



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

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO
HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO.

**“TIPOLOGÍA FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA
LOCALIDAD DE COCULA, GUERRERO.
ENERO A JUNIO DEL 2014.”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARTHA BARRERA RODRÍGUEZ

ASESORES:
M.S.P. JOSÉ LUIS NÚÑEZ OCHOA
MTRA. ELIA BARRERA RODRÍGUEZ.

SEMIS 20144122014

ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO, FEBRERO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

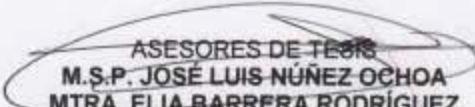
**"TIPOLOGÍA FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA
LOCALIDAD DE COCULA, GRO.
ENERO A JUNIO DEL 2014"**

PRESENTA:


DRA. MARTHA BARRERA RODRÍGUEZ

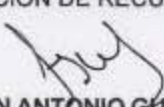
AUTORIZACIONES:


DRA. MARÍA PATRICIA ÁLVAREZ GÓNZALEZ
PROFESORA TITULAR


ASESORES DE TESIS
M.S.P. JOSÉ LUIS NÚÑEZ OCHOA
MTRA. ELIA BARRERA RODRÍGUEZ


DRA. MÓNICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA
COORDINADORA ESTATAL DE MEDICINA FAMILIAR


DRA. VICTORIA CUEVA ARANA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN EN SALUD
Y FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS


DR. JUAN ANTONIO GUEVARA NIEBLA
SUBDIRECTOR DE EDUCACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN EN SALUD

ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO, FEBRERO 2016.

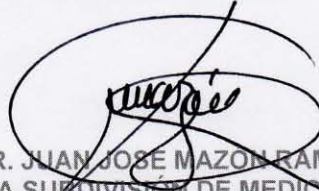
TIPOLOGÍA FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE
LA LOCALIDAD DE COCULA, GUERRERO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MARTHA BARRERA RODRÍGUEZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO

Constancia de Evaluación de Protocolo de Investigación.

**ACTA N°: SEMIS 20140122014
CONSTANCIA DE EVALUACIÓN
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN N°014**

En Chilpancingo, Gro., a los veintidós días del mes de enero del dos mil catorce, el Comité Estatal de Investigación, de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, con asistencia de sus miembros permanentes: Dra. Alva Patricia Batani Giles, Directora de Servicios de Salud y Suplente del Presidente del Comité; Dra. Martha Herlinda Teliz Sánchez, Secretaria Técnica; Dr. Felipe De Jesús Kuri Sánchez, Vocal del área de Investigación Biomédica, Dr. Claudio Arturo Del ángel Carreto, Vocal del área de Investigación Operativa, Dr. Rufino Silva Domínguez, Vocal del área de Epidemiología, Dra. Maribel Orozco Figueroa, Vocal del Área de Investigación Educativa; Dr. Daniel Blumenkron, Vocal del Área de Investigación Clínica; Enfermera en Administración, Carlota Cabañas Rodríguez, Vocal del Área de Investigación en Enfermería., quienes han revisado los documentos presentados por el C. Dra. Martha Barrera Rodríguez, Investigadora Principal. Presentando el Protocolo **"Tipología familiar en adolescentes embarazadas de la localidad de Cocula, Guerrero, enero-junio del 2014.**

Además, de conocer los antecedentes expuestos por el profesional investigador, en la sesión del día de hoy se ha considerado que el protocolo cumple con los requerimientos normativos establecidos por este Comité.

En consecuencia, el Comité Estatal de Investigación, de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, **APRUEBA**, la ejecución del documento antes mencionado, debiendo considerarse la corrección de observaciones notificadas.

Por lo anterior expuesto en mi calidad de Secretaria Técnica del Comité de Investigación, se emite la presente constancia con el número de registro descrito en el borde superior izquierdo, el cual se encuentra documentado en el Libro de Registros de Protocolos / Departamento de Investigación en Salud-SES-Guerrero. En la misma fecha de revisión.

Nombre y Cargo	Firma
Dra. Martha Herlinda Téliz Sánchez Secretaria Técnica.	



DEDICATORIA:

A Dios, por existir y permitirme vivir. A mamá Beta quien me guía desde el cielo, a mi papá que me ha enseñado a luchar por lo que quiero y con mucho amor a mis hijas **Ruth Merilyn y Aranza Yambell**, sus respectivos 18 y 15 años me impulsaron a realizar esta investigación, a **Paquito** mi hijo por decirme siempre que me ama a pesar de mi ausencia en casa, a Paco mi esposo por todo su apoyo y comprensión, a toda mi familia, su impulso y ejemplo me mantuvo de pie. LOS AMO.

AGRADECIMIENTOS:

A la Secretaría de Salud de mi Estado, que por primera vez en la historia nos brinda esta oportunidad. Al Dr. Lázaro Mazón Alonso, a la Dra. Victoria Cueva Arana. A las autoridades de la UNAM por creer en Guerrero.

Al M.S.P. José Luis Núñez Ochoa, mi asesor metodológico por su gran apoyo para la realización de la presente. A la Maestra Elia Barrera Rodríguez por su amabilidad, a la Dra. Ma. Patricia Álvarez González por orientarme para poder llegar a esta meta, a la Dra Olga Baltazar Juárez por sus enseñanzas, a la Dra. Rosa Hilda Leyva Domínguez directora del Centro de Salud Los Arcos por su ejemplo, a la Dra. Ma. Del Carmen González López por sus enseñanzas y dedicación, a los diferentes especialistas de los hospitales de rotación que compartieron sus conocimientos, a los que no quisieron compartir, gracias a ellos me esforcé por ser mejor, a la enfermera Sonia Agüero Mendoza y compañeros de trabajo del C.S. Cocula, por su apoyo en la recolección de la información para este estudio. A mis pacientes, por su confianza, a todos mis compañeros, por lograr juntos este objetivo.

RESUMEN

Introducción: El embarazo en la adolescencia aún persiste como problema de salud pública en el mundo y en el país, a pesar de los daños a la salud y del conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

Metodología: Estudio descriptivo transversal realizado en el periodo de junio-diciembre del 2014. Es una muestra no probabilística y por conveniencia de 53 adolescentes gestantes. Instrumento, un cuestionario diseñado para tal fin. Para el procesamiento de la información se utilizó el programa SPSS versión 18, los resultados se analizaron mediante medidas de tendencia central (media o promedio, mediana y moda) así como medidas de dispersión (rango, desviación estándar y varianza) y se utilizaron en algunas variables de interés, medidas de asociación como Chi-cuadrado.

Resultados: La edad en promedio fue de 16.9 años, la escolaridad que predominó fue hasta el nivel secundaria en un 32.1%, 54.7% se encontraron viviendo en unión libre, el 77.4% actualmente se dedica al hogar, el 39.6% se encontraba estudiando al momento de embarazarse y 22.64% presentó deserción escolar por esta causa, 19 de ellas presentaron su menarca a los 12 años, 24 adolescentes iniciaron su vida sexual a los 15 años o menos, en el 92.5% se trató de un primer embarazo, el 83% reconoció contar con información sobre métodos de planificación familiar, el 50.9% no los utilizó, el método más utilizado fue el preservativo en el 80.9%, 23.1% recibió la información sobre planificación familiar en la institución de salud, el 69.8% no planeó su embarazo, el 52.8% las adolescentes aceptan haber platicado con sus padres sobre sexualidad, acudió a control prenatal el 98.1%, el 54.7% lo inició antes de las 14 semanas de gestación, solo a 19 adolescentes las acompañó su pareja a recibir la atención. Se encontró que 26 madres también presentaron su primer embarazo durante la adolescencia y 17 hermanas de las adolescentes cuentan con este antecedente, las adolescentes embarazadas recomiendan a las jóvenes no embarazarse o utilizar algún método de planificación familia, el 58.5% refiere que el

embarazo les modificó su proyecto de vida. El 34% de los padres contaron con el antecedente de algún tipo de adicción, siendo más frecuente el alcoholismo en un 22.6%. Con respecto a la tipología encontramos que el 52.8% provenía de una familia nuclear, 71.7% familia tradicional, 81.1% vivía en zona urbana, el 50.9% de las familias son obreras, el 62.3% de las familias son integradas.

Conclusiones: En las adolescentes embarazadas, predominó la edad de 17 años, nivel escolar de secundaria, antecedente de madre con embarazo en la adolescencia, estado civil unión libre, menarca a los 12 años, importante deserción escolar, ocupación de la pareja obrero. Tipología familiar: familia nuclear, integrada, tradicional, urbana y obrera.

Palabras clave: tipología familiar, embarazo, adolescencia.

SUMMARY

Introduction: teenage pregnancy still remains as a public health problem in the world and in the country, despite the damage to health and knowledge about contraception.

Methodology: Cross-sectional study conducted in the period from June to December 2014. It is a non-probabilistic convenience sample of 53 pregnant teenagers. Instrument, a questionnaire designed for this purpose. For information processing program SPSS version 18 was used, the results were analyzed using measures of central tendency (mean, or average, median and mode) and dispersion measurements (range, standard deviation and variance) and used in some variables of interest, as measures of association Chi-square.

Results: The average age was 16.9 years, schooling was predominant until the secondary level by 32.1%, 54.7% found themselves living with a partner, 77.4% currently a homemaker, was 39.6% was studying at the time of pregnancy and dropout 22.64% presented by this case, 19 of them had their menarche at age 12, 24 adolescents became sexually active at age 15 or less, 92.5% were treated to a first pregnancy, 83% reported to have information on family planning methods, 50.9% did not use them, 23.1% received information on family planning in the health institution, 69.8% did not plan their pregnancy, 52.8% of teens admit to having talked to their parents about sexuality, the preferred method was the condom 80.9%, went to prenatal care 98.1%, 54.7% were initiated before 14 weeks gestation, only 19 the teenagers accompanied her partner to receive attention. It was found that 26 mothers also had their first pregnancy during adolescence and 17 teenage sisters have this history, pregnant teenage girls do not recommend that pregnant or use some method of family planning, 58.5% reported that pregnancy they modified their life project. 34% of parents had the history of problems with addiction, alcoholism was more frequent in 22.6%. With respect to the type found that 52.8% came from a nuclear family, 71.7% traditional family, 81.1% lived in urban areas, 50.9% of families are working, 62.3% of families are integrated.

Conclusiones: In pregnant adolescents, the prevailing age 17, school secondary level, history of mother with teenage pregnancy, free state civil union, menarche age 12, important dropout, worker occupation of the couple. Family type: family nuclear, integrated, traditional, urban and working.

Keywords: family typology, pregnancy, adolescence.

ÍNDICE GENERAL.

MARCO TEÓRICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
JUSTIFICACIÓN	26
OBJETIVOS	29
General	
Específico	
HIPÓTESIS.....	29
METODOLOGÍA.....	30
Tipo de estudio	
Población, lugar y tiempo de estudio	
Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
Información a recolectar	
Método o procedimiento para capturar la información	
Consideraciones éticas	
RESULTADOS.....	36
DISCUSIÓN.....	87
CONCLUSIONES.....	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
ANEXOS	99

**TIPOLOGÍA FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DE LA LOCALIDAD DE COCULA, GUERRERO.
ENERO A JUNIO DEL 2014.**

MARCO TEÓRICO

Cuando una adolescente se embaraza, su presente y futuro cambian radicalmente, y rara vez para bien. Puede tener fin su educación, se desvanecen sus perspectivas de trabajo y se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión y la dependencia.

Tipología es una clasificación que se les otorga a las familias según su conformación, desarrollo, integración, ocupación y geografía. Características que nos van a permitir evaluar el grado de funcionalidad, con la finalidad de conceptualizar los tipos de familias a las que pertenecen en este caso las adolescentes. Se considera familia a los miembros de un hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. De acuerdo a la OMS se define adolescente a los humanos que transitan entre 10 y 19 años de edad, en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, pasa por los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y en ocasiones consolida su independencia económica, teniendo su límite a los 20 años. El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente.¹

Según INEGI en México son 112 millones 336 mil 538 habitantes, ocupando el 11º lugar a nivel mundial por el número de habitantes, el estado de Guerrero cuenta con 3, 389,768 habitantes, ocupando el 12º lugar a nivel nacional y representa el 3% del total de la población del país. La Jurisdicción Sanitaria 02 norte tiene una población de 482,481 habitantes, el municipio de Cocula cuenta con 14,707; de los cuales 7,060 son hombres y 7,047 mujeres, de ellos 1,658 corresponden a mujeres de 10 a 19 años. México, durante el año 2012, presentó una tasa de natalidad de 18.87 nacidos vivos por 1000 habitantes, a nivel mundial los países como Níger presentaron en el mismo periodo una tasa de 50.0, Uganda de 47.0, España de 10.0 y Mónaco con 8.0, el país con menor tasa.

En el Estado de Guerrero uno de los principales problemas en salud, sigue siendo la mortalidad materna, con el presente estudio se pretende identificar factores que permitan mantener detectadas a las embarazadas adolescentes quienes son más

vulnerables a presentar complicaciones, y mejor aún, trabajar con padres y madres de familia con hijas de estos grupos de edad cuyas características familiares coincidan con las de las adolescentes embarazadas, con quienes se realizarán acciones para evitar el embarazo en esta etapa de la vida, informándolos sobre sexualidad y planificación familiar, establecer mayor coordinación con las instituciones educativas, darle prioridad a las adolescentes en las instituciones de salud, ya sea para evitar un embarazo o para iniciar un adecuado control prenatal. Lo anterior estará dado de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación.

Conocer la tipología familiar facilita el establecimiento de las condiciones del contexto económico y cultural que determina tanto los significados como la aceptación del embarazo por parte de la familia, así mismo el enfrentamiento a la gestación y sus consecuencias.

La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros y, sobre todo, de los más jóvenes; a través de la comunicación familiar se transmiten valores, concepciones, acciones y comportamientos sobre sexualidad. El embarazo precoz introduce inevitablemente en la vida del adolescente y de la familia, situaciones estresantes que con frecuencia se multiplican conforme avanza el proceso de la gestación.

En México el embarazo en adolescentes ya forma parte de la agenda pública en materia de salud y educación; sin embargo, algunas veces se aprecia que los resultados no son como se esperaban. De acuerdo a las cifras del Banco Mundial, la reducción en los últimos años fue marginal. En el año 2009, en el país se tenían 69 embarazos adolescentes por cada mil mujeres. Esta cifra es superior a los de otros países latinoamericanos. Este problema tiene magnitudes amplias, puesto que un gran número de adolescentes menores de 20 años son sexualmente activos y aproximadamente 60% no utiliza métodos anticonceptivos. El 90% de los embarazos no planeados de jóvenes se manifiestan en países en desarrollo, de los cuales 38% sucede en Latinoamérica en grupos sociales que viven la pobreza extrema, la desigualdad y la inequidad de género.²

En México la tasa de natalidad para el año 2012 fue de 18.87 por 1000 nacidos vivos, en Guerrero fue de 19.6 y de 21.5 para los años 2010 y 2011 respectivamente.

El embarazo no intencionado (tanto el no planificado como el no deseado) en adolescentes es un problema de salud pública común en todo el mundo. Los embarazos repetidos en este grupo también ocurren con frecuencia y están relacionados con mayores riesgos de resultados adversos para madres adolescentes y sus bebés. Las muertes relativas al embarazo y al parto representan la causa número uno de muerte en mujeres de 15 a 19 años de edad en todo el mundo, con casi 70,000 muertes anuales. Al menos 2 millones más de mujeres jóvenes, como consecuencia del embarazo y el parto, desarrollan una enfermedad crónica o una discapacidad, que puede hacerles padecer sufrimiento de por vida, vergüenza o abandono. Las mujeres primerizas más jóvenes, físicamente inmaduras y, a menudo, con pocos recursos, tienen el mayor riesgo. Cada año, de 2,2 a 4 millones de adolescentes recurren a un aborto no seguro. El noventa por ciento de las muertes maternas ocurre en lugares en vías de desarrollo, y la mayoría (un abrumador 74 %) se puede prevenir.³

Ortiz Serrano y Col., publicaron un artículo titulado: “Caracterización de las Adolescentes Gestantes de Bucaramanga, Colombia, se analizaron 336 embarazadas adolescentes. La edad promedio fue de 17 años, la mayoría en su primer embarazo. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue 15 años; 65,6% afirmó haber tenido solo un compañero sexual, 62.2% viven en unión libre; 52,15% cursaba o había terminado la secundaria, y el 51.8% pertenecían al estrato bajo. El 61.6% recibió información sobre planificación, siendo el colegio el mayor sitio de suministro de información (31.44%); 66.2% manifestó no usar ninguno. El 59.0% afirmó haber deseado quedar embarazada. En cuanto al área psicosocial, el 39,9% no viven con otros miembros de su familia; un 3.3% viven solas, un 37.2% convive con su pareja y un 36.0% con sus padres. 179 pacientes (53.8%) provienen de familias con padres separados. 87 pacientes (26.1%) manifestaron vivir situaciones de violencia en la familia, siendo la más frecuente entre padres e hijos en un 41.4%

de los casos. 75.4% dice tener buenas relaciones interpersonales con su pareja y el 48.1% las acompañan a los controles prenatales. Del total de encuestadas, 22 (6.6%) han sido violadas, con una mediana de la edad de 13 años (RIC 9-14), cuyo culpable en la mayoría de los casos fue un desconocido. El 74.1% de las madres de las encuestadas fueron gestantes adolescentes, siendo la mediana de la edad del parto de estas madres 18 años (RIC 16-19); además, se observó que existe una relación entre la edad de la madre y la hija gestante con una correlación de Spearman baja de 0.1218, pero estadísticamente significativa ($p=0,031$); el 33.9% tenían el antecedente de hermana con gestaciones durante la adolescencia.⁴

Lohan J y Shirley Murphy A, publicaron un artículo en la universidad de Washington, "Angustia mental y funcionamiento de la familia en padres afligidos: ejemplos de casos y desafíos de intervención" en donde el modelo circunflejo de Olson fue utilizado para determinar los niveles de funcionamiento de la familia en 30 parejas con hijos viviendo en su casa, cuatro parejas fueron seleccionadas para un análisis en profundidad. Los resultados mostraron que las discrepancias dentro de parejas cambian con el tiempo. Se concluyó que tanto la angustia mental y funcionamiento familiar debe abordarse de forma conjunta en la planificación de la intervención.⁵

Un estudio realizado en Argentina, Titulado "Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos paternalistas educativos", con una muestra de 40 adolescentes embarazadas; todas hasta los 17 años de edad, se concluyó que las familias democráticas, son armónicas, reconocen que los estudios son un medio importante para que la mujer logre su independencia y se desarrollen profesionalmente; las hijas criadas con estilos permisivos se iniciaron sexualmente a los 14.9 años y se embarazaron a los 15.8 años, casi dos tercios querían embarazarse y la mayoría reaccionó bien ante el embarazo aún ante los no planeados. A diferencia de las familias negligentes-despóticas las cuales son conflictivas y violentas, no las apoyan en el estudio, no les informan sobre métodos anticonceptivos y las presionan para que se unan cuando se embarazaron aun cuando no estén conformes con las parejas de sus hijas. En las familias autoritarias se iniciaron sus relaciones sexuales a los 14.7 años y se embarazaron a los 15.9, solo una cuarta parte quería embarazarse y sólo la mitad reaccionó bien ante el

embarazo. Se identificó en el estudio que los modelos maternos fueron repetidos por sus hijas, ya que casi el total de las madres entrevistadas también tuvieron su primer hijo durante la adolescencia.⁶

En un metanálisis realizado de 77 estudios desarrollados en Estados Unidos de Norteamérica, Europa y Australia, analizados por la Universidad de Houston Texas, titulado “Los adolescentes con mejores resultados académicos y más habilidades sociales tienen menos conductas de riesgo en sus relaciones sexuales”, en donde se investigaron los factores de riesgo sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes, buscando una relación entre la capacidad cognitiva, social y conductual y la salud sexual y reproductiva encontrando que la comunicación en pareja es un factor protector, con algunas reservas sobre sus etnias, raza y otros aspectos socioculturales.⁷

Se realizó un estudio en San Luis, Cuba, titulado “Embarazo en la adolescencia: Su comportamiento en San Luis”, con un universo de 2,165 mujeres embarazadas y tomando como muestra 405 adolescentes, las principales causas del embarazo, el periodo de captación a control prenatal y el abandono escolar así como las comorbilidades desarrolladas durante el período de la gestación. Resultando que predominó el grupo de embarazadas de 16-18 años y el 88.4% tenían 16 años o más. La captación del embarazo fue: 305 precoz (75.3%); intermedia 44 (10.9%); tardía 56 (13.8%). 42 jóvenes tenían una enfermedad concomitante (10.3%) y entre las enfermedades detectadas la Hipertensión Arterial fue la más frecuente (24 de las 42). De las 202 estudiantes, solo 78 de ellas (38.61%) continuaron sus estudios.⁸

