas son falla del método anticonceptivo con un 42% y el no usar anticoncepción con 42% seguidos del 16% con un uso inadecuado de los métodos anticonceptivos (47).

4.- Más abortos: a nivel mundial, al menos 1 de cada 10 abortos ocurre entre jóvenes de 15 a 19 años de edad.

La maternidad temprana se asocia con padres de bajo nivel educacional, sin conocimientos o tabús respecto al tema, surgen ideas de creer que en la primera relación sexual no existe riesgo de embarazo.

La situación se presenta diferente para muchos jóvenes que irresponsablemente siguen pensando que es obligación de la joven emplear métodos anticonceptivos, así mismo, adoptan una actitud negativa en el uso del condón. Si ocurre un embarazo no planeado, “no es de su incumbencia, ella no se cuidó”. Otros, en un aparente y limitado deseo de colaborar, se ofrecen a pagar un aborto. Sin embargo, muchos hombres que embarazan a una adolescente terminan abandonándola a su suerte. Se ha observado que los adolescentes que responden más favorablemente ante el embarazo de su pareja, son los novios que previo al embarazo mantienen una buena relación con ella y su familia, y cuya perspectiva socioeconómica es más favorable (16).

La pareja que se casa como consecuencia de un embarazo no deseado, tal vez no lo hagan con la persona que hubieran deseado, sino con la que tuvieron que casarse. Esto se traducirá en problemas de relación de pareja y desintegración familiar.

Al embarazo entre adolescentes lo consideran “la puerta de entrada al ciclo de la pobreza”. Estas jóvenes tienen más probabilidades de ser pobres, abandonar los estudios, percibir bajos salarios y divorciarse (50). Las madres solteras también verán limitados sus derechos legales, el acceso a los servicios de salud y fácilmente pueden caer en la prostitución. Comúnmente enfrentan solas las obligaciones debido a que no cuentan con el apoyo económico ni afectivo del padre de su hijo (16, 51).

Sabemos también que la maternidad precoz a menudo está asociada con el aumento de la fecundidad durante la vida reproductiva de las mujeres. Esto conduce a un crecimiento de la población más rápido que obstaculiza el desarrollo socioeconómico (52). Por otro lado, la familia y la sociedad requieren encontrar formas para ayudar a las jóvenes a sostener a sus hijos, convirtiéndose en una carga social adicional.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada año 15 millones de mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz en el mundo, lo cual representa el 10% del total de nacimientos a nivel mundial.

En América Latina, los nacimientos entre las adolescentes representan entre el 15 y el 20% del total de nacimientos, de los cuales del 60-70% son no planeados. En Japón la tasa de fecundidad en mujeres entre los 15 y los 19 años es de 4/1000, en México es de 70/1000 y en Mauritania de 300/1000.

En México para 1993 ocurrieron 420 000 nacimientos, en 1996 la cifra fue de 355,000 nacidos vivos de acuerdo a estimaciones del Consejo Nacional de Población, para el año 1999 ocurrieron 372 mil nacimientos en mujeres de 15 a 19 años. Durante el año 2000 ocurrieron cerca de 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 17% del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo de edad. Esto significa que uno de cada seis nacimientos (17%) en el país, ocurre en mujeres menores de 19 años. Entre enero de 1999 y febrero del 2000 se registraron 4,214 nacimientos en adolescentes entre los 12 y los 14 años.

Las Estadísticas Demográficas 2007, INEGI reportan para Querétaro de Arteaga un total de 42,514 nacimientos, en menores de 15 años alcanzan un total de 116 nacimientos cifras que representan el 0.27%, para el grupo de 15 a 19 años se presentaron 6 471 nacimientos cifras que representan el 15.22%, con una cifra total del grupo de 15 a 19 años del 15.49%

Según el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI, reporta que 614,623 mexicanas menores de 19 años ya son madres.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) afirma que las madres adolescentes enfrentan un riesgo superior al riesgo general de perder la vida debido al embarazo y el parto y sus hijos tienen niveles más altos de morbilidad y mortalidad.

Los adolescentes, por diversas circunstancias ambientales, familiares e individuales, frecuentemente desarrollan conductas que constituyen factores de riesgo que pueden constituir daños a la salud en la vida adulta entre ellas se encuentran las adicciones, prácticas de sexo inseguro, el inicio de las relaciones sexuales que sin protección pueden llevar a embarazos no planeados y/o a infecciones de transmisión sexual (ITS), exposición a ambientes peligrosos y violentos, conductas que asociadas potencializan la probabilidad de que los adolescentes se enfrenten a accidentes o al suicidio.

El embarazo en adolescentes representa oportunidades perdidas con mayor riesgo de deserción escolar y baja escolaridad, pérdida o disminución de la autoestima, desempleo, ingreso económico reducido, mayor riesgo de separación, divorcio o abandono. Los factores predisponentes para el embarazo en adolescentes son familias disfuncionales, menarca temprana, inicio precoz de relaciones sexuales, bajo nivel educativo, socioeconómico y autoestima, madre o hermanas con embarazo en la adolescencia, escasos conocimientos de métodos anticonceptivos, fantasías de esterilidad.

El inicio temprano de la maternidad, aumenta la probabilidad de tener más hijos e influye en el tamaño de las familias, son más numerosas, y presentan mayor índice de morbi-mortalidad. Un gran porcentaje de embarazos no son planificados ni deseados, y tienen más posibilidades de presentar abortos los cuales se realizan en malas condiciones comprometiéndose la salud y la vida, o de continuar el embarazo con complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

Las consecuencias para el hijo/a son bajo peso al nacer, alto riesgo de abuso físico, negligencias en los cuidados de salud y nutrición, desventaja en educación, retardo del desarrollo psíquico y emocional, alta proporción de hijos ilegítimos o desprotegidos, problemas psicosociales asociados a rechazo, abandono físico o afectivo.

El Apgar familiar fue desarrollado por Smilkstein en 1978, el cual es un instrumento que explora e identifica la satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar, en este caso la funcionalidad familiar (afecto, participación, crecimiento, adaptación y resolución), ya que se menciona a las familias disfuncionales como uno de los factores predisponentes para el embarazo en adolescentes. Se considera que este es un problema de salud pública con consecuencias que derivan en un elevado costo a nivel personal, familiar, educativo y social.

Son escasos los estudios a nivel nacional que evalúan la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas, por lo que surge el interés de abordar este tema; en este contexto también investigar las características socio demográficas que presenta este grupo de edad.

Por lo que surge la interrogante ¿Cuál será el grado de funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Urbano Lomas de Casablanca de julio a diciembre del 2009

5. JUSTIFICACION

Ser padre constituye uno de los oficios más desafiantes, pero si lo hacen con poca formación previa y a edades tempranas como lo es la adolescencia, donde la aparición de un embarazo en la familia obliga a la reestructuración de las funciones y roles de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Sin embargo si una familia funcional, cuenta con sus propias fuentes o recursos almacenados (social, cultural, religioso, educacional) comparten puntos de vista comunes, se acepta el crecimiento individual, comparten afecto, emplean técnicas de aprendizaje, las necesidades de cada miembro se ajustan a las necesidades de la familia, y aceptan cambios de roles, esta familia tiene las disposiciones necesarias para enfrentar el estrés, y posiblemente llegue en algún momento a desestabilizarse, pero luego logra un equilibrio. En cambio las familias que no pueden manejar la crisis llegan a una mala adaptación, proceso en donde la familia en crisis utiliza mecanismos de defensa patológicos para mantener el equilibrio como son: la negación, introyección, proyección, racionalización, somatización. Si con estos mecanismos se logra un equilibrio, éste es patológico, al cual se le pueden agregar nuevos factores estresantes que lo desestabilizan, sumar nuevas crisis sin resolver hasta llegar un desequilibrio y la desintegración familiar. Durante el año 2000 en México se registraron 180 muertes maternas en mujeres adolescentes, lo que representa la cuarta causa de defunciones en mujeres de este grupo de edad. Existen múltiples factores que pueden considerarse contribuyentes al embarazo en adolescentes como son la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación familiar, el abandono de la escuela, la menarquía precoz, baja autoestima, carencia de proyectos de vida, el poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos, familias disfuncionales, madre o hermana embarazadas en la adolescencia, padre ausente, nivel socioeconómico bajo, integración precoz al área laboral, amigas que han iniciado vida sexual.

Una técnica rápida y sencilla para explorar la función familiar es el Apgar familiar que fue desarrollada por Smilkstein en 1978, para explorar la funcionalidad familiar, este instrumento se ha incorporado a la práctica clínica del médico de familia como una herramienta para el abordaje de los problemas familiares, tanto de forma experimental como en la asistencia clínica diaria, tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante tiene de una familia. El Apgar familiar puede aplicarse a diferentes miembros de la familia, en distintos momentos para palpar su variación, puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar. Este estudio se dirige a las adolescentes embarazadas utilizando el Apgar familiar un instrumento objetivo, confiable y válido.

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la funcionalidad familiar y sus factores asociados en adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Lomas de Casablanca de julio a diciembre del 2009.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar la etapa de adolescencia durante el embarazo

Identificar la escolaridad, ocupación, estado civil y religión de las adolescentes embarazadas

Determinar el inicio de menarca en adolescentes embarazadas

Determinar el inicio de vida sexual en adolescentes embarazadas

Determinar el número de parejas sexuales en las adolescentes embarazadas

Identificar el Inicio de control prenatal en adolescentes embarazadas

Identificar si el embarazo de las adolescentes fue planeado

Identificar la utilización de métodos anticonceptivos por las adolescentes

Conocer el tipo de método anticonceptivo utilizado

Identificar donde se dio la Información de los métodos anticonceptivos

Identificar el antecedente de madre adolescente embarazada

Identificar el antecedente de hermana adolescente embarazada

Identificar donde viven las adolescentes embarazadas

Identificar el estado civil de los padres de las adolescentes embarazadas

7. METODOLOGIA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, prospectivo y transversal

7.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Este estudio comprende adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años de edad (OMS), primigestas que acudieron por primera vez a iniciar su control prenatal en el Centro de Salud Lomas de Casablanca en Querétaro, Qro., y a quienes se les aplicó una encuesta de evaluación en el período comprendido de julio a diciembre del 2009.

7.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El universo de estudio fue de 989 mujeres embarazadas adscritas al Centro de Salud Lomas de Casablanca de las cuales con el programa estadístico EPI INFO versión 6 se obtuvo la selección de la muestra a través de la fórmula para obtener una población finita, con una prevalencia del embarazo en adolescentes que va del 19 al 20% y un nivel de confianza del 95% esto nos arroja un total de 47 encuestas. Las adolescentes embarazadas fueron seleccionadas por un muestreo por conveniencia.

