



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y  
MUNICIPIOS**

**PERCEPCIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LAS EMBARAZADAS  
ADOLESCENTES DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA DE COATEPEC  
HARINAS**

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

**PRESENTA:**

**DR. CARLOS ALBERTO MUÑOZ MONTUFAR**

**TOLUCA DE LERDO, EDO. MEX.**

**FEBRERO DE 2013**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**PERCEPCIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LAS EMBARAZADAS  
ADOLESCENTES DE LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DE COATEPEC  
HARINAS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

**PRESENTA:**

**DR. CARLOS ALBERTO MUÑOZ MONTUFAR**

**AUTORIZACIONES**

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**PERCEPCIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LAS EMBARAZADAS  
ADOLESCENTES DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA DE COATEPEC  
HARINAS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

**PRESENTA:**

**DR. CARLOS ALBERTO MUÑOZ MONTUFAR**

**AUTORIZACIONES**

**DR. EDGAR DANIEL GODINEZ TAMAY**

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ADSCRITO AL:

HOSPITAL MATERNO INFANTIL ISSEMYM TOLUCA

**DRA. MARTHA BERENICE HERNANDEZ MIRANDA**

ASESOR DE TEMA DE TESIS

**DR. EDGAR DANIEL GODINEZ TAMAY**

ASESOR METODOLÓGICO

## INDICE

---

	Pág.
Marco teórico .....	1
Planteamiento del problema.....	27
Justificación .....	29
Objetivos .....	31
Material y métodos.....	33
Tipo de estudio y diseño de la investigación (Esquema) .....	33
Descripción general del estudio y características del instrumento de medición.....	33
Población, lugar y tiempo .....	34
Cuadro de variables.....	35
Muestra.....	38
Aspectos éticos.....	42
Resultados.....	44
Tablas y gráficas.....	48
Discusión .....	58
Conclusiones.....	64
Bibliografía .....	68
Anexos.....	72

## MARCO TEORICO

### *1.1 El embarazo en la adolescencia, aspectos sociodemográficos.*

El embarazo en la adolescencia se puede definir como “el que ocurre durante los años de edad ginecológica, es decir, al tiempo transcurrido cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”.

En el mundo cada año, 15 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos. En los países en desarrollo, en promedio, el 40% de las mujeres son madres antes de los 20 años, variando entre un 8% en Asia Oriental y el 56% en África Occidental, sólo el 10% de las adolescentes tienen su primer embarazo precozmente. No obstante, en Estados Unidos, aproximadamente el 19% de las mujeres adolescentes dan a luz antes de los 20 años.

Gran Bretaña posee la tasa de embarazo adolescente más alta de la Unión Europea, con cerca de 90 mil adolescentes embarazadas cada año. A lo que se suman otras 100 mil niñas que deciden abortar.

En América Latina, los nacimientos de madres menores de 20 años son cerca del 15%, y algunos países superan el 18%. Así, cada año unas 3 millones 300 mil adolescentes latinoamericanas llevan a término un embarazo.

México registra altos porcentajes de embarazos en adolescentes y, según especialistas, el problema seguirá si no se atiende la insuficiente educación sexual, la falta de disponibilidad de métodos anticonceptivos, el que haya maestros poco preparados y gobiernos locales que obstaculizan políticas públicas en la materia.

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos.

En Chile, el embarazo adolescente es considerado un problema de Salud Pública grave ya que cada año nacen aproximadamente 40.355 recién nacidos vivos hijos de madres adolescentes y 1.175 hijos de madres menores de 15 años. Así la incidencia anual del embarazo adolescente en nuestro país es de 16,16%.

La Encuesta Nacional de Salud reporta que la tasa de embarazo en niñas y adolescentes de entre 12 a 19 años fue de 79 por cada mil mujeres. En el informe se estima que 695 mil 100 adolescentes han estado embarazadas alguna vez.

<sup>(1)</sup>Según informes y algunos reportes internacionales de la Red por los Derechos de la Infancia en México, en el año 2000 hubo 179 mil 413 adolescentes entre 15 y 17 años de edad con al menos un hijo. <sup>(1)</sup>

En el país, el tema del embarazo adolescente se ha vuelto uno de los asuntos fundamentales de las políticas de población; desde distintas perspectivas se habla sobre el volumen de población adolescente, sobre su ritmo de crecimiento y reproducción, así como del riesgo biopsicosocial que implica la maternidad adolescente. Sin duda todo esto es cierto, sin embargo, varias investigaciones y políticas dirigidas a mejorar la salud reproductiva de los adolescentes, se olvidan de que la maternidad temprana en nuestro país, responde a un contexto económico, social y cultural. Mediante el uso de algunas encuestas demográficas con representatividad nacional, se profundiza en esta asociación.

Las condiciones socioeconómicas y culturales en algunas zonas marginadas del País aunado a las creencias y costumbres de varones en México predispone a mujeres jóvenes incluso a sufrir violencia intrafamiliar y se ha asociado como factor la etapa adolescente y situaciones de adversidad y frustración como el embarazo. <sup>(2)</sup>

El interés en México por estudiar el embarazo de los adolescentes se ha acrecentado en las últimas décadas. Desde la perspectiva demográfica y de la salud pública esto responde a distintos motivos, entre los que cabe destacar: a) la proporción elevada y nunca antes vista de jóvenes de 15 a 19 de edad (que en

México representa uno de cada diez habitantes y que ascendió a 10.7 millones en 2003 b) el porcentaje relativamente elevado (14%) del total de nacimientos que corresponde a las mujeres de 15 a 19 años y c) porque existen evidencias de que el embarazo en edades tempranas puede representar un riesgo bio-psico-social para la madre y el recién nacido, así como una mayor morbilidad y mortalidad materno-infantil. La maternidad temprana también puede conducir a menores oportunidades para mejorar la calidad de vida de las madres adolescentes y de sus hijos. Además, la preocupación sobre estos embarazos se acrecienta debido a que una parte importante de ellos (las estimaciones varían entre el 40 y el 60 por ciento) son no deseados y a que una cierta proporción, cuyo monto se desconoce, termina en abortos que en muchas ocasiones se llevan a cabo en condiciones poco saludables lo que conlleva a veces a problemas para la salud. (1,14)

Uno de los principales recursos de que dispone el adolescente es el apoyo que percibe de su red social. De hecho, las investigaciones sobre el apoyo social y su relación con el bienestar psicosocial y el afrontamiento de situaciones estresantes se han incrementado ostensiblemente desde mediados de los años 70, momento en que este tema se consolida como un prolífico campo de investigación. El apoyo social hace referencia al conjunto de aportaciones de tipo de emocional, material, informacional o de compañía que la persona percibe o recibe de distintos miembros de su red social. Disponer de personas de confianza a las que poder expresar emociones, problemas o dificultades, escuchar su opinión, o simplemente tener la sensación de ser escuchados y aceptados como personas, ha demostrado tener un fuerte impacto tanto en la autoestima como en la capacidad de la persona para afrontar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes.

En el caso de la adolescencia, se ha constatado que aquellos adolescentes que perciben mayor apoyo de sus padres utilizan también estrategias de afrontamiento más efectivas, tienen una autoestima más favorable y cuentan con mayores competencias sociales. Sin embargo, la adolescencia es también un

periodo que comprende diferentes etapas y durante el cual la red social del adolescente evoluciona en gran medida.

### *1.2 Sexualidad adolescente*

Sexualidad es la necesidad humana expresada a través del cuerpo, elemento básico de la feminidad o masculinidad de la autoimagen y de la autoconciencia del desarrollo personal. La adolescencia (10 - 19 años) es la etapa en la que el niño está sometido a cambios interrelacionados del cuerpo, la mente, los sentimientos y la vida social. Estos sentimientos y emociones, son diversos y marcados por mitos o secuelas que evocan desde su etapa infantil, muchas veces reforzadas por mala información al intentar obtener detalles que le expliquen su sentir los adolescentes cuentan con menos información, experiencia y facilidades para acceder a servicios de planificación familiar y salud reproductiva que los adultos. <sup>(3)</sup>

Un importante número de adolescentes en todo el mundo son sexualmente activos fuera del matrimonio. Aproximadamente el 43% de mujeres del África subsahariana y el 20% de mujeres de 20 años en América Latina han tenido relaciones sexuales prematrimoniales. En algunos países desarrollados, las tasas son más altas: el 68 % de los adolescentes en los EUA y el 72% en Francia han tenido relaciones prematrimoniales a los 20 años.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración

El embarazo en adolescentes constituye un problema desde el punto de vista médico y social. Los factores contribuyentes son múltiples y las soluciones a los mismos no parecen ser fáciles de resolver a corto plazo. Por lo anterior, el seguimiento de la gestación debe contemplar no sólo la asistencia obstétrica

como tal, sino adoptar un enfoque integral que atienda además, las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia. <sup>(3)</sup>

### *1.3 Embarazo en las distintas etapas del desarrollo adolescente.*

El embarazo afecta a los adolescentes, aunándose a la situación especial que están viviendo y que presenta características diferentes de acuerdo al período de desarrollo de la (adolescente) que se divide en las siguientes etapas:

1.3.1 Etapa de adolescencia temprana. En este período no son capaces de desarrollar una vida individual, ven al futuro hijo como una fantasía. No piensan en el padre en sus planes. La gestación les puede provocar trastornos emocionales: depresión y aislamiento.

1.3.2. Etapa de adolescencia media. El embarazo puede ser visto el mismo día como una amenaza o como una oportunidad que le brindará madurez. Su actitud es ambivalente de orgullo y de culpa, la madre perfecta con su bebe y la desesperación por las responsabilidades que se le vienen encima. Ya toman en cuenta al padre y lo ven como una esperanza para el futuro.

1.3.3. Etapa de adolescencia tardía. El embarazo es visto como una forma de consolidar la intimidad y comprometer al padre como un futuro compañero. Las jóvenes desarrollan una gran preocupación por papel de madres.

En conclusión la actitud de la gestante adolescente frente al embarazo y crianza de su hijo, están influenciadas por la etapa de su vida y necesita del apoyo familiar, así como del equipo de salud.

#### *1.4 Embarazo adolescente en la Sociedad Mexicana.*

La sociedad mexicana, en particular la población rural y la marginal urbana precisamente aquellos en los que el embarazo temprano es más frecuente la unión y la maternidad tempranas aún Constituyen una parte indisoluble de formas de vida femenina ante las cuales existen pocas opciones reales. Para las mujeres de estos sectores, la extensión de la escolarización y la apertura de opciones de vida distintas a la maternidad sólo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que ahora los limitan. En tanto esto sucede, una mayor información y acceso a metodologías anticonceptivas entre los y las adolescentes probablemente tendrán poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo. Uno de los argumentos que recientemente ha recibido mayor difusión y respaldo “científico” es aquel que ve en el embarazo adolescente un mecanismo que contribuye a la transmisión de la pobreza. Este argumento se asocia cercanamente al supuesto de que dicho fenómeno coarta las posibilidades de obtener una escolarización suficiente y, por lo tanto, limita las posibilidades de obtener un empleo conveniente (o mejor remunerado) lo cual, a su vez, reduce el acceso a los recursos que permiten un desarrollo adecuado de los hijos <sup>(10,19)</sup> de tal modo que esta situación se perpetúa como un círculo vicioso.

Existen diversos elementos que se manejan al respecto; por ejemplo, que el embarazo adolescente tiende a repetirse entre las generaciones; a conducir a uniones inestables; a una jefatura de hogar femenina; a condiciones precarias para el desarrollo de los hijos, etcétera, lo cual, se arguye, se traduce en un mecanismo de transmisión de la pobreza.<sup>(23,24)</sup>

El hecho de que el embarazo temprano se encuentre frecuentemente asociado con la pobreza no implica que sea un fenómeno que conduzca a dicha situación ni que, por sí mismo, lleve a perpetuarla. Más bien habría que considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos mayoritarios de nuestra

población como una de las causas principales del embarazo adolescente: para algunos grupos sociales, como extensos sectores de la población rural, debido a que estos embarazos forman parte de su modo de vida, de la trayectoria usual que se sigue para formar una familia. Para otros, como el sector marginal urbano, porque los embarazos en adolescentes son vividos como una salida –así sea falsa en muchas ocasiones– a problemas de violencia familiar y abuso, o como una manera de adquirir valoración social, etcétera, como lo muestran diversos estudios. <sup>(33)</sup>

Por un lado, el embarazo adolescente necesita ser ubicado y comprendido dentro de los procesos de cambio social y cultural que están ocurriendo en determinados países y contextos sociales. Por otro lado, en vez de suponer cuáles son las necesidades de los adolescentes en términos de su salud sexual y reproductiva, debemos acercarnos más a sus vidas concretas; a sus creencias, actitudes y valores; a la interacción con sus padres, sus amigos y parejas; a sus oportunidades objetivas y sus aspiraciones subjetivas, con el propósito de ser capaces de evaluar sus necesidades y, a partir de ello y del conocimiento acumulado con respecto a programas y políticas exitosos, analizar si es necesario tomar medidas al respecto y qué tipo de acciones pueden y deben tomarse con el fin de mejorar su salud sexual y reproductiva. <sup>(33)</sup>

Deschamps señala que: “El embarazo en la adolescente, como la mayoría de las circunstancias generadoras de dificultades sociales, acontece sobre todo en aquellos que están menos preparados para afrontar los problemas y riesgos que este suceso acarrea. Antes de 1990 hubo un aumento del embarazo en la adolescente a nivel mundial en todos los estratos sociales, pero sobre todo en las clases sociales menos favorecidas, quizás esto se deba a la falta de educación sexual y desconocimiento de métodos anticonceptivos. Esto trajo como consecuencia preocupación de la sociedad y de los agentes de salud quienes desarrollaron programas con los que se ha logrado reducir esta frecuencia en los países industrializados, pero no en los países en desarrollo.