Otra Investigación desarrollada durante 5 años en Taguasco, Cuba, enfocada a determinar las carencias cognoscitivas sobre el riesgo de embarazo en la adolescencia, el uso de métodos de planificación familiar así como de las complicaciones de un aborto, con una muestra de 482 adolescentes de los cuales 251 fueron del sexo femenino y 231 de sexo masculino, todos se encontraban cursando la Enseñanza Media, el análisis de los resultados de la encuesta permitió corroborar que: la edad de la primer relación, 49 (10.16%) respondieron que a los 10 años, 67 (13.91%) a los 12 años, 98 (20.33%) a los 13, 121 (25.10%) a los 14, 11

(2.28%) a los 15 y 136 (28.21) no contestaron. Lo relacionado con el tipo de métodos o medios anticonceptivos que ha utilizado con mayor frecuencia, 3 (0.62%) respondieron que las tabletas. 5 (1.03 %) DIU, 31 (6.43%) condón, ninguno 279 (57.88%) y no respondieron 164 (34.02%). Con respecto al período de vida más recomendable para poder tener hijos respondieron que de 12 a 18 años 3 (0.62%), de 15 a 20 años 33 (6.84%), de 20 a 30 años 18 (3.73%), de 28 a 37 años 182 (37.75%) y no contestaron 246 (51.03%).⁹

De acuerdo a un estudio realizado en La Habana, Cuba, titulado “Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el policlínico de Calabazar”, para caracterizar la familia de las adolescentes embarazadas. Se tomó una muestra de 53, mostrando que el 96.2% se encontraba entre 15 y 18 años, predominando el nivel escolar secundaria básica en el 47.2%, seguidas del técnico medio con 30.2%, el 58.5% no presentaba una pareja sexual estable, 41.5% reportaron contar con una estabilidad de pareja sexual. Se detectó también que el 84.9% no estudiaba ni trabajaba, únicamente 2 embarazadas ya habían terminado su técnico medio y se encontraban laborando, este hecho puede deberse a que algunas adolescente embarazadas se vieron en la necesidad de abandonar sus estudios por su maternidad, algunas otras ya los habían abandonado antes del embarazo, con respecto a tipo de familia que presentaban el 79.2% eran monoparentales, únicamente 11 familias equivalente al 20.8% estaban constituidas por ambos padres, más de la mitad de las familias era medianas, aunque también se reflejó que 62.3% eran familias extensas, las familias con tres generaciones fueron las de mayor frecuencia con un 68.0%, el 58.55 presentaron una dinámica moderadamente funcional, el 18.8% una clasificación disfuncional. En lo que respecta a la repercusión familiar se encontró que en el 32.2% presentaron una repercusión familiar moderada, 22.6% elevada, 20.7% leve y 11.3% severa. Se pudo observar que más de la mitad de las familias estudiadas evaluaron la repercusión del embarazo en la adolescente como favorable, reflejando un 64.2% del total.¹⁰

Otra investigación realizada en Bogotá, Colombia, titulada “Salud familiar en familias con adolescentes gestantes”, constituida la muestra por 100 familias, se obtuvieron

los siguientes resultados: 50 familias contaban con adolescentes embarazadas que presentaron alguna morbilidad en el tercer trimestre del embarazo y 50 familias que no se presentó morbilidad. Concluyendo que las familias no perciben el riesgo de sufrir o no, una patología durante la gestación, por lo tanto no afecta su grado de salud familiar al cual consideran saludable y satisfecho. Predominó la edad de 17 años con un 35%, de 19 años con el 28% y de 16 años con 17%, 92% de ellas, cursaba con su primer embarazo, 6% con el segundo y 2% con el tercero. Las patologías más frecuentes fueron amenaza de parto prematuro y la enfermedad hipertensiva (eclampsia, pre- eclampsia y toxemia) ambas con el 34%, la ruptura prematura de membranas se presentó en un 14%. El tipo de familia que prevaleció fue la nuclear con el 69%, la familia modificada se encontró en el 19%. De las 100 familias encuestadas el 48% refirieron ser saludables, 38% altamente saludable y el 14% poco saludable y según la escala de satisfacción, 53% manifestaron estar altamente satisfechas, 37% satisfecha y 10% poco satisfechas. ¹¹

Estudio publicado en la Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia, cuyo título fue: “El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente”, con una muestra conformada por 32 embarazadas donde se encontró que al inicio se detectó un desconocimiento sobre definición de embarazo, en el 56.2%, se evaluó este rango posterior a una capacitación, encontrando que el 87.5% captó el nivel de conocimiento al respecto, el 31.2% manifestó que la primera relación sexual debería ser al cumplir 14 años o al tener la primera menstruación, únicamente el 31.2% de las respuestas fueron aceptadas, posterior a la capacitación el 59.3% respondieron, al preguntarle sobre los 6 métodos anticonceptivos desconocieron totalmente el coito interrumpido y el método del ritmo, se demostró que el método más conocido fue el dispositivo intrauterino en un 59.5%, seguido de las tabletas con el 18.7%, los preservativos con el 15.6% y finalmente los inyectables con el 6.2%; posterior a la capacitación fue el preservativo con un 100% el más conocido, el método del ritmo con el 87.5%, las tabletas con el 81.2%, el dispositivo intrauterino con el 46.8%, los inyectables con el 28.1% y el coito interrumpido con el 25%. En cuanto a los motivos de continuar con su embarazo antes de la capacitación, las embarazadas respondieron los siguiente, el 87.5% se realizó un diagnóstico tardío de embarazo por

desconocimiento de los síntomas, solo el 6.2% contestó que era deseado por su pareja, el 56.2% no lo interrumpe por temor, el 28.1% por decisión, el 68.7% lo mantiene oculto por temor a los padres, el 31.2% por decisión de la familia. Antes de la evaluación solo el 31.3% de las adolescentes embarazadas tenían conocimiento sobre estos temas, posterior a la capacitación se encontró en el 87.5% con los conocimientos.¹²

Investigación publicada en nuestro país, por el Instituto Nacional de Salud Pública de México, realizado en Cuernavaca, Mor., “Intervenciones con Padres de Familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes”, en donde se revisaron los efectos de intervenciones educativas que incorporan a los padres de familia, para modificar el comportamiento sexual de sus hijos adolescentes, esta revisión aporta evidencias en relación con el impacto de intervenciones que involucran a los padres de familia en la educación sexual de sus hijos, mostrando su efecto en el comportamiento sexual de los adolescentes, principalmente en cuanto un mayor uso de condón, en la mayoría de las intervenciones que midieron las relaciones sexuales, se observó un efecto positivo, como en el retraso de su inicio, en las intenciones de retrasar o rechazar las relaciones sexuales y/o de usar anticonceptivos, además se trató de medir el conocimiento y la comunicación padres-hijos sobre salud sexual, el efecto positivo de este ámbito es valioso dado al importante rol que tienen elementos individuales, familiares y contextuales, como antecedente de comportamiento sexual en adolescentes. Describieron también que más de la mitad de los artículos revisados habla sobre métodos anticonceptivos lo que hace saber que no se trata de programas basados en la abstinencia.¹³

En un estudio realizado en la Ciudad de México denominado “Perfil Obstétrico de Adolescentes Embarazadas atendidas en un Hospital Público de la Ciudad de México”, para caracterizar el perfil obstétrico en adolescentes gestantes y poder determinar su riesgo biológico, psicológico y social, teniendo como muestra a 100 adolescentes que se encontraban cursando el segundo trimestre de su embarazo, se encontró que el 96% tuvo riesgo medio por encontrarse entre 15 y 19 años, de las cuales 9 tenían menos de 15 años, el 27% eran solteras, 23% pertenecían a un nivel socioeconómico bajo, 2 terceras partes reporto una escolaridad de 9 años o menos,

el 12% tenía tabaquismo positivo, 16% tuvo amenaza de aborto, 11% amenaza de parto prematuro, acentuando que el problema de salud más importante fue la infección de vías urinarias de las cuales el 28% la tenía controlada y el 10% activa, la gran mayoría acude a su control prenatal sin su pareja y se observa una falta de apoyo familiar.¹⁴

Otra investigación realizada en Ciudad Juárez, Chihuahua, México, con 96 adolescentes, 48 casos e igual número de controles. Los casos representados por adolescentes embarazadas primigestas y los controles por adolescentes con vida sexual activa sin antecedente de embarazo, realizando una comparación de los factores asociados con el embarazo en adolescentes, encontrando que la edad de la menarca se presentó a los 11.75 años para los casos y de 12.56 para los controles, el inicio de vida sexual activa fue de 15.35 años para los controles y de 15.52 años para los casos, con respecto al ingreso semanal familiar, en las familias de los casos se percibía un ingreso de 1,51 salarios mínimos y 1.80 para los controles, en lo que se refiere a la escolaridad, 15 adolescentes embarazadas (31.2%) contaba con primaria o menos nivel de estudio, 33 (68.8%) secundaria a más, de los controles solo 7 (14.5%) tenía primaria o menos y 41 (85.5%) secundaria o más. De los casos 12 (25.0%) eran solteras, 6 (12.5%) casadas y 30 (62.5%) vivían en unión libre, de los controles 30 (62.5%) eran solteras, 3 (6.3%) casadas y 15 (31.2%) vivían en unión libre, en cuanto a su ocupación 35 adolescentes de los casos se dedicaban al hogar, 4 estudiaban, 7 eran empleadas y 2 desocupadas, de los controles 16 estudiaban, 12 se dedicaban al hogar y 10 al empleo e igual número estaban desocupadas. En cuanto al uso de método de planificación familiar en su primera relación de los casos 27 (56.2%) no utilizaron ninguno, el resto 21 (43.8%) sí lo utilizaban, de los controles 31 (64.6%) sí lo utilizaron, 17 (35.4%) no, 34 adolescentes embarazadas no tuvieron acceso a los servicios de salud, solo 14 sí, de los controles 25 tuvieron acceso a ellos y 23 no. Se pudo concluir que los factores sociales son determinantes en el aumento del número de embarazos durante la adolescencia.¹⁵

En un estudio realizado en Monterrey N.L., México, titulado: “Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia”, en el que participaron 494 primigestas

adolescentes, demostró lo siguiente: el promedio de edad de las adolescentes embarazadas fue de 16.5 años de edad. Con un noviazgo menos a 11.6 meses, el 33% de ellas se encontraba sin pareja en el momento de la encuesta (madre soltera), el 76.7% cursaba la preparatoria o su equivalente o no la había terminado, en cuanto a la estructura familiar, en el 54% predominó la nuclear extensa (compuesta por la familia de origen y otros familiares; la fuente económica principal en el 51% provenía de su pareja, el nivel escolar de sus madres era menor al medio superior, el 25% de ellas tenía una hermana que presentó embarazo en esa etapa de la vida además de antecedentes de que su mamá se embarazó en ese momento de vida, 85.2% refirió tener comunicación con sus padres. Se observó que la ocupación es el factor independiente de mayor peso en la probabilidad de estar embarazada, incluye el ser estudiante y/o tener un empleo. De particular relevancia es el factor de educación sexual medido, sobre la información recibida en sexualidad, encontrando que el 80% tuvo acceso a dicha información.¹⁶

Investigación realizada en la Ciudad de Xalapa, Veracruz, titulado “Factores sociodemográficos, familiares y educación sexual asociados al embarazo en adolescentes de la UMF 66” utilizando casos y controles en los cuales participaron 32 casos de adolescentes embarazadas y 64 controles (relación 1:2), encontró que: tiene mayor riesgo de embarazo para esta edad, si pertenece a una familia con pobreza baja, representando por un 65.63%, seguido de un 31.25% sin evidencia de pobreza familiar y un 3.13 de nivel alto de pobreza familiar, en cuanto al APGAR familiar demostró que el 56.26% tienen una disfuncionalidad familiar, 39.38% son altamente disfuncionales y 9.38% son familias no disfuncionales. De acuerdo al estado civil se encontró que 40.63% de los casos son solteras, 37.50% casadas, 15.63 viven en unión libre y 6.25% divorciadas. Además se encontró que 43% contaba con un grado de escolaridad de nivel medio superior completo. De acuerdo a las características de tipología familiar en base a su parentesco el 21.88% se clasificó como extensa, el 46.89% compuestas como nuclear simple, 15.63% como nuclear numerosa, y el mismo porcentaje para las familias reconstituidas, en base a su integración familiar se encontró que 34.38% es representada por núcleo integrado, el 31.25% extensa ascendente, 18.75% clasificada como extensa

colateral. En cuanto a su desarrollo el 61.29% de los casos proviene de un sistema tradicional, en cuanto a su ocupación el 46.88% es obrero, 40.63% técnico y 12.50% profesional, sobre educación sexual, el 40.63% contaban con un conocimiento regular al respecto, y un 59.37 con un buen nivel de conocimiento. Resaltando en su estudio que ninguna adolescente presentó una educación deficiente con respecto a sexualidad. Así también el 38% contó con el antecedente de embarazo en esta etapa en la madre o alguna de sus hermanas. Informa que el 59.38% presenta una vida sexual activa, solo el 34.38% deseaba embarazarse al iniciar una vida sexual activa.¹⁷

Los estados con la tasa más alta de mortalidad materna son Michoacán con 57.9, Oaxaca con 61.3, Campeche con 63.1, Chihuahua con 67.7 y Guerrero con 90 muertes maternas. En México, sólo tres entidades federativas tienen niveles de mortalidad materna acordes a los Objetivos del Milenio: Tamaulipas con 15.7 muertes por cada 100 mil niños nacidos vivos, Sinaloa con 16.8 y Aguascalientes con 18, según cifras de la Secretaría de Salud y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. En el Municipio de Cocula no se han presentado defunciones maternas en adolescentes, por lo menos en los últimos 15 años. Sin embargo la incidencia del embarazo en la adolescencia se presenta de manera significativa. Motivo por lo cual se deben tomar acciones y estrategias que estén encaminadas a disminuir estas cifras. El promedio nacional de muertes maternas es de 43 por cada 100 mil niños nacidos vivos, pese a que la meta que suscribió México ante Naciones Unidas hace más de una década es de reducir esa cifra a 22 para el año 2015.¹⁸

Existen factores condicionantes, característicos de cada región, propios de las culturas, que llevan a un incremento de casos, situación que ha sido un gran reto para el sector salud para poder lograr la reducción, identificar algunos de los factores relacionado con el embarazo en adolescentes fue de gran importancia.

A pesar de los esfuerzos de las estrategias y políticas europeas, internacionales y españolas desarrolladas para mejorar la salud sexual y reproductiva, la adolescencia permanece vulnerable.

El embarazo en adolescentes es una problemática social que se le ha ubicado dentro de lo cultural, sin embargo, si bien es cierto, ésta problemática es tripartita e involucra a tres sectores: el educativo, el de salubridad y el familiar (los propios adolescentes y los padres), observando que el embarazo en adolescentes ha sido abordado más como un problema de salud que conlleva a estudios sobre riesgos reproductivos que un problema sociocultural que involucra al sector educativo y al núcleo familiar. El embarazo adolescente tiene una connotación particular en cada país. Algunos países europeos, asiáticos o árabes tienen una incidencia muy baja. En sentido contrario, otros países de África, Asia y Latinoamérica tienen una incidencia alta. México en el contexto global, se puede considerar dentro del grupo con alto grado de incidencia de embarazo, pero mucho menor que otros países. Sin embargo, aunque siempre se mencionan otros factores concomitantes, hace falta insistir en el hecho de que los mencionados riesgos biológicos no actúan aisladamente, sino asociados con factores psicosociales, económicos, políticos, estructurales, de género y familiares.

Ese compromiso es parte de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio que 190 países miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) firmaron en septiembre del 2000.

Conocer la tipología familiar facilita el establecimiento de las condiciones del contexto económico y cultural que determina tanto los significados como la aceptación del embarazo por parte de la familia, así mismo el enfrentamiento a la gestación y sus consecuencias. Por otra parte el consentimiento para el uso de métodos de planificación familiar ya que la mejor manera de bajar el índice de mortalidad materna es aumentar las usuarias en control de la fertilidad, teniendo mayor relevancia las adolescentes aceptantes.

Una comunicación inadecuada puede convertirse en la causa principal por la que la familia es la última en enterarse cuando la joven está en problemas. Es necesario proveer un ambiente favorable en el que, antes de cualquier otra cosa, se aprendan los sentimientos, los valores, los ideales, las actitudes y los hábitos de significación ético-social; es esta una responsabilidad precisa, primero de la familia, y después de

la escuela. Si la comunicación familiar ha sido positiva, sin dobles mensajes, con padres con una conducta estable que respetan los valores humanos, que han sabido escuchar a sus hijos y respetarlos, el resultado será su ingreso al mundo adulto en condiciones óptimas para desarrollar sus habilidades específicas y con el autoestima lo suficientemente alto como para poder sentirse merecedores de sus logros.

El embarazo precoz introduce inevitablemente en la vida del adolescente y de la familia, situaciones estresantes que con frecuencia se multiplican conforme avanza el proceso de la gestación. El estrés que acompaña a la gestante se extiende a toda la familia, y esta puede asumirlo como un evento que la fortalecerá como sistema (de manera favorable), o como algo que romperá su equilibrio. Ante su presencia, la salud familiar depende, en gran medida, de la capacidad que tenga la familia para adaptarse a los cambios que ellos presuponen. Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, esto provoca una falta de resolución de los conflictos, y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros.

La salud de los individuos está influida por la vida familiar y las familias se afectan por las enfermedades y las desgracias de sus miembros.

Este suceso puede ser un factor común, se ha constatado a través de la investigación que la escuela y la familia hacen muy poco por la educación sexual de las niñas y adolescentes. Por lo general la tónica es el silencio y el disimulo de los padres y maestros que hablan sobre el tema. Los jóvenes buscan información en otras fuentes, sobre todo entre los amigos o en lecturas poco serias y nada orientadoras.

El siglo XXI se caracteriza por traer consigo un importante cambio en la historia demográfica del país pues el contingente de jóvenes es cada vez mayor, representando con ello un tremendo potencial de desarrollo. Sin embargo, su éxito como partícipes en el mejoramiento del país está envuelto en las circunstancias de su camino hacia la edad adulta. Los recursos abstractos y materiales con los que cuenten serán determinantes en sus roles futuros; por ello, hacer énfasis en la

educación y la salud sexual y reproductiva actual asegurará que miles de jóvenes vivan en condiciones basadas en los derechos humanos y en el acceso a recursos y oportunidades para su desarrollo integral.

La adolescencia, como palabra, tiene su origen del verbo latino “adoleceré” que significa crecer o desarrollarse. En este sentido. Se considera que un adolescente entra a la edad adulta cuando ha logrado definir cierta estabilidad en su forma de pensar, actuar y sentir, permitiéndole la ejecución de autonomía y adaptación social. Según las diferentes edades, a la adolescencia se le puede dividir en tres etapas.

- 1.- Adolescencia Temprana (10 a 13 años)
- 2.- Adolescencia Media (14 a 16 años)
- 3.- Adolescencia Tardía (17 a 19 años)

El embarazo en esta edad, generalmente es un encuentro inesperado, sorpresivo, desarrolla reacciones de angustia propias del momento así como la presencia de trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, trae consigo cambios en el proyecto de vida, abandono de estudios, aunado a fenómenos que condicionan la aparición de patología orgánica propias de embarazo en las adolescentes, la evolución del desarrollo biológico se separa progresivamente del psicológico y social, pues se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía, lo que les permite ser madres a edades tan tempranas como los 11 años. La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autosuficiente.

La edad media del periodo de la menarquia (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquia ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas. Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse a una mayor desprotección, con mayores

preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social.

Afortunadamente hoy día México cuenta con programas de Protección Social en Salud, sin embargo enfrenta otras situaciones culturales, difícil acceso a Unidades Médicas de segundo nivel, analfabetismo, características de las familias de las adolescentes, las acciones sobre medidas de prevención, difusión sobre métodos de planificación, coordinación más estrecha con instituciones del sector educativo del nivel medio superior, cobertura y universalización de los servicios de salud, participación de las autoridades y de organizaciones no gubernamentales para que entre todos disminuyamos el embarazo en la adolescencia, entre otras que aún habrá de reforzar acciones para salir de ese rezago.