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

7.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes embarazadas primigestas que inician su control prenatal
- Acepten participar mediante la firma del consentimiento informado
-

7.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Padecimientos psiquiátricos ó retraso mental
- No ser del área de influencia (foránea)

7.5 CRITERIOS DE ELIMINACION

- En presencia de aborto, huevo muerto retenido, embarazo anembriónico, y mola hidatiforme
- Cuestionarios con llenado incompleto

7.6 INFORMACION A RECOLECTAR (Variables a recolectar)

- Determinar la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas, sus variables sociodemográficas y los factores asociados al embarazo.
- Ver cuadro de variables (anexos)

7.6 MÉTODO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El estudio fue aprobado por el comité local de Investigación en Salud, al ser aceptado se aplicó una prueba piloto, posteriormente se procedió a invitar a participar a los sujetos de estudio solicitando su consentimiento voluntario, y al obtenerlo el investigador entrevistó y encuestó a las 50 adolescentes embarazadas primigestas, a las que seleccionó a través de un muestreo por conveniencia. Los cuestionarios aplicados incluían el Apgar Familiar un instrumento que se utilizó para valorar la funcionalidad familiar descrito por Smilkstein en 1978 que incluye las áreas de adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución y se califica con respuestas de nunca (0), algunas veces (1), siempre (2) con calificación de cero a tres disfunción severa, de cuatro a seis con disfunción moderada y de siete a diez funcionalidad familiar, se incluyeron en el cuestionario también los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente en la dimensión individual, familiar y social. Concluidas las encuestas se procedió a verificar el llenado completo para su posterior evaluación. El manejo estadístico se llevó a cabo mediante el programa SPSS versión 15 para Windows, donde se realizó el análisis de los resultados de cada una de las variables que previamente se enlistaron. Finalmente con los datos concentrados se elaboraron cuadros y gráficas de resultados.

7.7 CONSIDERACIONES ETICAS

La presente investigación se efectuó de acuerdo a lo establecido en el reglamento de investigación de la Ley General de Salud en materia de Investigación, artículo 13 que remite que en toda investigación en que el ser humano sea objeto de estudio, deberá permanecer el criterio a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17 apartado I, en razón de que este estudio no presenta riesgo a los individuos involucrados en el.

Artículo 14 Apartados VIII, dado que se solicitó la autorización respectiva de la institución donde se realizó este estudio.

Artículo 21 apartados I al VIII y artículo 22 que señala lo relativo al consentimiento informado de los individuos sujetos a la investigación (anexo).

8.- RESULTADOS

El universo de estudio fue de 989 mujeres embarazadas adscritas al Centro de Salud Lomas de Casablanca de las cuales con el programa estadístico EPI INFO versión 6 obtuvimos la selección de la muestra a través de la fórmula para obtener una población finita, con una prevalencia del embarazo en adolescentes que va del 19 al 20% y un nivel de confianza del 95% esto nos arroja un total de 47 encuestas. En este estudio se aplicaron 52 cuestionarios, de estos dos de ellos fueron excluidos por llenado incompleto, quedando un total de 50 adolescentes embarazadas y los resultados obtenidos fueron como a continuación se describen:

El promedio de edad es de 17.01 años, la media de 17.02 años, la mediana de 17 años y la moda de 18 años. La menor edad encontrada fue de 13 años.

El cuestionario de Apgar Familiar aplicado a las adolescentes embarazadas nos reportó que el 70% presentan familias funcionales y el 30% familias disfuncionales; con disfunción moderada el 18% y con disfunción severa el 12% como se puede apreciar en el Gráfico N° 1.

Dentro de los aspectos relevantes se observó que las adolescentes embarazadas respondieron el cuestionario de Apgar Familiar por áreas y la respuesta nunca (0) valora la insatisfacción y la respuesta siempre (2 puntos) la satisfacción por lo que se tomo como parámetro para evaluar la puntuación y las áreas mejor calificadas fueron: Adaptación y Participación con el 58%, seguido de Resolución con el 50%, en contraste y con puntuaciones más bajas fueron para el Afecto con el 46% y el Crecimiento con el 44%, por lo que se puede inferir que la población en estudio no se siente apoyada por su familia de origen como se muestra en el Gráfico N° 2.

En relación a los embarazos en adolescentes por etapa se encontró que el grupo con mayor número de casos se presentó en la adolescencia tardía con un 66%, en la adolescencia intermedia un 32% y por último la adolescencia temprana con un dos por ciento como se puede ver en el Gráfico N° 3

En cuanto al nivel educativo los resultados reportan que no se encontraron casos de adolescentes con analfabetismo, cuentan con nivel secundaria un 60%, primaria un 22%, con nivel medio superior que incluye el bachilleres el 16%, licenciatura el dos por ciento. El 90% de la población en estudio se dedica al hogar, un seis por ciento estudia por lo que podemos deducir que hay una empatía para seguirse superando y el cuatro por ciento restante son empleadas. Con relación al estado civil el 62% se encuentra en unión libre, son madres solteras el 30%, están casadas el ocho por ciento. En base a la religión que profesan el predominio en este estudio fue la religión católica con el 100%, como se muestra en el Cuadro N° 4.

La menarca en las adolescentes embarazadas se presentó de 12 a 14 años en el 56%, de 9 a 11 años el 40%, y de 15 años ó más solo el cuatro por ciento, como se puede ver en el Gráfico N° 5

La vida sexual activa la mayoría la inicia entre los 15 y los 17 años en un 56%, seguido del grupo de 18 a 19 años con el 26% y con un menor número de casos el grupo de 12 a 14 años con el 18% como se aprecia en el Gráfico N° 6

La población en estudio, el 74% tiene el antecedente de una pareja sexual, el 18% tuvo dos parejas y el ocho por ciento que es la minoría tres parejas sexuales. Gráfico N° 7

El 50% de las pacientes inician su control prenatal en el primer trimestre, el 40% en el segundo y el 10% en el tercer trimestre como se puede ver en el Gráfico N° 8

Es interesante saber que en este estudio se encontró que los embarazos no planeados representan el 60% y que un 40% si fueron deseados por las adolescentes como se aprecia en el Gráfico N° 9

Al referirnos a los antecedentes de utilización de métodos anticonceptivos nos encontramos que el 62% si los utilizó en alguna ocasión, y el resto que representa el 38% no hizo uso de ellos, como se muestra en el Gráfico N° 10

De las adolescentes embarazadas que utilizaron algún método anticonceptivo que representan el 62% (31 casos) el más utilizado es el preservativo en un 87%, seguido de hormonales orales en un 6.4 %, hormonales inyectables con el 3.3 %, coito interrumpido sólo lo utiliza el 3.3 %, y el método que menos prefieren las adolescentes es el dispositivo intrauterino (DIU), situación que se puede ver en el Gráfico N° 11

La información de los métodos anticonceptivos les fue proporcionada en un 40% en la escuela lugar donde refieren les dieron más información, seguido por los padres en el 32%, el Sector salud les proporciono la información en un 22%, los medios de comunicación en un cuatro por ciento y las amistades que es la minoría en un dos por ciento, como se puede apreciar en el Gráfico N° 12

Otro dato relevante que vale la pena destacar es que el 76% de la población en estudio tiene el antecedente de tener madres embarazadas en la adolescencia y el 24% restante no tienen este factor presente, como se muestra en el Gráfico N° 13

Al referirnos a nuestro grupo de estudio vemos que el antecedente de hermanas embarazadas durante la adolescencia es menos relevante ya que el 64% que es el mayor porcentaje no tiene este antecedente y si presentan la asociación el 36%, como se puede ver en el Gráfico N° 14

El lugar más frecuente donde viven las adolescentes embarazadas es con los padres en un 50% con los suegros el 18%, ocho por ciento se acerca con familiares cercanos, 22% renta y el dos por ciento vive en casa propia situación que es lo menos frecuente, como se puede apreciar en el Gráfico N° 15

Los padres de las adolescentes están casados el 52%, viven en unión libre el 14%, se encuentran divorciados un 24% y son padres solteros el 10%. Como se muestra en el Gráfico N° 16

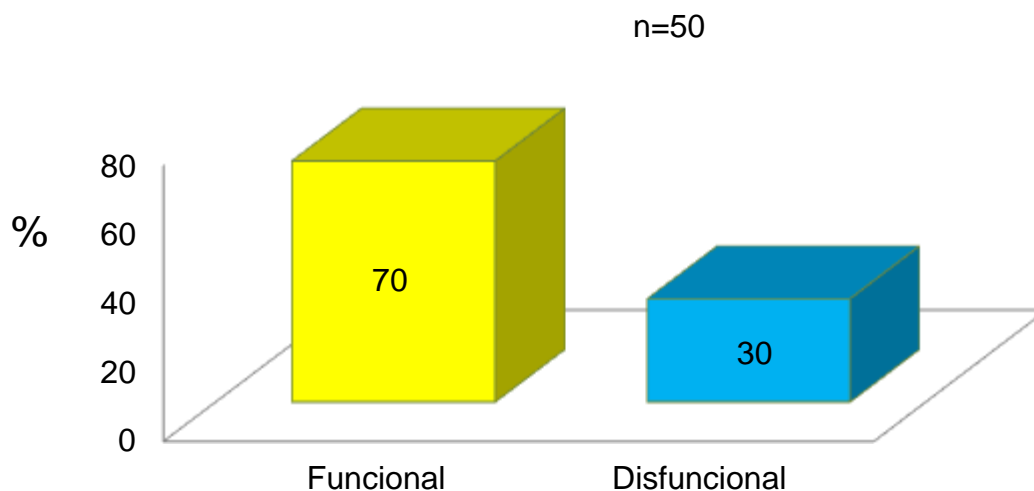
La edad de la pareja de las adolescentes embarazadas oscila entre los 15 a los 40 años, con un nivel educativo que va de primaria incompleta a bachilleres o preparatoria completa y carrera técnica. Las adolescentes embarazadas algunas desconocen la ocupación de su pareja, otros no tienen oficio alguno, y el resto se distribuyen en las siguientes ocupaciones: cargador, ayudante de albañil, chofer, soldador, herrero, auxiliar de cocina, mesero, barman, vigilantes, comerciantes, ayudante de carpintero, empleado de tortillería, ayudante de taquero, ayudante de mecánico, empleado de juegos mecánicos, jardinero, obrero, modelo y técnico en electrónica, con salarios que pueden van de 400 a 2000 pesos semanales. Algunas son su segunda pareja y otros tienen otra familia con hijos.