### *1.5. Riesgos del embarazo en la etapa adolescente.*

Se han mencionado ciertas condiciones riesgosas que pueden considerarse contribuyentes al embarazo en adolescentes como son en nuestra época, la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación familiar, sobre todo con la figura materna, el abandono de la escuela, la menarquía precoz, baja autoestima, con la consiguiente 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.<sup>(32)</sup>

Por tradición, el embarazo en adolescentes se considera de alto riesgo debido a la mayor proporción de desenlaces perinatales y maternos adversos, como: prematuridad, bajo peso al nacer, nacimiento por cesárea, anemia, parto complicado y preeclampsia, entre otros.1-3 Previamente reportamos, en una serie de 296 casos, una morbilidad representada principalmente por procesos infecciosos (infección de vías urinarias y vaginosis bacteriana), anemia, amenaza de parto pretérmino y rotura prematura de membranas. Las características sociodemográficas de este grupo de pacientes juegan un rol importante en los resultados finales de la gestación, ya que por ser menores de edad dependen de la familia, y el impacto psicológico del embarazo las lleva a diferir la noticia a sus padres y postergan la búsqueda de atención médica.<sup>(34)</sup>

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico-social. Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional. Dentro de los factores de riesgo descritos los más importantes son los individuales, asociándose a resultados Gineco obstétricos y psicosociales adversos. Dentro de los primeros se encuentran retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro y complicaciones del parto. Las principales

consecuencias psicosociales encontradas fueron la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos. La situación actual, descrita anteriormente, ha obligado a crear en el último tiempo diferentes tipos de programas de educación sexual (PES) con el objetivo común de enfrentar el problema. Entre éstos tenemos por ejemplo los gubernamentales, los orientados hacia una "sexualidad segura" y otros basados en la abstinencia. Trabajos realizados en el extranjero, señalan que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93%). Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes.

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

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

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

3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del "amor romántico" en las relaciones sentimentales de los adolescentes<sup>(33)</sup>

Una de las causas que influye, para que el adolescente se embarace son los patrones culturales. La idea de tener hijos está asociada a la sobrevaloración social de la maternidad, "el educar a las mujeres para ser madres".

Un trabajo realizado el año 2005 logró determinar la influencia de cada uno de estos grupos de factores de riesgo, en donde destaca la gran importancia de los factores individuales presentando una frecuencia de 71,6%, mientras que los factores familiares presentaron un 20,3% y los sociales un 11,6%. Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente. La tendencia habla de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres, sin embargo el tipo de familia no constituyó un factor que incidiera en éste nivel de conocimientos. Es más, la funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia. Ya que el embarazo adolescente tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como del hijo, es muy importante implementar una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes. <sup>(31)</sup>

De la misma forma, se prueba que un nivel bajo de escolaridad femenino se asocia con un menor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, una menor planeación en la primera relación sexual y una edad más temprana en la iniciación sexual, lo que hace que estas adolescentes sean más vulnerables al embarazo y a las enfermedades de transmisión sexual.

Ciertamente, la inequidad de género y otros aspectos socioculturales relacionados con las condiciones de desigualdad de las mujeres se agravan en un contexto de

pobreza y falta de oportunidades. Si bien en México se ha evidenciado las tendencias conservadoras respecto a los aspectos sexuales, no obstante se demostró que la edad de la iniciación sexual de las mexicanas disminuyó en las últimas décadas y aumentó la frecuencia sexual de las parejas no unidas (Conapo, 1996 y 2000). En el año 2000 la edad media de la primera relación sexual de las adolescentes fue de 16.1 años. Se encontró también que en la sexualidad temprana convergen dos fenómenos: por un lado, la unión temprana de las parejas que provienen del área rural y que siguen uniéndose muy jóvenes, y por otro, la iniciación sexual a edades más jóvenes de las mujeres de la urbe con mayor libertad sexual. Hay que anotar se observa que las mujeres con menores niveles de escolaridad muestran una iniciación sexual promedio de 15 años, mientras que las de secundaria y más se inician en promedio un año y medio después. <sup>(1)</sup>

En su estudio "Embarazo adolescente del sureste de México", la investigadora Esperanza Tuñón indica que en EU la respuesta más común frente a un embarazo no deseado es la interrupción del mismo; en Argentina es que los futuros padres continúen viviendo con su familia, mientras que en México, lo más aceptado es el matrimonio o la unión libre. <sup>4</sup>

Para las mujeres el inicio de la vida sexual está asociado con el matrimonio y la maternidad como proyecto de vida; para ellos es un reconocimiento de la masculinidad.

La combinación de cuestiones culturales y religiosas, se empeñan en hacer a la mujer en función de la maternidad. En México el problema fundamental es la vuelta al conservadurismo.

Sin embargo otro de los factores que atañen al embarazo en la adolescencia es la falta de preparación de los maestros en cuanto a educación sexual, arrastran sus propios prejuicios y tienen bajos niveles de educación en la materia, en base a estudios de casos, en las escuelas se ha llegado a pensar que el embarazo es un asunto de imitación. Por lo que se determina que los maestros que son un

eslabón en la formación de adolescente requieren de mayor capacitación no solo para tratar el tema si no para atender a las alumnas embarazadas. <sup>(5)</sup>

No obstante otro de los elementos que favorecen al embarazo en la adolescencia es la falta de preparación de los maestros en cuanto a educación sexual, arrastran sus propios prejuicios y tienen bajos niveles de educación en la materia, en base a estudios de casos, en las escuelas se ha llegado a pensar que el embarazo es un asunto de imitación.

### *1.6 Diagnóstico de embarazo en el adolescente*

El diagnóstico de embarazo en las adolescentes se hace tardíamente, porque ellas no piensan en esta posibilidad o porque se niegan a creer que están embarazadas, aún después de su primera falta menstrual, se niegan a admitir la posibilidad de un embarazo y/o tienen temor de confesarlo a sus padres. Incluso hay casos en que lo niegan hasta el último momento, llegan al hospital con sus padres en inicio de trabajo de parto, pero por otro motivo de consulta.

### *1.7 Control prenatal en el embarazo adolescente*

En concordancia con lo expresado anteriormente un alto porcentaje de adolescentes embarazadas, no controlan su embarazo o lo hacen tardíamente. Los motivos de la consulta son variados y los más frecuentes son amenorrea, congestión y aumento de las mamas, náuseas matutinas, mareos, depresión, irritabilidad, fatiga, epigastralgia, estreñimiento, aumento de la frecuencia urinaria, en ocasiones calambres en miembros inferiores, o dolor de espalda. Esto trae como consecuencia que inicialmente, se hagan diagnósticos equivocados por tanto siempre debemos tener presente el embarazo en estas pacientes. Lo ideal es que asista a la consulta prenatal antes de las 12 semanas de gestación y se le brinde una atención prenatal integral y multidisciplinaria.

Debe tenerse en cuenta que el embarazo no madura a la adolescente, sobre todo si es menor de 14 años. Se le debe escuchar, permitir que plantee sus dudas, y temores, respetarla, ayudarla a aceptar la gestación. Enseñarle como debe

alimentarse, qué actividad física debe realizar durante el embarazo y puerperio, evolución del embarazo, por qué se le piden ciertos exámenes, las modificaciones que sufre el organismo materno durante la gestación, y la importancia de la lactancia materna para el desarrollo de un niño sano con una relación más íntima y afectiva con el bebé, por qué debe abandonar el hábito de fumar, el alcohol y/o drogas. Anticoncepción posparto, y prevención de infecciones de transmisión sexual.

### *1.8 Enfoque de riesgo en consulta prenatal*

Aunque en términos generales, por todo lo expuesto anteriormente, el embarazo en la adolescente se considera un embarazo de riesgo, desde el punto de vista biológico, clasificamos a las adolescentes embarazadas de acuerdo a los factores de riesgo obstétrico y perinatal en dos grupos: de alto y bajo riesgo.

### *1.9 Adolescentes de alto riesgo:*

- Edad entre 10 y 14 años de edad
- Nivel socioeconómico y educativo bajo
- Embarazo no deseado
- Desnutrición
- Sin apoyo familiar
- Antecedentes de patología obstétrica
- Abandono de la pareja.
- Consumo de alcohol, tabaco y/o drogas
- Estatura menor de 1,50 m
- Embarazo producto de violación
- Conductas sexuales de riesgo.

### 1.9.1 Adolescente de Bajo riesgo

- Entre 15 y 19 años de edad
- Nivel educativo acorde con su edad
- Con apoyo familiar
- Pareja estable
- Sin antecedentes obstétrico ni patología asociada.

### *1.10 Atención del parto*

En cuanto a la atención de parto en las adolescentes embarazadas, no hay acuerdo y la información que existe es limitada y contradictoria. Algunos autores, señalan que la cesárea es la práctica más frecuente en las adolescentes, sobre todo en las menores de 15 años, que en las adultas debido a la inmadurez biológica, y a mayor frecuencia de algunas distocias de presentación y de bajo peso. Mientras que otros no encuentran diferencias significativas en el tipo de parto entre adolescentes y embarazadas entre 20 y 25 años. Estas diferencias en los hallazgos pueden ser debidas a las otras variables intervinientes como características socioeconómicas, aspectos psicológicos, control prenatal y complicaciones médicas que se presenten en las diferentes poblaciones de estudio. En mi opinión, se debe realizar una evaluación integral de la adolescente practicar la cesárea cuando haya indicaciones precisas y no exclusivamente por la edad. En la mayoría de las series, la principal indicación para realizar una cesárea es por desproporción feto pélvica.

El equipo de salud que atiende a este grupo etario debe estar preparado y sensibilizado para ello, sobre todo para aquellas del grupo de menores de 14 años.

### *1.11 Definición de adolescencia y epidemiología del embarazo en esta etapa.*

Adolescencia es el tiempo en el que la persona crece y se desarrolla psicológica, emocional y socialmente. <sup>(5)</sup>

Datos del I Congreso Mexicano para la Salud de Adolescentes, realizado en Oaxaca en 2005 en relación con la situación mundial señalan, que cada año: <sup>(6)</sup>

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

En 1996 se registraron en la República Mexicana más de 10,000 nacimientos de madres menores de 19 años, y casi 414,000 de madres extremadamente jóvenes. La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20-34 años.

Según algunos datos estadísticos de la organización panamericana de la salud <sup>(6)</sup> 585 000 mujeres (una por minuto) mueren por causas relacionadas con el embarazo, de ellas 10 % - 20 % son adolescentes. La incidencia de embarazos en la adolescente en el mundo oscila entre 20 % -25 %. El 40 % de las embarazadas menores de 20 años no hicieron control prenatal. En este grupo etario se presentó con mayor frecuencia la malnutrición y la anemia. Cada año 70 000 mujeres mueren por aborto no seguro, 10 % son adolescentes. Entre 40 % a 58 % de las agresiones sexuales se cometen en niñas de 15 años o menores.

## Etapas de crecimiento y desarrollo psicológico del Adolescente

La adolescencia se considera como el período entre los 13 y los 19 años de edad. El adolescente experimenta no sólo el cambio y crecimiento físico, sino también los cambios y el crecimiento emocional, psicológico, social y mental. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “la adolescencia es el período de vida en el cual el individuo adquiere capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica. Está comprendida entre los 10 y 19 años de edad. Se divide en adolescencia temprana o precoz de los 10-14 años y tardía de 15-19 años de edad”. (7,8)

**Las etapas del crecimiento y desarrollo psicológico del adolescente son las siguientes:**

**TABLA 1**

ETAPAS	INDEPENDENCIA	IDENTIDAD	IMAGEN
<b>Adolescencia Temprana (10 a 13 años)</b>	Menor interés en los padres, intensa amistad con los pares del mismo sexo, ponen a prueba la autoridad, necesidad de privacidad.	Aumentan habilidades cognitivas y el mundo de fantasía, estado de turbulencia y falta de control de los impulsos, metas vocacionales irreales.	Preocupación por los cambios puberales, incertidumbre acerca de su apariencia.
<b>Adolescencia Media (14 a 16 años)</b>	Periodo de máxima interrelación con los pares y del conflicto con los padres; aumento de la experimentación sexual.	Conformidad con los valores de los pares, sentimiento de invulnerabilidad conductas omnipotentes generadoras de riesgo.	Preocupación por su apariencia, deseo de poseer un cuerpo más atractivo y fascinación por la moda.
<b>Adolescencia Tardía (17 a 19 años)</b>	Emocionalmente próximo a los padres, a sus valores. Las relaciones íntimas son prioritarias, el grupo de pares se torna menos importante.	Desarrollo de un sistema de valores, metas vocacionales reales. Identidad personal y social con capacidad de intimar.	Aceptación de la imagen corporal.

**Fuente:** Juan R. Issler, 2001, *Revista de Posgrado de la Catedral Vía Medicina, México.*

### 1.12 Causas del Embarazo en la Adolescencia

Asimismo el Dr. Juan R. Issler, en 2001, enlista las distintas causas que determinan el embarazo en el adolescente entre las que se pueden mencionar las siguientes:

*Menarca Temprana:* Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

*Inicio Precoz de Relaciones Sexuales:* Cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

*Familia Disfuncional:* Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

*Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o bajo nivel educativo:* Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

*Migraciones Recientes:* con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

*Pensamientos Mágico:* propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

*Fantasías De Esterilidad:* comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

*Falta o distorsión de la información:* es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

*Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres:* cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de

negarse a sí mismos que tiene relaciones y no implementan anticoncepción.

*Aumento en número de adolescentes:* alcanzando el 50% de la población femenina.

*Factores socioculturales:* la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

### *1.13 Consecuencias Biológicas del Embarazo Adolescente.*

El embarazo en una adolescente está considerado alto riesgo, pues el cuerpo de la mujer a esa edad aún no está suficientemente maduro como para afrontar el desgaste que supone dicho proceso. Por supuesto a menor edad, mayores complicaciones dentro de las que se pueden enlistar las siguientes:<sup>(10)</sup>

- La hipertensión.
- La toxemia.
- La anemia
- La placenta previa.
- Retraso en el crecimiento intrauterino y otras patologías durante el embarazo.
- Aumento significativo de partos prematuros.
- Recién nacidos pequeños y de bajo peso.
- El riesgo de muerte a consecuencia de estas complicaciones es mayor a menor edad.

### *1.14 Consecuencias Psicológicas del Embarazo Adolescente.*

- La madurez emocional que se necesita para ser madre tarda aún más en llegar que el desarrollo físico.