La atención obstétrica a la embarazada adolescente más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia. Por lo general presentan serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la adolescente embarazada. De tal modo los cuidados prenatales están determinados por factores como: el estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo haciendo énfasis en el estado nutricional, mayor riesgo de anemia, toxemia, diabetes, parto distócico, hemorragias, recién nacido de bajo peso y enfermedades genéticas sin dejar de mencionar las alteraciones psicosociales y crisis familiares no transitorias por desorganización.

La OMS y la ONU informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83% corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado. Las adolescentes son, además, las primeras víctimas de las enfermedades sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año, al tiempo que en los países en desarrollo, entre 1 y 2/3 de las jóvenes reciben menos de 7 años de educación escolar.

La actitud de la familia ante este acontecimiento, resulta decisiva para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida, tratándose de un proceso en el que no solo es importante tomar en consideraciones los aspectos biológicos sino también los factores psicosociales a los que la adolescente embarazada se enfrenta.

El embarazo precoz puede ser un golpe arrollador para la vida familiar de la menor, provocar una drástica variación y cambios en su funcionalidad habitual, lo que se traduce como la presencia de crisis familiares ante un evento inesperado.

El embarazo en la adolescencia no es un asunto estrictamente fisiológico, ni de manejo irresponsable de la sexualidad, por parte de los adolescentes, probablemente tampoco se deba a la falta de información sobre métodos anticonceptivos, sino que es producto de múltiples interacciones. Por lo que se requiere de la construcción de un nuevo modelo sobre la forma de abordar el comportamiento sexual entre los miembros de una determinada sociedad, lo que va a determinar que en un nivel más correcto los jóvenes expresen su sexualidad según los parámetros sociales.

La palabra familia deriva de la raíz latina "famulus", que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo "famus".

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. Para la lengua española significa grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial.¹⁹

Según Geyman la familia, como toda organización viva tiene su inicio, desarrollo y ocaso; en el campo de la Medicina Familiar se utiliza la siguiente clasificación:

Fase de Matrimonio: Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

Fase de Expansión: Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, como su nombre lo dice la familia se expande, se dilata.

Fase de Dispersión: Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.

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

Fase de Retiro y Muerte: Período en que se deben enfrentar diversos retos y situación crítica como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono ²⁰.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) señaló que de acuerdo con estadísticas a propósito del día de la familia mexicana, del total de hogares familiares, siete de cada 10 son nucleares y 28.1 por ciento son extensos.

En los hogares extensos, 62.7 por ciento convive la nuera, el yerno o los nietos del jefe del hogar, indistintamente de la convivencia de otros parientes indudablemente que la familia como el núcleo básico de la sociedad, eje fundamental para el funcionamiento de nuestra sociedad, sus creencias, sus valores y mitos, determinarán la conducta de sus integrantes, misma que puede ser transformadora de las actividades cotidianas del individuo, del país e incluso del mundo entero. La familia debe ser un ente dinámico, dialéctico y no solo un concepto estático en el tiempo y en el espacio ¹⁸.

Según Membrillo Luna entre sus funciones encontramos las siguientes:

1.- BIOLÓGICO. Comprenden aspectos reproductivos, sexualidad, planificación familiar, desarrollo individual y grupal de cada uno de los miembros de la familia.

2.- PSICOLÓGICO. Representado por los aspectos de tipo afectivo, que nos permiten, de una u otra manera, compartir nuestros sentimientos y expectativas y con la llegada de los hijos, se traducen en la formación de sentimientos afectivos que

le den seguridad y una personalidad definida a cada uno de sus miembros del núcleo familiar.

3.- SOCIAL. Principalmente dado por la transmisión de la herencia social y cultural, incluye las normas y valores que cada uno debe de tener dentro de su formación como ser humano.

4.- CUIDADO. Significa cubrir las necesidades físicas y materiales, así como las de salud de cada uno de sus miembros.

5.- AFECTO. Implica cubrir las necesidades afectivas, lo que incluye proporcionar amor, cariño, ternura y preocupación.

Para poder establecer una clasificación de las familias, se desagregaron y analizaron todas las combinaciones posibles de parentesco, se agruparon los casos considerando las frecuencias y la organización doméstica que subyace en ello; de tal manera que pudieron integrarse cuatro clases familiares:

- Las familias formadas por la pareja con sus hijos, a la cual se le denomina FAMILIA COMPLETA.
- Las familias formadas por el jefe con sus hijos, a la cual se le llama MONOPARENTAL. (Puede ser la madre o el padre).
- La familia constituida por la PAREJA SIN HIJOS.
- Las familias formadas por el jefe y otros parientes, denominados FAMILIAS CONSANGUINEAS.²¹

El tamaño de una familia no sólo depende de los niveles de fecundidad, mortalidad y migración, sino que está vinculado con factores económicos, sociales y culturales, como son la disponibilidad y costo de la vivienda, los ingresos y las formas de convivencia predominantes en la sociedad.

La familia puede definirse y por lo tanto conceptualizarse, desde muy diversas posturas teóricas que abarcan los campos más importantes como la sociología, la antropología, demografía, economía, psicología, salud pública, etc.

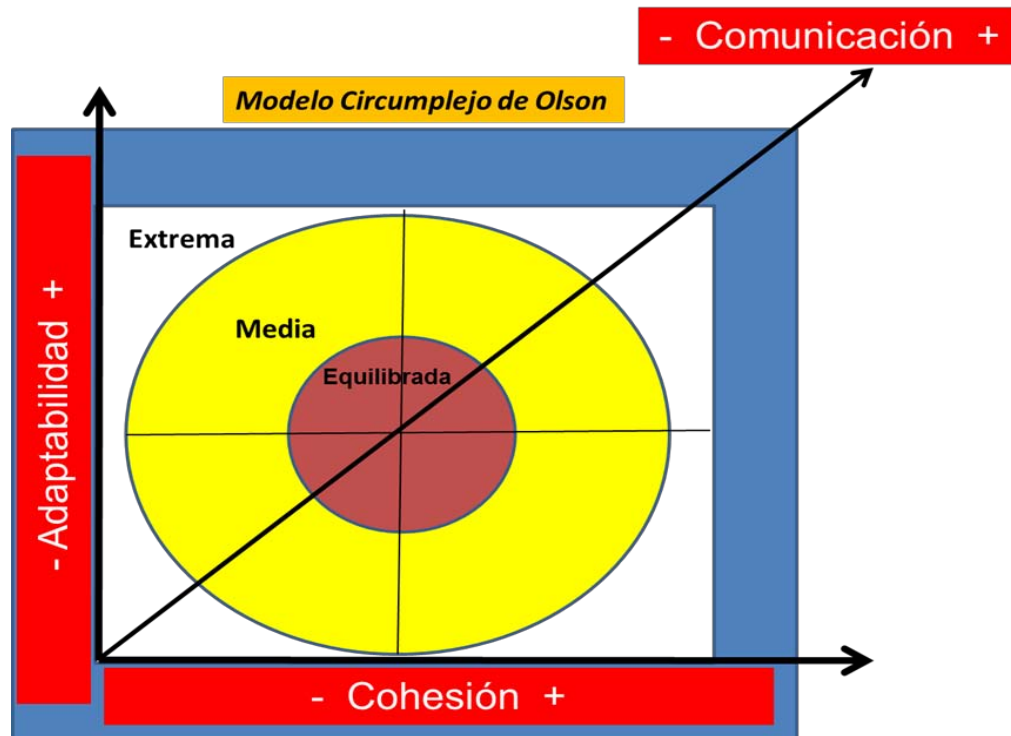
Es considerada como un sistema abierto, puesto que están en constante cambio, comunicación e interacción para que sea considerada como una familia funcional, así como también es de gran importancia la dinámica familiar que prevalezca.

Las familias pueden clasificarse de diferente manera dependiendo del aspecto que se esté estudiando.

Así mismo, existe otra clasificación llamado: El Modelo circuplejo desarrollado por el Dr. David Olson en la Universidad de Minnesota, del Departamento de Ciencias Sociales de la Familia, se ha diferenciado con éxito familias que tienen problemas clínicamente significativos con el funcionamiento familiar de aquellas familias que no lo hacen. Utiliza el modelo circuplejo las dimensiones de la familia cohesión y adaptabilidad familiar para evaluar la capacidad de la familia para hacer frente al medio ambiente y los factores de estrés en el desarrollo.

Describió el cambio de primer orden como “lo que ocurre dentro de un determinado sistema familiar. Representa un “cambio en el grado, mientras que el sistema básico de la familia no cambia”. “El cambio de segundo orden es de un tipo de sistema a otro”. Olson sostiene que el proceso de cambio es mayor en sistemas equilibrados y menor en los sistemas extremos. Los eventos estresantes (como a muerte de un niño) motivaran a las familias balanceadas para cambiar a otro tipo de sistema con el fin de adaptarse, pero las familias extremas se quedaran “atrapadas” en un sistema desequilibrado, lo que conducirá a un mayor estrés en la familia.²²

Existe una versión mexicana llamada FACES-III que es una herramienta para evaluar la cohesión, adaptabilidad y la comunicación en las familias.²³



Fuente: Garrido Fernández M, Torrado Val E, Marcos Sierra J.A, Actas de Psiquiatría 2010; 38 (4): 196-203, Alcalá de Guadaíra, Sevilla, España.²⁴

Olson y Gorall definen a la capacidad de adaptación de la familia como "la cantidad de cambio en su liderazgo, relaciones de roles y reglas de relación". Conceptos específicos incluidos en la dimensión de la capacidad de adaptación son el "liderazgo (control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación". El enfoque de la capacidad de adaptación está en cómo el sistema familiar se estabiliza y cambia. Plantearon la hipótesis central de que, niveles equilibrados de la capacidad de adaptación son más propicias para el funcionamiento familiar efectivo que los niveles extremos, rígidos o demasiado flexibles. Estos autores definen a la cohesión familiar como "La unión emocional que las parejas y los miembros de la familia tienen unos con otros". Conceptos específicos incluidos en la dimensión de la cohesión son "la vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación". El enfoque de la cohesión es sobre el sistema de la familia acerca de la separación y la unión. Al igual que con la capacidad de adaptación. Se planteó la hipótesis de que los niveles de

funcionamiento de la familia más eficaz de los extremos de desenganchado/desconectado y enredado/conectado.²²

Observando la tipología familiar de Irigoyen encontramos las siguientes definiciones.

Tipología Familiar: Con el propósito de facilitar la clasificación de las familias, se identificaron diferentes ejes fundamentales para poderlas ordenar de acuerdo a esas características. Entre ellos encontramos los siguientes parámetros: Nivel de estudios, ocupación, medios de subsistencia, presencia física en el hogar y/o convivencia, parentesco, estatus social, lugar de radicación, cultura, entre otros.

Según el desarrollo:

-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.

-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.

-Arcaica: su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.

Según su demografía:

Rural: habita en el campo y no cuenta con todos los servicios básicos (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc.).

-Suburbana: tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano.

-Urbana: se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios.

Según su integración:

-Integrada: ambos cónyuges viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.

-Semi-integrada: ambos cónyuges viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

-Desintegrada: los cónyuges se encuentran separados.

Por su composición

-Nuclear: cuenta con esposo, esposa con o sin hijos.

-Extensa: cónyuges e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad.

-Extensa compuesta: los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc.)

Por su ocupación

Se refiere a el empleo del padre o del jefe de la familia, puede clasificarse como campesina, obrera, comerciante, profesionista, entre otras.

Por sus complicaciones

-Interrumpida: aquella en la que la unión conyugal se disuelve ya sea por separación o divorcio.

-Contraída: cuando fallece uno de los padres.

-Reconstruida: se aplica a la familia en la que uno o ambos cónyuges tuvo una pareja previa.²⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo no planeado o deseado en adolescentes es un problema de salud pública común en todo el mundo, por ende en nuestro país y entidad. Los embarazos en este grupo ocurren con frecuencia y están relacionados con mayores riesgos de resultados adversos para madres adolescentes y sus bebés.

Así mismo, el poder determinar la tipología de las familias con adolescentes embarazadas permitirá enfocar acciones de prevención sobre ellas. Su identificación nos reducirá el campo de acción al respecto, ya que actualmente la presencia del embarazo durante la adolescencia es más frecuente de lo que se desea, es una experiencia difícil no sólo por disminuir las posibilidades de desarrollo de la gestante y aumentar el riesgo de pobreza sino también por constituirse un elevado riesgo para su salud física y psicológica provocando cambios en el proyecto de vida, presencia de eventos críticos en las familias e incluso repercusiones a nivel social, siendo la deserción escolar una de las consecuencias más presentadas.

Frecuentemente es un embarazo no deseado o por lo menos no planeado, con una relación inestable o hasta ocasional que puede terminar con un acto de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción de la familia, de amigos o maestros, comportamiento que trae como consecuencia la detección y el control prenatal de manera tardía o insuficiente para un adecuado seguimiento que conlleva a la presencia de complicaciones durante la gestación, sin dejar de comentar que por presentarse durante la adolescencia es considerado, por sí solo, como un embarazo de alto riesgo, pudiendo aumentar las estadísticas de mortalidad materna, tomando en cuenta que en la actualidad somos el estado con más casos. Por tal motivo ésta investigación se realizó en un momento oportuno, pues las acciones en materia de política pública están aumentando para prevenir el embarazo de niñas o adolescentes, fenómeno que está propiciando una preocupación debido a su incremento. Desde hace años, el sistema educativo mexicano incluye en sus programas de estudios temas de educación sexual; no obstante los embarazos no han disminuido, y se manifiesta una preocupante paradoja, los adolescentes conocen métodos anticonceptivos, no les da vergüenza hablar de temas de sexualidad y un

número importante no se cohibe a la hora de solicitar anticonceptivos en los centros de salud y en las farmacias, sin embargo, un porcentaje significativo no los usa. La información es fundamental pero también la sensibilización para que el mensaje sea funcional, así como la apertura en los mecanismos de comunicación, que permiten que el adolescente pregunte y busque apoyos asertivos. Una posible consecuencia del embarazo en la adolescencia es la deserción escolar, la cual ocurre por varios motivos, entre ellos: la vergüenza y el temor al rechazo y, el segundo, la experiencia de un ambiente hostil y algunas veces violento que sanciona y juzga sus actos. Por tal motivo, para las estudiantes adolescentes que experimentan un embarazo, la deserción se puede presentar como un paso obligado. Por lo anterior, uno de los fines de la investigación no fue sólo indicar los problemas, sino también presentar soluciones que permitan, por una parte atender de manera efectiva y por el otro, proponer alternativas para el fortalecimiento del capital humano del país, sobre la maternidad no deseada, el rechazo de los padres y el desprecio o la indiferencia de los demás. Sin preparación alguna para la maternidad, llegan a ella las adolescentes y esa imprevista situación desencadena una serie de frustraciones sociales y personal. Los riesgos y las consecuencias negativas que para la salud física tiene el embarazo adolescente son bien conocidos tales como: complicaciones obstétricas y relacionadas con el embarazo, mortalidad y morbilidad materna, bajo peso del recién nacido, mortalidad y morbilidad de niños e infantes, aborto en condiciones de riesgos, entre otras.

En el municipio de Cocula, Gro., al igual que en el resto del estado y del país, el embarazo en la adolescencia es una realidad, no ha bastado con la ejecución de los programas de salud y educación que actualmente se realizan, por lo que era urgente realizar una investigación desde todos los puntos de vista para poder aportar estrategias que llevaran a la disminución de la cifras de embarazos en adolescentes, sin duda alguna la identificación de las características familiares nos permitirá puntualizar aún más factores de riesgo para esta causa, de tal manera que podamos aportar proyectos de intervención que ayuden a disminuir la prevalencia.

El enfoque biológico del embarazo en la adolescente ha dificultado la valoración en toda su dimensión de los riesgos psicosociales, económicos y culturales que pueden provocar en el ámbito familiar, así como también por la ausencia de información que vincule la tipología familiar con el embarazo en adolescentes, considerando conveniente explorar esta dimensión y evaluar los posibles factores de riesgo, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál será la tipología familiar que predomina en las adolescentes embarazadas de la localidad de Cocula, Guerrero. Enero a junio del 2014?

JUSTIFICACIÓN

Según la OMS, la tasa de nacimientos en mujeres entre 15 y 19 años en países en vías de desarrollo es de hasta 200 por 1000. En España, la tasa de embarazos está entre los niveles considerados bajos en Europa, siendo de 26.4 por 1000 en el grupo de 15 a 19 años, de los cuales el 97% son no deseados y la mitad termina en aborto. La tasa de interrupciones voluntarias de embarazo en menores de 19 años es de 12.74 por cada 1000 mujeres en el año 2009, que ha ido en aumento. Más de la mitad no utilizaron métodos de planificación familiar.

El panorama en América Latina tampoco es alentador. Según un informe de la UNICEF, a nivel mundial, el continente Latinoamericano está en los primeros lugares de incidencia en los embarazos en las adolescentes; es más, casi un 20% del total de los nacimientos en nuestros países, son producto de madres que tienen entre 15 y 19 años de edad.

De acuerdo con las estadísticas de natalidad del INEGI, en el año 2011 nacieron en el país 2.58 millones de niñas y niños; de ellos, 473 mil tuvieron como madre a una mujer que al momento del parto tenía menos de 19 años de edad. Esta cifra es equivalente a 18.4%, es decir, prácticamente uno de cada 5 niñas y niños que nacieron en 2011 son hijos e hijas de madres adolescentes.

Los factores que dan origen a estas cifras son múltiples y revelan la necesidad de construir más y mejores estudios que permitan prevenir de manera adecuada los embarazos no deseados, particularmente a una edad temprana.

Lo anterior porque durante muchos años se asoció este fenómeno, casi de manera exclusiva, a la pobreza y la escolaridad. Sin embargo, los datos muestran que aun cuando Chiapas y Guerrero son las dos entidades que presentan mayor tasa de fecundidad para el grupo de mujeres entre los 14 y los 24 años de edad, en tercer y cuarto sitio se encuentran los estados de Aguascalientes y Durango, los cuales superan ampliamente en términos de desarrollo social y humano a los estados del sureste. Por otro lado, los Estados en los que se registra el mayor porcentaje de embarazos en mujeres menores de 19 años, respecto del total estatal son:

Chihuahua, con 22%; Coahuila con 21.7%; Durango con 20.6%; Nayarit con 20.2%; y Sinaloa y Sonora con 19.3%, respectivamente. Las adolescentes sin escolaridad muestran una tasa más alta de fecundidad (180/1000 mujeres), en tanto que, la que tiene secundaria o mayor grado de estudio, esta tasa es de 60/1000 mujeres.

La información del INEGI muestra que de los 11,521 partos en mujeres de hasta 15 años de edad registrados en 2011, en 1,038 casos son mujeres que ya tienen 2 hijos; 470 tienen 3 hijos; 212 tienen 4 hijos, 121 tienen 5 hijos, mientras que 66 niñas en esa edad tienen 6 hijos.

Por otra parte, en el grupo de las mujeres de 15 a 19 años de edad, se registraron 461,466 partos en 2011, en 354,326 casos fueron madres por primera vez; en 84,375 casos es ya su segundo hijo; en 16,165 casos son mujeres con ya tres hijos; en 3,674 casos se trata de mujeres con ya cuatro hijos y en 1,304 casos con cinco hijos.

El dato es digno de ser destacado porque la mortalidad materna en este grupo de edad se ha mantenido constante a lo largo de los últimos 20 años, lo cual implica que los riesgos asociados a los embarazos a corta edad no han logrado reducirse. Al respecto, quizá el dato a destacarse es que en 2011 se llegó precisamente al récord en el porcentaje de muertes maternas en la edad adolescente, pues en ese año estos fallecimientos representaron el 14% del total de las defunciones de mujeres durante o a consecuencia del parto.

En números absolutos, lo anterior significa que de los 28,580 casos de muertes maternas que ha habido en el país, en 3,659 de ellos quienes perdieron la vida eran niñas y adolescentes menores de 19 años.

Tal cifra es superior a la registrada en las defunciones maternas en mujeres de 40 a 44 años; pues entre ellas la cifra acumulada en las últimas dos décadas es de 1,944 casos; lo anterior significa que el riesgo de morir durante o a consecuencia del parto es prácticamente del doble, cuando se tiene menos de 19 años, que cuando se han rebasado los 40 años de edad.

En México, la tasa de natalidad para el año 2012 fue de 18.87 por 1000 nacidos vivos, en Guerrero fue de 19.6 y de 21.5 para los años 2010 y 2011 respectivamente.