8.2 TABLAS Y GRÁFICAS

Cuadro N° 1 Funcionalidad Familiar en Adolescentes Embarazadas del Centro de Salud Lomas de Casablanca (julio a diciembre 2009)

Familias	Frecuencia	%
Funcionales	35	70
Disfuncionales	15	30
• Disfunción Moderada	9	18
• Disfunción Severa	6	12
Total	50	100

Gráfica 1



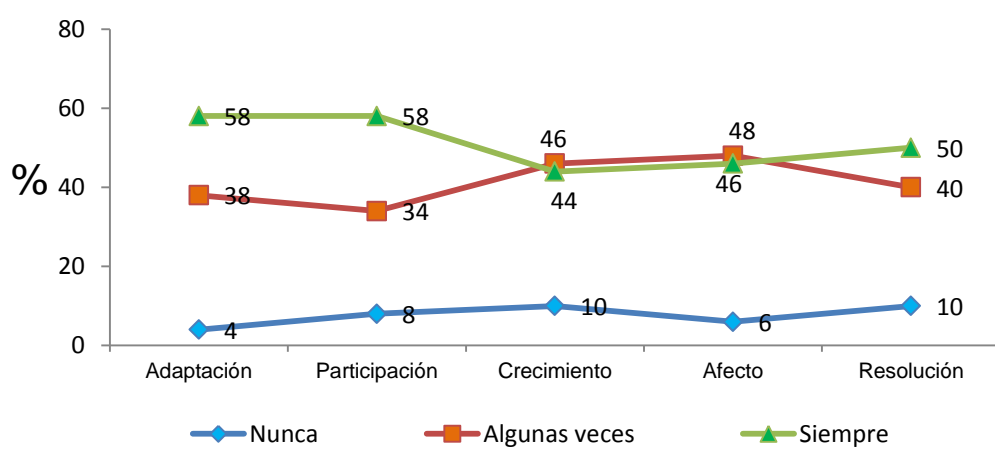
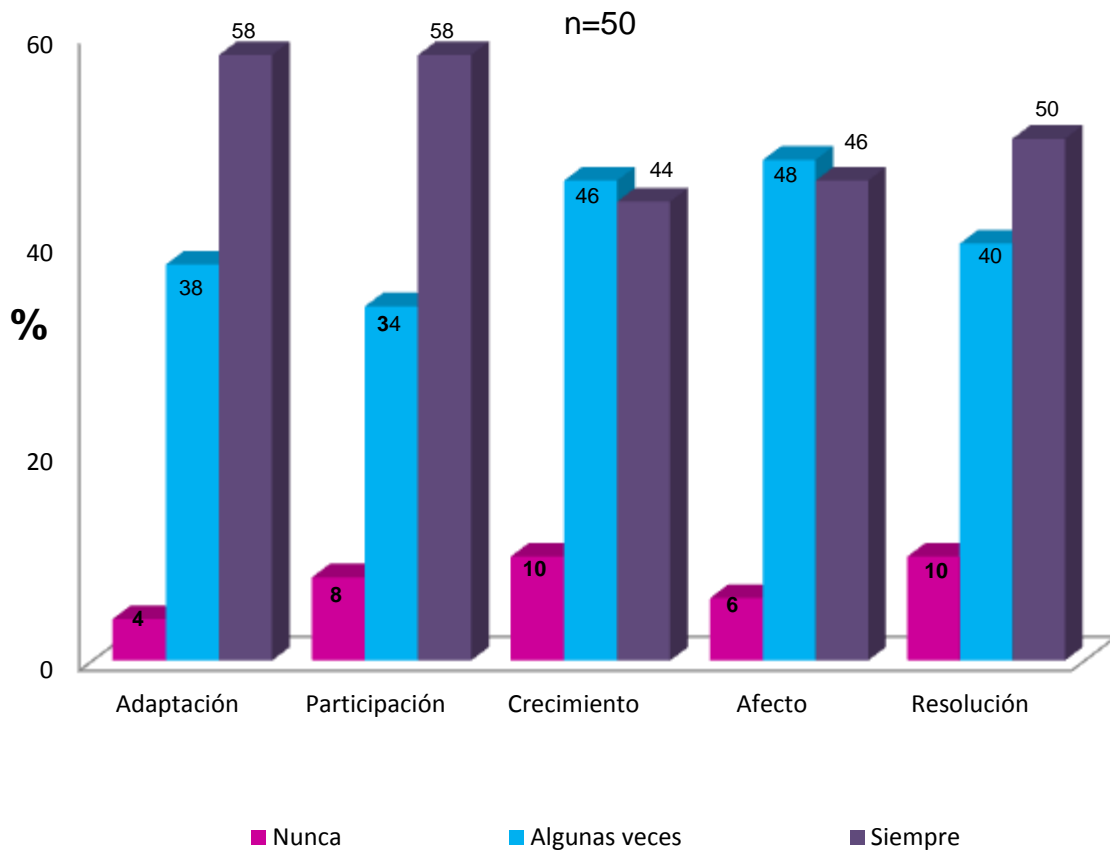
Fuente: Encuesta de evaluación

Cuadro N° 2 Areas del Apgar Familiar en Adolescentes Embarazadas del Centro de Salud Lomas de Casablanca (julio a diciembre 2009)

APGAR FAMILIAR	FRECUENCIA	%
Adaptación <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	2 19 29	4 38 58
Participación <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	4 17 29	8 34 58
Crecimiento <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	5 23 22	10 46 44
Afecto <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	3 24 23	6 48 46
Resolución <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	5 20 25	10 40 50
Total	50	100

Fuente: Apgar Familiar de Smilkstein en encuesta de evaluación

Gráfico N° 2 Apgar familiar por áreas en Adolescentes Embarazadas

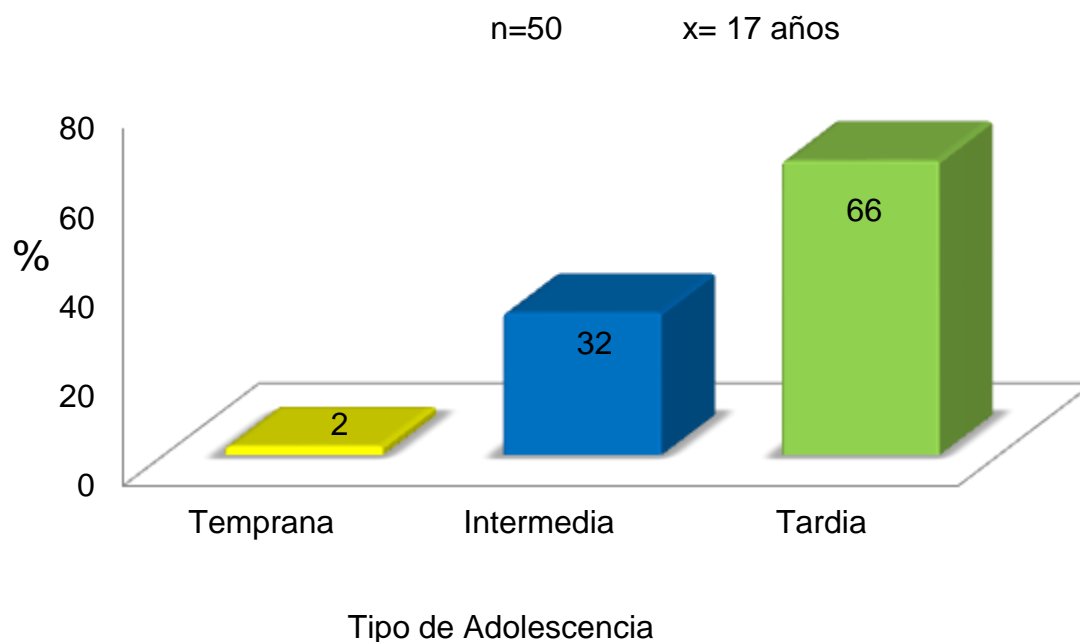


Fuente: Encuesta de evaluación

Cuadro N° 3 Adolescentes Embarazadas por Etapa de Adolescencia del Centro de Salud Lomas de Casablanca (julio a diciembre 2009)

Etapa de Adolescencia	Frecuencia	%
10-13 años (Temprana)	1	2
14-16 años (Intermedia)	16	32
17-19 años (Tardía)	33	66
Total	50	100

Gráfico N° 3



Fuente: Encuesta de evaluación

Cuadro N° 4 Variables Sociodemográficas de Adolescentes Embarazadas del Centro de Salud Lomas de Casablanca (julio a diciembre 2009)

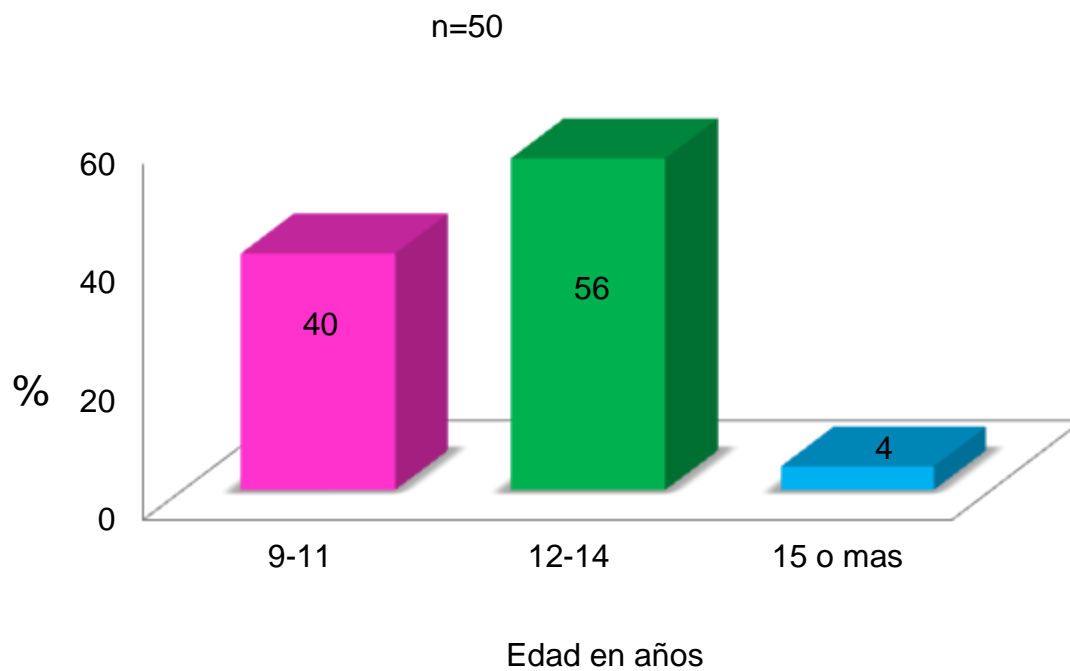
Variables Sociodemográficas	Frecuencia	%
Escolaridad		
• Analfabeta	0	0
• Primaria	11	22
• Secundaria	30	60
• Bachilleres	8	16
• Licenciatura	1	2
Ocupación		
• Hogar	45	90
• Empleada	2	4
• Estudiante	3	6
Estado civil		
• Casada	4	8
• Unión libre	31	62
• Madre Soltera	15	30
Religión		
• Católica	50	100
Total	50	100

Fuente: Cuestionario de evaluación

Cuadro N° 5 Menarca en Adolescentes Embarazadas del Centro de Salud Lomas de Casablanca de (julio a diciembre del 2009)

Edad (años)	Frecuencia	%
9-11	20	40
12-14	28	56
15 ó más	2	4
Total	50	100

Gráfica N° 5

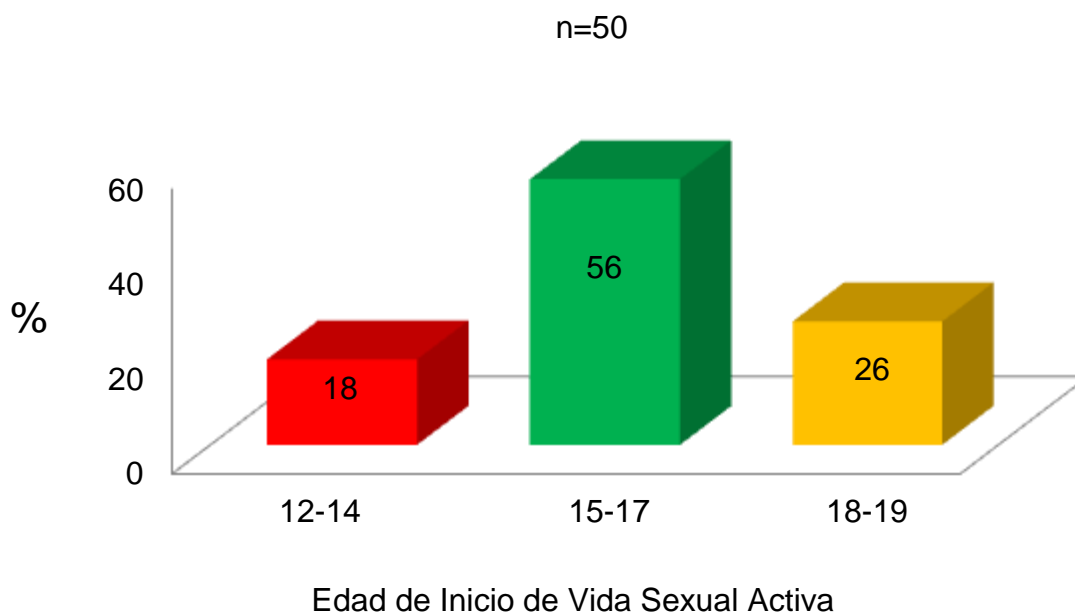


Fuente: Cuestionario de evaluación

Cuadro N°6 Inicio de Vida Sexual Activa en Adolescentes Embarazadas del Centro de Salud Lomas de Casablanca (julio a diciembre 2009)