- La adolescencia, en sí misma, es una época complicada, es el periodo en el que se está a caballo entre la niñez y la edad adulta, en el que se reacciona como niño pero se pretende actuar como si ya se fuese mayor.
- Las repercusiones en cuanto a la vida diaria de la joven: tener que dejar de estudiar, enfrentarse a la decepción familiar, asumir responsabilidades que aún le quedan muy grandes.<sup>(10)</sup>

### *1.15 Procesos que contribuyen a que el embarazo adolescente se haya convertido en un problema creciente en México*

Los factores y procesos que han jugado un papel importante para que el embarazo adolescente pueda considerarse como un problema público en México son los siguientes: Primero, el gran crecimiento, en términos relativos absolutos, del grupo de adolescentes en los últimos lustros. El grupo de mujeres de 15 a 19 años de edad pasó de un poco más de dos millones en 1970 a más de cinco millones en 1992, lo que lo ha vuelto mucho más evidente ha dado lugar al hecho de que, aun a tasas de fecundidad menores, el número de hijos nacidos de madres adolescentes sea muy grande. Segundo, el hecho de que la fecundidad de los grupos de mujeres mayores ha disminuido más que los grupos de mujeres jóvenes por lo que la proporción de hijos nacidos de mujeres jóvenes muchas de ellas adolescentes es mayor ahora que en el pasado.

Tercero, el mayor acceso de la población pobre de la sociedad, particularmente en el medio urbano, a los servicios de salud, lo cual, conjuntamente con la creciente medicalización del embarazo, ha puesto de manifiesto al contrario de lo que sucedía cuando no tenían acceso a estos servicios la alta incidencia de este tipo de embarazos, muchas veces problemáticos por las condiciones en que se presentan. El resultado de estos tres factores, visto desde las clínicas y hospitales, es que la proporción de embarazos entre las mujeres jóvenes muchas de ellas adolescentes ha aumentado de manera muy visible y significativa en los últimos quinquenios, y que muchos de estos embarazos presentan problemas.

Esto puede parecer cierto si se comparan, a lo largo del tiempo, la incidencia y el resultado de los embarazos y partos.

La valoración negativa del ejercicio de la sexualidad antes de la unión podía justificarse en el contexto de una sociedad en la que la sexualidad y la reproducción se encontraban casi indisolublemente unidas, como resultado del periodo relativamente breve entre la fecundabilidad y la unión y de la función prácticamente exclusiva de la mujer como esposa y madre, pero debiera justificarse cada vez menos, pues conforme dichas condiciones van cambiando, se amplían las opciones para las mujeres y se extiende el periodo entre la maduración sexual y la formación de la familia, durante el cual se requiere reforzar la preparación de los y las jóvenes para la prevención de embarazos no Deseados e inconvenientes.

La sanción negativa obstaculiza el acceso a la información, la educación y la preparación para ejercerla sexualidad de una manera placentera y responsable, de modo que buena parte del problema estriba en la manera como los adultos calificamos el fenómeno; en la forma como las instituciones sociales la familia, la escuela, las instituciones religiosas y el Sector Salud lo interpretan y lo manejan.

### *1.16 Definición del APGAR*

#### APGAR FAMILIAR

Sus parámetros se delinearon sobre la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar.

La función o disfunción de la familia se expresa por la forma en que este grupo es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. Durante la etapa de adolescencia

ocurren cambios importantes, reflejados en la esfera biopsicosocial del individuo, los cuales causan tensiones que alteran, de alguna manera, su ingreso a la sociedad donde se desarrolla.

Características familiares como estructura, comunicación, participación familiar, afectividad, respeto a normas éticas y morales, contribuyen al desarrollo de la salud integral del adolescente, pero también ofrecen el terreno propicio para la adopción de conductas inadecuadas por este. La disfunción familiar es un factor importante que condiciona la aparición de problemas socioculturales y de salud del adolescente, como fármaco-dependencia, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar, depresión, suicidio.

**-Adaptación:** que es la capacidad de utilizar los recursos en función del bien común y la ayuda mutua, así como la utilización de los mismos para resolver problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado.

**-Participación:** entendido como la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, donde se comparten solidariamente los problemas y la toma de decisiones.

**-Ganancia o crecimiento:** se refiere a logros de la madurez emocional y física de la autorrealización de los miembros de la familia a través del apoyo mutuo.

**-Afecto:** relación del cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.

**-Resolución:** capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio y dinero entre los integrantes de la familia.

Se concluye que la familia, como primer responsable de la educación, lleva implícita la transmisión de una gama de conductas que integra el individuo a su personalidad, las interioriza y las hace propias.

En los hogares en donde ambos cónyuges laboran, las relaciones familiares tienden a ser más conflictivas; en estos casos pareciera ser que los padres se limitan a suplir las necesidades físicas de sus hijos y se olvidan de las afectivas y de relación interna de familia. Es de importancia señalar que cuando la familia es incompleta o reconstruida, la madre es la que lleva a costas la manutención de

la familia, parece ser que el fracaso familiar anterior condiciona un estado de alerta y autosuficiencia en la mujer.

El alto nivel educativo de ambos padres se asoció a disfunción familiar. Es frecuente encontrar a unos padres sumergidos en querer lograr un status y mejores condiciones de vida para ellos mismos y para sus hijos, haciendo a un lado la convivencia familiar para lograr sus objetivos o en caso contrario, padres frustrados que a pesar de su condición de profesionales no se desempeñan como tales.

Los adolescentes aún confían en su familia de origen, la consideran como fuente de apoyo y dan su diagnóstico sobre la percepción de apoyo de sus familias, no la exoneran de sus fallas y reclaman su derecho a ser tomados en cuenta y a que se le deje crecer y madurar. <sup>(35)</sup>

Gabriel Smilkstein ha diseñado un instrumento ágil para detectar el grado de percepción de apoyo familiar. Para esto se ha creado un cuestionario de cinco preguntas que, mediante una escala de 0 a 4, evalúa el estado funcional de la familia. <sup>(11)</sup>

Por su parte Palomino y Suárez en 2006, determinan que el APGAR, es un cuestionario que busca evidenciar el estado funcional de la familia funcionando con una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión al respecto del funcionamiento de la familia, para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia. <sup>(11)</sup>

Para mayor facilidad se utilizan las letras APGAR, con el fin de recordar cada una de las funciones que se van a medir. Esta nemotecnia fue hecha originalmente en inglés y es difícil traducirla al español totalmente.

Por su parte Clavelina y Ponce, determinan que se han que se han propuesto diversos enfoques para explotar y caracterizar la función familiar con fines de investigación. <sup>(11)</sup>

### 1.17 Características del instrumento Apgar Familiar.

En la siguiente tabla se hace un resumen basado en la Bibliografía consultada de las características del Instrumento Apgar familiar incluyendo Año de primera publicación, objetivo, lugar donde se desarrolló, fundamentos teóricos etc.<sup>(16,11,12)</sup>

Elementos de Análisis	Características Identificadas
<b>Primera Publicación</b>	Smilkstein G. The family APGAR; a proposal for family function test and its use by physicians, J. FamPract 1978; 6(6) 1231-1239 <sup>(11)</sup>
<b>Objetivo del Instrumento</b>	"Prueba de tamizaje para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar"
<b>Lugar en donde se desarrollo el instrumento</b>	Departamento de Medicina Familiar, Universidad de Washington, Seattle, Washington, USA.
<b>Idioma Original</b>	Ingles (USA)
<b>Fundamentos Teóricos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia Clínica, elementos por los cuales pueden medirse la salud funcional de la familia.</li> <li>• La selección de los elementos se hizo en función del juicio personal del autor acerca de la importancia que representan al ser temas comunes en la literatura de las ciencias sociales en relación con la familia.</li> </ul>
<b>Que mide</b>	Medición cualitativa de la satisfacción de un miembro de la familia en relación con cada uno de los cinco componentes básicos APGAR
<b>Conceptos Operativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia: grupo psicosocial constituido por el paciente y una o más personas, infantes o adultos, en el cual hay un compromiso de sus miembros para cuidarse unos a otros.</li> <li>• Familia Saludable: unidad de cuidado que demuestra integridad de los componentes que evalúa el APGAR.</li> <li>• Proceso de Cuidado: es equiparado con la función familiar, la cual promueve desarrollo emocional y físico, así como maduración de todos sus miembros.</li> </ul>
<b>Constructos (Dimensiones)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptación (Adaptation): cómo se comparten los recursos, o el grado en el que un miembro de la familia está satisfecho con la ayuda o apoyo recibido cuando se requieren los recursos familiares.</li> <li>• Asociación (Partnership): cómo comparten las decisiones o la satisfacción de los miembros con la mutualidad de la comunicación y la solución de los problemas.</li> <li>• Desarrollo o Crecimiento (Growth): cómo se comparte el cuidado o satisfacción de los miembros con la libertad disponible dentro de la familia para cambiar de roles y lograr crecimiento físico y emocional o maduración.</li> <li>• Afecto (Affection): cómo se comparten las experiencias emocionales o satisfacción de los miembros con la intimidad e interacción emocional que existe en la familia.</li> <li>• Resolución (Resolve): cómo se comparte el tiempo (el espacio y el dinero) o la satisfacción con el tiempo comprometido con la familia por parte de sus miembros.</li> </ul>
<b>Tipos de Reactivos</b>	Aseveraciones de connotación positiva acerca de la percepción del sujeto que

	responde el test con base en cada dimensión del funcionamiento familiar y como le afecta a él.
<b>Escala de Medición</b>	Tipo Likert con tres categorías: casi siempre, algunas veces, difícilmente (casi nunca).
<b>Extensión del Instrumento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinco reactivos.</li> </ul>
<b>Tipo de Instrumentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De autoaplicación.</li> <li>• No requiere de personal especializado para su aplicación.</li> </ul>
<b>Forma de Calificar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se asignan dos puntos a “casi siempre”, un punto a “algunas veces” y cero puntos a “casi nunca”.</li> <li>• Se suman todos los puntajes al final.</li> </ul>
<b>Interpretación de los resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calificación de siete a 10: sugiere a una familia altamente funcional.</li> <li>• Calificación de cuatro a seis: sugiere una familia moderadamente disfuncional.</li> <li>• Calificación de cero a tres: sugiere una familia altamente o severamente disfuncional.</li> </ul>
<b>Evaluación del Instrumento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La evaluación de la “validez” que el autor menciona fue establecido correlación con el Índice y la evaluación de la función familiar de trabajadores sociales y psicólogos.</li> <li>• No se menciona el marco muestral utilizado.</li> <li>• En 1982 el autor publica Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. J Fam 15:303-11.</li> <li>• Se reporto una correlación total con cada reactivo de 0.50 o 0.65.</li> <li>• APGAR, se ha utilizado en diversos estudios (clínicos), en los cuales se han asociado sus calificaciones con: visitas al médico, respuesta inmune, disturbios emocionales y síntomas depresivos (Bluestein 1993, Greenwald 1999). Las muestras de pacientes han sido seleccionadas con criterios clínicos (no probabilísticos)</li> <li>• Existe una versión corregida por Smilkstein con escala Likert de cinco categorías.</li> <li>• Se han diseñado adaptaciones para valorar la disfunción en las relaciones con amigos o en el trabajo (Friends APGAR, Work APGAR)</li> <li>• Las muestra estudiadas por Smilkstein fueron: adultos jóvenes, (media de edad 19.7 años) estudiantes de Washington (291 personas en un estudio y 486 en otro).</li> </ul>

Cabe mencionar que el Apgar familiar ha sido aplicado en distintos estudios por diversos autores en varios idiomas como se cita a continuación en las siguientes referencias. Lo cual traduce una mayor validez del instrumento a utilizar en el presente proyecto de investigación.

- En chino se aplicó a 2,541, preadolescentes entre 10 y 13 años de edad. Confiabilidad test-retest 0.83. En español la Escala ha sido referida y aplicada por numerosos autores como Horwitz, Casarrubios, Rivilla, Clavelina y Bellón.<sup>(17-21)</sup>
- En Español:

### *1.18 Utilidad del Instrumento APGAR.*

Con este instrumento los integrantes del equipo de atención integral pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de la percepción de satisfacción familiar de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario. Se ha utilizado el instrumento APGAR familiar como un instrumento de evaluación de la percepción de satisfacción familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión de postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación, principalmente cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la autoadministración.<sup>(12)</sup>

El APGAR Familiar, está orientado hacia la Medicina Familiar, y se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios, su aplicación se limita por lo tanto no solo a pacientes embarazadas como en el caso de nuestro estudio sino que.

En otro tipo de establecimientos, se usa en los siguientes casos:

- Pacientes Polisintomáticos, en los cuales se percibe un componente predominantemente psicosocial en las dolencias y particularmente en la ansiedad o depresión.
- En grupos familiares o individuos consultadores crónicos, cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.

En los casos en que los otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.

El uso del APGAR familiar o FAPGAR, se remota a 1978, cuando Smilkstein <sup>(11)</sup> publicó la primera versión de este instrumento, su Propósito fue diseñar un instrumento breve de tamizaje para el uso diario en el consultorio del médico de familia, para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar. <sup>(11, 13,15)</sup>

### 1.19 Interpretación del APGAR Familiar.

Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 a 20, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia. Basados en estos puntajes, la calificación de la función familiar se hace de acuerdo a lo especificado en el siguiente cuadro:

<b>Satisfacción de la función familiar</b>	<b>Ordinal</b>
<b>Baja (Disfunción severa)</b>	0-3
<b>Media (Disfunción moderada)</b>	4-6
<b>Alta (Funcional)</b>	7-10

### Validez y confiabilidad del instrumento

Debe tenerse en cuenta que este cuestionario no tiene una precisión absoluta, aun cuando constituye un instrumento que le proporciona al profesional que atiende a la familia, una idea global, sobre el grado de percepción de apoyo familiar. Por ello una recomendación importante, es no considerar los grados de disfuncionalidad mostrados sin considerar preferentemente los resultados como baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia. Adicionalmente es recomendable que el APGAR, sea siempre utilizado conjuntamente con el conocimiento y la aplicación de familiograma, el ciclo vital de la familia y otros elementos que permitan contextualizar mejor los resultados. <sup>(12)</sup>

## 2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La idea de realizar un trabajo de investigación acerca de la percepción que tienen las adolescentes embarazadas del apoyo que les ofrecen sus familias, parte en primer lugar del hecho de que el embarazo adolescente es un problema trascendental en las comunidades rurales de nuestro país. Sabemos que las condiciones socioeconómicas y que enfrentan las familias en estas poblaciones las hacen vulnerables a problemas como el bajo nivel educativo, la falta de orientación sexual en casa. Una vez que se presenta una situación de embarazo en una familia, ésta se ve obligada a modificar su dinámica en todos los sentidos. El cuidado que demanda una adolescente embarazada desde el punto de vista de salud tanto física como mental, muchas veces no es proporcionado por los padres o por sus parejas y esto se ve reflejado en la percepción que tienen las adolescentes de este apoyo. Conocer la percepción que tienen las adolescentes embarazadas acerca del apoyo que les brindan sus familias nos permite a los médicos familiares tener una noción de la dinámica familiar en la cual se desenvuelven nuestras pacientes. El presente trabajo se realizará en una clínica de primer contacto localizada en una localidad del estado de México que da atención a una Población con necesidades educativas y económicas, de ello surge la idea de tener una noción no sólo de la condición de salud física de un grupo vulnerable como lo son las adolescentes embarazadas. Se trata por lo tanto de identificar un factor que influye sobre la salud de las adolescentes embarazadas como lo es la percepción que tienen las mismas del apoyo familiar, lo cual considero importante debido a que nos permite como médicos familiares identificar oportunidades de intervención no solo en el sentido de la atención gineco-obstétrica y el seguimiento de la buena evolución del embarazo, sino también de ejercer acciones con la familia que incrementen la percepción del apoyo. La importancia de realizar este trabajo es en primer lugar tener el diagnóstico de dicha percepción en las pacientes adolescentes embarazadas mediante la aplicación de el Apgar familiar y posteriormente a partir de resultados, basados en

la evidencia plantear las oportunidades de intervención. Por tal motivo nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de la funcionalidad familiar en pacientes adolescentes embarazadas, en una clínica rural del municipio de Coatepec Harinas Estado de México en el periodo comprendido de Julio del 2011 a Agosto del 2012?