En el municipio de Cocula, Gro., al igual que en el resto del estado y del país, el embarazo en la adolescencia es una realidad, no ha bastado con la ejecución de los programas de salud y educación que actualmente se realizan, es urgente esta investigación desde todos los puntos de vista para poder aportar estrategias que lleven a la disminución de la cifras y sin duda alguna la identificación de las características familiares nos permitirá señalar más factores de riesgo, e implementar estrategias o intervenciones con las familias identificadas con mayor vulnerabilidad a presentar embarazos en la adolescencia.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar la tipología familiar de las adolescentes embarazadas y su relación con las variables sociodemográficas y de salud reproductiva.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- a) Determinar la tipología familiar de la adolescente embarazada.
- b) Conocer los aspectos socioeconómicos de las familias de las adolescentes embarazadas.
- c) Identificar los conocimientos sobre salud reproductiva y uso de métodos de planificación familiar.
- d) Evaluar la funcionalidad de la familia de la adolescente embarazada.
- c) Analizar si existe asociación entre los tipos de familia y las variables demográficas y de salud reproductiva.

HIPOTESIS:

La tipología familiar se relaciona con el embarazo en la adolescencia el cual está influenciado por factores sociodemográficos y de salud reproductiva.

METODOLOGÍA:

TIPO DE ESTUDIO. Observacional, transversal y descriptivo.

LIMITE DE TIEMPO:

Esta investigación se realizó durante el periodo de junio a diciembre del 2014, en la localidad de Cocula, Gro.

UNIVERSO:

De acuerdo a antecedentes, en el Centro de Salud de Cocula, se detectan en promedio 18 embarazadas nuevas por mes, aproximadamente el 50 % se trata de adolescentes, el universo de estudio plateado para un periodo de 6 meses, fue de 50 embarazadas adolescentes, lográndose una muestra de 53 adolescentes embarazadas, tratándose de una muestra no probabilística y por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- *Adolescente embarazada que radicaba en la localidad de Cocula, Gro.
- *Que aceptó participar en el estudio, con el correspondiente consentimiento informado.
- * Embarazada que llevó su control prenatal en la unidad de salud, o en otro lugar.

Criterios de exclusión:

- *Embarazada adolescentes que no aceptó participar en el estudio.
- *Embarazadas que no se encontraron en el grupo de edad adolescente.
- *Que presentaron déficit mental.

Criterios de Eliminación:

- *Adolescentes que emigraron durante el período de investigación.
- *Adolescentes que durante la investigación no completaron el cuestionario correspondiente.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de la Variable	Concepto o definición	Tipo de variable y escala de medición	Indicadores de evaluación	Fuente de información
Edad	Número de años cumplidos al momento de la encuesta, según fecha de Nacimiento.	Independiente, Cuantitativa Discontinua Edad en años cumplidos.	%=No. de embarazadas adolescentes según edad/el total de embarazadas adolescentes estudiadas X 100 Media= sumatoria de todas las edades/el No. total de personas estudiadas Mediana= Ordenación de las edades de menor a mayor más 1 y dividirlo entre 2 Moda= a la edad que más se repita Rango= A la edad mayor restarle la edad menor	Encuesta o cuestionario diseñado para tal fin
Escolaridad	Promedio de grados que la población, en un grupo de edad, ha aprobado dentro del sistema educativo, puede ser sin estudios, primaria, secundaria o preparatoria	Independiente, Cualitativa Ordinal Analfabeta, Primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, bachillerato incompleto, bachillerato completo, otro	%=No. de embarazadas adolescentes según escolaridad/el total de embarazadas adolescentes estudiadas X 100	Encuesta o cuestionario diseñado para tal fin
Estado Civil	situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Independiente, Cualitativa Nominal Soltera, casada, unión libre, separada, viuda, otra	%=No. de embarazadas adolescentes según estado civil/el total de embarazadas adolescentes estudiadas X 100	Encuesta o cuestionario diseñado para tal fin
Ocupación	La ocupación se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo	Independiente, Cualitativa Nominal Estudia, trabaja, el hogar, otra	%=No. de embarazadas adolescentes según su ocupación/el total de embarazadas adolescentes estudiadas X 100	Encuesta o cuestionario diseñado para tal fin

Nombre de la Variable	Concepto o definición	Tipo de variable y escala de medición	Indicadores de evaluación	Fuente de información
Tipo de Familia	"Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.	Dependiente, Cualitativa, Nominal Nuclear Simple, Nuclear Extensa, Nuclear Extensa Compuesta, Monoparental o Sin Familia.	%=No. de embarazadas adolescentes según su tipología familiar/el total de embarazadas adolescentes estudiadas X 100 Razón de Momios con las otras variables	Encuesta o cuestionario diseñado para tal fin
Antecedentes Gineco-obstétricos	Principales datos relacionados con la salud reproductiva de una mujer.	Independiente, Cuantitativa Discontinua Edad de menarca Edad de IVSA	%=No. de embarazadas adolescentes según menarca e IVSA/el total de embarazadas adolescentes estudiadas X 100 Media= sumatoria de todas las edades de menarca e IVSA/el No. total de personas estudiadas Mediana= Ordenación de las edades de menor a mayor más 1 y dividirlo entre 2 Moda= a la edad que más se repita Rango= A la edad mayor restarle la edad menor	Encuesta o cuestionario diseñado para tal fin
Servicios Municipales	Se refiere a las actividades que realiza el ayuntamiento de manera uniforme y continua para satisfacer las necesidades básicas de la comunidad.	Independiente, Cualitativa, Nominal Agua, Luz, drenaje, recolección de basura, transporte público, otro	%=No. de embarazadas adolescentes según servicios municipales con los que cuenta/el total de embarazadas adolescentes estudiadas X 100	Encuesta o cuestionario diseñado para tal fin
Métodos Anticonceptivos	Son recursos para planear la familia y evitar embarazos no deseados, cuando siente que no está preparada física, emocional y económicamente para ello. Pero también cuando deciden no tener más hijos, estos pueden ser temporales o definitivos.	Independiente, Cualitativa dicotómica, Sí o no Nominal: Hogar, escuela, institución de salud, iglesia o templo, internet, otros Personal de salud, profesores, padres, amigos, médico escolar, otros Condón, pastilla, inyección, DIU, implante, parches Cuantitativa Discontinua Tiempo de uso	%=No. de embarazadas adolescentes según respuesta de métodos anticonceptivos/el total de embarazadas adolescentes estudiadas X 100	Encuesta o cuestionario diseñado para tal fin
Embarazo	Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el alumbramiento. En promedio dura 40 semanas o 9 meses.	Dependiente, Cualitativa Dicotómica-Nominal Cuantitativa Discontinua	%=No. de embarazadas adolescentes según respuesta de métodos anticonceptivos/el total de embarazadas adolescentes estudiadas X 100 Razón de Momios con las otras variables	Encuesta o cuestionario diseñado para tal fin

TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN.

Criterios de medición o de obtención de la información:

Se realizó una solicitud al Director del Centro de Salud de Cocula, Gro., para obtener la autorización de realizar esta investigación en la Institución, la cual se llevó a cabo mediante un instrumento de recolección de datos que se aplicó previo consentimiento informado a las embarazadas adolescentes que llevaron su control prenatal en ese lugar. A las embarazadas que llevaron su control en otra institución o que no fueron revisadas por ningún personal de salud se visitaron en su domicilio. Se les explicó ampliamente los objetivos del estudio y se invitaron a formar parte de la muestra, con previo consentimiento informado.

Fuente de Información: Directa, ya que se trabajó personalmente con las adolescentes embarazadas seleccionadas y que desearon participar en este estudio.

Procesamiento de la información. Los datos obtenidos fueron procesados estadísticamente para los análisis descriptivos, se expresan en números absolutos, calculados en porcentaje y llevados a tablas y en gráficas de sectores o pastel, líneas y/o barras, para su mejor comprensión e interpretación. Para lo cual se utilizará el programa Excel.

La información se capturó mediante el programa SPSS Versión 18, los resultados se analizaron mediante medidas de tendencia central (media o promedio, mediana y moda) así como medidas de dispersión (rango, desviación estándar y varianza) y se utilizaron en algunas variables de interés, medidas de asociación como Chi-cuadrado.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Se diseñó un formato ex profeso para este trabajo, el cual no está validado ni probado en otro tipo de investigación, está conformado por rubros que tienen que ver con variables de identificación y datos personales, antecedentes gineco-obstétricos, métodos anticonceptivos, datos sobre su embarazo e información sobre el tipo de familia a la que pertenece.

LIMITACIONES METODOLÓGICAS

1. Fallecimiento o pérdida por cambio de domicilio de algunas de las pacientes participantes de este estudio.
2. Sesgos de memoria de los pacientes, al no recordar datos o cifras exactas de lo que se está investigando.
3. Sesgo del Instrumento de recolección de la información, ya que fue un instrumento no validado en otra investigación, fue diseñado por el investigador para el estudio actual.
4. Sesgo de la respuesta del sujeto en investigación, que puede responder sin decir la verdad.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Esta investigación no puso en peligro la vida de este grupo de personas, ya que solo se les aplicó un instrumento de recolección previamente formulado para tal fin. Toda la información individual que se proporcionó será totalmente confidencial, por lo que no se divulgarán los nombres de los pacientes, así mismo no se realizaron métodos invasivos. Para lo anterior se diseñó un formato de Consentimiento Informado, previa explicación de los procedimientos de la investigación.

El estudio se basó en los postulados éticos de la normal de la convención de Helsinki, la cual fue ratificada en Tokio en 1975 y modificada en la 52° reunión en Edimburgo en el artículo 7°, en el año 2002 artículo 3° apartado I, II, III, Artículos del 4 al 13, Art. 16°, 17°, 20° y 21°, apartado I, II, III, IV, VIII, Art. 22°, Art. 29°, Art. 100°, Art. 101°, de acuerdo al título 5 y en los artículos 96 al 103 de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en los cuales se garantiza no dañar la integridad física ni moral de las personas.

Artículo 21: para el consentimiento informado se considera existente, el sujeto de investigación deberá recibir una explicación clara y completa de tal manera que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los aspectos mencionados en la fracción I, II, III, IV, VII, VIII, IX.²⁵

La Ley General de Salud establece lineamientos y principios a los que debe someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, los cuales mencionan que la investigación para la salud es un dato determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud de los individuos y de la sociedad en general.

El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en el título primero, capítulo único, en el artículo 31, en sus apartados I, II, III, se refiere que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social, la prevención y control de los problemas de salud, en su título segundo habla acerca de los aspectos éticos de la investigación en los seres humanos.

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

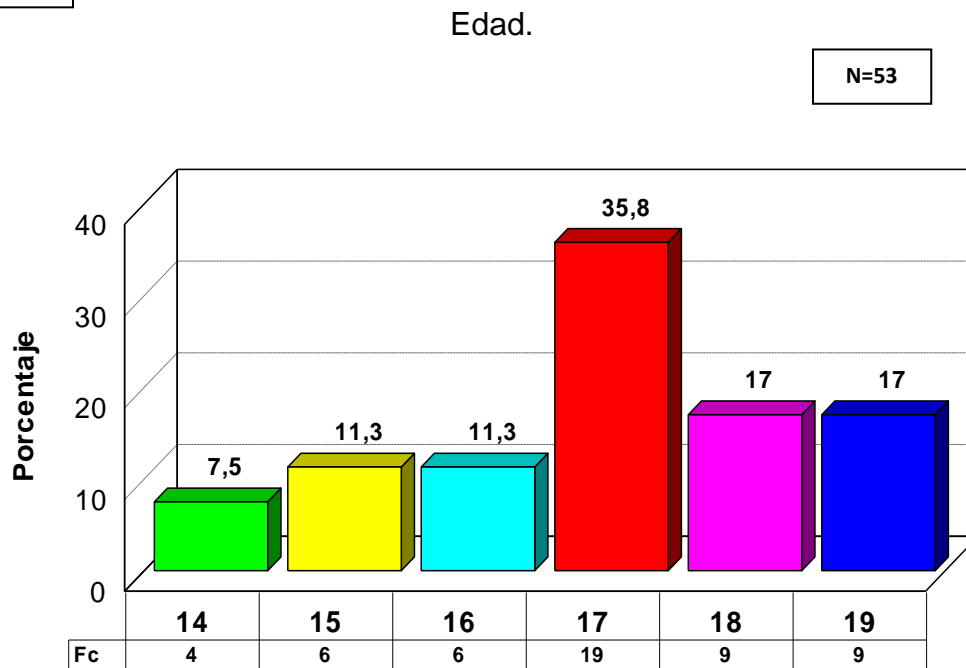
Artículo 14: de este reglamento y bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud, que garantice el bienestar del sujeto de investigación.

Artículo 20: se considera el concepto de consentimiento informado, como un acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación, en su caso su representante legal autorice su participación en la investigación, con pleno conocimiento de los procedimientos y riesgos y tiene la capacidad de libre elección.²⁶

RESULTADOS

La edad que predominó en esta serie de 53 adolescentes embarazadas fue de 17 años, con 19 (35.8%), la edad mínima fue de 14 años con una frecuencia de 4 (7.5%) y la edad máxima fue de 18 y 19 años, encontrando 9 personas en cada grupo lo que representa en 17% para cada uno. De 15 y 16 años 6 en cada grupo, correspondiendo (11.3%), en cada uno. Con respecto a las medidas de tendencia central, se tiene que el promedio o media fue de 16.9 años, la mediana de 17, la moda 17 años y las medidas de dispersión fueron que la desviación estándar fue de 1.5, la edad mínima fue de 14 años y la máxima de 19, para un rango de edad de 5 años entre la mínima y la mayor.

Gráfica 1



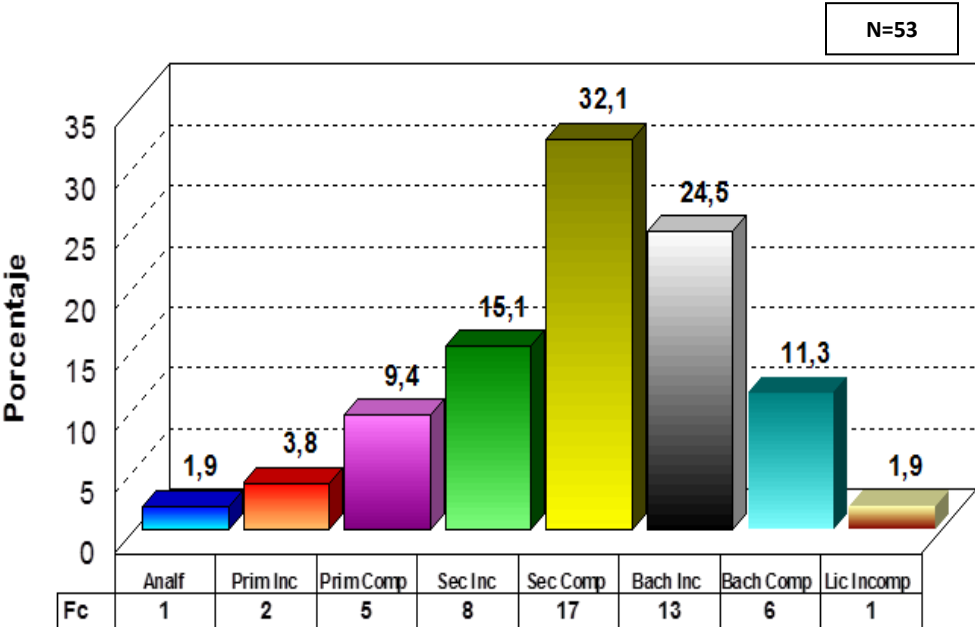
Fuente: Instrumento de recolección de la información.

La mayoría de las adolescentes encuestadas tiene como escolaridad máxima la educación secundaria concluida, con una frecuencia de 17 (32.1%) solo 1 no cuenta con ningún tipo de escolaridad (1.9%). 2 tienen primaria incompleta (3.8%), 5 con primaria completa (9.4%), 8 secundaria incompleta (15.1%), 13 con bachillerato incompleto (24.5%), 6 tienen bachillerato completo (11.3%), 1 con licenciatura incompleta (1.9%).

46 de las adolescentes encuestadas (60%) cuentan con escolaridad mínima o básica que es de la primaria incompleta al bachillerato completo, y 7 (13%), cuenta con bachillerato o más escolaridad.

Gráfica 2

Escolaridad.

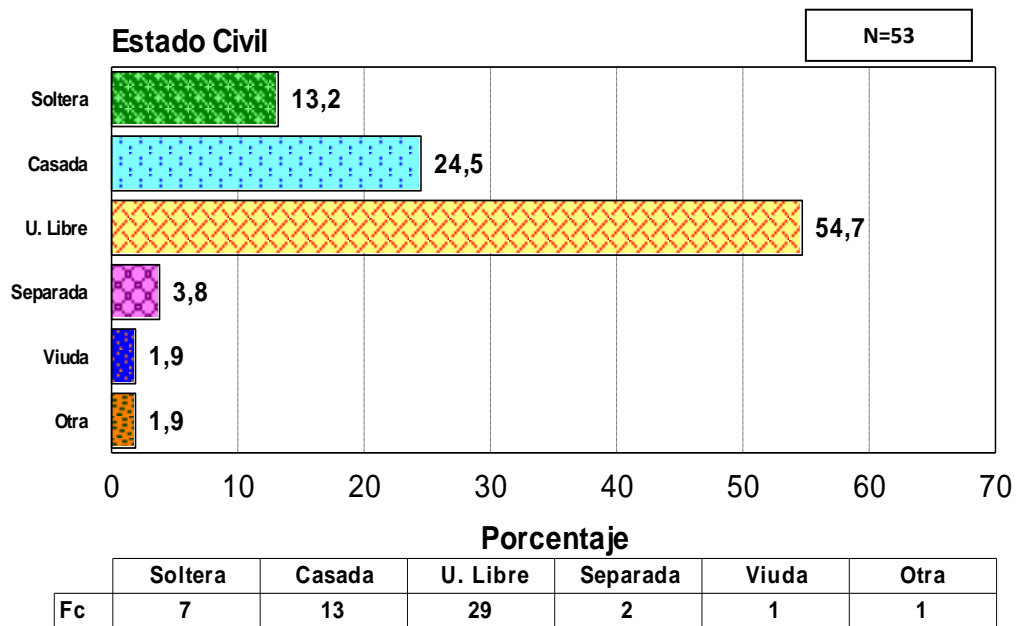


Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Se encontró que, del total de las adolescentes embarazadas, en 29 (54.7%) su estado civil es la unión libre, 13 (24.5%) están casadas; 7(13.2%) son solteras; 2 (3.8%) ya están separadas, 1 de ellas se encuentra viuda (1.9%) y 1 más se encuentra en otra situación (1.9%). Entre las casadas con las que viven en unión libre, da un total de 42 personas (79.2%) que cuentan con pareja. Lo que da una razón de 3.8 personas con pareja contra una que no la tiene.

Gráfica 3

Estado Civil.

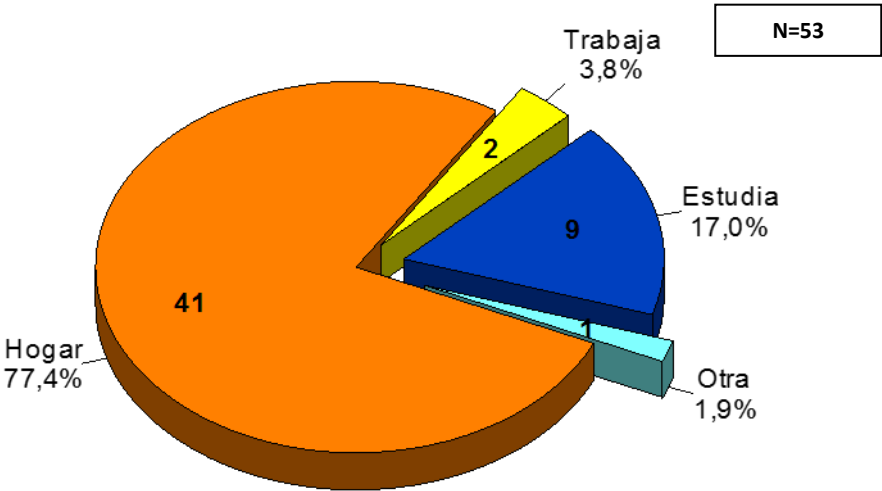


Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

En cuanto a la ocupación se encontró que la mayoría 41 (77.4%) mujeres actualmente se dedican al hogar, 9 (17%) de ellas estudian, 2 (3.8%) trabajan, 1 (1.9%) no realiza ninguna actividad. La razón de las mujeres que no realizan alguna actividad es de 3.8 por cada una de ellas que sí la hace.