Inicio de Vida Sexual Activa (años)	Frecuencia	%
12-14	9	18
15-17	28	56
18-19	13	26
Total	50	100

Gráfica N° 6

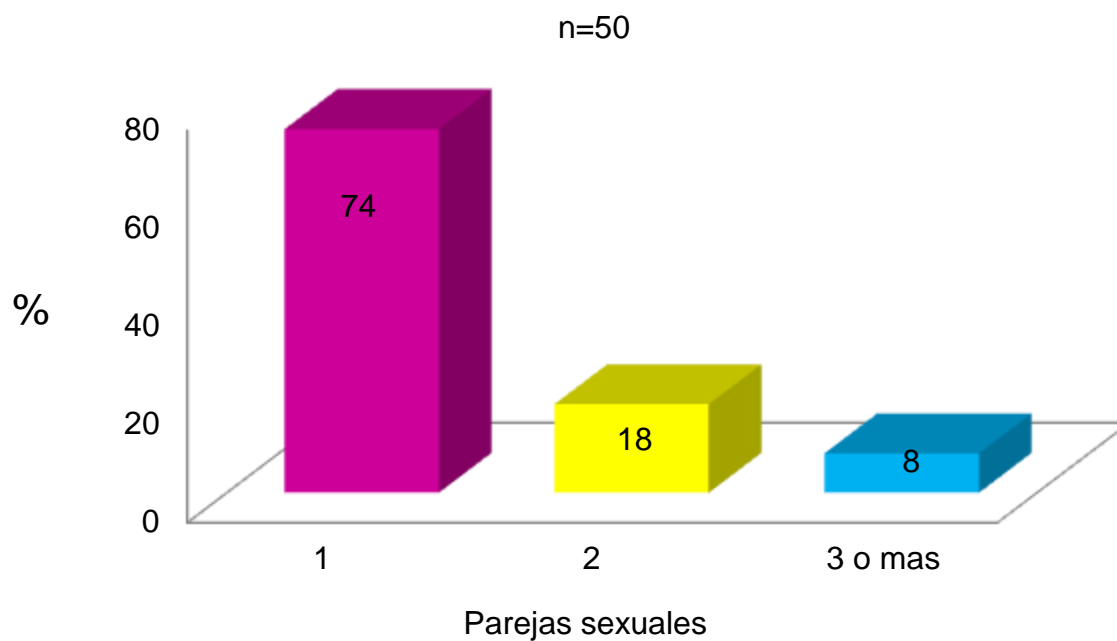


Fuente: Cuestionario de evaluación

Cuadro N°7 Parejas Sexuales en Adolescentes Embarazadas del Centro de Salud Lomas de Casablanca de (julio a diciembre 2009)

Parejas sexuales	Frecuencia	%
1	37	74
2	9	18
3 ó más	4	8
Total	50	100

Gráfica N° 7

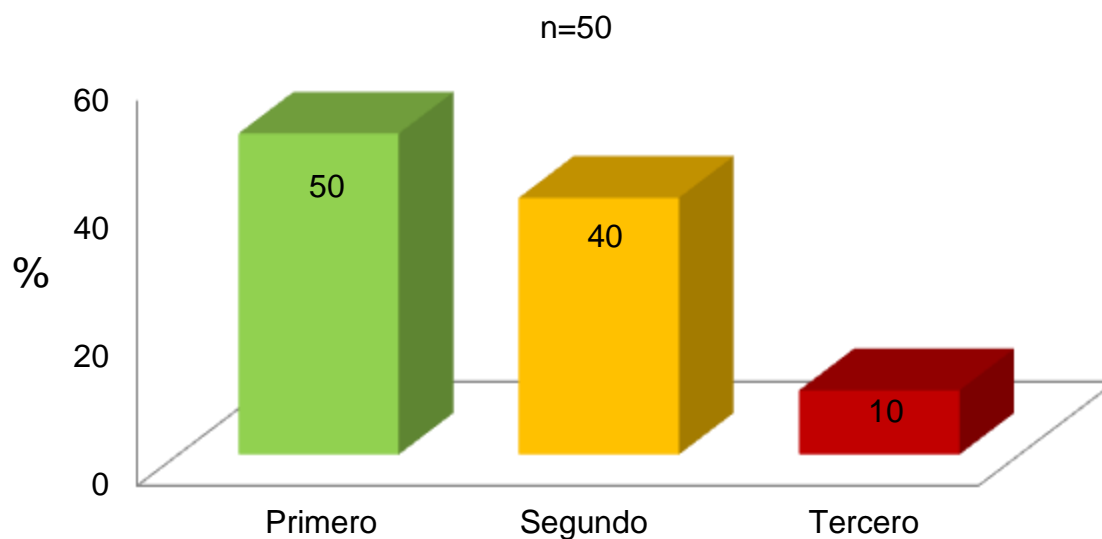


Fuente: Cuestionario de evaluación

Cuadro N°8 Control Prenatal por Trimestre en Adolescentes Embarazadas del Centro de Salud Lomas de Casablanca (julio a diciembre 2009)

Trimestre gestacional	Frecuencia	%
Primero	25	50
Segundo	20	40
Tercero	5	10
Total	50	100

Gráfica 8

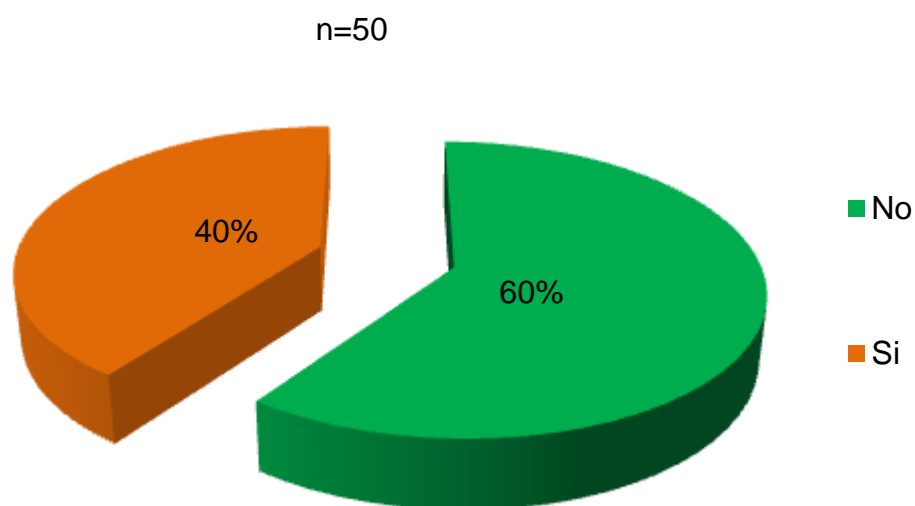


Fuente: Cuestionario de evaluación

Cuadro N°9 Embarazo planeado en Adolescentes Embarazadas del Centro de Salud Lomas de Casablanca (julio a diciembre del 2009)

Embarazos planeados	Frecuencia	%
Si	20	40
No	30	60
Total	50	100

Gráfica 9

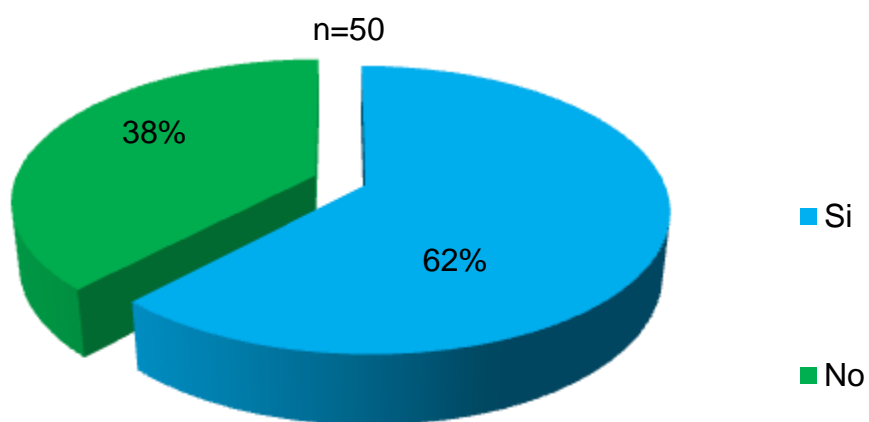


Fuente: Cuestionario de evaluación

Cuadro N°10 Antecedente de Utilización de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes Embarazadas del Centro de Salud Lomas de Casablanca (julio a diciembre 2009)

Utilización de Métodos Anticonceptivos	Frecuencia	%
Si	31	62
No	19	38
Total	50	100

Gráfica N° 10

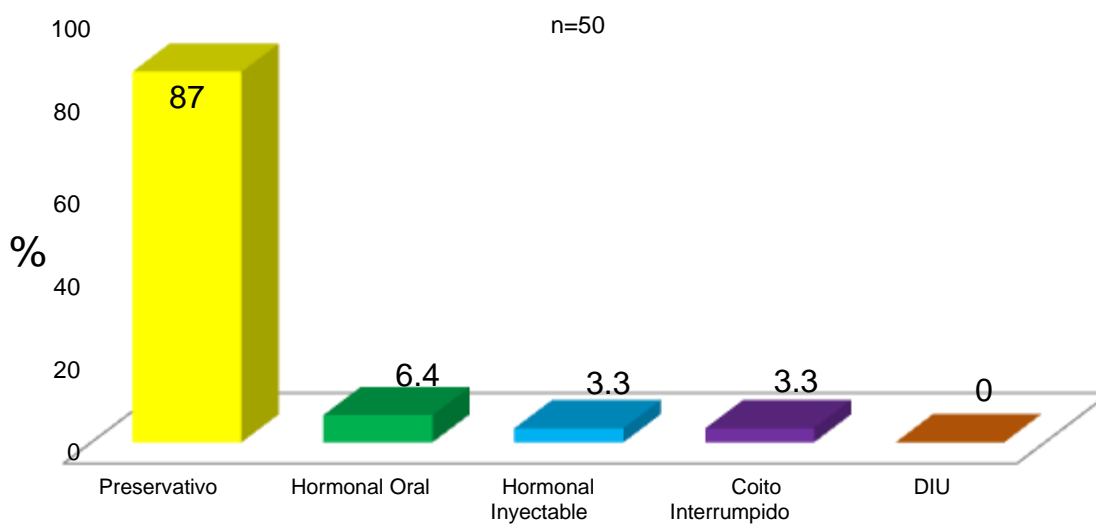


Fuente: Cuestionario de evaluación

Cuadro N°11 Antecedente de Método Anticonceptivo utilizado en Adolescentes Embarazadas del Centro de Salud Lomas de Casablanca (julio a diciembre 2009)