### 3.-JUSTIFICACIÓN

México cuenta con un total de 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad en 2009, de los cuales 6.3 son mujeres y 6.5 son hombres. El 55.2% de los adolescentes mexicanos son pobres, uno de cada 5 adolescentes tiene ingresos familiares y personales tan bajos que no le alcanza siquiera para la alimentación mínima requerida.

En 2008 casi 3 millones de adolescentes entre 12 y 17 años no asistían a la escuela. Del total de niños y jóvenes que no asistían a la escuela, correspondían a este grupo de edad 48.6% de hombres y 44.1% de mujeres

En 2005 hubo 144,670 casos de adolescentes con un hijo o un primer embarazo entre los 12 y 18 años que no han concluido su educación de tipo básico. En este mismo rango de edad, considerando a quienes tienen más de un hijo, los datos ascienden a 180,408 casos de madres.

La paternidad y la maternidad tempranas conducen a las niñas, de manera abrupta, a un mundo adulto para el cual no están preparadas, con efectos desfavorables sobre su vida y la de sus hijos. <sup>(37)</sup>

El Consejo Estatal de Población en el Estado de México para el año 2010 estima una cifra de población adolescente de 2 millones 838 mil 630 adolescentes, de los cuales en el Municipio de Coatepec Harinas tiene una población de 7,001 lo que representa un 23.67% de su Población total. De acuerdo con el INEGI, las mujeres de 15 a 19 años de edad que procrearon un hijo en el año 2007 en el Estado de México fueron 58 mil 248 de las cuales 35 mil 710 ocurrieron en unión libre, 11 mil 887 estaban casadas y 10 mil 101 eran solteras, el resto manifestaron en esa encuesta estadística ser divorciadas, viudas o no especificaron su estado civil.

El embarazo adolescente es preocupante no solo por los riesgos para la salud de la madre y del hijo, sino por las limitaciones que puede implicar para las madres en cuanto a su desarrollo personal y el futuro de sus vidas. Fuente INEGI.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y nutrición llevada a cabo en el estado de México en 2006, los adolescentes de 12 a 19 años de edad señalan que: 87.8% de ellos conoce o a escuchado hablar de algún método anticonceptivo, situación que ubica a los adolescentes del Estado de

México con un mayor conocimiento con respecto a lo reportado en el País (81.8%).<sup>(3)</sup>

Los datos estadísticos anteriores nos hablan de la trascendencia que tiene el embarazo adolescente en el estado de México y el estudiar a fondo a nuestras adolescentes embarazadas no solo en el sentido de salud física que nos corresponde como médicos familiares y que les corresponde a ellos como el derecho a recibir servicios de salud sexual y salud reproductiva. La labor del médico familiar va mas allá de la simple consulta prenatal, sino también favorecer y promover las mejores condiciones para que las adolescentes lleven su embarazo a término. En el ámbito de salud, resulta no solo importante llevar a cabo un adecuado control prenatal sino asegurarnos de que la Madre adolescente se sienta integrada y apoyada por sus familias y por su pareja, lo cual repercutirá favorablemente en su salud mental. De ahí la idea de utilizar un instrumento como el Apgar familiar para llevar a cabo un diagnóstico de dicha percepción así como identificar factores de vulnerabilidad en el desarrollo adecuado de las adolescentes embarazadas como la baja percepción del apoyo familiar por situaciones de disfunción familiar.

## **4.-OBJETIVOS**

El presente trabajo se plantea los siguientes objetivos:

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar la percepción de funcionalidad familiar mediante la aplicación de la encuesta de Apgar Familiar en pacientes adolescentes embarazadas, en una clínica rural del municipio de Coatepec Harinas Estado de México en el periodo comprendido de Julio del 2011 a Agosto del 2012.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

4.2.1 Identificar la edad de las pacientes adolescentes embarazadas de la clínica de consulta externa Coatepec

Harinas ISSEMYM

1. Identificar la escolaridad de las pacientes adolescentes embarazadas de la clínica de consulta externa Coatepec Harinas ISSEMYM
2. Identificar el estado civil de las pacientes adolescentes embarazadas de la clínica de consulta externa de Coatepec Harinas ISSEMYM
3. Identificar la ocupación de las pacientes adolescentes embarazadas de la clínica de consulta externa de Coatepec Harinas ISSEMYM
4. Identificar la escolaridad de las pacientes adolescentes embarazadas de la clínica de consulta externa de Coatepec Harinas ISSEMYM
5. Identificar el inicio de la vida sexual activa de las pacientes adolescentes embarazadas de la clínica de consulta externa de Coatepec Harinas ISSEMYM
6. Identificar la tipología familiar de las pacientes adolescentes embarazadas de la clínica de consulta externa de Coatepec Harinas ISSEMYM
7. Identificar el ciclo vital familiar según Geyman de las pacientes adolescentes embarazadas de la clínica de consulta externa de Coatepec Harinas ISSEMYM

8. Identificar al principal proveedor económico de las pacientes adolescentes embarazadas de la clínica de consulta externa de Coatepec Harinas ISSEMYM
9. Identificar la edad del primer embarazo de la madre de la pacientes adolescentes embarazadas de la clínica de consulta externa de Coatepec Harinas ISSEMYM
10. Identificar la edad de la menarca de las pacientes adolescentes embarazadas de la clínica de consulta externa de Coatepec Harinas ISSEMYM
11. Identificar la utilización del método de planificación de las pacientes embarazadas de la clínica de consulta externa de Coatepec Harinas ISSEMYM.
12. Identificar el tipo de método de planificación familiar de las pacientes adolescentes embarazadas de la clínica de consulta externa de Coatepec Harinas ISSEMYM.
13. Identificar a la persona que explicó el método de planificación familiar a las pacientes adolescentes embarazadas de la clínica de consulta externa de Coatepec Harinas ISSEMYM.

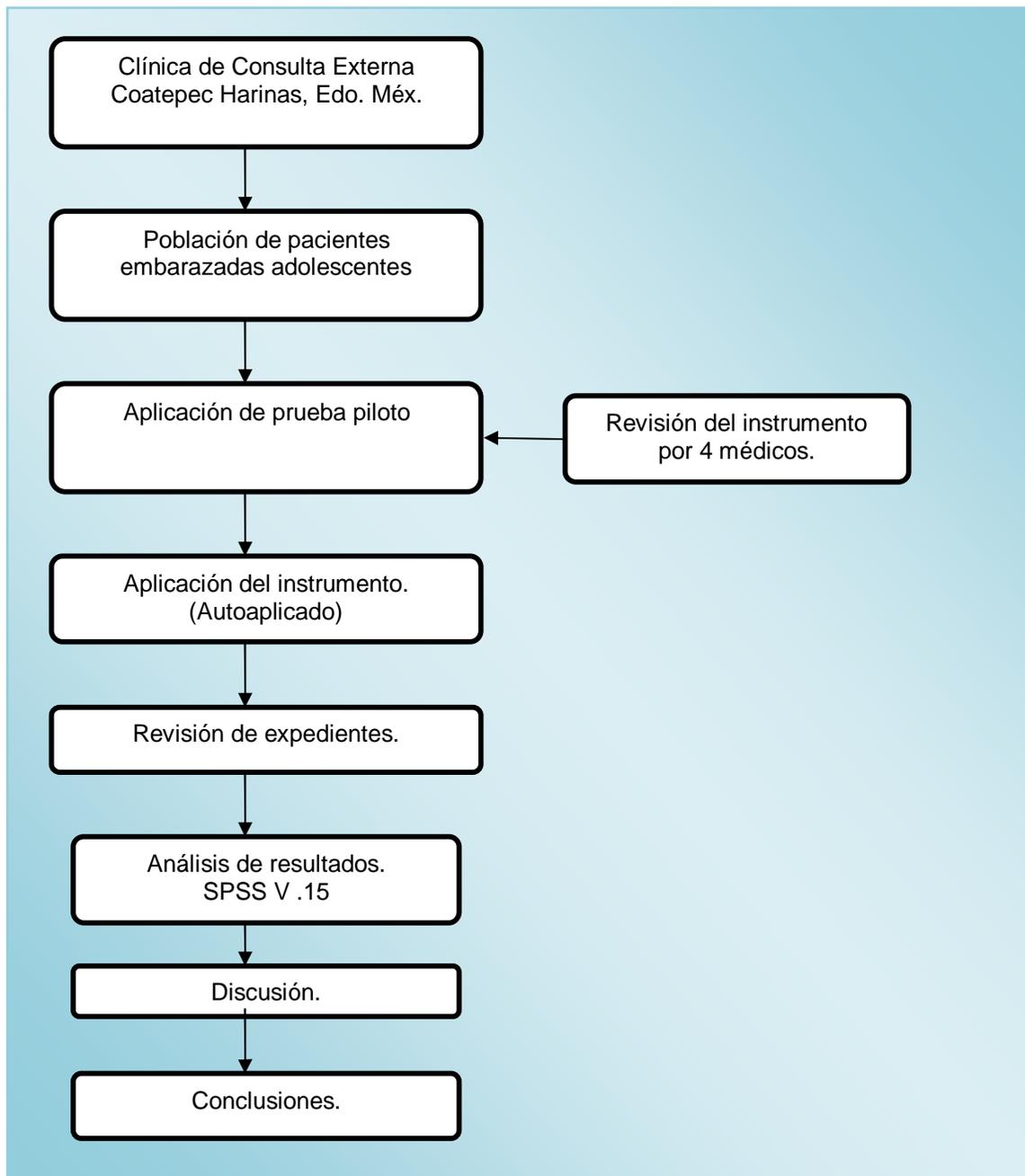
## 5. MATERIAL Y MÉTODOS.

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, transversal.

### Diseño de investigación.

Figura 1. Diseño de investigación del estudio.



## **5.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.**

Existe un total de 50 pacientes embarazadas adolescentes que reunieron los criterios de inclusión a quienes se aplicó el cuestionario de Apgar familiar en el período comprendido de Julio de 2011 a Agosto de 2012

## **5.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

No probabilística por conveniencia.

## **5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

### **5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION**

Pacientes adolescentes embarazadas que aceptaron participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Ser derechohabiente del ISSEMYM.

### **5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION**

No haber aceptado participar en el estudio.

No ser derechohabientes del ISSEMYM.

### **5.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACION.**

Cuestionarios mal llenados e ilegibles.

## **5.5 INFORMACION A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR.**

Se estudiaron 16 variables que conforman el instrumento presentado en el anexo 1. Mismas que se detallan en el siguiente cuadro.

**Cuadro de variables.**

Variable	Tipo	Definición operacional	Escala de medición	Categorías
Embarazo en la etapa adolescente	Independiente	Presencia de embarazo confirmado clínica y paraclínicamente por medio de estudios de laboratorio en la etapa adolescente definida como entre 10 y 19 años.	Cualitativa	Presente Ausente
Edad	Demográfica	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Cuantitativa continúa.	Años
Estado civil	Moderadora	Definido como el estado y situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones para con la pareja.	Cualitativa ordinal	Soltera Casada Unión libre
Ocupación	Moderadora			
Escolaridad	Moderadora	Grado máximo de estudios a partir del sistema nacional de educación de la Secretaría de Educación Pública.	Cualitativa nominal.	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Preparatoria incompleta Preparatoria completa
Inicio de vida sexual activa.	Moderadora	Edad en años a la cual la paciente inició actividad sexual.	Cuantitativa continúa	Años
Tipología familiar de acuerdo a su composición	Moderadora	Definido como el tipo familiar a partir de la integración y afinidad de los miembros	Cualitativa nominal	<b>Nuclear:</b> Cuenta con esposo, esposa con o sin hijos. <b>Extensa:</b> Conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad. <b>Compuesta:</b> Los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc.) <b>Uniparental:</b> Solo cuenta con un conyugue, e hijos.
Tipología familiar en base a demografía	Moderadora	Tipo familiar definido a partir de las características de la población de los padres de las adolescentes	Cualitativa nominal	Urbana: Se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios.  Rural: Habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc.).