Gráfica 4

Ocupación.



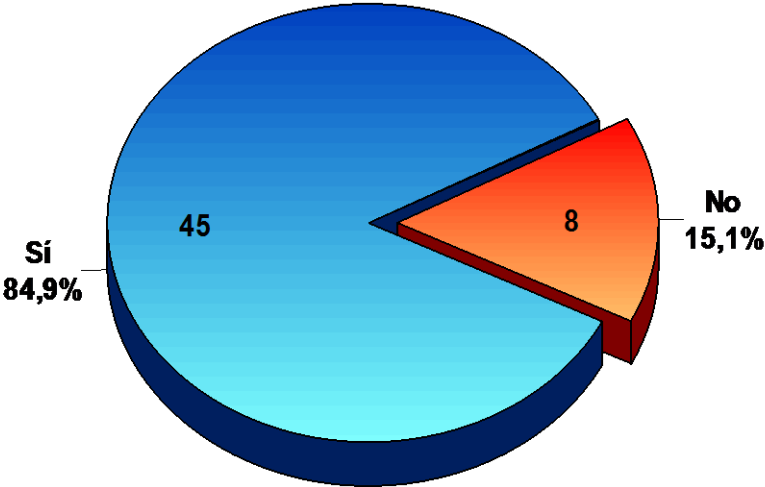
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

En relación a las adolescentes embarazadas 45 (84.9%) cuenta con los servicios básicos de urbanización (agua entubada, energía eléctrica y alcantarillado), 8 (15.1%) de ellas no cuenta con estos servicios, para una razón de 5.6 que sí cuentan con servicios municipales por una que no los tiene disponibles.

Gráfica 5

Disponibilidad de Servicios Municipales.

N=53



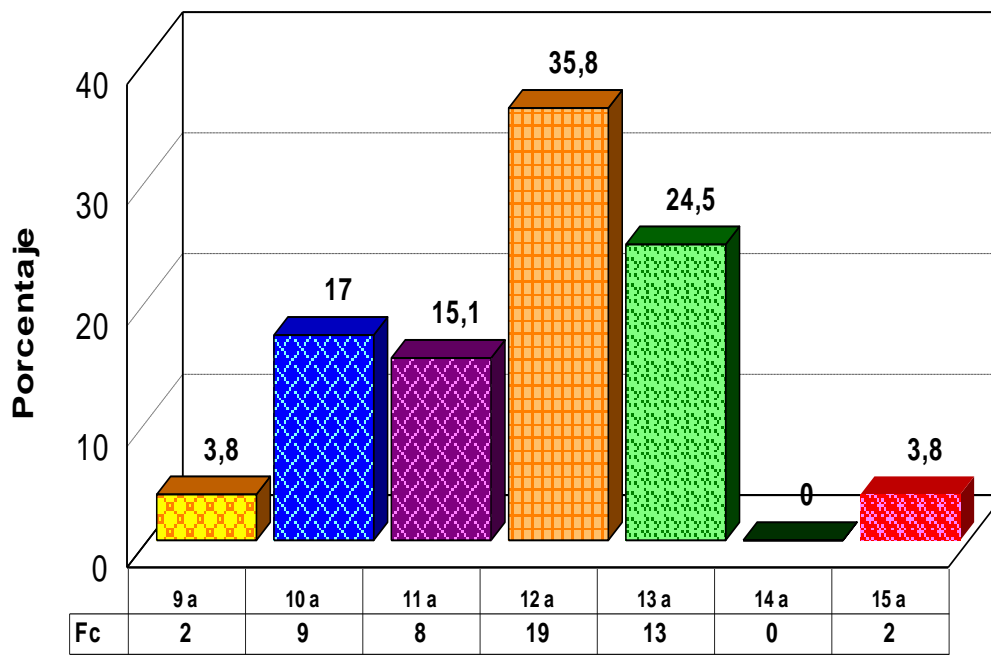
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

La mayor parte de las adolescentes presentó su menarca a los 12 años, es decir 19 (35.8%), la edad menor de presentación fue a los 9 años 2 (3.8%), 9 (17%) a los 10 años, 8 (15.1%) a los 11 años, 13 (24.5%) a los 13 años, 2 (3.8%) a los 15 años. Las medidas de tendencia central refieren que la media fue de 11.8 años, mediana 12 y moda 12, en las medidas de dispersión resultó que la desviación estándar fue de 1.3, la edad mínima fue de 9 y la máxima de 15 años, para un rango de 6 años entre una cifra y la otra.

Gráfica 6

Edad de menarca.

N=53



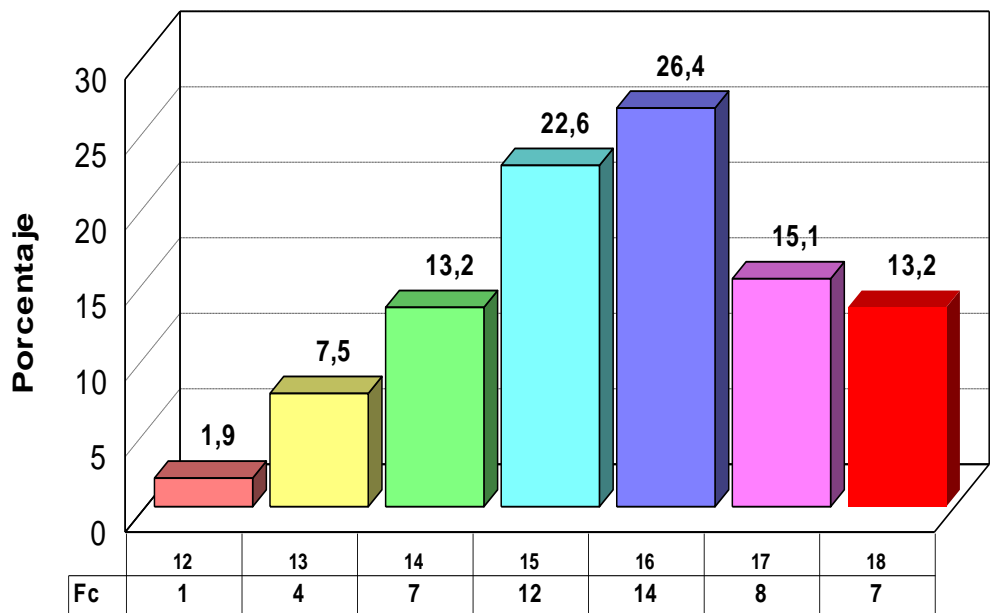
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

La adolescente que inició su vida sexual a más corta edad, fue 1 a los 12 años (1.9%), 4 la iniciaron a los 13 años (7.5%), 7 a los 14 años (13.2%), 12 a los 15 años (22.6%), 14 a los 16 años (26.4%), 8 a los 17 años (15.1%) y 7 la iniciaron a los 18 años lo que corresponde a un (13.2%). La media fue de 15.6 años, la mediana de 16 y la moda de 16, las medidas de dispersión la varianza fue de 1.5 y la edad mínima fue de 12 y la máxima de 18 años de edad para un rango de 6 años entre ellas.

Gráfica 7

Edad de inicio de vida sexual.

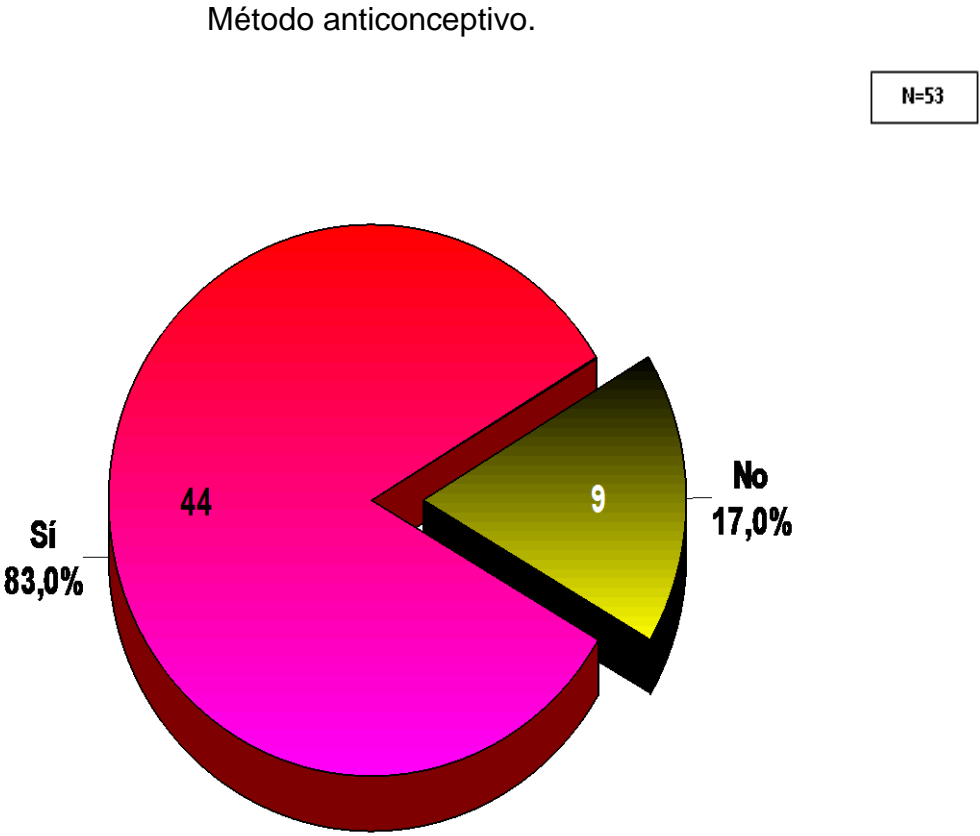
N=53



Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Al indagar sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos, 44 (83%) respondió afirmativamente, 9 (17%) reconocieron no tener conocimiento sobre ellos, para una razón de 4.8 adolescentes embarazadas que sí conocen los métodos anticonceptivos por una que no lo conoce.

Gráfica 8



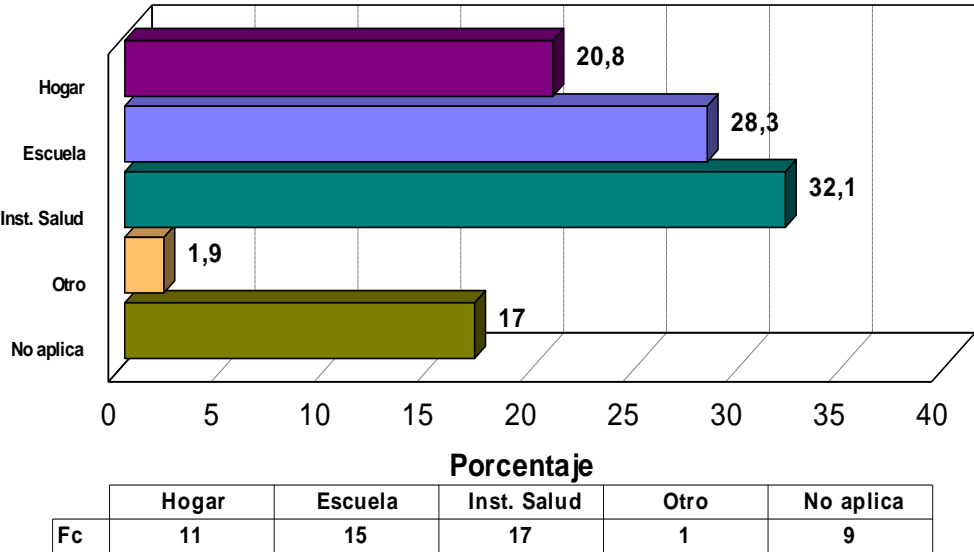
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Las adolescentes que respondieron haber recibido información sobre métodos anticonceptivos en el hogar fueron 11 (20.8%), 15 (28.3%) en la escuela, 17 (32.1%) en una institución de salud, 1 la obtuvo en otro lugar (1.9%), 9 desconocían sobre métodos anticonceptivos (17%). Para una razón de 4.8 adolescentes que sí habían recibido información acerca de planificación familiar por una que no. Lo que llama la atención, es que se proporciona casi igual información en la escuela que en la institución de salud, pero lo que puede significar que ésta no sea totalmente confiable o adecuada.

Gráfica 9

Sitio donde recibieron información sobre métodos anticonceptivos.

N=53



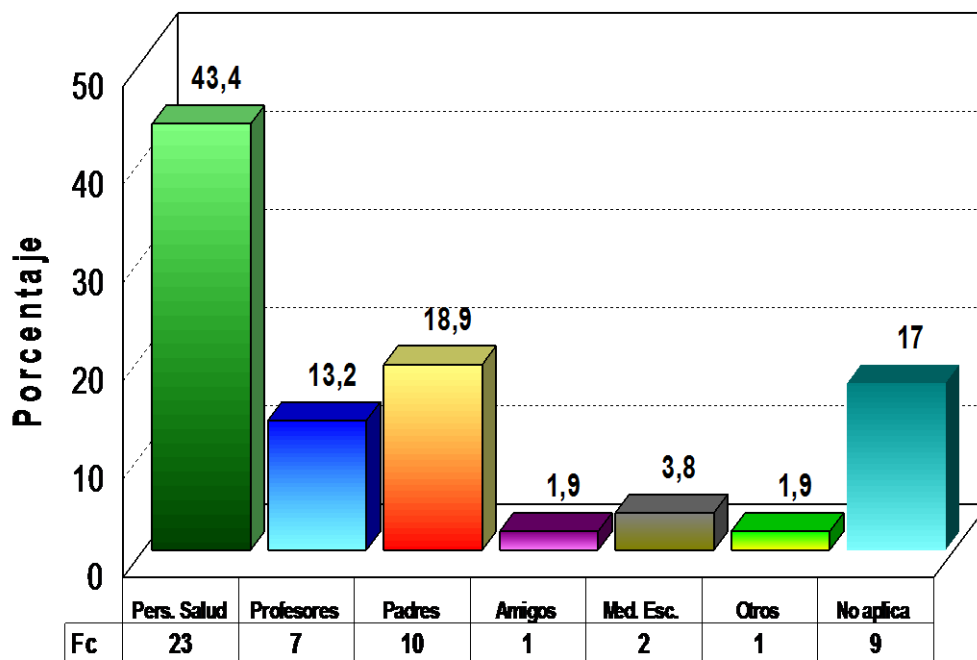
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

23 adolescentes (43.4%) recibieron información de algún personal de salud, 7 (13.2%) de sus profesores, 10 (18.9%) de los padres, 1 (1.9%) la recibió de amigos, 2 (3.8%) de médicos escolares, 1 (1.9%) obtuvo la información por otros medios. De las 44 adolescentes que sí recibieron información sobre PF, 32 (73%) la recibieron de personas que se consideran capacitadas sobre el tema.

Gráfica 10

N=53

Proporcionó información sobre métodos anticonceptivos.



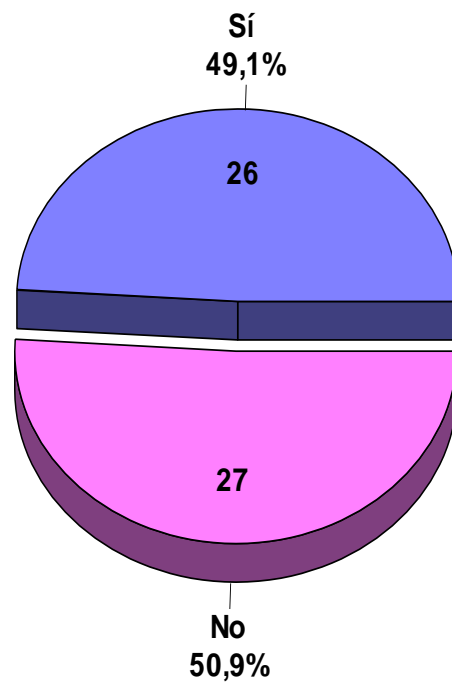
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, 26 adolescentes (49.1%) respondieron afirmativamente al uso de algún método de ellos, 27 (50.9%) no utilizó ninguno antes de quedar embarazada. Para una razón de casi 1 a 1, lo que probablemente significa que algunas a pesar de tener información sobre métodos de PF, no los han utilizado.

Gráfica 11

Uso de métodos anticonceptivos.

N=53

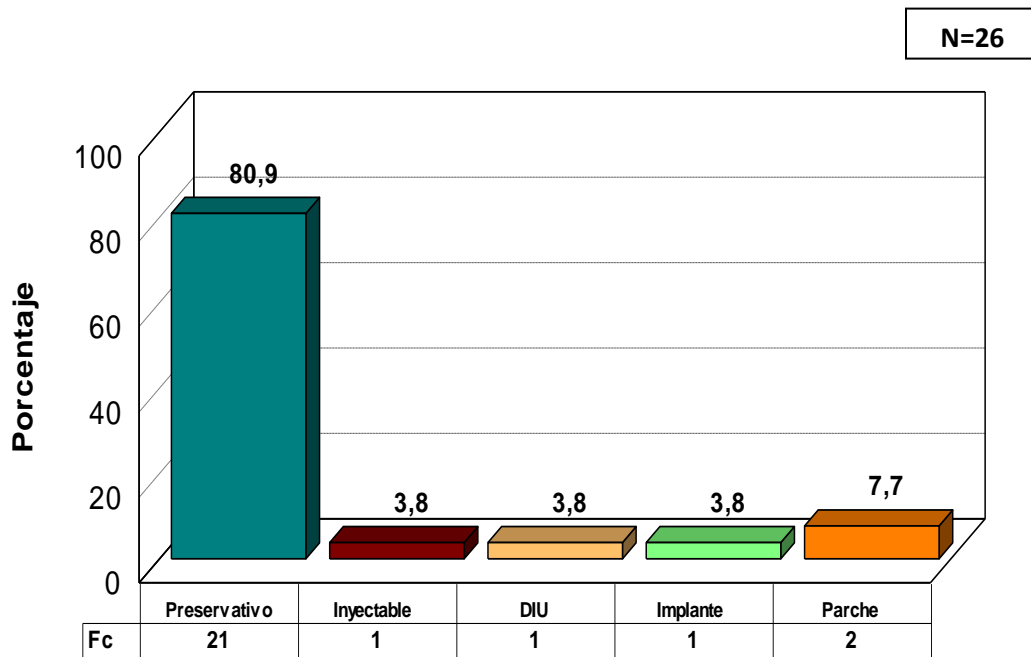


Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

De las 26 (100%) que sí utilizaron algunos métodos anticonceptivos, 21 (80.9%) respondieron haber usado el preservativo, siendo el método más utilizado, 2 (7.7%) utilizaron parche, 1 respondió haber utilizado inyectable, 1 DIU y 1 implante lo que representa el (3.8%) para cada método. Como se observa, predominó el método que presenta la menor efectividad para el control de la natalidad.

Gráfica 12

Tipo de método anticonceptivo utilizado.

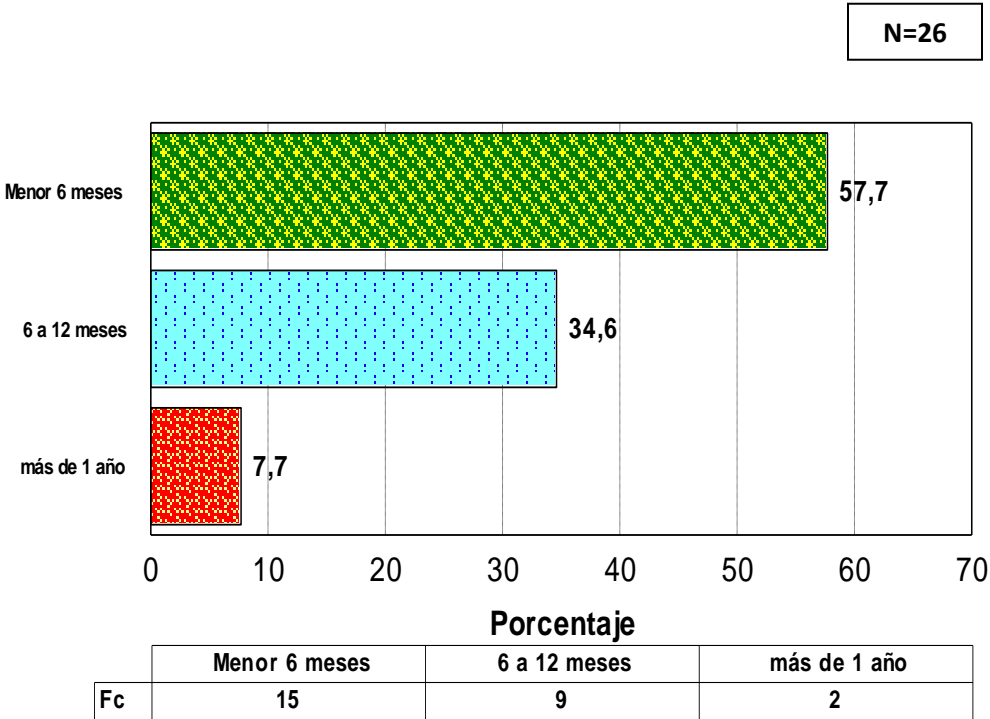


Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Del total de las adolescentes que utilizaron PF, 15 (57.7%) lo utilizó menos de 6 meses, 9 (34.6%) lo utilizaron entre 6 y 12 meses y 2 (7.7%) durante más de 1 año. Para una razón de 12 personas que lo utilizaron por menos de un año, por una que lo usó por más de esa fecha.