Método Anticonceptivo	Frecuencia	%
Preservativos	27	87
Hormonal Oral	2	6.4
Hormonal Inyectable	1	3.3
Coito Interrumpido	1	3.3
Dispositivo Intrauterino	0	0
Total	31	100

Gráfica N° 11

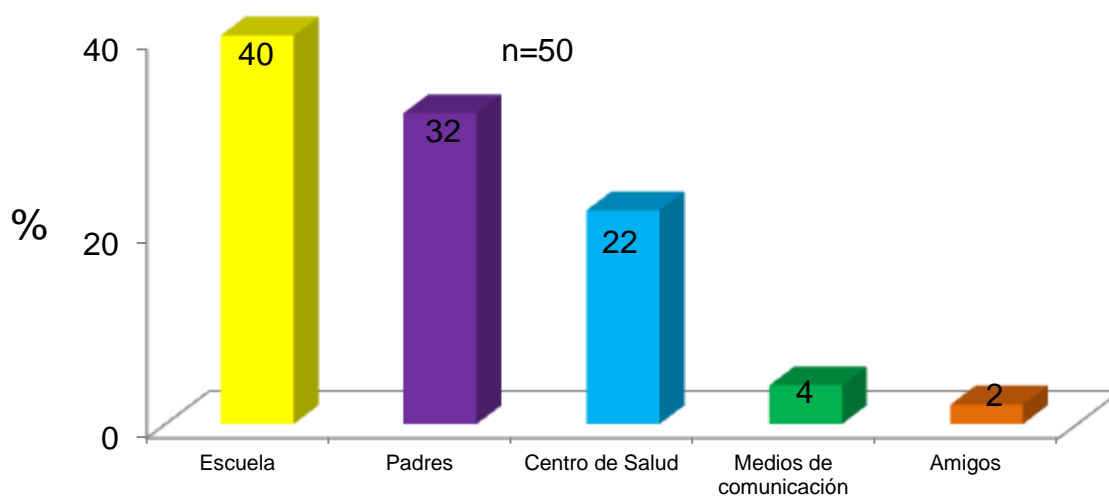


Fuente: Cuestionario de evaluación

Cuadro N°12 Lugar donde obtuvieron Información de los métodos anticonceptivos las Adolescentes Embarazadas del Centro de Salud Lomas de Casablanca (julio a diciembre 2009)

Lugar	Frecuencia	%
Escuela	20	40
Padres	16	32
Centro de Salud	11	22
Medios de comunicación	2	4
Amigos	1	2
Total	50	100

Gráfica 12

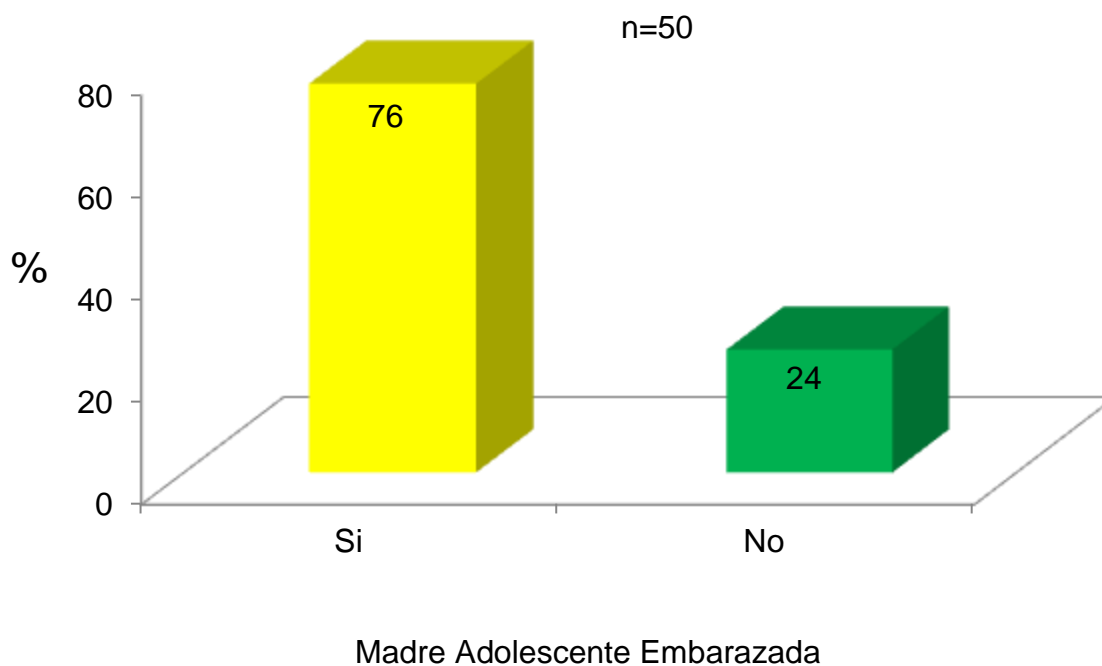


Fuente: Cuestionario de evaluación

Cuadro N°13 Antecedente de Madre Adolescente Embarazada en Adolescentes Embarazadas del Centro de Salud Lomas de Casablanca (julio a diciembre 2009)

Antecedente de Madres Adolescentes embarazadas	Frecuencias	%
Si	38	76
No	12	24
Total	50	100

Gráfico N° 13

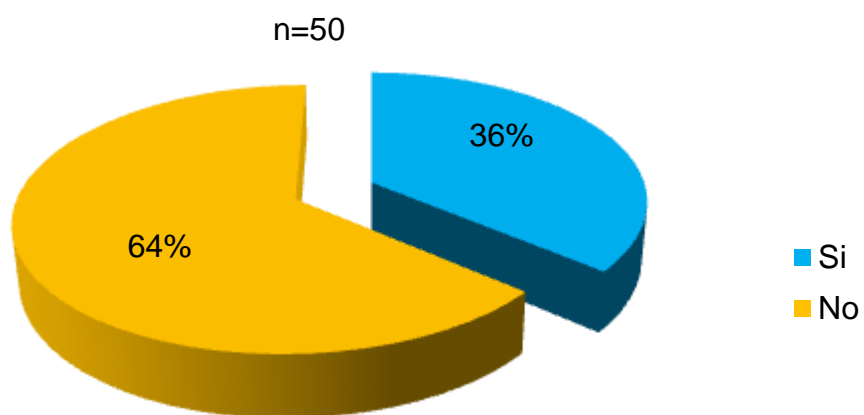


Fuente: Cuestionario de evaluación

Cuadro N°14 Antecedente de hermanas embarazadas en la adolescencia en Adolescentes Embarazadas del Centro de Salud Lomas de Casablanca (julio a diciembre 2009)

Antecedente de hermanas embarazadas en la adolescencia	Frecuencia	%
Si	18	36
No	32	64
Total	50	100

Gráfico N° 14

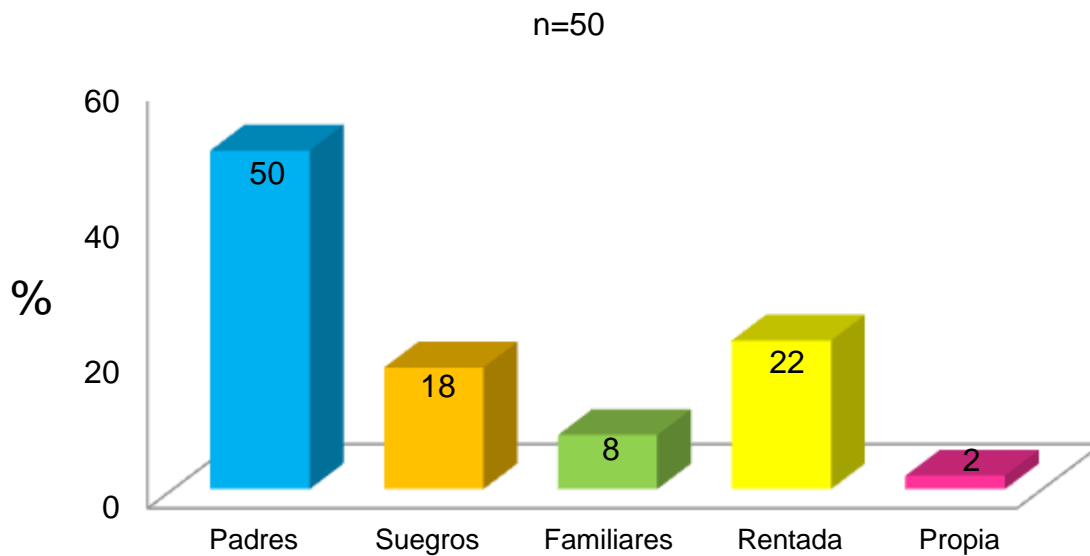


Fuente: Cuestionario de evaluación

Cuadro N°15 Lugar donde viven las Adolescentes Embarazadas del Centro de Salud Lomas de Casablanca (julio a diciembre 2009)

Lugar donde viven	Frecuencia	%
Padres	25	50
Suegros	9	18
Rentada	11	22
Familiares	4	8
Propia	1	2
Total	50	100

Gráfico N° 15

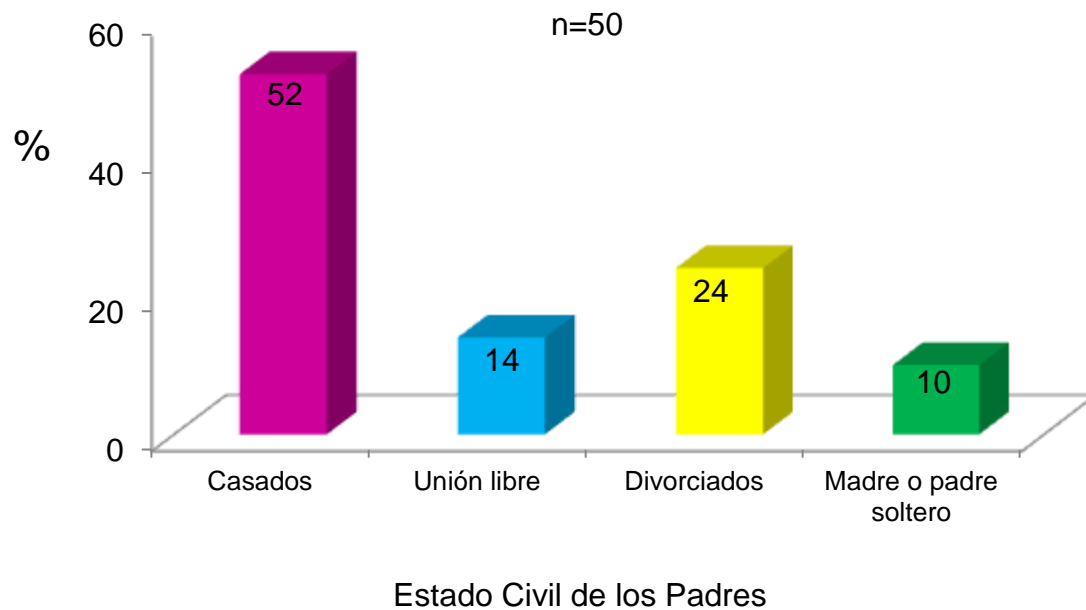


Fuente: Cuestionario de evaluación

Cuadro N°16 Estado civil de los padres de Adolescentes Embarazadas del Centro de Salud Lomas de Casablanca (julio a diciembre 2009)

Estado Civil de los Padres	Frecuencia	%
Casados	26	52
Unión libre	7	14
Divorciados	12	24
Madre o padre soltero	5	10
Total	50	100

Gráfico N° 16



Fuente: Cuestionario de evaluación

DISCUSION

El embarazo, como la adolescencia varía al igual que las causas y consecuencias de la maternidad, se modifica según el contexto social, psicológico y cultural. Los factores que intervienen en la construcción o no del deseo a un embarazo en las adolescentes son de tipo social, familiar y personal, y en la medida que no sea planeado por la pareja, contribuye a la presentación de complicaciones obstétricas, disfunción familiar, problemas en el desarrollo del hijo y retraso educativo de la futura madre.