Tipología familiar según su desarrollo	Moderadora	Se define como la constitución económica en cuanto a quién es el principal proveedor de los bienes y manutención de la familia.	Cualitativa nominal	<p>Familia Moderna: se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.</p> <p>Familia Tradicional: es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.</p>
Tipología familiar en base a su ocupación	Moderadora	Definida a partir de la ocupación de uno o ambos cónyuges (Padres de la adolescente)	Cualitativa nominal	Técnica Profesional Obrera Campesina
Tipología Familiar según su integración	Moderadora	A partir de la integración de los miembros de la familia (Padres de la adolescente)	Cualitativa nominal	<p>Familia integrada: ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.</p> <p>Familia desintegrada: los conyugues se encuentran separados.</p>
Ciclo vital familiar según Geyman	Moderadora	Fase del ciclo vital familiar según Geyman *	Cualitativa nominal	<b>Matrimonio</b> <b>Expansión</b> <b>Dispersión</b>
Proveedor económico	Moderadora	Principal proveedor económico de la adolescente	Cualitativa nominal	<b>Pareja</b> <b>Padre</b> <b>Madre</b> <b>Padre, madre y hermanos</b> <b>Madre y hermanos</b> <b>Padre y madre</b>
Edad del primer embarazo de la madre	Moderadora	Edad a la cual la madre la madre de la adolescente tuvo su primer embarazo	Cuantitativa discreta	<b>Años</b>
Edad de la menarca	Moderadora	Edad a la cual se presentó la primera menstruación en la adolescente.	Cuantitativa discreta	<b>Años</b>

Utilización de método de planificación	Moderadora	Específicamente se interrogó acerca de la utilización de algún método de planificación familiar antes del embarazo actual o último inmediato.	Cualitativa nominal	<b>Presente Ausente</b>
Tipo de método de planificación	Moderadora	Método de planificación utilizado antes del embarazo actual o inmediato último embarazo.	Cualitativa nominal	<b>Preservativo Hormonal oral Parche transdermico Ninguno</b>
Persona que explicó la utilización del método de planificación	Moderadora	Persona de la cual obtuvo la información más clara acerca de la utilidad y tipos de métodos anticonceptivos disponibles en el medio en el cual vive la adolescente.	Cualitativa nominal	<b>Padre Amigos Profesores Médico Profesor y médico Ninguno Padre y profesores</b>
Calificación del Apgar familiar	Dependiente	<b>A partir de la aplicación de la Encuesta de Apgar familiar (Ver anexos) se obtuvo una puntuación y se designaron las categorías correspondiente.</b>	Cualitativa ordinal	<b>Bajo Medio Alto</b>

\* Geyman J. Faces del ciclo vital de la familia. Citado por Irigoyen CA y cols. En: Diagnóstico familiar. 4ª ed. Medicina Familiar Mexicana. México. 1994.

## **5.6 METODOS O PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACION.**

### **5.6.1 El propósito estadístico de la investigación.**

Describir el grado de percepción de apoyo familiar a partir de la aplicación del Apgar familiar en pacientes embarazadas.

-Se investigó un solo grupo.

-Se realizó una medición.

### **5.6.2 Grupos de Estudio.**

Se aplicó un cuestionario a 50 pacientes adolescentes embarazadas que reunieron los criterios de inclusión.

### **5.6.3 Mediciones.**

Se realizó una medición en las unidades de muestreo.

### **5.6.4 Tipo de Muestra.**

No aleatoria de pacientes adolescentes embarazadas

### **5.6.5 Análisis Estadístico**

Para el análisis descriptivo de las variables cualitativas se utilizaron números absolutos y porcentuales. Para las variables cuantitativas se utilizaron frecuencias y números porcentuales. Para el análisis inferencial se utilizó Chi Cuadrada de Pearson.

### 5.6.6 Instrumento de recolección de datos.

El instrumento constó de 4 secciones.

Secciones	Nombre	Número de variables
Sección 1	Ficha de identificación	4
Sección 2	Familia (Composición familiar)	7 variables (Número de integrantes, Parentesco, ocupación, escolaridad, estado de salud, proveedor económico, edad del primer embarazo de la madre)
Sección 3	Antecedentes Gineco Obstétricos.	9 variables.
Sección 4	Apgar familiar	5 variables.

### 5.6.8 Procedimiento de recolección de datos.

Durante el periodo de Julio del 2011 a Agosto de 2012 se realizó la aplicación de 50 cuestionarios a pacientes que reunieron los criterios de inclusión. Para proceder a la aplicación de las encuestas se solicitó la carta de consentimiento informado, las pacientes fueron captadas de la consulta externa de las distintas especialidades una clínica de primer nivel de atención en el municipio de Coatepec Harinas estado de México. Para facilitar la logística se indagó en las agendas de citas médicas acerca de las fechas en las que acudirían. La aplicación de las encuestas y el instrumento Apgar familiar fue en todos los casos realizada de manera directa. Se diseñó una encuesta para indagar acerca de las variables demográficas, tipología familiar y antecedentes Gineco-obstétricos y cumplir así con el objetivo general y objetivos específicos de este proyecto.

### 5.6.9 Maniobras para evitar sesgos.

#### 5.6.9.1 Sesgo de información.

Se reconoce que este sesgo se pudo haber presentado. Este queda expensas de la honestidad del entrevistado, confiando en sus respuestas que existe debido a que la información proporcionada por los pacientes. Se trató de controlar informándole del anonimato de las mismas para que expresara sus respuestas lo más cercano a la realidad posible.

#### **5.6.9.2 Sesgos de selección.**

Se reconoce que lo hubo, ya que la participación fue voluntaria.

#### **5.6.9.3 Sesgos de captura.**

Para evitar sesgos de captura de datos en el momento de la captura de los mismos se realizaron en dos ocasiones análisis estadísticos en el programa SPSS que documentaron arrojaron que no había datos perdidos y cuando fue así se revisaron nuevamente las encuestas para su recaptura.

#### **5.6.9.4 Sesgos de Análisis.**

Respecto a los sesgos de análisis estadísticos se evito analizando la información de forma adecuada respecto a la naturaleza, tipo de variable, y procedimiento estadístico utilizado.

#### **5.6.10 Procedimientos estadísticos.**

Se realizó una base de datos en el programa SPSS versión 15 en la cual se capturaron los resultados de cada uno de los ítems del instrumento de investigación.

Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (promedio, mediana y moda) así como medidas de dispersión. Para las variables

cuantitativas se realizó estadística descriptiva mediante tablas de porcentajes y frecuencias. Se realizaron gráficas sectoriales y de barras.

Se realizó estadística inferencial para comparar la variable categórica de percepción de apoyo familiar con cada una de las variables cualitativas mediante prueba Chi cuadrada de Pearson considerando un error estadístico alfa del 5%, se determinó el grado de significancia estadística para cada uno de los análisis encontrándonos p inferior a 0.05% únicamente al hacer la comparación con las variables: tipología familiar según demografía Lo anterior se describe en el apartado de resultados en tablas de contingencia, tabla del resultados de la prueba chi cuadrada y gráficas comparativas <sup>( Ver tabla 19)</sup>

El procedimiento mediante el cual se realizó el reporte de los datos incluye gráficos de barras y de sectores así como tablas de datos estadísticos.

## 6.- ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo se apega a las siguientes consideraciones:

### 1) Declaración de Helsinki.

La asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben de ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

Por lo que en este trabajo se trató de encontrar los factores que influyen en el control de la diabetes para poder evitar complicaciones y por lo tanto disminuir costos.

Además se menciona que la investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza podrá beneficiarse de sus resultados.

### 2) Ley General de Salud.

Artículo 14 donde se menciona que la investigación contará con el consentimiento informado y por escrito, esto se realizó en el trabajo, se entregó una hoja de consentimiento de participación voluntaria (anexo 4) antes de aplicar el instrumento, donde se les explicaba el objetivo del estudio, así como el poder dejar de contestarlo.

Artículo 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerán la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice. El cuestionario fue manejado por folios y fue de manera anónima.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su artículo 17 menciona que la investigación sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: Cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, el presente estudio entra dentro de este rubro, ya que es un estudio que emplea métodos y técnicas de investigación documental y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. <sup>(21)</sup>

## 7.- RESULTADOS

De Julio del 2011 a Agosto del 2012 fueron incluidas al presente estudio 50 adolescentes que reunieron los criterios de selección establecidos.

El rango de edad fue de 13 a 19 años con un promedio de 16.2 años y una desviación estándar de 1.24, observándose una moda de 17 años para el 46% de la muestra (23 pacientes) (Ver gráfico 1).

La escolaridad a la cual pertenecían fue secundaria incompleta para 48% de las adolescentes incluidas (24) y solo 26% (13) tenían secundaria completa, 2% tenía primaria incompleta (1), 12% tenían primaria completa (6), 10% tenían preparatoria incompleta (5) y sólo 2% había completado su instrucción preparatoria (1). (Gráfico 2)

El estado civil fue soltera para 48% del grupo (24), 16% de las pacientes estaban casadas (8) y 36% estaban en unión libre (18 pacientes).

La ocupación referida en las encuestas; 52% refirieron ser amas de casa (26 pacientes), 40% estudiantes (20) y 8% empleadas (4). (Gráfico 4)

La tipología familiar de acuerdo a su composición más frecuentemente encontrada en la muestra estudiada fue nuclear en 64% (32 pacientes), se encontró que 18% pertenecían a una familia compuesta (9 pacientes), 10% uniparental (5) y 8% extensa (4). (GRAFICO 5)

El tipo familiar en base a su demografía fue urbana en 76% (38 pacientes) y 24% pertenecían a una familia rural (12 pacientes). (CUADRO 1)

El tipo familiar según su desarrollo fue tradicional en 76% (38 pacientes) y solo 24% pertenecían a una familia moderna (12 pacientes).

Se observó que la tipología familiar en base a ocupación fue técnica en 54% (27 pacientes), campesina en 28% (14 pacientes), Obrera en 24% (6 pacientes) y sólo 6% provenían de una familia tipo profesional (3 pacientes). (GRAFICO 6)

La tipología familiar según su integración fue: 82% familia Integrada (41), 18% pertenecían a una familia desintegrada (9 pacientes) y ninguna pertenecía a una familia semi-integrada. (CUADRO 3)

El ciclo vital según Geyman en el cual se encontraban las familias de las adolescentes embarazadas, fue en su mayoría de matrimonio en 56% (28 casos), 40% se encontraban en fase de dispersión (20) casos y 4% pertenecían a una familia en fase de expansión (2 adolescentes). (CUADRO 4)

El proveedor económico fue la pareja en 46% (23 adolescentes), en 30% era únicamente el padre (15 pacientes), en 12% era únicamente la madre (6 adolescentes), en 6% el ingreso dependía de toda la familia, es decir padre, madre y hermanos (3 pacientes), en 2% el ingreso dependía de la madre y los hermanos (una paciente) y 1% de las pacientes tenían un apoyo de ambos padres (2). (CUADRO 5)

Las edades más frecuentes de embarazo en las madres de las adolescentes incluidas en este estudio estaban entre los 17 y 20 años de edad, encontrándose edad de embarazo de 17 años en 18% de madres de pacientes adolescentes (9), 18 años en 18% de madres de adolescentes (9) y 20 años en 16% de madres de pacientes adolescentes (8). 68% de las madres de pacientes adolescentes tuvieron su primer embarazo en la adolescencia (34 madres). (GRAFICO 7)

#### ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS Y UTILIZACION DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.

La edad de la menarca fue 13 años en 48% (24 pacientes) y 12 años en 34% (17 pacientes). La edad de introducción a la vida sexual activa que se observó con

más frecuencia fue 15 años en 38% (19 pacientes), 16 años en 24% (12 pacientes), 13 años en 18% (9 pacientes) y 14 años en 14% (7 pacientes). Pudo observarse que 78% de las pacientes no refirieron utilizar un método de planificación familiar antes del embarazo (39) y sólo 22% si estaban utilizándolo (11 pacientes), de éstas 16% utilizaban preservativo (8), 4% hormonal (2) oral y 2% parche transdérmico (1). (CUADRO 6 Y 7)

La información acerca de los métodos de planificación que tenían las pacientes fue proporcionada en 46% por sus profesores (23), 10% de profesores y médicos (5 pacientes), 10% únicamente del médico (5 pacientes), 10% de amigos (5), 8% de los padres (4), en 2% la información fue proporcionada por padres y maestros (un caso) y 14% refirieron nunca haber recibido ningún tipo de información acerca de la utilización de métodos anticonceptivos (7 adolescentes). (GRAFICO 8)

Se observó percepción alta del apoyo familiar, lo cual corresponde a 72% (36 casos), de este grupo 47.2% (17 pacientes) tenían 17 años de edad y 25% (9 pacientes) tenían 16 años edad. 47% (17) tenían secundaria incompleta y 30.6% tenían secundaria completa (11 pacientes). El 52.8% (19 pacientes) eran madres solteras y 36.1% (13 pacientes) viven en unión libre). 88.8% de este grupo (32 pacientes) eran amas de casa y estudiantes. 69.4% pertenecían a una familia nuclear (25 pacientes), 5.6% (2) pertenecían a una familia extensa 13.9% pertenecían a una familia compuesta (5 pacientes) y 11.1% pertenecían a una familia uniparental (4 pacientes). 83% pertenecen a una familia urbana (30 pacientes) y 16.7% a una familia rural (6 pacientes). Por su ocupación el mayor porcentaje (52.8%, 19 casos) pertenecen a una familia técnica. Perciben apoyo económico del padre y la pareja en 69.4% de los casos (25 pacientes). 77% no utiliza ningún método de planificación familiar (28 pacientes) y 41.7 %, (15 casos) reciben información acerca de la utilización de métodos anticonceptivos de sus profesores. (GRAFICO 9) 16% tenían una percepción media del apoyo familiar (8 adolescentes) y únicamente 12% tenían una percepción baja (6 adolescentes).

(CUADRO 8)

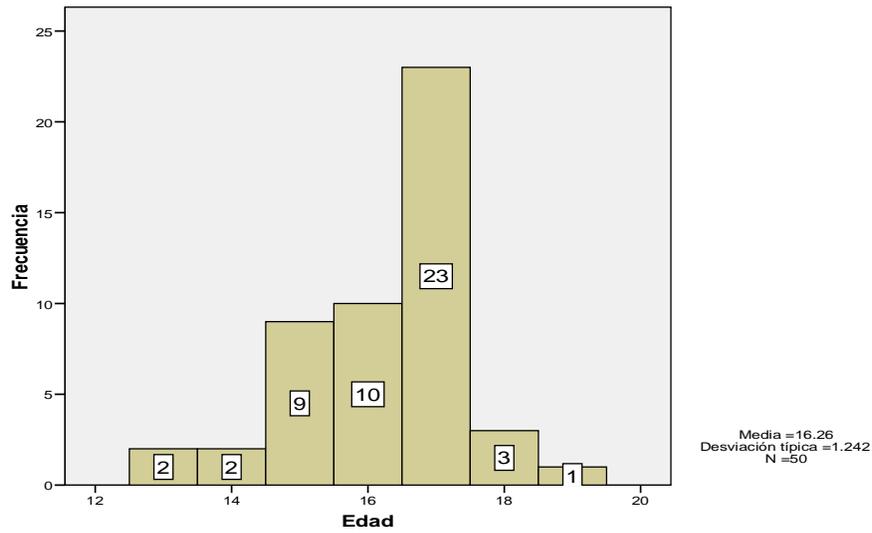
De las pacientes que tuvieron una percepción baja del apoyo familiar 3 de 6 tenían 15 años de edad, 1 de 6 tenía 13 años y 2 de 6 tenían 17 años. 3 de 6 tenían secundaria incompleta, 2 tenían primaria completa y una tenía secundaria completa. 3 de ellas Eran madres solteras (50%), 2 estaban casadas y una vivía en unión libre. 4 de 6 estaban dedicadas al hogar y 2 eran estudiantes. 50% pertenecían a una familia compuesta (3 casos), 83.3% pertenecían a una familia rural (5 casos). 66.7% tenían una familia de tipo campesina. 83.3% de los casos no estaban utilizando ningún método de planificación familiar. 50% No había recibido información adecuada acerca de la utilización de métodos anticonceptivos (3 casos) y el otro 50% de los casos recibía la información de familiares y amigos (3 casos).