Gráfica 13

Tiempo de utilización de métodos anticonceptivo.

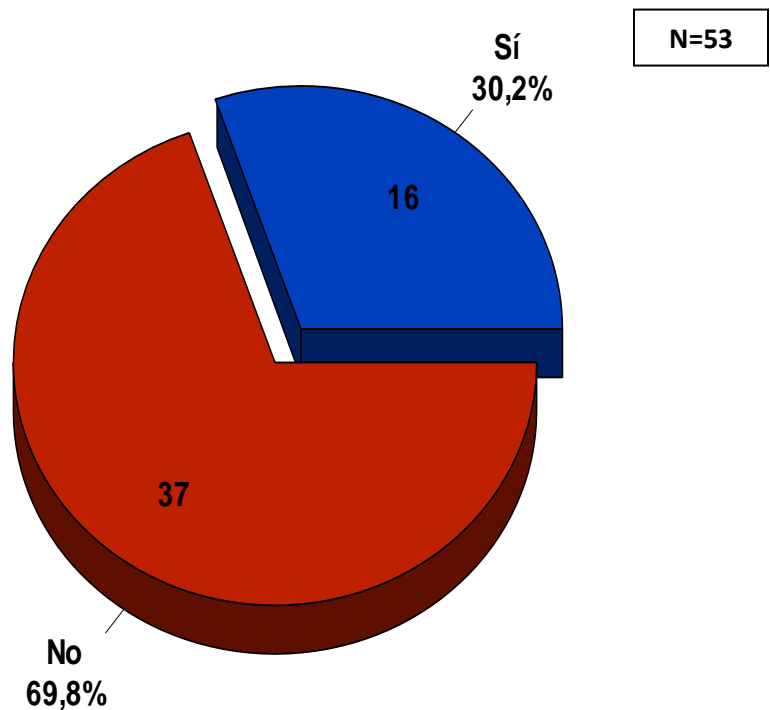


Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Al indagar a cerca de la planeación de su embarazo de las 53 adolescentes, 37 (69.8%) respondieron no haber planeado su gestación actual, solo 16 (30.2%) respondieron de manera afirmativa. Lo que refleja que la razón fue de 2.3 adolescentes embarazadas que no lo planearon, por una que sí lo hizo.

Gráfica 14

Embarazo actual planeado o no.



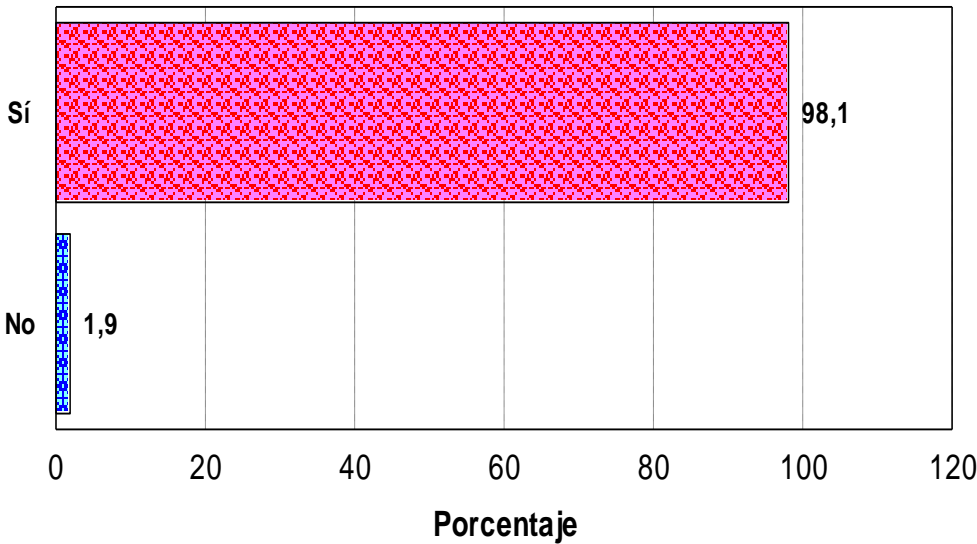
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Para saber si las adolescentes embarazadas acuden o no a control prenatal, se obtuvo que 52 (98.1%) adolescentes si acuden, solo 1 (1.9%) no recibir este beneficio. Lo que nos permite conocer que a pesar de su corta edad tienen responsabilidad en el cuidado de su salud.

Gráfica 15

Control prenatal.

N=53



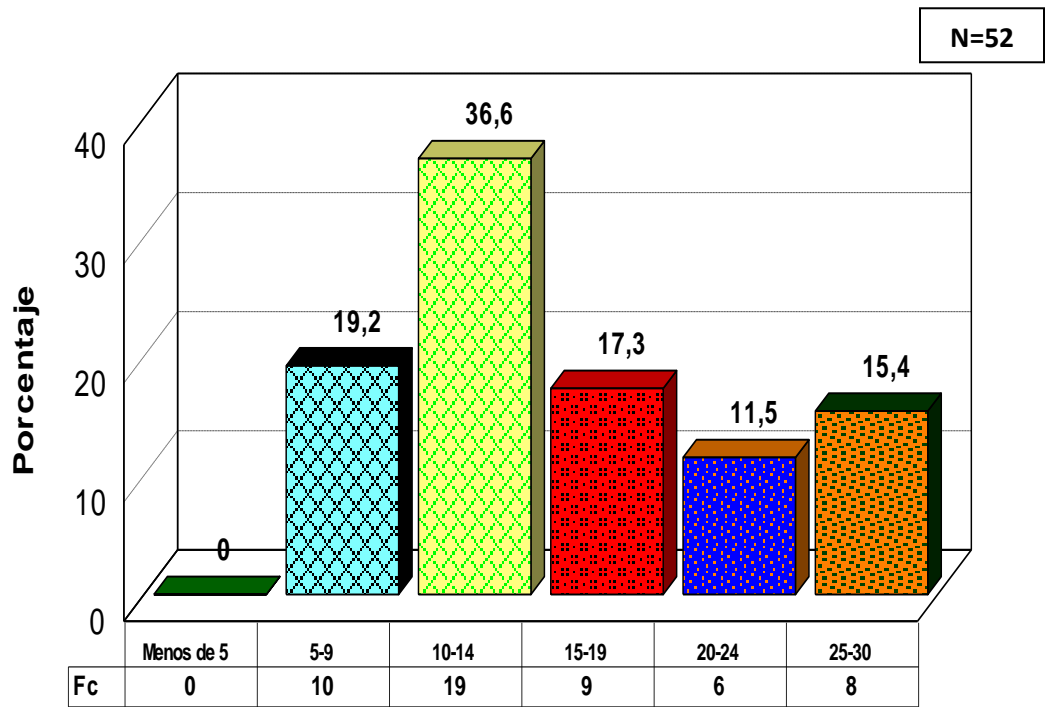
	Sí	No
Fc	52	1

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

La mayoría inició control prenatal entre las semanas 10 – 14 representada por 19 (36.6%), 10 embarazadas (19.2%) lo iniciaron entre las semanas 5 -9, 9 (17.3%) entre 15 – 19 semanas, 6 (11.5%) entre 20 – 24 semanas y 8 (15.4%) lo iniciaron entre 25 – 30 semanas. Con respecto a las medidas de tendencia central la media fue de 15.7 semanas, la mediana 14, moda 12 y las medidas de dispersión la varianza fue de 7.4, con una máxima de 30 semanas y una mínima de 5 semanas para un rango de 25 semanas de gestación.

Gráfica 16

Semanas de gestación al inicio control prenatal.

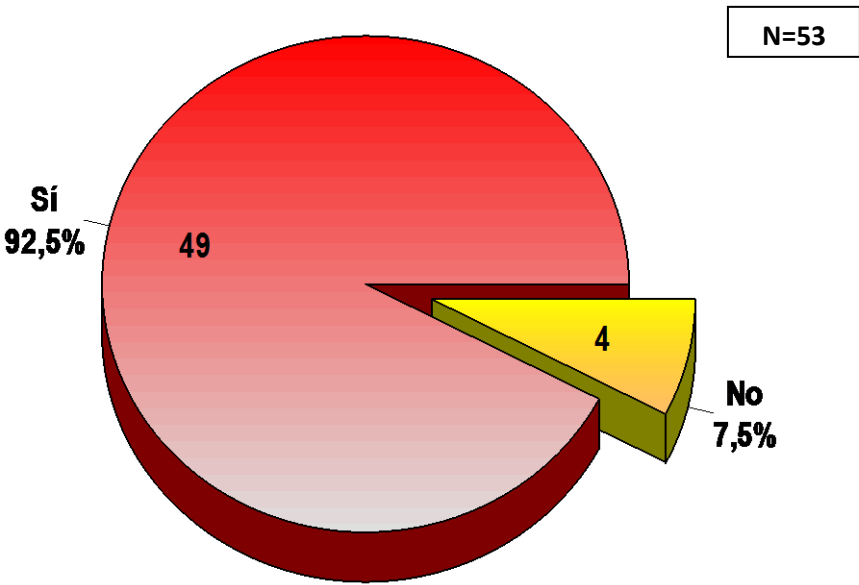


Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Del total de la muestra, 49 adolescentes (92.5%) era la primera vez que se embarazaban, 4 (7.5%) de ellas ya cursaban con el segundo o tercer embarazo. La razón fue de 12.2 primigestas por una secundigesta.

Gráfica 17

Primer embarazo de la adolescente.



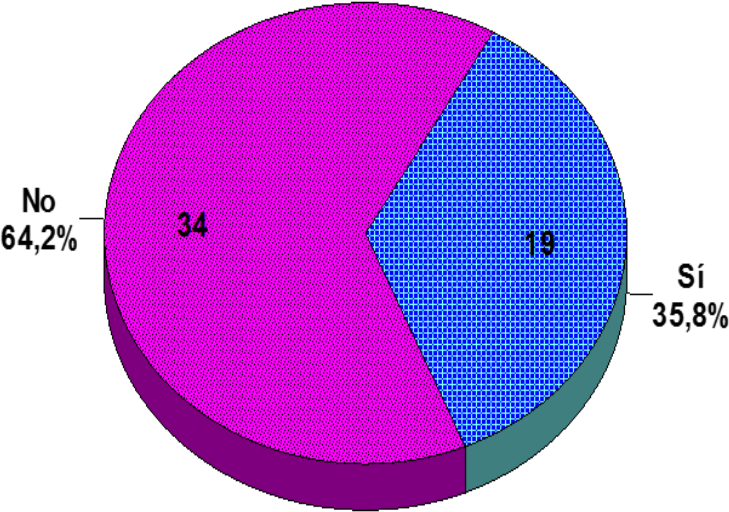
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

34 adolescentes (64.2%) no son acompañadas por su pareja a recibir atención prenatal, solo 19 (35.8%) sí las acompaña su pareja a recibir la atención. Para una razón de 1.8 personas que acuden solas a su control prenatal por una que lo hace acompañada por su pareja.

Gráfica 18

Acude a control prenatal acompañada de su pareja

N= 53

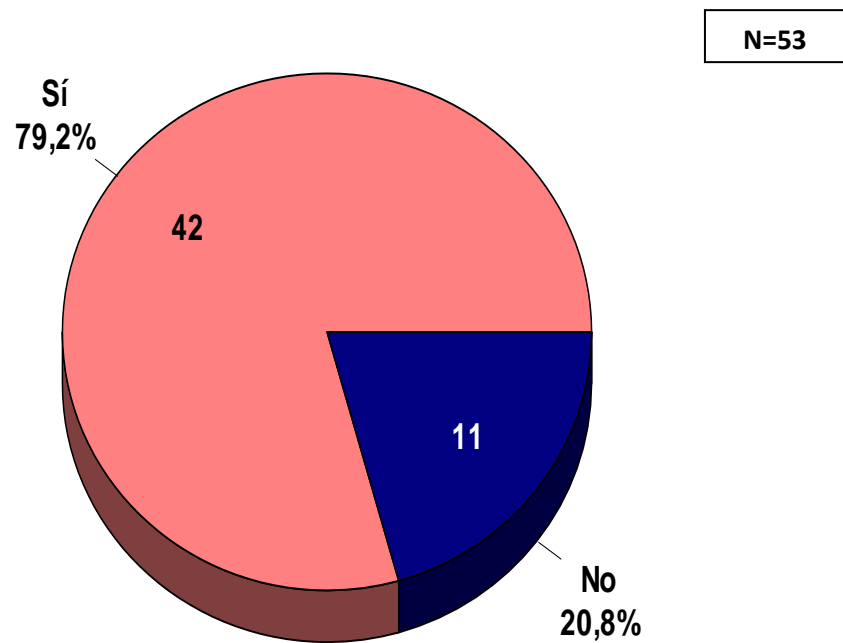


Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Acerca del conocimiento que tienen las adolescente sobre los antecedentes reproductivos de su mamá se encontró que 42 (79.2%) conocen la edad del primer embarazo de su mamá, 11 (20.8%) la desconocen. Con una razón de 3.8 que sí sabían por una que lo desconoció.

Gráfica 19

Conoce la edad de su mamá cuando tuvo su primer embarazo.



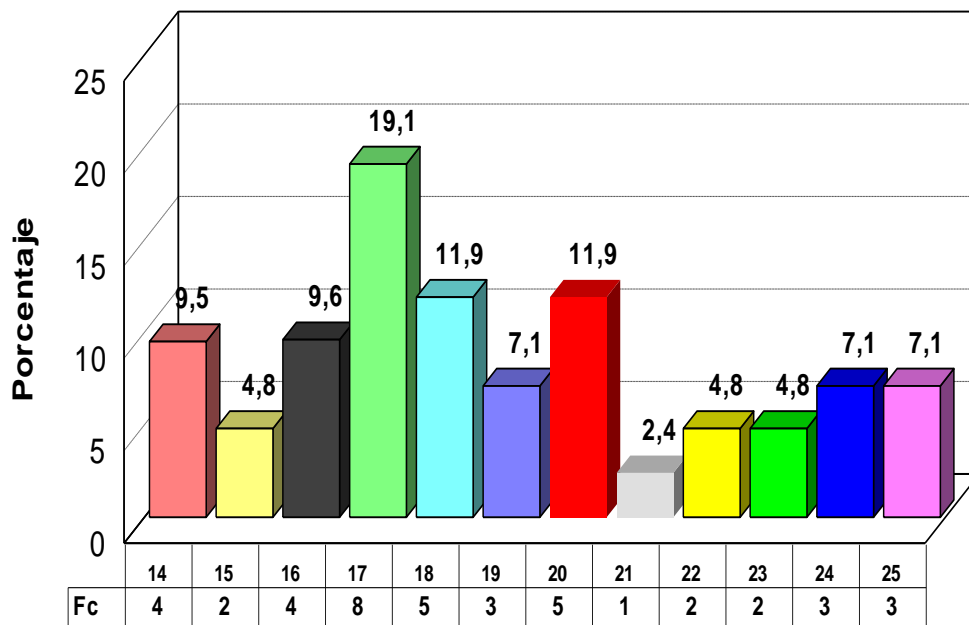
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

De las 42 mamás que se conoció la edad de su primer embarazo, 4 (9.5%) de ellas tuvieron su primer hijo a los 14 años, 2 (4.8%) a los 15, 4 (9.5%) a los 16 años, 8 (19.1%) a los 17 años, 5 (11.9%) a los 18 años, 3 (7.1%) a los 19 años, 5 (11.9%), a los 20 años, 1 (2.4%) a los 21 años, 2 (4.8%) a los 22 años, 2 más (4.8%) a los 23 años, 3 a los 24 y 25 años respectivamente lo que equivale a 7.1% para cada edad. El promedio de edad fue de 14.9 años, mediana de 17 años, la moda fue de 17, la desviación estándar de 8.2, la edad mínima de 14 años y la máxima de 25 años, con un rango de 11 años entre ellas.

Gráfica 20

N=42

Edad de la mamá en su primer embarazo.



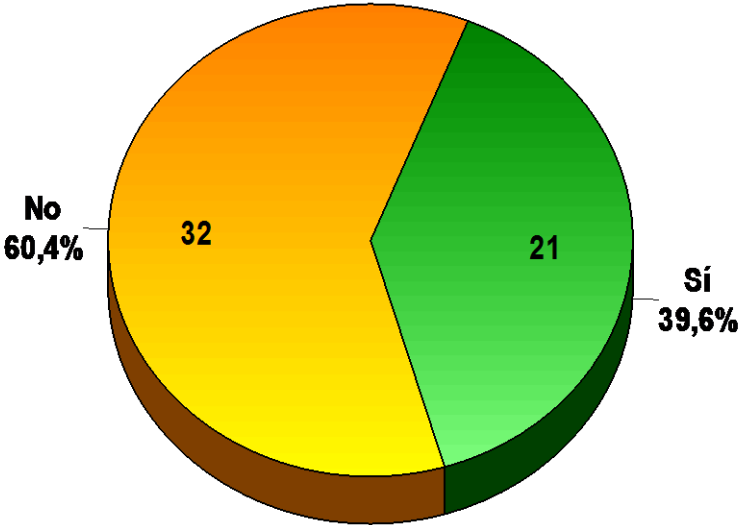
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Del total de las adolescentes, 32 (60.4%) ya no estudiaban al momento del diagnóstico de su embarazo, 21 (39.6%) de ellas se encontraba estudiando en ese momento. Siendo la razón de 1.5 adolescentes que no estudiaban en ese momento, por una que sí lo hacía.

Gráfica 21

Estaba estudiando cuando se embarazó.

N=53



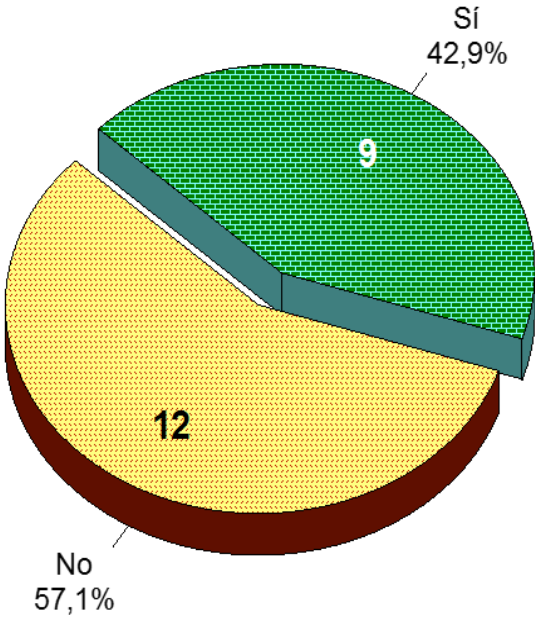
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

De las 21 adolescentes que al momento de embarazarse se encontraban estudiando, 9 (43%) continúan estudiando y 12 (57%) abandonaron sus estudios. Para una razón de 1.3 que no continuaron sus estudios por una que sí lo hizo. Observando que más de la mitad presenta deserción escolar.

Gráfica 22

Continúas Estudiando.