Estudios realizados por Cueva en 2005 y Gutiérrez en el 2002 coinciden con lo encontrado en este estudio en donde la edad promedio de embarazo es a los 17 años. Dichos estudios fueron realizados en el Hospital General Regional del IMSS "Vicente Guerrero" en Acapulco y en el Hospital General de Tampico Dr. Carlos Canseco en el año 2005 y 2002 respectivamente-

Un estudio realizado por Rangel y cols. en el año 2004 en la ciudad de León Guanajuato en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) N° 53 IMSS identificaron que la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas fue del 67%, resultados que presentan similitud al 70% que encontramos. En relación a disfunción familiar ellos reportan el 33% de los casos cifras que coinciden con nuestro 30%; sin embargo en donde si existió más discordancia fue en el tipo de disfunción familiar; con disfunción familiar moderada reportan un 27% y con disfunción severa un 6%, resultados que contrasta con el 18% y 12% respectivamente de este estudio.

En relación a las áreas del Apgar Familiar la respuesta nunca (0 puntos) valora la insatisfacción y la respuesta siempre (2 puntos) la satisfacción por lo que si se toma como parámetro para evaluar la puntuación que al parecer así lo realizaron Rangel y cols. las áreas mejor calificadas en su estudio fueron como a continuación se describen: Participación 63%, Adaptación el 62%, Resolución 56%, Afecto 49% y Crecimiento 47%.

Cifras que se asemejan a lo encontrado en este estudio, Adaptación y Participación con el 58%, seguido de Resolución con el 50%, en contraste y con puntuaciones más bajas fueron para el Afecto con el 46% y el Crecimiento con el 44%. Observamos que los aspectos con mayor alteración en ambos estudios se encuentran en el afecto y el crecimiento, y que por lo tanto no perciben apoyo y afecto por parte de su familia de origen y esto las hace tomar la decisión de unirse a una pareja.

Los resultados obtenidos por Carreón Vázquez y cols. en un estudio que realizaron en el IMSS, UMF N° 66 en Xalapa, Veracruz en el 2004 en relación a los embarazos en adolescentes, encontraron por grupo de edad de 14 a 15 años el 4.5%, en este estudio equivale a la adolescencia temprana (10 a 13 años) con un 2%, en el grupo de 16 a 17 años representó el 27.3% nuestros resultados fueron similares y nos arrojan que en la adolescencia intermedia (14 a 16 años) hubo un 32%, y por último en el grupo de 18 a 19 años tuvieron un 68.2% y nuestro mayor número de casos se dio en la adolescencia tardía (17 a 19 años) con un 66%, resultados coincidentes en los diferentes grupos de edad con lo que se reporta en la literatura.

Rangel y cols. en el 2004 en relación al nivel educativo indican que encontraron analfabetismo en un tres por ciento, primaria 40%, secundaria 50%, bachilleres seis por ciento y técnica uno por ciento, resultados que difieren de lo encontrado en este estudio, adolescentes embarazadas con analfabetismo no hubo casos, con primaria el 22%, con nivel secundaria un 60%, bachilleres el 16% y licenciatura un dos por ciento. En este mismo estudio reportan que el 77% de las adolescentes se dedican al hogar y el 23% trabaja, nosotros encontramos que el 90% de la población se dedica al hogar resultados que se acercan al 84% de Gutiérrez y cols. en el 2002, un seis por ciento estudia y el cuatro por ciento son empleadas. Así mismo Rangel y cols. en el 2004 comentan que el 85% de adolescentes embarazadas están casadas, cinco por ciento tienen otro estado civil y son solteras el 10%, situación que no coincide con nuestros resultados ya que el 62% se encuentran en unión libre, solteras el 30%, y casadas el ocho por ciento.

Con respecto a la religión Gutiérrez y cols. 2002 registran que un 85% de las adolescentes son católicas, cifra que difiere del 100% de lo que encontramos.

Carreón y cols. en el 2004 reportan el inicio de la menarca a los 9 años un tres por ciento, de 10 a 12 años el 50%, el 44.7% de 13 a 15 años y de 16 a 19 años el 2.3%, resultados similares fueron encontrados en este estudio de 9 a 11 años el 40%, de 12 a 14 años el 56%, de y de 15 años ó más solo el cuatro por ciento.

Gutiérrez y cols. en el 2002 reportan que el 75% inician vida sexual activa entre los 12 y los 16 años contrastando con los resultados encontrados donde la mayoría inicia entre los 15 y los 17 años en un 56%, seguido del grupo de 18 a 19 años con el 26% y con un menor número de casos el grupo de 12 a 14 años con el 18%. En la población en estudio, el 74% tiene el antecedente de una pareja sexual, el 18% tuvo dos parejas y el ocho por ciento que es la minoría tres parejas sexuales situación que si representa un factor de riesgo para desarrollar enfermedades de transmisión sexual.

Algunos autores comentan que las adolescentes inician un control prenatal tardío sin embargo en este estudio el 50% de las pacientes iniciaron su control prenatal en el primer trimestre, el 40% en el segundo y el 10% en el tercer trimestre, podríamos inferir en esta población que se debe a que acuden para solicitar su carnet de control prenatal y así obtener su afiliación al Seguro Popular, que les garantiza su atención obstétrica en el área hospitalaria.

En relación a los embarazos no planeados las cifras se asemejan a lo reportado por la Encuesta Nacional de la Juventud que representan del 60% al 90%, y lo encontrado por nosotros es del 60%.

Gutiérrez y cols. en el 2002 reportan que el 65% no utilizan métodos anticonceptivos cifra que difiere de lo encontrado en este estudio donde se tiene el antecedente de la utilización en alguna ocasión de un método de planificación familiar en un 62%.

De las adolescentes embarazadas que utilizaron algún método anticonceptivo que representan el 62% (31 casos) el más utilizado es el preservativo en un 87%, seguido de hormonales orales en un 6.4 %, hormonales inyectables con el 3.3 %, coito interrumpido sólo lo utiliza el 3.3 %, y el método que menos prefieren las adolescentes es el dispositivo intrauterino (DIU).

La información de los métodos anticonceptivos les fue proporcionada en un 40% en la escuela lugar donde refieren les dieron más información, seguido por los padres en el 32%, el Sector salud les proporciono la información en un 22%, los medios de comunicación en un cuatro por ciento y las amistades que es la minoría en un dos por ciento.

En el estudio de Baeza y cols. en 2007 refieren que Levín et al y Millán et al describen el uso inconsistente de los métodos anticonceptivos, a pesar del conocimiento de su existencia. Los adolescentes refieren que el no uso de los métodos anticonceptivos se debe a que no acuden a los centros de salud donde se distribuyen y se explica el uso de estos, por miedo a ser puestas en evidencia, principalmente frente a la familia..

Autores como Cueva y cols. en el 2005 encontraron que un factor importante asociado es el antecedente de madre adolescente en un 85%, comparativamente con lo que se reportamos donde representa el 76%, y vemos que se tienden a repetir patrones de comportamiento reproductivo repetitivo, donde las madres también tuvieron su primer embarazo en la etapa adolescente.

Cueva y cols. en el 2005 reportan que el lugar más frecuente donde viven las adolescentes embarazadas es con la familia de su pareja en un 68%, con su familia un 12% y con su pareja un 20%. En este estudio presenta discrepancia ya que viven con los padres viven un 50% con los suegros el 18%, ocho por ciento se acerca con familiares cercanos, 22% renta y el dos por ciento vive en casa propia situación que es lo menos frecuente.

Cueva y cols. en el 2005 refieren que el estado civil de los padres de las adolescentes es casados el 65%, divorciados 22%, unión libre 10% y un tres por ciento se encuentran viudos, resultados similares reportamos en este estudio están casados el 52%, viven en unión libre el 14%, se encuentran divorciados un 24% y son padres solteros el 10%.

Gutiérrez en el 2002 reporta que la edad de la pareja va de los 15 hasta los 52 años, situación que presenta similitud a lo que encontramos que inicia a los 15 años y oscila hasta los 40 años, lo que significa que algunas le doblan la edad a la adolescente. Observamos además que las ocupaciones de sus parejas la mayoría tiene sueldos mal remunerados con pocas posibilidades de superación personal y profesional que además son insuficientes para la manutención de una familia. Otro escenario no menos importante es que algunas parejas de las adolescentes tienen otra familia, situación que las pone aún más en desventaja, ya que la pareja apoya económicamente a su familia y convive con los hijos que procrearon con su primera pareja.

Con base en lo anterior en el presente estudio, las adolescentes se embarazan en promedio a los 17 años, y se confirma la presencia de algunos factores que pueden predisponer el embarazo de la adolescente, como son la disfunción familiar en la familia de origen sobre todo en los aspectos de crecimiento y afecto; áreas donde la adolescente se siente menos apoyada, y por lo tanto buscan motivos para salirse de su casa ya sea a través de un embarazo o unirse a su pareja, donde siente el apoyo y afecto que no reciben en su casa.

Se asocian además con baja escolaridad, aunque en esta población el mayor porcentaje se encuentra en secundaria, sin embargo uno de los motivos de la deserción escolar es el embarazo a edades tempranas además de enfrentar la maternidad en ocasiones son discriminadas por su condición de género para continuar sus estudios, enfrentan carencias económicas y el rechazo de algunos maestros, compañeros, de la familia, de la comunidad y limita las posibilidades de tener un empleo mejor remunerado, la mayoría vive en unión libre, se dedican al hogar y son de religión católica.

Factores relacionados son la menarca temprana, inicio de vida sexual de 12 a 17 años, la mayoría con una sola pareja. En cuanto a su control prenatal lo inicia el mayor porcentaje en el primer trimestre, y coincidentemente la mayor parte de los embarazos no los planean. Si conocen los métodos anticonceptivos y los han usado tal vez no de la forma correcta o porque la obtención de estos les genera costos ó vergüenza para su adquisición.