## TABLAS Y GRÁFICAS

GRAFICO 1

EDAD

N=50

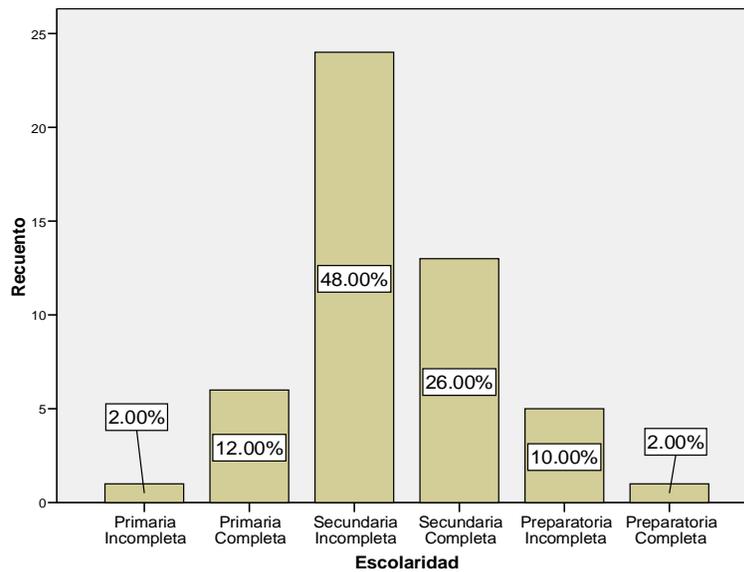


FUENTE. ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

GRAFICO 2

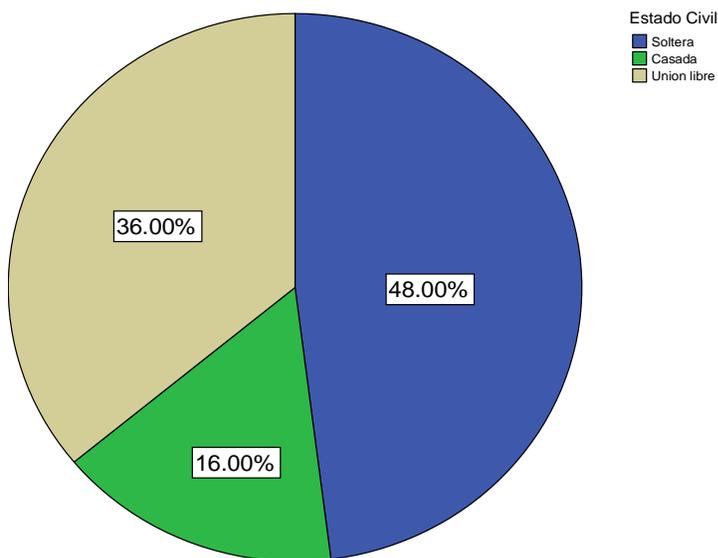
ESCOLARIDAD DE LAS MADRES ADOLESCENTES

N=50



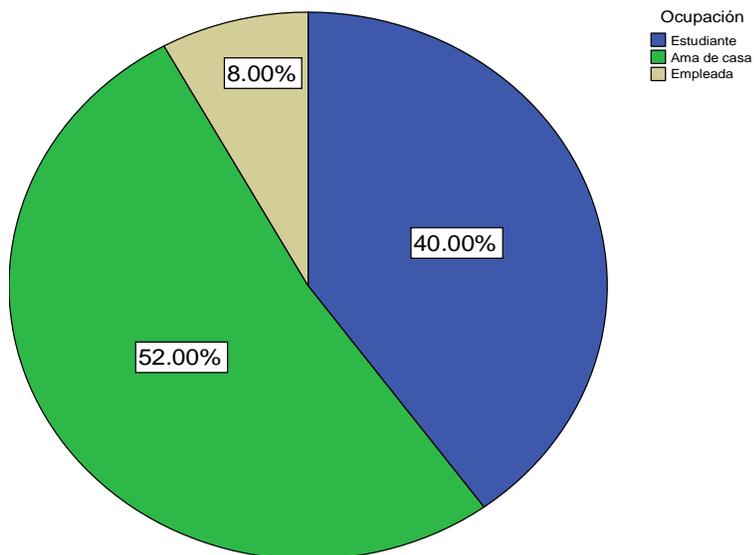
FUENTE. ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

**GRAFICO 3**  
**N=50**  
**ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES**



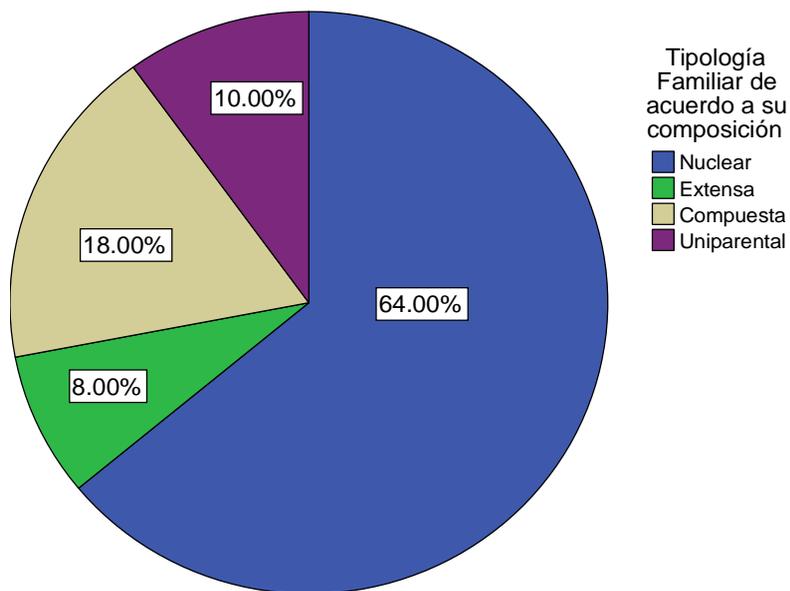
FUENTE. ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

**GRAFICO 4**  
**N=50**  
**OCUPACION DE LAS MADRES ADOLESCENTES**



FUENTE. ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

**GRAFICO 5**  
**TIPOLOGIA FAMILIAR DE ACUERDO A SU COMPOSICIÓN**  
**N=50**



FUENTE. ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

**CUADRO 1**  
**TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A DEMOGRAFIA**

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Válidos</b>	Urbana	38	76.0
	Rural	12	24.0
	<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

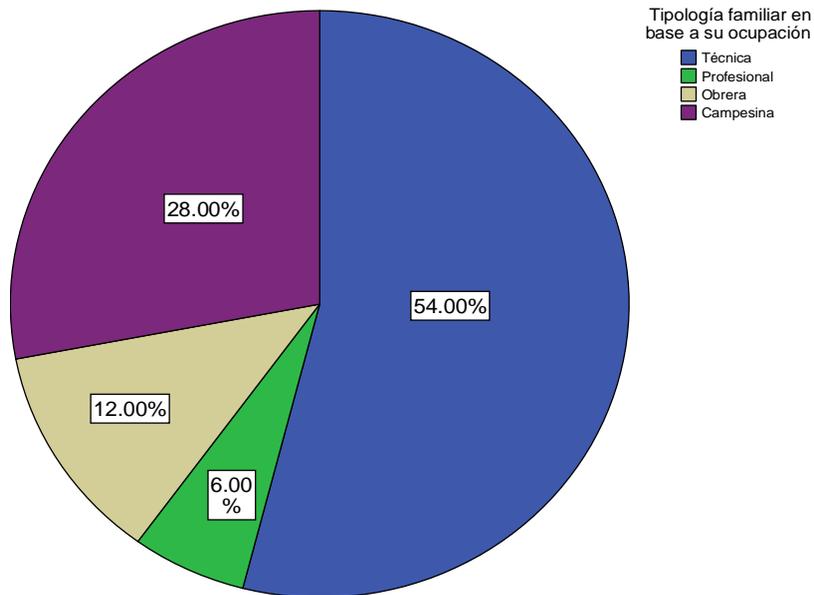
FUENTE. ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

**CUADRO 2**  
**TIPOLOGÍA FAMILIAR SEGÚN SU DESARROLLO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válidos</b>	Moderna	12	24.0
	Tradicional	38	76.0
<b>Total</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>

**FUENTE.** ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

**GRAFICO 6**  
**TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A SU OCUPACION**  
**N=50**



**FUENTE.** ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

**CUADRO 3**  
**TIPOLOGÍA FAMILIAR SEGÚN INTEGRACIÓN**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válidos</b>	Integrada	41	82.0
	Desintegrada	9	18.0
	Semi integrada	0	0
	<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

**FUENTE.** ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

**CUADRO 4**  
**CICLO VITAL SEGÚN GEYMAN**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válidos</b>	Matrimonio	20	40.0
	Expansión	2	4.0
	Dispersión	28	56.0
	<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

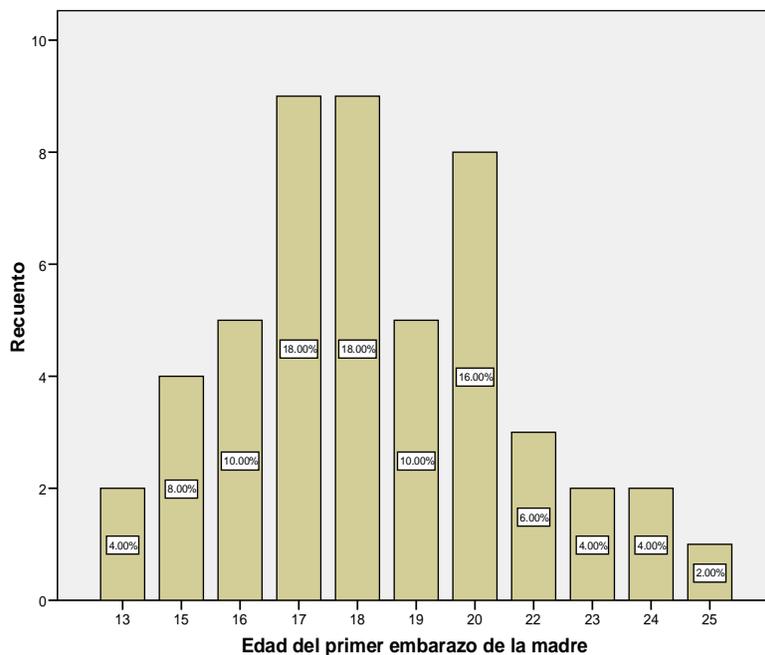
**FUENTE.** ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

**CUADRO 5**  
**PROVEEDOR ECONÓMICO**

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Válidos</b>	<b>Pareja</b>	23	46.0
	<b>Padre</b>	15	30.0
	<b>Madre</b>	6	12.0
	<b>Padre, madre y hermanos</b>	3	6.0
	<b>Madre y hermanos</b>	1	2.0
	<b>Padre y madre</b>	2	4.0
	<b>Total</b>	50	100.0

**FUENTE.** ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

**GRAFICO 7**  
**EDAD DEL PRIMER EMBARAZO DE LA MADRE**  
**N=50**



**FUENTE.** ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

**CUADRO 6**  
**UTILIZACION DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO**

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Válidos</b>	Si	11	22.0
	No	39	78.0
	Total	50	100.0

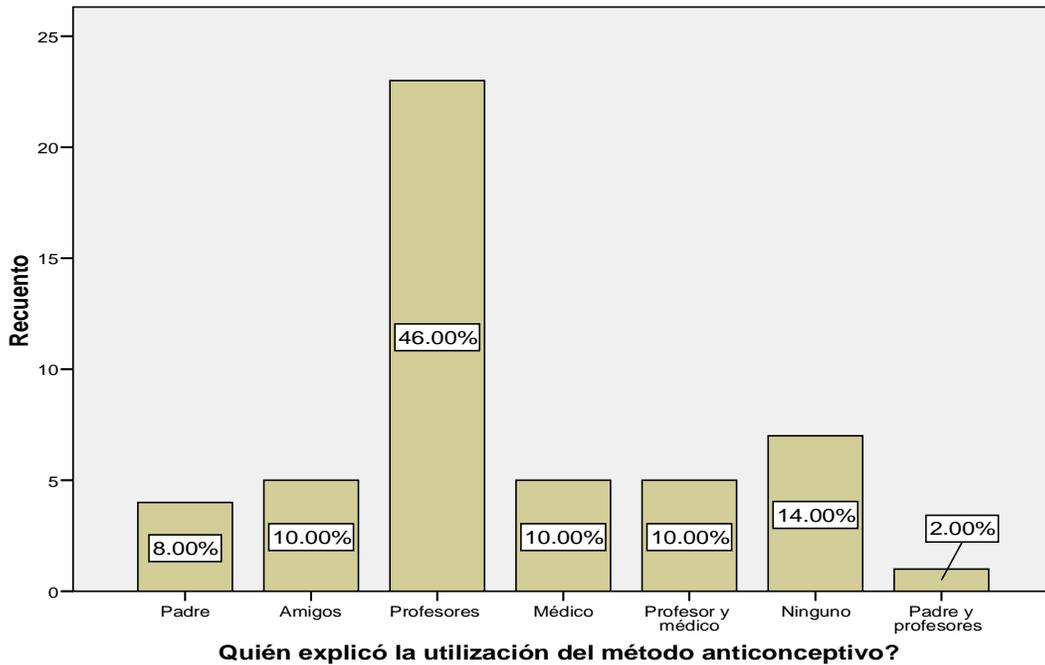
**FUENTE.** ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