N=21

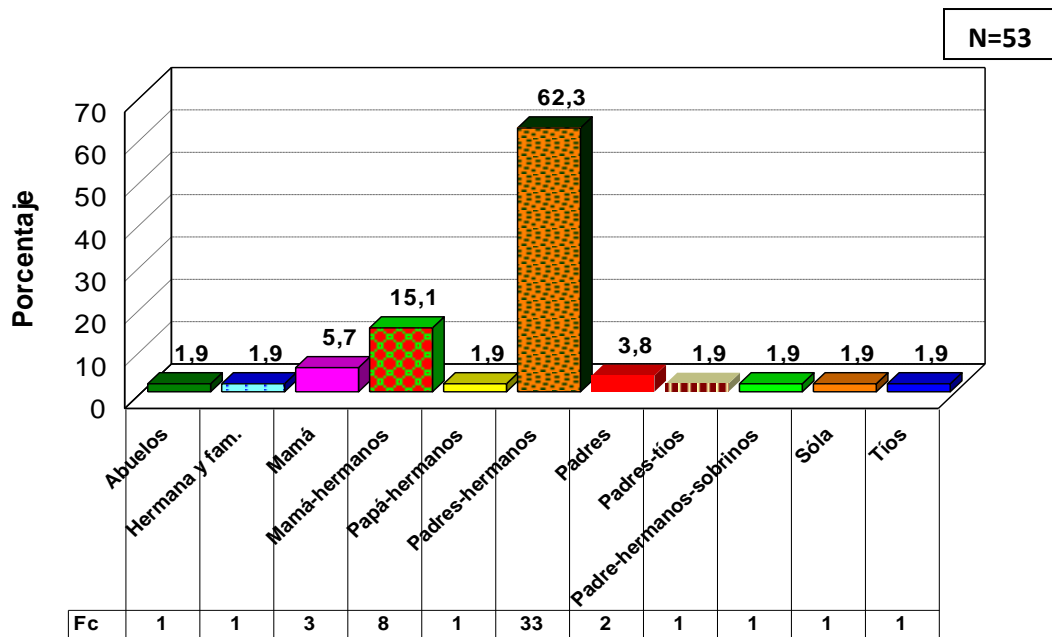


Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Sobre las personas que vivían bajo el mismo techo se encontró que 33 (62.3%) adolescentes vivían con sus padres y hermanos antes de quedar embarazada, 8 (15.1%) vivían únicamente con la mamá y hermanos, 3 (5.7%) solo con su mamá, 2 (3.8%) con ambos padres sin hermanos, 1 (1.9%) con tíos, 1 (1.9%) con papá y hermanos, 1 (1.9%) con su hermana y sobrinos, 1 (1.9%) vivía sola, 1 (1.9%) con otras personas, 1 (1.9%) con sus abuelos.

Gráfica 23

Antes de su embarazo con quien vivía la adolescente embarazada.



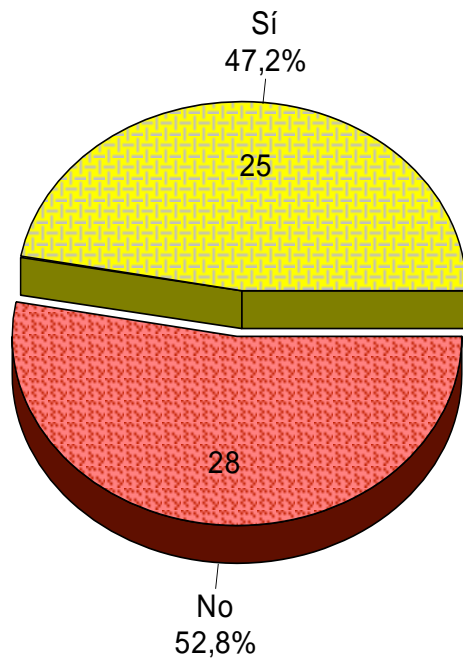
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Más de la mitad de las adolescentes embarazadas, 28 (52.8%) respondieron no haber platicado con sus padres sobre sexualidad, 25 (47.2%) si platicaron sobre el tema. Para una razón de casi una a una.

Gráfica 24

Información sobre sexualidad por los padres.

N=53

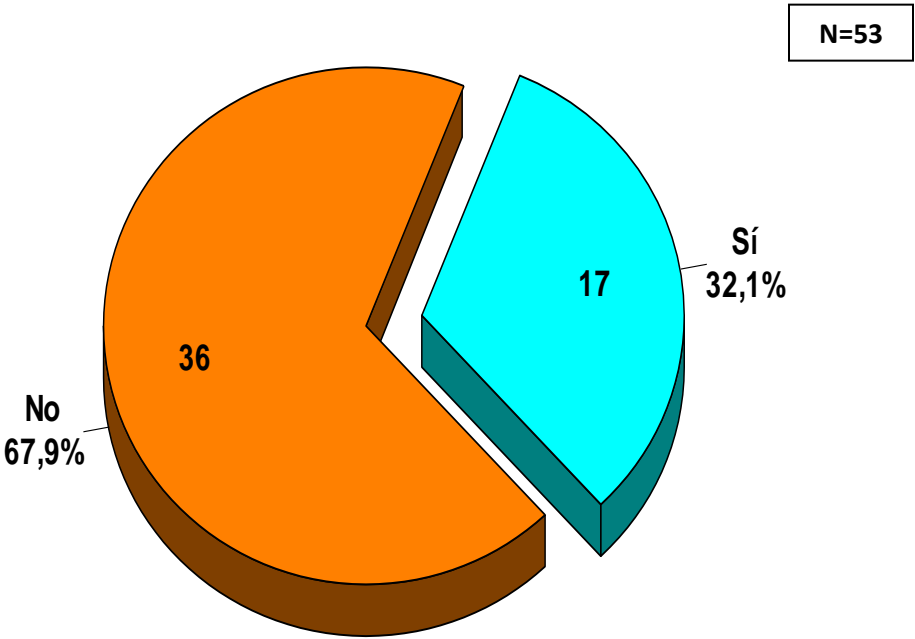


Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

De 53 adolescentes encuestadas 36 (67.9%) respondieron no haber tenido alguna hermana con embarazo en la adolescencia, 17(32.1%) respondieron afirmativamente. Para una razón de 2.1 que no tenían el antecedente por una que sí lo tuvo.

Gráfica 25

Hermanas de la adolescente embarazada con embarazos en la misma etapa.



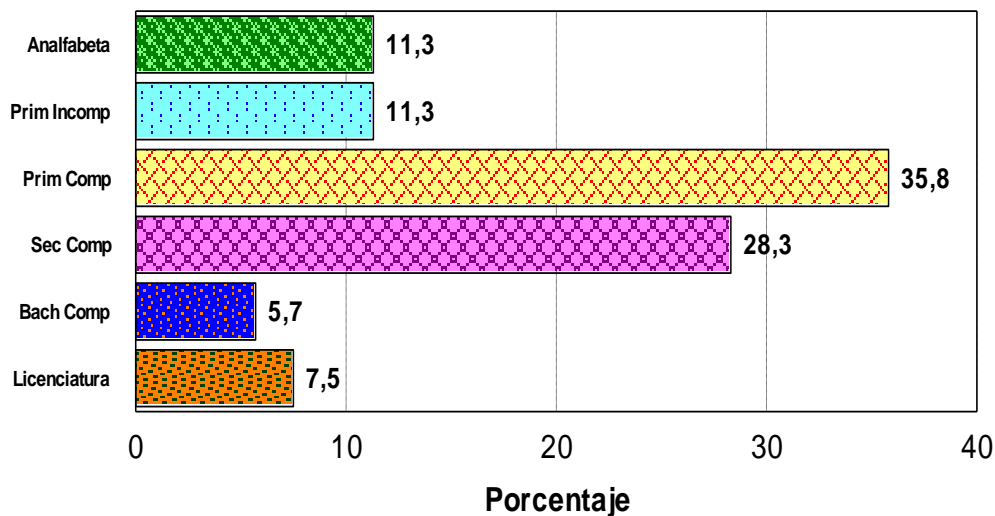
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Con respecto a la escolaridad de la mamá se encontró que 40 (75.5%) de ellas registran una baja escolaridad solo hasta nivel secundaria, 6 de ellas son analfabetas (11.3%) y solo 7 madres (13.2%) con de nivel medio superior o más, lo que puede ser un factor de riesgo para tener hijas con embarazos en la adolescencia. Para una razón de 6.6 personas con una baja o nula escolaridad por cada una que tiene una escolaridad aceptable.

Gráfica 26

Escolaridad de la madre.

N=53



	Analfabeta	Prim Incomp	Prim Comp	Sec Comp	Bach Comp	Licenciatura
Fc	6	6	19	15	3	4

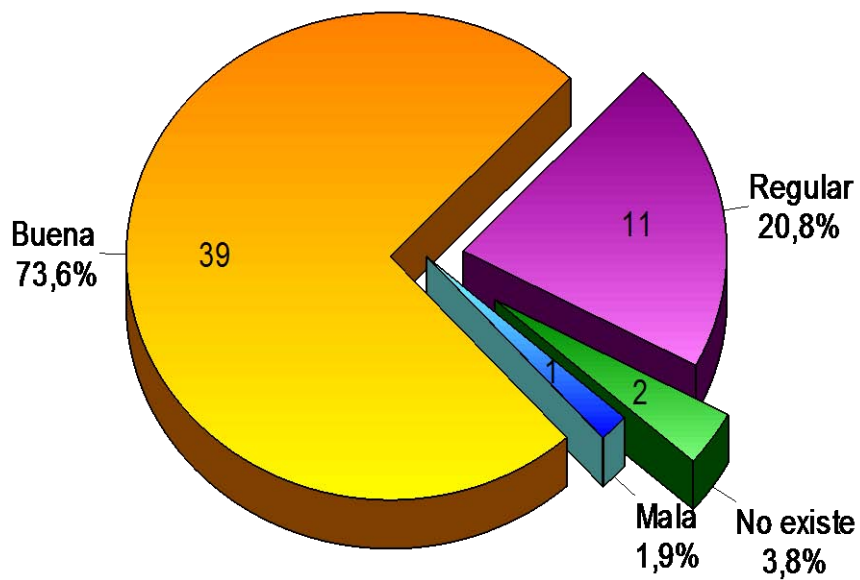
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

En 39 (73.6%) adolescentes se obtuvo que han tenido buena comunicación con su madre, 11 (20.8%) dijeron que era regular, en 2 (3.8%) no existía comunicación de ningún tipo, y una adolescente (1.9%) dijo que su comunicación era mala. Para una razón de 2.8 personas con una buena comunicación por cada adolescente que fue regular, mala o nula. A pesar de esto, se presenta el fenómeno de embarazos en adolescentes.

Gráfica 27

Comunicación entre la adolescente embarazada y su mamá

N=53

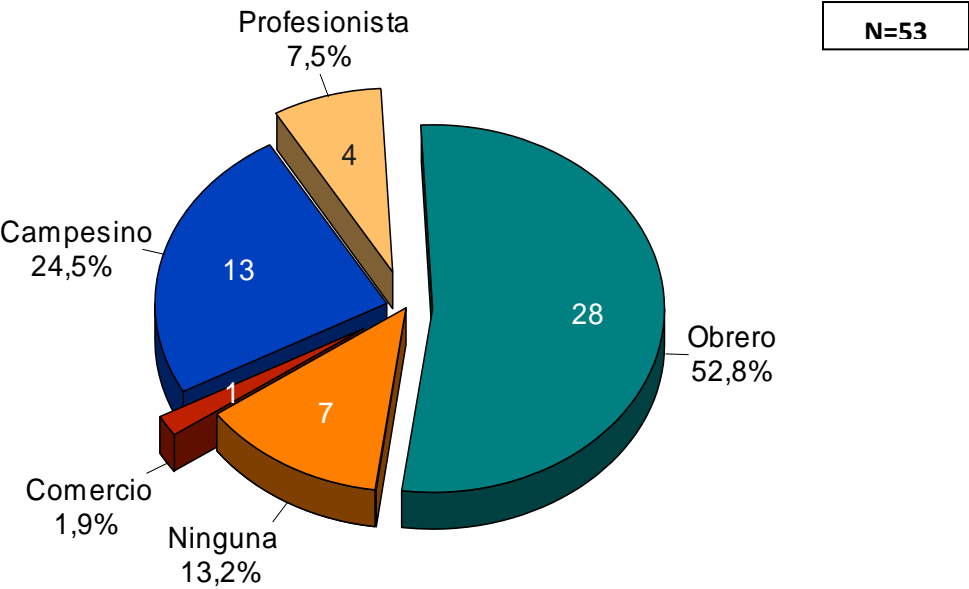


Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Con relación a la ocupación, 28 (52.8%) de ellos notificaron que eran obreros, 13 (24.5 %) campesinos, 7 (13,2%) ninguna, 4 (7.5 %) profesionista y 1 (1.9%) se dedica al comercio. A pesar de que esta cabecera municipal se considera zona agrícola, el porcentaje es muy bajo en esta actividad (24.5%), desempeñándose en otras actividades. Así mismo, la información de 7 adolescentes (13.2%) informaron que no tenían ninguna ocupación, se trató de adolescentes que no conocieron a su padre (por defunción o por abandono).

Gráfica 28

Ocupación del Padre de la adolescente embarazada.

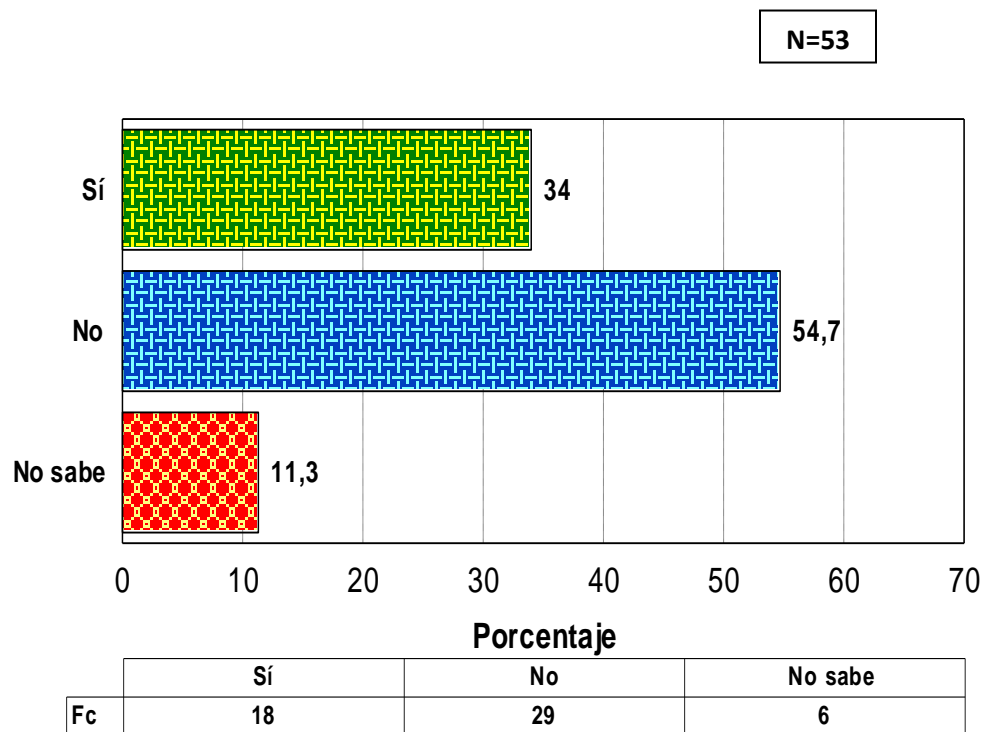


Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Con respecto a la presencia de algún tipo de adicción, 18 de ellas (34%) respondieron afirmativamente, 29 (54.7%) respondieron que no, y 6 (11.3%) lo desconocían. Para una razón de 1.6 padres que no tuvieron ninguna adicción por uno que sí la tuvo. Predominan los padres sin adicciones, lo cual no se considera un factor de riesgo para embarazos en las hijas adolescentes.

Gráfica 29

Adicciones en los padres.

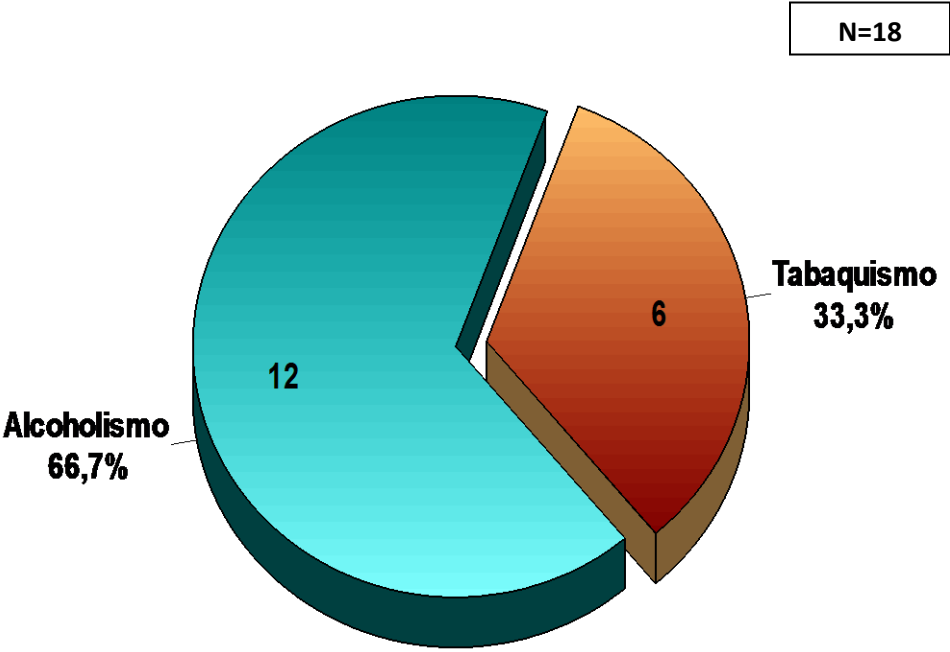


Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Del total de los padres que tenían una adicción que corresponden a 18 (100%), en 6 (33.3%) fue tabaquismo y en 12 (66.7%) alcoholismo, para una razón de 2 padres con alcoholismo por uno con tabaquismo.

Gráfica 30

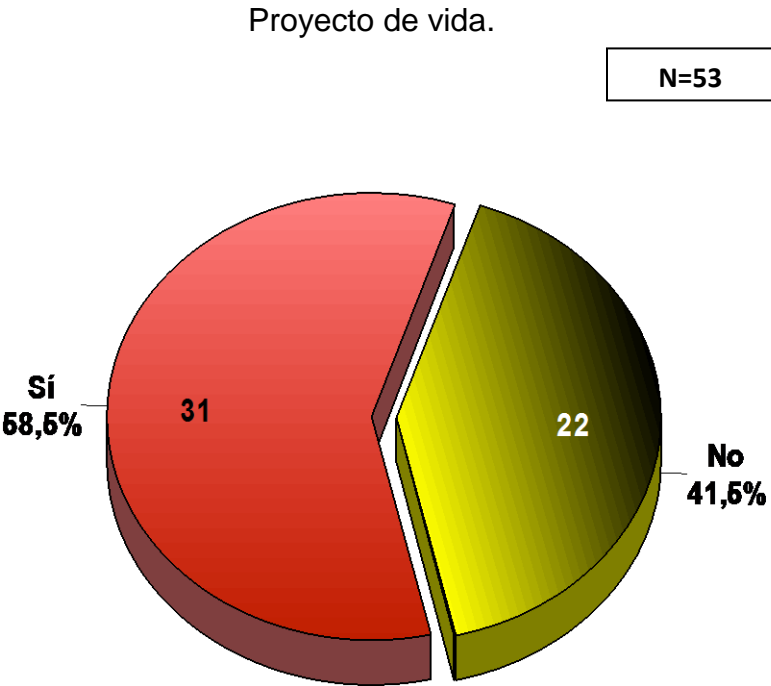
Tipo de adicción en los padres.



Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Al cuestionar si hubo modificación a cerca del proyecto de vida, 31 de ellas (58.5%) respondieron que sí, 22 (41.5%) respondió que no. Lo que significa una razón de 1.4 que sí por una que respondió que no hubo relación de su embarazo con su proyecto de vida.