El tipo de método más utilizado por las adolescentes es el preservativo, y el lugar donde se les dio más información fue en la escuela. Tienen el antecedente de madre adolescente embarazada, patrón repetitivo en esta población, viven en casa de los padres, lo que según algunos autores aún después de 20 años dependen de la familia de origen. En relación al estado civil de los padres de las adolescentes la mayoría están casados en un 52% cifra semejante a lo que reporta Carreón en el 2004 con un 55% de los casos. Tienen una pareja que va de 15 a 40 años, con oficios poco remunerados, con baja escolaridad y salarios bajos.

Analizado este estudio se identificó que la disfunción familiar constituye en realidad un riesgo que se agrava si está asociado con la edad, escolaridad, ocupación y estado civil actual. Por lo que las adolescentes requieren de mayor participación al momento de tomar de decisiones que afecten a la familia, que se les distribuya de manera responsable, se les confiera libertad para tomar decisiones sobre su vida, de acuerdo a su grado de madurez y bajo la supervisión de los padres. Mayor calidad del tiempo disponible para compartir, demostraciones de confianza, solidaridad y sobre todo afecto.

CONCLUSIONES

La participación activa para incrementar el nivel educativo de las adolescentes es una meta que se propone, ya que se infiere que al tener una escolaridad limitada se tienen menos oportunidades de recibir información sobre educación para la salud, la sexualidad y planificación familiar, condicionando así el inicio de vida sexual activa de forma desprotegida a temprana edad, lo que aumenta el riesgo de abortos inducidos, de enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseados así como de tener un número mayor de hijos, períodos intergenésicos cortos, a un menor espaciamiento entre ellos, situación que tiende a repetirse de una generación a otra, lo que contribuye al crecimiento de la población y a la transmisión de la pobreza, limitando así mismo las posibilidades de obtener un empleo mejor remunerado con condiciones precarias para el desarrollo de los hijos, perpetuándose así este ciclo vicioso, por lo que un manejo con enfoque multidisciplinario e integral que atienda las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia, que garantice el acceso a la información, orientación y servicios de calidad en planificación familiar, que incluya educación sobre la sexualidad y sobre métodos de planificación familiar para disminuir la demanda insatisfecha con oferta sistemática de metodología anticonceptiva, de información veraz y oportuna, continúan siendo una estrategia fundamental para atender este importante problema de salud pública, ya que la conjunción de estos factores inciden de manera adversa tanto en la salud materna, como en la de su hijo. Si a esto le asociamos la disfunción familiar relacionado con la percepción de que no reciben apoyo y afecto por parte de su familia de origen, lo cual las obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja, lo cual implica frustración de planes, sueños lo que dificultará a la madre y al padre adolescente una serie de oportunidades de desarrollo educativo y laboral que inciden finalmente en su proyecto de vida, y pasan a depender de su familia o de la familia de su cónyuge, conduciendo a uniones inestables.

Los indicadores en el Apgar Familiar más altos fueron adaptación y participación, y los más bajos para crecimiento y afecto por lo que observamos que el área afectiva para los adolescentes es muy importante por lo que sugerimos se implementen actividades recreativas, un taller para padres e hijos donde se aborde a la familia en su totalidad, se fomente la convivencia y de esta manera fortalecer los lazos familiares entre padres e hijos, por ser las áreas donde se percibe menos apoyo por parte de la familia de origen.

Las intervenciones a realizarse deben tener como propósito ayudar a la adolescente a crecer y desarrollarse, apoyar a la familia para que la ayude en ese proceso y con este fin contribuir a que los padres superen el sentimiento de fracaso personal y familiar y facilitar el diálogo entre padres e hija.

La información obtenida por los adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos es en las escuelas seguido por los padres y luego el centro de salud, los que nos hace pensar en que una buena estrategia sería que se diseñara e implementara y/o fortaleciera un programa educativo-formativo que incremente el tipo de información sobre adolescencia, salud sexual reproductiva, sexualidad, metodología anticonceptiva, elección de pareja, noviazgo, desarrollo personal, autoestima, enfermedades de transmisión sexual, prevención de embarazos en adolescentes, continuidad de sus estudios, identificación de un proyecto de vida, actitudes reflexivas y consecuencias de sus actos, sugerimos que sea a partir de 5 o 6to de primaria, un proyecto permanente en todos los niveles educativos con el fin de que tomen conciencia del riesgo que implica el inicio de vida sexual a temprana edad, a través de los libros de texto y/o actividades escolares como pláticas, talleres para padres, obras de teatro que faciliten la comprensión de estos temas. Esto podría darse a través de un acuerdo y trabajo conjunto entre la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ) y la Secretaría de Educación Pública (SEP) ya que la información acerca de esto converge entre estas dos instituciones de Gobierno, donde se tienen cautiva a esta población.

Se percibe como la educación es una condición primordial para promover una mayor autonomía, aptitudes y su acceso a mejores oportunidades de vida, así mismo concretar una independencia económica, establecer a futuro una relación de pareja estable, lo cual generara conductas resilientes frente a contextos adversos.

Sería conveniente fortalecer todos los programas de atención al adolescente, analizar el impacto de las estrategias realizadas por el módulo del adolescente, de tal manera que se permitan identificar los logros alcanzados hasta la fecha, realizarle modificaciones en caso de no haber los resultados esperados y tal vez de ser necesario colocar más módulos, donde se les pueda brindar atención personalizada, otorgar información y los métodos anticonceptivos de forma rápida y accesible de esta manera lograr que la población adolescente se acerque a las instituciones de salud a fin de solicitar atención para llevar una vida sexual libre de tener embarazos precoces o no deseados o de contraer enfermedades de transmisión sexual. Con la prestación de servicios de planificación familiar de calidad accesibles y oportunos se evitan gastos hospitalarios no previstos derivados de la atención del embarazo, parto y puerperio, así como de sus complicaciones. Asimismo se reducen los costos sociales para la manutención de los hijos inesperados, la deserción escolar, la marginación, el desempleo, el hacinamiento, la violencia intrafamiliar, los niños sin hogar e incidir con romper el ciclo de pobreza.

Las adolescentes de este estudio la mayoría viven en casa de sus padres, seguido de los suegros lo que les genera mayor dependencia económica de su familia de origen o de sus suegros, lo cual la hace más dependiente y devalúa su autoestima por lo que se sugiere la creación de programas de capacitación para el empleo, talleres ocupacionales, de autoestima para enseñarles otra forma de vida que les dará independencia económica, personal y familiar

Las redes de apoyo son fundamentales en el cuidado y sostén económico de las adolescentes y sus hijos y darles la opción de que sus hijos sean cuidados por personal calificado en una guardería donde sus hijos tendrán una mejor calidad educativa.

Continuar programas de educación para combatir el rezago educativo lo que impide avanzar a un menor ritmo en lo referente a crecimiento económico y superación de la pobreza, reducir la deserción escolar y fomentar a que las adolescentes embarazadas retomen sus estudios ampliando sus oportunidades y generando posibilidades para su permanencia y conclusión de sus estudios en los sistemas de educación básica.

Darles la oportunidad de continuar sus estudios así como darles un apoyo a las madres inscritas en la educación básica mediante el otorgamiento de una beca mensual como el realizado por el programa promajoven, de esta forma con una mejor formación académica se tomen las mejores decisiones con juicio crítico en relación a sus derechos y obligaciones no sólo de ella sino de la familia que han formado.

Lograr que todas las adolescentes que ya se encuentran embarazadas acudan a iniciar su control prenatal, continúen su seguimiento en el primer nivel, en hospitales por ser de alto riesgo y que ante un control prenatal adecuado, se reduce en forma importante la posibilidad de un desenlace perinatal adverso, y se continúen las pláticas sobre salud sexual reproductiva, perinatal, métodos anticonceptivos, datos de alarma con la finalidad de disminuir el riesgo obstétrico.

Darle continuidad al programa de atención al menor de 5 años, con énfasis en los hijos de madres adolescentes por ser el grupo de mayor morbimortalidad.

Otro programa podría ser manejado a través de la Universidad, Sector Salud mediante apoyo por el área de psicología para romper el círculo de madre y hermanas que se embarazan durante la adolescencia, que pudieran ser conductas aprendidas y tienden a ser repetidas, y de esta forma aumentar la edad al primer embarazo.

En el posparto y post aborto que son atendidos la mayoría en hospitales el sector salud a través de las instituciones intensificar sus acciones, promover y proporcionar información así como los métodos anticonceptivos para incorporarlos a edades tempranas a sus programas de planificación familiar y de salud reproductiva, disminuyendo con esto la multiparidad, y el riesgo obstétrico que esto representa.

Incrementar la participación del varón en la toma de decisiones reproductivas y el uso de métodos anticonceptivos. Realizar campañas de comunicación educativa, donde se resalten los valores de la responsabilidad en las conductas sexuales y reproductivas, del compartir el cuidado y la educación de los hijos y del autocuidado de la salud, permitirá la incorporación más activa del sector masculino en el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Una nueva línea de investigación debería ser dirigida al padre adolescente.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Rangel José Luis, Valerio L., Patiño J., García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 2004; Vol. 47 N° 1 Enero-Febrero.
- 2.- Zapata Gallardo JN., Figueroa Gutiérrez M., Méndez Delgado N., Miranda Lozano V., Linares Segovia B., Carrada Bravo T., et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Bol Med Hosp Infant Mex 2007; 64 (5): 295-301.
- 3.- Zurró A. Martín. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Harcourt Brace de España. 1999. Cuarta Edición.
- 4.- Suárez Cuba MA. El Médico Familiar y la atención a la familia. Rev Paceaña Med Fam 2006; 3 (4): 95-100.
- 5.- Espejel Aco Emma y cols. Manual para la escala de funcionamiento familiar. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Departamento de Educación Especializada. Coordinación de Investigación y Posgrado. 1997.
- 6.- González Benítez I. Las crisis familiares. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16 (3): 280-286.
- 7.- Sánchez Guerrero O. Factores de riesgo para evaluar la conducta adolescente. Acta Pediatr Mex 2000; 21 (4): 115-118.
- 8.- Mendizábal Rodríguez JA, Anzures López B. La familia y el adolescente. Rev Med Hosp Gen Mex 1999.; 62 (3): 191-197.
- 9.- Baeza W. Bernardita, Poo F. AM., Vázquez P. O., Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72 (2): 76-81.
- 10.- Bellon JA. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar. Apgar Familiar. Aten Primaria 1996; 18 (6): 289-296.

- 11.- Smilkstein G. The Family Apgar. A proposal for a family function test and its use by physicians. *J. Fam Pract* 1978; (6): 1231-1239.
- 12.- Cueva Arana V., Olvera Guerra JF, Chumacera López RM. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. *Rev Med IMSS* 2005; 43 (3): 267-271.
- 13.- Carreón Vásquez J., Mendoza Sánchez H., Pérez Hernández C., Gil Alfaro I., Soler Huerta E., González Solís R. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. *Archivos en Medicina Familiar* 2004. Vol.6 Num.3 septiembre-diciembre: 70-73.
- 14.- Díaz Sánchez JV. El embarazo de las adolescentes en México. *Gac Med Mex* 2003: 139 (1) 23-28.
- 15.- Gutiérrez Gómez T., Pascacio Bautista E., De La Cruz Palomo A., Carrasco Martínez E.V. Situación socio familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente. *Rev Enferm IMSS* 2002; 10 (1): 21-25.
- 16.- Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. Secretaría de Salud. Dirección de Salud Reproductiva. 2002. Segunda edición
- 17.- González Forteza C., Villatoro J., Pick S., Collado ME. El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la Cd. de México y su análisis según su nivel socioeconómico. *Salud Mental* 1998; 21:37- 45.
- 18.- Gumucio ME. Curso salud y desarrollo del adolescente. Desarrollo psicosocial y psicosexual en la adolescencia. Departamento de Psiquiatría. Pontificia Universidad de Chile.