**CUADRO 7**  
**TIPO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Válidos</b>	Preservativo	8	16.0
	Hormonal oral	2	4.0
	Parche Transdermico	1	2.0
	Ninguno	39	78.0
	Total	50	100.0

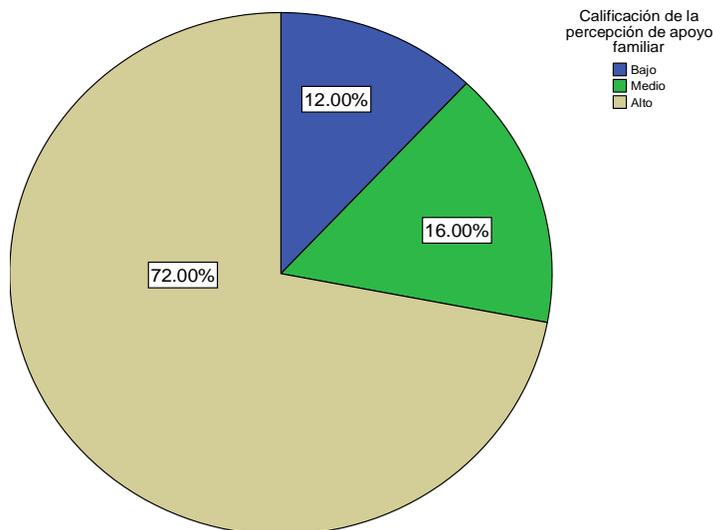
**FUENTE.** ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

**GRAFICO 8**  
**PERSONA QUE EXPLICÓ LA UTILIZACIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO**  
**N=50**



FUENTE. ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

**GRAFICO 9**  
**CALIFICACION DE LA PERCEPCION DE APOYO FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES**  
**EMBARAZADAS**  
**N=50**



FUENTE. ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

**CUADRO 8**  
**TABLA DE CONTINGENCIA ENTRA LA PERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR Y LA TIPOLOGÍA FAMILIAR EN BASE A SU DEMOGRAFÍA.**

			Calificación de la percepción de apoyo familiar			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Tipología familiar en base a demografía	Urbana	Número de Pacientes	1	7	30	38
		% de Tipología familiar en base a demografía	2.6%	18.4%	78.9%	100.0%
		% de Calificación de la percepción de apoyo familiar	16.7%	87.5%	83.3%	76.0%
		<b>% del total</b>	<b>2.0%</b>	<b>14.0%</b>	<b>60.0%</b>	<b>76.0%</b>
	Rural	Número de pacientes	5	1	6	12
		% de Tipología familiar en base a demografía	41.7%	8.3%	50.0%	100.0%
		% de Calificación de la percepción de apoyo familiar	83.3%	12.5%	16.7%	24.0%
		<b>% del total</b>	<b>10.0%</b>	<b>2.0%</b>	<b>12.0%</b>	<b>24.0%</b>

**FUENTE.** ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

**CUADRO 9**  
**PRUEBAS DE CHI-CUADRADO**

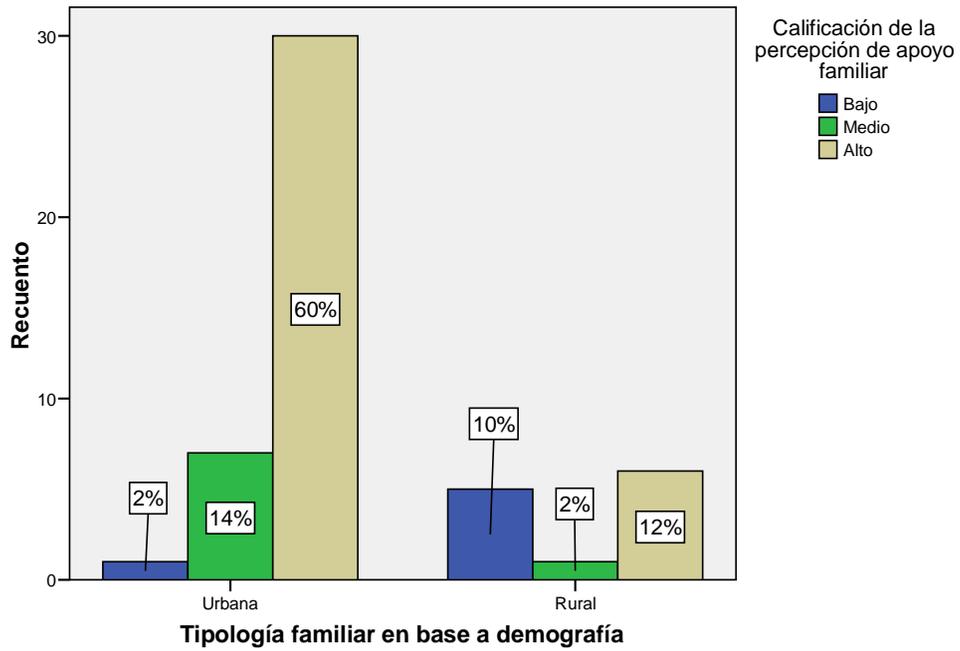
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13.222(a)	2	<b>.001</b>
Razón de verosimilitudes	11.233	2	<b>.004</b>
Asociación lineal por lineal	8.605	1	<b>.003</b>
N de casos válidos	50		

**FUENTE.** ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

### GRAFICO 12

#### CALIFICACION DE LA PERCEPCION DE APOYO FAMILIAR DE ACUERDO A LA TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A DEMOGRAFIA.

Gráfico de barras



**p = 0.001**

FUENTE. ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM, COATEPEC HARINAS EDO. MEX.

## 8.- DISCUSION.

Las características sociodemográficas observadas en nuestra población de adolescentes embarazadas corresponden una edad predominante de 13 a 19 años con una moda de 17 años, la mayoría con educación secundaria, solteras, que se desempeñan como amas de casa sin una actividad laboral retributable en la mayoría de los casos y en su gran proporción provenientes de una familia nuclear, urbana, con familia integrada tipo técnica y aún en fase de matrimonio. Es puntual comentar en este apartado que dichas características demográficas y de tipología familiar corresponden a las características del universo poblacional de la comunidad en la cual fue realizado este estudio a partir de datos estadísticos del INEGI lo cual explica dicha distribución. El proveedor económico de la mayoría de las familias es la pareja lo cual aplica para el 46% del grupo. En ese sentido es importante hacer mención de las características culturales de esta y la mayoría de las familias de la zona en donde tradicionalmente el varón es el proveedor, no obstante para la mayoría del grupo estudiado quienes fungían como proveedores eran los padres lo cual puede explicarse en base a las pocas oportunidades de empleo que tiene el sector adolescente en el medio en el cual se llevó a cabo el estudio. En la mayoría de los casos las parejas de la adolescentes embarazadas eran también adolescentes, la poca oferta de empleos para este sector y las características económicas de la región pueden explicar la necesidad de que los padres de las parejas adolescentes asuman el papel de proveedores económicos principales en nuestro grupo de estudio.

Otra característica encontrada en nuestra población es que 68% de las madres de pacientes adolescentes fueron también madres en la adolescencia lo cual si bien puede deberse a causas culturales, usos y costumbres familiares; es un fenómeno observado en otras series como se discutirá más adelante.

Otros aspectos a considerar son los antecedentes Gineco-obstétricos, es preocupante que la utilización de métodos anticonceptivos en nuestra población sólo sea del 22% de la muestra. La edad de inicio de la vida sexual activa a edades tempranas y la falta de orientación por parte de los padres y profesores

acerca de la adecuada utilización de métodos de anticoncepción puede deberse a condiciones religiosas, educativas y factores económicos. Finalmente es explicable que familias con escasos ingresos tengan un acceso limitado a fuentes de información y a servicios de orientación dentro y fuera de las instituciones educativas. Aunado a lo anterior pudo observarse en nuestro trabajo que la participación de los padres en la orientación sexual hacia los adolescentes es cada vez menor siendo la mayor participación en esta misión de los profesores (46%).

La percepción del apoyo familiar independientemente del proveedor económico, que como se ha mencionado, son los padres y familiares fue alta en 36 de 50 pacientes estudiadas. Puede asumirse en este trabajo que la gran parte de las adolescentes embarazadas tienen una alta percepción del apoyo familiar y esto se puede explicar a partir del análisis que se lleva a cabo de dicho grupo, en su mayoría proveniente de una familia urbana en quienes los principales proveedores son el padre y la pareja lo cual asegura un buen desarrollo del binomio madre hijo. En contraparte con lo observado en las adolescentes que tuvieron una percepción baja del apoyo familiar que en su mayoría (83.3%) pertenecían a familias rurales y campesinas y la mitad eran madres solteras.

En nuestro estudio se encontró como edad promedio de embarazo en la etapa adolescente de 16.1 años lo cual es semejante no solo a estadísticas de la OMS y OPS sino a estudios realizados en el Estado de México <sup>(7,37)</sup>

Otras características de nuestro grupo de estudio que tienen similitud con lo mencionado por otros autores como León, Matías y Borgoño <sup>(23)</sup> son la baja escolaridad siendo en nuestro grupo menor al tercer grado de la educación secundaria en 62% de la muestra, éstos autores describen a la baja escolaridad y al bajo nivel de aspiraciones académicas como factores de riesgo individual en la etapa adolescente, podemos ver en la población estudiada que la gran mayoría de las madres adolescentes tienen un nivel de escolaridad de primaria y secundaria.

Por otra parte podemos observar que casi la mitad (48%) de nuestra población son madres solteras. Esta característica puede obedecer a razones socioculturales o la inestabilidad matrimonial que es inherente a las parejas adolescentes según comenta La Dra. Uzcategui en su trabajo el embarazo adolescente lo cual favorece de forma importante la separación y los divorcios que es observada tres veces más en parejas adolescentes. La Dra. Uzcategui<sup>(24)</sup> comenta el grado de riesgo para la disfunción matrimonial en base a factores favorecedores como la falta del apoyo de la pareja y el hecho de pertenecer al grupo de adolescencia media lo cual tiene semejanza con el grupo etario observado en la mayoría de nuestra población.

En el estudio realizado por Musitu y Cols (Musitu , 2003) en el cual se describe el rol del apoyo social en parejas adolescentes, se observó que el 68 % de las jóvenes encuestadas perciben de sus parejas apoyo social y en segundo lugar de sus padres lo cual difiere a lo encontrado en nuestra población de embarazadas adolescentes en donde vemos que sólo el 46% tiene como principal proveedor económico a la pareja.

Otro factor social que se ha descrito como de riesgo en el embarazo en la etapa adolescente es vivir en un área rural según el trabajo de la Dra Uzcategui<sup>(24)</sup> esto es diferente a lo observado en nuestro grupo de estudio en donde sólo un 24% de nuestra población provenía de una familia de tipo rural. Es sin embargo importante señalar que en menor número se observó un tipo familiar profesional. Esta situación puede deberse no a una causalidad directa entre ocupación y riesgo de embarazo adolescente, sino más bien a que el tipo de pacientes atendidos en la clínica provienen de un nivel socioeconómico medio bajo, con un grado de escolaridad técnica. Lo anterior por lo tanto representa un sesgo de inclusión en nuestro estudio, aunque se ha referido que la baja escolaridad de los padres traduce un factor de riesgo familiar para el embarazo en la etapa adolescente.<sup>(25)</sup>

A partir del ciclo vital según Geyman se pudo observar que la gran mayoría de las familias de las madres adolescentes estudiadas estaban en una etapa de matrimonio, sin que se refiera en la literatura una relación de causalidad directa entre el ciclo vital y el riesgo de embarazo en la adolescencia.

El 68% de nuestros casos la edad del primer embarazo de la madre también fue en la etapa adolescente lo cual tiene semejanza con lo descrito por la Dra. Paula León y Cols<sup>(24)</sup> quien refiere que la edad del primer embarazo de la madre es un factor de riesgo familiar para el embarazo en la etapa adolescente, lo cual pudo observarse con claridad en la población objeto de nuestra investigación.<sup>(24)</sup>

En el estudio realizado por Díaz Sánchez Díaz, El embarazo adolescentes México, 2003) se documenta que aunque la prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres adolescentes unidas se incrementó de 30% en 1987 a 48.8% en el año 2000, sin embargo sigue siendo la más baja con respecto a los otros grupos de edad y significativamente menor en comparación con el total de las mujeres unidas lo cual contrasta con la cifra preocupante que se encontró en la población incluida en nuestro estudio en la que sólo el 22% de los casos estudiados refieren utilizar un método anticonceptivo.

En el estudio de Díaz y Cols se concluye que la familia, como primer responsable de la educación, lleva implícita la transmisión de una gama de conductas que integra el individuo a su personalidad, las interioriza y las hace propias por lo tanto, la educación y la trasmisión de patrones conductuales de padres a hijos repercute de forma trascendente en sus vidas, pudimos observar que la información acerca de los métodos de planificación familiar en la mayoría de nuestras adolescentes encuestadas es obtenida de sus profesores (46%) y solo un 8% la obtienen de sus padres. Asimismo el Dr. Díaz comenta que Identificar la manera de cómo se perciben hombres y mujeres en el seno de una sociedad es básico para el éxito de un programa de salud sexual.

El grado de percepción del apoyo familiar en la población fue alto en el 72% de los casos. No existe registro en la literatura de estudios similares al nuestro realizados

en poblaciones de países emergentes. A partir de un estudio realizado por Muyibi<sup>(30)</sup> en un país del África subsahariana, en el cual se evalúa la relación que existe entre el grado de percepción de apoyo familiar medido a través de la Escala de Apgar (utilizada también en nuestro estudio) con factores socio demográficos y factores de riesgo ambientales se pudo concluir en una muestra de 400 sujetos adolescentes, que solo en el 6.2% de ellos existía el antecedente de embarazo y había una asociación directa con una disfunción familiar moderada a severa. En nuestro estudio pudo observarse que la percepción de apoyo familiar de las adolescentes embarazadas y el nivel de percepción de apoyo familiar fue alto en la mayoría de los casos.

El grado de percepción de apoyo familiar en nuestra muestra incrementa proporcionalmente en los tipos familiares urbanos comparado con lo observado en los tipos familiares rurales lo cual tiene mucha similitud con lo observado por otros autores como Díaz y Cols<sup>(36)</sup> quien describe que existe una mayor incidencia de embarazos adolescentes en zonas rurales mismas que tienen una mayor vulnerabilidad en cuanto a factores socio demográficos que pueden influir en el grado de percepción de apoyo familiar como un menor acceso a servicios educativos y de información. Esto como ya se comentó pudo observarse en nuestro estudio en donde a través de análisis estadísticos inferenciales en donde se determinó que el nivel de percepción de apoyo familiar es mucho mayor en los tipos familiares urbanos.