- 19.- Mengole Amaya TA., Lannacone José. Factores socioculturales, conocimientos y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el Hospital José Agurto Tello Chosica, Lima, Perú. *The Biologist* Lima 2010; (8) No. 2. Jul-Dic. 164-178.
- 20.- Issler JR. Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra* 2001. *Vla Medicina* N° 107(8). 11-23.
- 21.- Montenegro Arriagada Hernán, Guajardo Humberto. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Salvador. 1994.
- 22.- *La situación demográfica de México*. 2000. CONAPO.
- 23.- *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006)*.
- 24.- Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática. INEGI. *Estadísticas vitales*. 2000. México D.F.
- 25.- *Programa de Acción de Salud Reproductiva*. Secretaría de Salud. Primera edición. 2001.
- 26.- *Encuesta Gente Joven*. Fundación Mexicana para la planeación familiar (Mexfam). 2000.
- 27.- Núñez Urquiza RM., Hernández Prado B., García Barrios C., González D., Walker D.. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública de Mex* 2003; 45 (Sup. 1).
- 28.- *Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador*. 2007. *Plan Operativo Anual 2008*.
- 29.- Ipas. *Identificando la intersección: adolescencia, embarazo no deseado, VIH/SIDA y aborto en condiciones de riesgo*. Temas en el tratamiento del aborto. 1999. No. 4. México. Ipas.

- 30.- Villanueva Eagan LA, Pérez Fajardo MM, Martínez Ayala H, García Lara E. Características obstétricas de la adolescente embarazada. Ginecol Obstet Mex 1999; 67 (8):356-360.
- 31.- Soñora Cabaleiro MS. 2009. Embarazo en la adolescencia y políticas públicas. Evaluación de un programa Cubano. Veredas do Direito, Belo Horizonte. (6);11. 165-179.
- 32.- Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática, INEGI. Estadísticas demográficas 2007. 2007. México D.F
- 33.- Encuesta Nacional de Juventud 2000. Secretaría de Educación Pública. Instituto Mexicano de la Juventud 2001: México D.F.
- 34.- Molina SM., Ferrada NC., Pérez VR., Cid SL., Casanueva EV., García AC. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Rev Med Chile 2004; 132:65-70.
- 35.- Lavín F., Lavín P, Vivanco S. Análisis de las conductas sexuales de las/los adolescentes. Región Metropolitana. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Programa de prevención de embarazo en adolescente 1997. SERNAM. Santiago, Chile.
- 36.- Sumano Avendaño E. Embarazo en la adolescencia. Bol Med Hosp Infant 1998; 55 (8): 433-434.
- 37.- Baeza B., Poo A, Vázquez O., Muñoz S. 2005. Comprendiendo los factores asociados al embarazo precoz, desde la perspectiva de adolescentes nuligestas. REV SOGIA; 12 (2):41-48.
- 38.- De la Garza de la C. Primigesta adolescente. Ginecol Obstet Mex 1997; (65), 533-537.
- 39.- Toro Calzada RJ. Embarazo en adolescentes. Comparación de complicaciones, peso, somatometría y calificación de Apgar con la población general. Ginecol Obstet Mex 1992; 60 (11): 291-295.

- 40.- Ramos Gutiérrez RY., Barriga Marín JA., Pérez Molina J. Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. *Ginecol Obstet Mex* 2009; 77 (7): 311-316.
- 41.- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
- 42.- Herrera JA., M.D. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. *Colombia Med* 2002; 33:21-25.
- 43.- Ruíz Linares J., Romero G. Factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes de Colombia. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J. Public Health* 1998; 4 (2) 80-86.
- 44.- Lira Plascencia J, Oviedo Cruz H., Zambrana Castañeda M., Iburgüengoitia Ochoa., Ahued Ahued R. Implicaciones perinatales del embarazo en la mujer adolescente. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73:407-14.
- 45.- Díaz A. Sanhueza R., Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 67 (6) 481- 87.
- 46.- Vázquez Márquez A. y cols. Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2001; 27(2):158-64.
- 47.- Escobar Castro D., Velástegui Moya D., Guijarro Paredes S., Ortíz Solórzano P. Factores de riesgo relacionados con embarazo subsecuente en adolescentes. *Rev Ecuat Pediat (Quito)* 2008; 9 (1); 20-25.

- 48.- Sandoval Paredes J. y cols. 2007. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. Rev Per Ginecol Obstet; 53 (1): 28-34.
- 49.- Salvador Moysén J. 2009. La dimensión biopsicosocial de la preeclampsia: un abordaje conceptual-empírico. Ginecol Obst Mex; 77 (5): 231-237.
- 50.- Pimentel Sarzuri B. 2007. Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno Infantil de la C.N. S., La Paz-Bolivia. Rev Paceña Med Fam; 4(5): 15-19.
- 51.- La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar. 2002. Secretaría de Salud. Segunda edición.
- 52.- Investigaciones en Salud de Adolescentes. 2002. IMSS. OPS Primera edición. Pp 29

12.- ANEXOS

Anexo 1

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Apgar familiar	Instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia. Util en la identificación de familias en riesgo. Valora adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución.	El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 diseñó el Apgar familiar, como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia.	Cuantitativa	Siempre (2) Algunas veces (1) Casi nunca (0) Familias Funcionales Familias Disfuncionales Funcional 7-10 Moderada 6-4 Severa 0-3
Adolescencia	Según la OMS es el período de la vida que comprende de los 10-19 años.	Es un período de crisis, apto para la procreación, y en el cual se consolida la propia identidad.	Cuantitativa	Temprana (10-13 años) Intermedia (14-16 años) Tardía (17-19 años)
Embarazo	Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento.	Período de tiempo comprendido desde la fertilización del óvulo hasta el parto.	Cuantitativa Ordinal	Trimestre gestacional Primero Segundo Tercero

Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Años cumplidos al momento de la entrevista.	Cuantitativa discreta ó continua	Años
Escolaridad	Nivel de instrucción. Período de tiempo durante el cual se asiste a la escuela.	Ultimo año aprobado. Nivel de estudios.	Cualitativa Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria ó Bachilleres Licenciatura
Ocupación	Acción y efecto de ocuparse. Empleo, oficio, actividades diarias	Actividad en que se emplea..	Cualitativa nominal	Hogar Empleada Estudiante
Estado civil	Condición relacionada con el código civil.	En relación a los derechos y obligaciones civiles.	Cualitativa Nominal	Casada Unión libre Soltera Divorciada
Religión	Conjunto de creencias, dogmas y prácticas	Prácticas de un individuo que considera divino	Cualitativa Nominal	Católica Cristiana Testigo de Jehová/ Otra
Menarca	Edad de inicio de sangrado menstrual	Inicio de sangrado menstrual	Cuantitativa de intervalo	9-11 años 12-14 años 15 años ó más
Inicio de Vida Sexual Activa	Edad de inicio de vida sexual activa (coito-pene, vagina, ano)	Edad de inicio de la primera relación sexual.	Cuantitativa	12-14 años 15-17 años 18-19 años
Número de Parejas Sexuales	Número de personas con quienes ha tenido coito.	Parejas con quienes se ha tenido coito.	Cuantitativa de intervalo	1 2 3 ó más
Métodos anticonceptivos	Uso con finalidad anticonceptiva.	Información y uso.	Cualitativa ordinal	Si – No Oral Inyectable DIU Preservativos Coito interrumpido

CUESTIONARIO

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

TRABAJO DE INVESTIGACION: APGAR FAMILIAR

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FOLIO

CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR

Responde las 5 preguntas y subraya la respuesta con la que mejor te identifiques.

	En relación a mis padres		
1.- Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.	0) nunca	1) algunas veces	2) Siempre
2.- Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite en la toma de decisiones y resolución de problemas	0) nunca	1) algunas veces	2) Siempre
3.- Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o de hacer cambios en mi estilo de vida	0) nunca	1) algunas veces	2) Siempre
4.- Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, ya sean de bienestar o malestar.	0) nunca	1) algunas veces	2) Siempre
5.- Me satisface cómo compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.	0) nunca	1) algunas veces	2) Siempre
Total			

1.- Edad:

1) 10-13

2) 14-16

3) 17-19

2.-Escolaridad:

1) analfabeta

2) primaria

3) secundaria

4) bachilleres

5) licenciatura

3.-Ocupación:

1) Hogar

2) Empleada

3) Estudiante

- 4.-Religión: 1) Católica 2) Testigo de Jehová 3) Cristiana
- 5.-Estado civil: 1) Casada 2) Unión libre 3)Madre Soltera
- 6.- Menarca: 1) 9-11 años 2) 12-14 años 3) 15 años ó más
- 7.-Inicio de vida sexual activa 1)12-14 años 2) 15-17 años
3) 18-19 años
- 8.- Número de parejas sexuales: 1) 1 2) 2 3) 3 ó más
- 9.- ¿Tu embarazo fue planeado? 1) Si 2) No
- 10.- Inicio de control prenatal por trimestre: 1) Primero 2) Segundo 3) Tercero
- 11.- ¿Has utilizado métodos anticonceptivos? 1) Si 2) No
- 12.- ¿Cuál has utilizado? 1) Preservativo 2) Hormonal inyectable
3) Hormonal Oral 4) Coito interrumpido 5) DIU
- 13.- ¿Dónde te dieron la información de los métodos anticonceptivos?
- 1) Escuela 2) Padres 3) Centro de Salud 4) Amigos 5) Medios comunicación
- 14.- Estado civil de tus padres: 1) Casados 2) Unión libre
3) Divorciados 4) Madre ó padre soltero
- 15.- Anota la edad del primer embarazo de tu mamá: años
- 16.- Antecedente de Madre Embarazada en la Adolescencia: 1) Si 2) No
- 16.-¿Has tenido hermanas embarazadas (menores de 19 años) 1) Si 2) No
- 17.- Antecedente de Hermanas Embarazadas en la adolescencia: 1) Si 2) No
- 18.- ¿En casa de quien vives?
- 1) Padres 2) Suegros 3) Rentada 4) Familiares 5) Propia



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**



**SECRETARÍA
DE SALUD - SESEQ**
Dirección de Servicios de Salud

**SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE QUERETARO
MEDICINA FAMILIAR**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACION**

Querétaro, Qro., a _____

Por medio del presente documento, doy mi consentimiento para participar en el estudio Funcionalidad Familiar en Adolescentes Embarazadas, la cual se realizara en el Centro de Salud Lomas de Casablanca, Querétaro por la Dra. Blanca Estela León Santiago, Residente de Medicina Familiar.

Mi participación consiste únicamente en llenar un cuestionario, con datos personales y el test de evaluación de Apgar Familiar.

Me doy por enterado que el estudio no pone en riesgo mi salud y mi vida, ya que solo voy a contestar un cuestionario y mi participación es voluntaria y los datos que proporcione son confidenciales.

Gracias por tu colaboración

Nombre y firma del entrevistado

Firma del investigador

Testigo