Es importante mencionar que el instrumento Apgar familiar valora la percepción individual y en el presente trabajo únicamente se tomó en consideración la percepción de las adolescentes embarazadas mas no así del resto de los integrantes de la familia, que sería importante describir en un complemento de la presente investigación para documentar la percepción no sólo de las adolescentes embarazadas sino también del resto de los integrantes de la familia, por lo tanto se propone en estudios subsecuentes tomar en consideración al resto de los familiares.

Se propone asimismo ampliar la siguiente investigación no solo incluyendo al resto de los familiares en la evaluación para tener una perspectiva integral de la percepción de apoyo familiar y de la dinámica familiar, sino también hacer trabajos en los cuales se enfoque la investigación a grupos de adolescentes embarazadas en medios rurales en los cuales se pudo observar una menor percepción del apoyo familiar, constituyendo también esto último una limitante a analizar de nuestro trabajo. Es decir, nuestro estudio estuvo en su mayoría enfocado a una población urbana existiendo una menor proporción de pacientes embarazadas adolescentes que provenían de una población rural.

## 9.- CONCLUSIONES

La percepción del apoyo familiar utilizando el cuestionario de Apgar en adolescentes embarazadas en una Clínica de consulta externa de Coatepec Harinas fue alta en 72%, media en 16% y baja en 12% de los casos, por lo tanto en el mayor porcentaje de las pacientes estudiadas existe una percepción alta del apoyo familiar.

El mayor porcentaje de edad de nuestra población fue de 17 años.

El mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas incluidas tienen un grado de escolaridad inferior a secundaria y tienen un estado civil de soltería.

El mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas incluidas pertenecen a una familia nuclear, a un tipo familiar por demografía urbano, tradicional y en base a su ocupación pertenecen a una familia con técnica.

El mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas incluidas pertenecen a una familia integrada y en base al ciclo vital de Geyman pertenecen a una familia en fase de Matrimonio.

En el mayor porcentaje de los casos de nuestra población el principal proveedor económico es la pareja y en segundo grado el padre.

El mayor porcentaje de las embarazadas adolescentes incluidas en este estudio sus madres también tuvieron su primer embarazo en la etapa adolescente.

En el mayor porcentaje de nuestra población incluida la menarca ocurrió entre los 12 y los 13 años, la edad de introducción a la vida sexual activa ocurrió entre los 15 y los 16 años.

A pesar de que son familias uniparentales están funcionando con una percepción alta y esto pudo deberse a que el Apgar es una medición cualitativa que está influenciada por diversos factores que dependen de la situación actual en el momento de la encuesta, y que probablemente en el momento de la encuesta tenían una percepción buena del apoyo familiar.

Dentro de los resultados destacan dos como de mayor importancia y que ameritan intervenciones urgentes. Como el hecho del mayor porcentaje de las adolescentes estudiadas no estaban utilizando un método anticonceptivo, sólo el 22% de la población estaba utilizando un método anticonceptivo del cual el más frecuentemente manejado fue el preservativo.

El mayor porcentaje de la población estudiada recibió la información acerca de la utilización de métodos anticonceptivos de sus profesores y sólo un porcentaje muy bajo (8%) lo recibió de los padres y los médicos.

Estos dos últimos hechos observados deben encaminarnos a plantear estrategias de educación en salud tanto para los adolescentes como para los padres. Difundir y educar acerca de la utilización correcta de métodos anticonceptivos tanto para prevenir embarazos, como para prevenir infecciones de transmisión sexual. Esto en base a pláticas informativas que se adapten a cada región, a cada ideología y a cada situación sociocultural. En dichas estrategias debe plantearse como objetivo no solo llegar a los jóvenes sino también a los padres de familia. Concientizar acerca del problema y de sus repercusiones. Desfavorecer la repetición de patrones o estereotipos familiares de embarazo adolescente ya que pudo observarse también en un gran porcentaje de los casos incluidos que tenían antecedente de que sus madres habían estado embarazadas en la adolescencia.

## RECOMENDACIONES.

A partir de los resultados encontrados en este estudio se pueden establecer las siguientes recomendaciones.

### MEDIDAS EDUCACION PARA LA SALUD.

- 1.- Favorecer la adecuada comunicación entre padres de familia e hijos adolescentes participando como grupo de salud en la difusión de información correcta acerca de la utilización de métodos anticonceptivos y su importancia para prevenir el embarazo y evitar riesgo de infección de enfermedades de transmisión sexual.
- 2.- Promover estrategias de educación para la salud (impartición de pláticas informativas) acerca de la importancia de la adecuada comunicación entre padres e hijos adolescentes.
- 3.- Evitar mediante la información la repetición de patrones de conducta generacionales en familias en las cuales se identifiquen antecedentes de embarazos en la etapa adolescente.

### MEDIDAS DE INTERVENCION.

En adolescentes embarazadas incluir en la evaluación clínica instrumentos como el Apgar familiar que nos ayuden a determinar el grado de percepción de apoyo familiar especialmente en grupos marginados o en poblaciones rurales en donde se ha identificado una menor percepción del mismo y propiciar redes de apoyo en estos grupos de pacientes, así como en la clínica de consulta externa de Coatepec Harinas ISSEMYM.

### LINEAS DE INVESTIGACION PROPUESTAS.

Desarrollar el instrumento de Apgar familiar y determinar el grado de percepción de apoyo familiar específicamente en poblaciones en las que se ha observado una menor percepción del apoyo familiar como son tipos familiares rurales.

Desarrollar proyectos de investigación en los cuales se determine el nivel de conocimientos acerca de la utilización de métodos anticonceptivos, grado de

comunicación familiar en familias en las cuales se identifiquen factores de riesgo asociados a embarazo adolescente como tipo familiar rural o el antecedente de madres de adolescentes que también tuvieron un embarazo en la adolescencia. Desarrollar modelos de investigación en los cuales en estos mismos grupos se evalúe el efecto que tienen las maniobras de intervención educativas sobre el riesgo de embarazo en la adolescencia.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Menkes BC, Suárez-López L, Sexualidad y embarazo adolescente en México. Papeles de población 2003 Ene; (35): 1-31.
2. Tuñón-Pablos E, Embarazo adolescente del sureste de México. Papeles de Población 2006 Abr; (48):141-155.
3. Encuesta Nacional de salud y nutrición 2006. Instituto nacional de salud pública. Disponible en <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-salud-y-nutricion-2006.html>. Acceso en agosto 2012.
4. Shane B, Ellsberg M. Violence against Women: Effects on Reproductive Health.Outlook. India. 2002. (20) 1.
5. Aznar Ana, 1996. Embarazo adolescente en México, un problema creciente. Iglesia.Org. Disponible en <http://www.iglesia.org/articulos/.php>. Acceso 9 de Abril de 2012.
6. Memorias del I Congreso Mexicano para la Salud de Adolescentes, realizado en Oaxaca en 2005.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS- OMS) Plan de Acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas. 1998.
8. Behrman RE, Jerson HB, Stanton BF. NIH, 2007. Instituto Nacional de la Salud, USA. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/article/001950.htm>. Acceso agosto 2012.
9. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Catedral Vía Medicina. 2001; 107: 11-23.
10. William B, Shore MD, Heather AW, Croughan-Minihane M. Family of origin genograms: evaluation of a teaching program for medical students. Family Medicine. 2004; 238(4).
11. González Clavellina F, Ponce Rosas E. 2010. Artículo de Revisión, México. En [http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion\\_familiar/article/.../20149](http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/.../20149)
12. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. Journal of Family Practice. 1982; 15: 303-11.

13. Walsh R, Vaughan F. An introduction to common elements of transpersonal practices. *Journal of Transpersonal Psychology*.1993; 25:1-10.
14. Palomino A. Suarez BM. RAMPA; 2006, APGAR, México. Disponible en <http://idefiperi.org/RAMNRO1/1/N9C.PG48CADEC%20Instrum%20Familia2A.pdf>. Acceso agosto 2012.
15. Walsh F. *Conceptualization of Normal Family Processes*. The Guilfords Press. Londres. 1993.
16. Bluestein, D., & Rutledge, C. (1993). Family relationships and depressive symptom preceding induced abortion. *Family Practice Research Journal*, 13,149-156.
17. Chen YC, Chen CC, Hsu SH, Lin CC: A preliminary study of Family APGAR. *Acta Paediatr Sinica* 1980; 21:210.
18. Horwitz, N, Fiorezano R, Ringeing I. Familia y Salud Familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Boletin de la OPS* 1985; 98 (Chile).
19. Casarrubios E, Lareo J, Arribas JM Frieyro JE, Uso del índice APGAR familiar en medicina de familia: medida de la disfunción familiar inducida en el alcohol. Experiencia inicial de 201 pacientes *Med Clin (Barc)* 1988; 91:732.733.
20. De la Rivilla L, Fleitas L, Cavall E, Cubillo J. La influencia de las condiciones socioeconómicas y culturales en la función familiar. *Aten Primaria* 1990; 7:710-712.
21. Bellón SJA, Delgado SA, Luna CJD, Lardelli CP, Validez y fiabilidad de cuestionario de función familiar APGAR- familiar. *Aten primaria* 1996; 18(6):289-296.
22. Reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de investigación. Artículo 17, Fracción II.1984.
23. Geyman J. Fases del ciclo vital de la familia. Citado por Irigoyen CA y cols. En: *Diagnóstico familiar*. 4ª ed. Medicina Familiar Mexicana. México. 1994.
24. León P, Matías M, Borgoño R. Embarazo adolescente. *Revista de Pediatría Electrónica*; 2008. 5 (1): 42-51.
25. Uzcategui Ofelia. Embarazo en la adolescente. En *Colección Razetti*. Volumen VIII. Caracas: Editorial Ateproca; 2009.p.241-268.

26. Molina R, Sandoval J, Luengo X. Adolescencia y embarazo. En: Pérez Sánchez A, Donoso Siña E, editores. *Obstetricia*. 3ª edición. Santiago: Publicaciones técnicas Mediterráneo; 1995.p.245-256.
27. Freitez LA, Zúñiga AG, Di Brienza PM. Comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes. Departamento de Estudios Demográficos. Universidad Católica Andrés Bello. Fondo de de Publicación de las Naciones Unidas (FNUAP) 1998.
28. Nicolai LM, Ethier KA, Kershaw TS. Pregnancy adolescent and risk: Sexual behaviors transmitted disease prevalence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2003; 188:63-65.
29. López J, Bracho C, González R, Román G, Zambrano A, Evies A, et al. Programa de Prevención y Asistencia de Embarazos en Adolescentes. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo. Medios, Publicaciones y RR PP, 1997.
30. Muyibi AS, Ike-Oluwapo, Irabor AE, Ladipo MM. Relationship between adolescents' family function with socio-demographic characteristics and behavior risk factors in a primary care facility. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*. 2010. 2(1): 1-7.
31. Musitu G, Cava MJ. El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervencion Psicosocial* 2003; 12(2)179-192.
32. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*. 2004. 47(1) 24-27.
33. Stern C. Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México; *Papeles de población UAEM*. 39 129-158.
34. Lira-Plascencia J, Oviedo-Cruz H, Ibarquiengoitia-Ochoa F, Ahued R. Implicaciones perinatales del embarazo en la mujer adolescente. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2005; 73:407-14.
35. León-Sánchez D, Camacho-Delgado R, Valencia-Ortiz MR, Rodríguez-Orozco AR. Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior. *Revista Cubana Pediatría*. 2008; 80(3).

36. Diaz-Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. Gaceta Médica de México; 2003. 139 (S1). S23-S28.
37. Andrés Hernández, Lira Ricardo, Olivier Carlos. Libro: Perfil Epidemiológico de la Población adolescente en México 2010. Primera edición. Secretaría de Salud 2011.

## ANEXOS

---

### Anexo 1

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se le invita a participar en el estudio embarazo en la adolescencia y sus repercusiones en la percepción de apoyo familiar, mismo que realiza el Dr. Carlos Alberto Muñoz Montufar, residente de Medicina Familiar.

El presente estudio no representa ningún riesgo porque solo comprende el contestar un cuestionario, los datos serán manejados de forma confidencial y si usted así lo considera puede dejar de contestar el cuestionario en cualquier momento.

#### ACEPTO PARTICIPAR.

NOMBRE \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

#### MEDICO RESPONSABLE DEL PROYECTO

Dr. Carlos Alberto Muñoz Montufar: \_\_\_\_\_

#### TESTIGO

NOMBRE \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**Anexo 2**

**INSTRUMENTO DE CAPTURA**

Folio: \_\_\_\_\_

I Ficha de identificación

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: a) Primaria incompleta b) Primaria completa c) Secundaria incompleta d) Secundaria completa e) Preparatoria incompleta d) preparatoria completa e) otro\_\_\_\_

Estado civil: a) Soltera b) casada c) Unión libre d) Divorciada e) Viuda

Ocupación: \_\_\_\_\_

II Familia

1.-Con quien vive (Favor de llenar el siguiente cuadro)

Parentesco	Ocupación	Escolaridad	Estado de salud

2.- De quien recibe apoyo

a) Pareja b) padre c) madre d) hermanos e) amigos

3.- ¿Qué edad tenían su madre cuando tuvo su primer hijo? \_\_\_\_\_

III AGO.

A qué edad fue la primera menstruación:_____	Número de embarazos: _____
Número de partos normales: _____	Numero de cesáreas: _____
Número de abortos:_____	¿A qué edad inicio su vida sexual activa? _____
¿Usaba algún método anticonceptivo? a) Sí b) no	Si usaba algún método de planificación familiar indique cual
¿Quien le explicó lo de los métodos de planificación familiar?  A) padres b) amigos c) profesores d) medico e) u otro:	

IV APGAR FAMILIAR (INTRUMENTO PARA MEDIR LA PERCEPCIÓN DE APOYO FAMILIAR)

<b>Función</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi siempre</b>
<b>¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?</b>			
<b>¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?</b>			
<b>¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?</b>			
<b>¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasa juntos?</b>			
<b>¿Siente que su familia le quiere?</b>			

Favor de marcar con una x la opción que considere correcta.