Gráfica 31



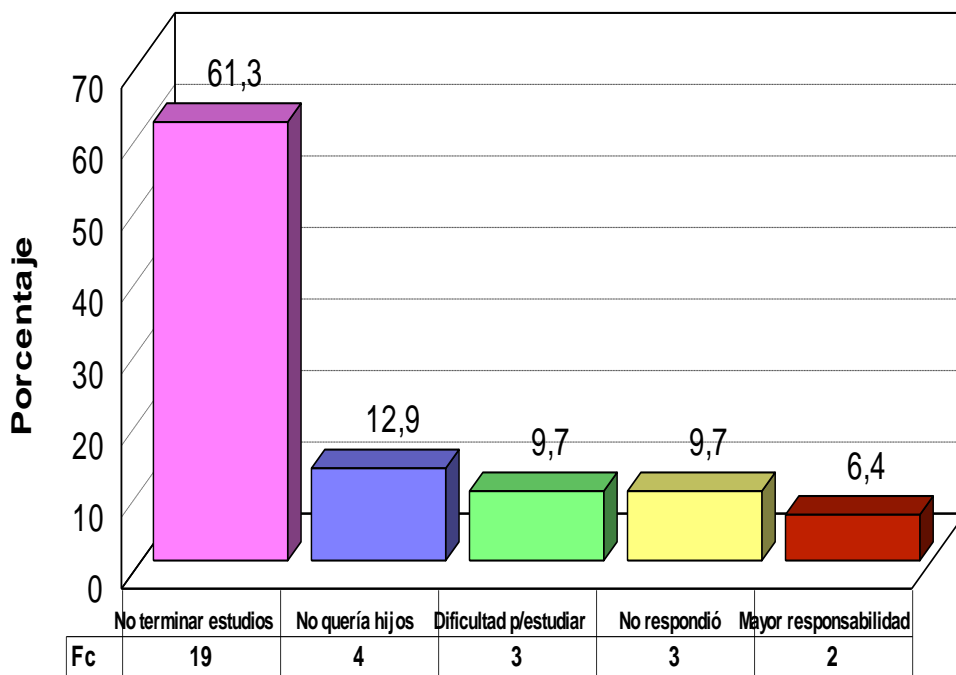
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

De las 31 adolescentes embarazadas que respondieron que su embarazo modificó su proyecto de vida fue por lo siguiente: 19 de las 31 (61.3%) contestó: por no terminar sus estudios, 4 (12.9%) ya no querían más hijos, 3 (9.7%) respondieron que tendrían más dificultad para estudiar, 3 (9.7%) no respondieron, 2 (6.4%) de ellas respondieron que porque tendrán mayor responsabilidad. Estos resultados observados en esta gráfica, nos permite suponer que un embarazo en la adolescencia es el principal factor para interrumpir sus estudios así como para continuarlos.

Gráfica 32

Causas de modificación: proyecto de vida.

N=31



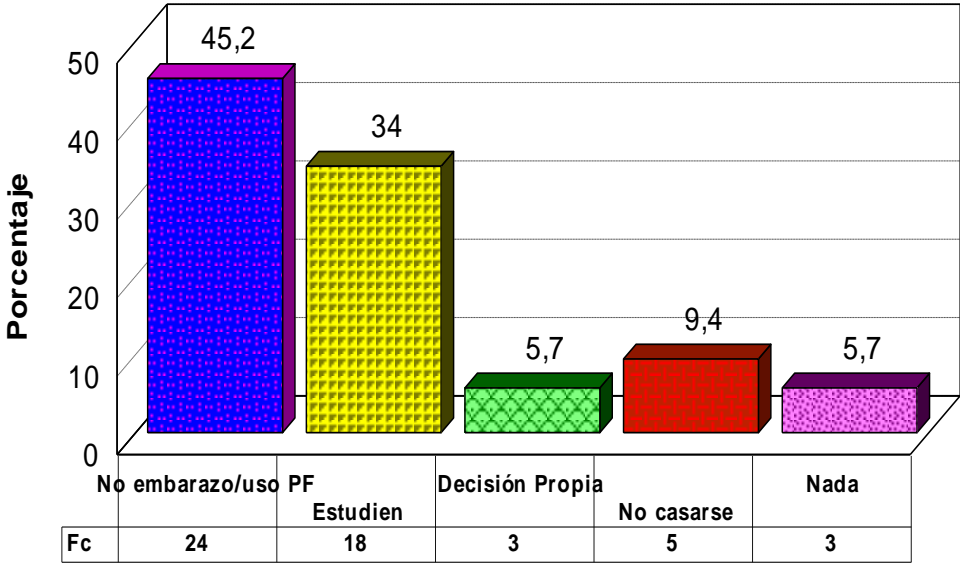
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

De acuerdo a las recomendaciones, encontramos que 24 de ellas (45.2%), les recomiendan no embarazarse y/o utilizar algún método de PF, 18 (34%) sugieren que sigan estudiando, 6 (9.4%) que no se casen, 3 (5.7%) que ellas decidan e igual número no recomienda nada 3 (5.7%). Como se observa, casi la mitad de ellas sugieren no embarazarse a esta edad o utilizar algún método anticonceptivo.

Gráfica 33

Recomendaciones de la adolescente embarazada a las jóvenes.

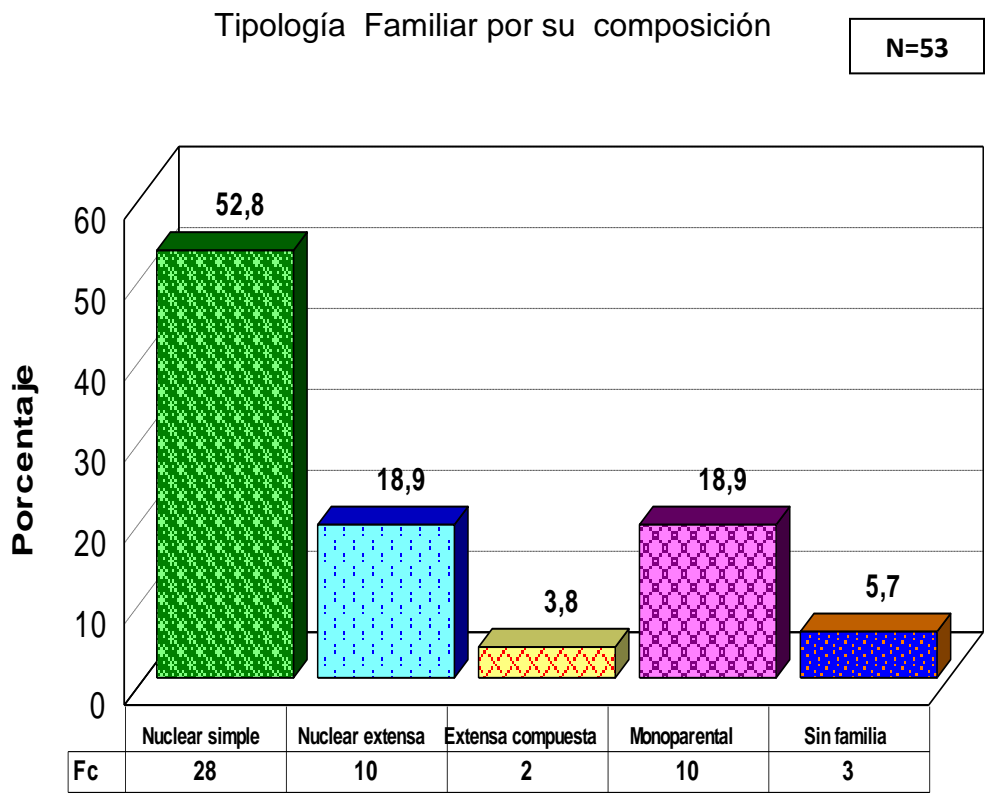
N=53



Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

28 (52.8%) contaba con una familia nuclear simple, 10 (18.9%) tenía una familia nuclear extensa, 10 (18.9%) una monoparental, 3 (5.7%) adolescentes no vivían con familia y 2 (3.8%) de ellas contaban con una familia extensa compuesta. Los resultados anteriores, nos permite observar que más de la mitad de las adolescentes pertenecía a una familia nuclear simple (mamá, papá y hermanos) al momento de embarazarse. Además de que encontramos casi una quinta parte de la muestra con una familia monoparental (un solo progenitor: mamá o papá).

Gráfica 34



Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

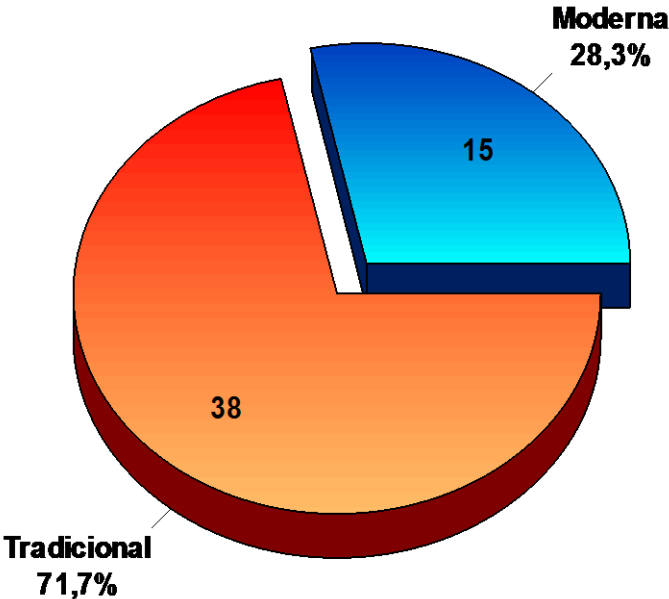
38 (71.7%), pertenecían a una familia tradicional, 15 (28.3%) tenían una familia moderna. Para una razón de 2.5 familias tradicionales por una moderna, lo que tal vez se deba a que aunque sea una cabecera municipal, no deja de ser una zona semi-rural, donde no existen tantas oportunidades laborales para la mujer.

Dichos resultados pueden reflejar que el hecho de que la mamá trabaje, no implica un factor de riesgo para el embarazo en la adolescencia.

Gráfica 35

Tipología Familiar por su desarrollo.

N=53



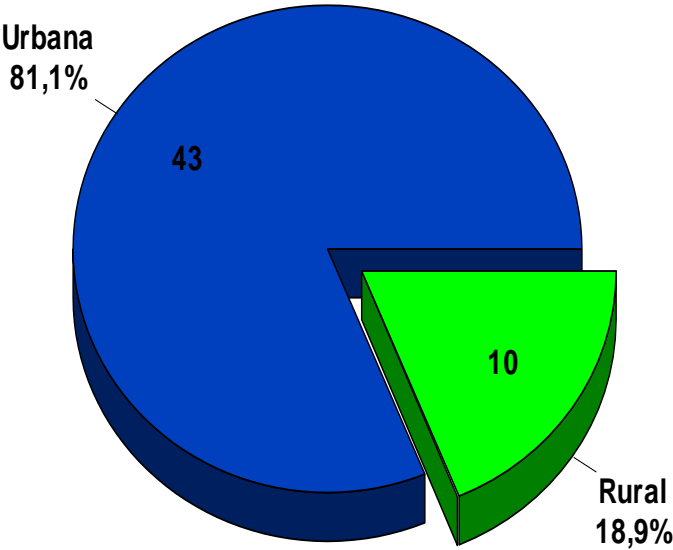
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Para considerar como población urbana se tomó como parámetro que contaran por lo menos con tres servicios básicos entre los que contemplamos agua entubada, luz eléctrica y alcantarillado, en base a esto encontramos que, 43 (81.1%) adolescentes vivían en una zona urbana, y el 10 (18.9%) en una zona rural. Para una razón de 4.3 hogares urbanos por uno rural.

Gráfica 36

Tipología Familiar por su geografía.

N=53



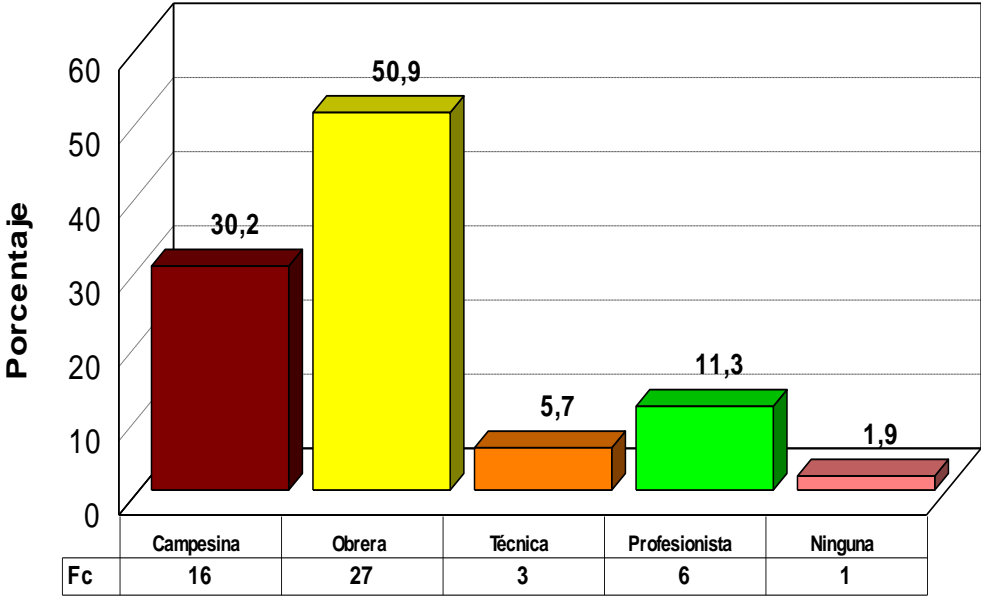
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

La mitad de los jefes de familia (padre o madre) de las adolescentes embarazadas son obreros, 27 personas (50.9%), 16 son campesinos (30.2%), 6 ejercen alguna profesión (11.3%), 3 tienen ocupación técnica (5.7%) y 1 se encuentra desocupado (1.9%). Encontramos que el municipio de Cocula es catalogado como una zona agrícola, sin embargo nos damos cuenta que en la actualidad en una muestra de 53 familias, solo una tercera parte se dedica a labores del campo, predominando la ocupación de obrero.

Gráfica 37

Tipología Familiar por su ocupación.

N=53



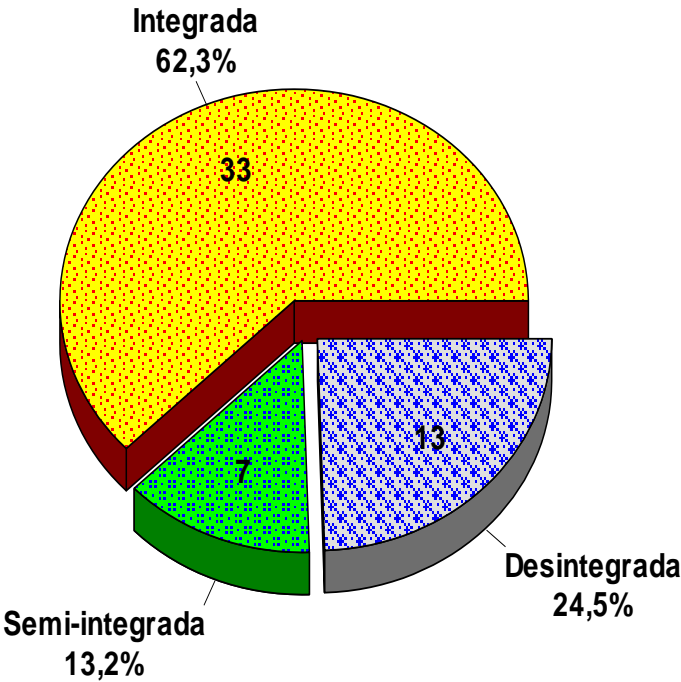
Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

Considerando la integración familiar como la presencia de ambos padres en el hogar, pero que además cumplan con sus funciones, encontramos que 33 familias se encuentran integradas (62.3%) 13 familias (24.5%) están desintegradas, es decir solo vive algunos de los 2 padres en el hogar, 7 de ellas (13.2%) están semi-integradas, lo que corresponde a que pueden vivir ambos padres pero alguno de ellos no cumple con sus funciones. Para una razón de 1.7 familias integradas por una que no está bien integrada.

Gráfica 38

Tipo de Familia por su integración.

N=53



Fuente: Instrumento de recolección de la Información.

CRUCE DE VARIABLES (cuadros de contingencia)

Relación entre menarca/edad de inicio de vida sexual activa (VSA), se observó que las adolescentes que informaron haber tenido su menarca a más temprana edad, iniciaron la VSA también más jóvenes, es decir, las que presentaron su menarca antes de los 12 años, ya que se observa que de 30 adolescentes con menarca hasta los 12 años, 12 de ellas, (40%) iniciaron su VSA antes de los 15 años de edad, por lo que se puede concluir que sí existe una asociación o relación significativa entre ambas variables con un Chi-Cuadrado de 46.6.

Menarca	Inicio de Vida Sexual Activa							
	12	13	14	15	16	17	18	Total
9	1	0	1	0	0	0	0	2
10	0	1	2	2	2	1	1	9
11	0	1	2	2	0	3	0	8
12	0	2	2	5	6	1	3	19
13	0	0	0	3	5	3	2	13
15	0	0	0	0	1	0	1	2
Total	1	4	7	12	14	8	7	53

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46.685 ^a	30	.027
Razón de verosimilitudes	33.766	30	.290
Asociación lineal por lineal	8.117	1	.004
N de casos válidos	53		

Relación entre edad/antecedente de una hermana con embarazo en la adolescencia. Del total de las adolescentes embarazadas 17 (32%) tienen el antecedente positivo, repitiéndose la historia, observándose que a mayor edad de la adolescente embarazada estudiada, más relación tuvo del antecedente de una hermana en la misma situación que ella, con un resultado de un Chi-cuadrado de 5.2.

Edad en años De la adolescente embarazada	¿Tienes hermanas que hayan tenido algún hijo entre los 10-19 años?		Total
	Sí	No	
14	2	2	4
15	4	2	6
16	1	5	6
17	5	14	19
18	2	7	9
19	3	6	9
Total	17	36	53

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.236 ^a	5	.388
Razón de verosimilitudes	5.026	5	.413
Asociación lineal por lineal	1.481	1	.224
N de casos válidos	53		

Relación entre edad/edad del primer embarazo de la mamá de las adolescentes. De las 53 adolescentes 11 (20.8%) de ellas ignoraban al momento de la entrevista la edad que tuvo su mamá cuando presentó su primer embarazo, de las 42 adolescentes que sí informaron sobre la edad de su madre al momento de su primer embarazo, el resultado fue que 26 de ellas (61.9%) también presentaron su embarazo en la misma etapa de la adolescencia, observando un patrón repetitivo, reforzándose con la medida de asociación de chi-cuadrado de 68.4.

Edad de la adolescente embarazada	En caso afirmativo ¿A qué edad?													
	0 *	1 4	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
14	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	4
15	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	6
16	2	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	6
17	5	1	0	1	3	2	1	3	0	1	1	1	0	19
18	3	0	0	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	9
19	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	2	2	9
Total	11	4	2	4	8	5	3	5	1	2	2	3	3	53

* 0= Adolescente que desconocía a qué edad tuvo su primer embarazo su mamá.

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	68.487 ^a	60	.212
Razón de verosimilitudes	62.560	60	.385
Asociación lineal por lineal	.254	1	.614
N de casos válidos	53		

Relación entre el lugar donde la adolescente embarazada recibió información acerca de P.F./método utilizado, de las 53 adolescentes estudiadas, 26 (59.1%) de ellas recibieron información antes de su embarazo y de este total, 20 (76.9%) recibieron una información más formal, completa y confiable (escuela e Institución de Salud) e hicieron un poco más uso de métodos más confiables como hormonales inyectables, DIU, implantes y parches hormonales (4 personas), pero predominó el método menos seguro que es el preservativo (16 personas). Siendo la medida de asociación Chi-cuadrado de 23.8.

¿En Donde recibió información acerca de P.F.?	Respuesta positiva ¿qué método utilizaste?						
	Condón	Inyección	DIU	Implante	Parche	No aplica	Total
Hogar	5	0	0	1	0	5	11
Escuela	9	0	0	0	0	6	15
Institución de Salud	7	1	1	0	2	6	17
Otro	0	0	0	0	0	1	1
no aplica	0	0	0	0	0	9	9
Total	21	1	1	1	2	27	53

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)

Relación entre edad/Tipología Familiar por su composición, se observó que predomina la familia nuclear simple con 28 personas (52.8%), seguido de las familias nucleares extensas y monoparental con 10 personas (18.9%) para cada una respectivamente. La familia nuclear simple es más frecuente en las mayores de 17 años, se observa que predomina este mismo tipo de familias en las adolescentes de 17 años. También se observa que no es muy común encontrar familias extensas compuestas y que sólo tres adolescentes se encontraron viviendo solas. Para una asociación de Chi-cuadrado de 30.6.

Edad en años	Tipología Familiar por su Composición					
	Nuclear simple	Nuclear Extensa	Extensa compuesta	Monoparental	Sin Familia	Total
14	2	0	0	2	0	4
15	6	0	0	0	0	6
16	1	5	0	0	0	6
17	10	2	1	4	2	19
18	3	2	1	2	1	9
19	6	1	0	2	0	9
Total	28	10	2	10	3	53

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30.631 ^a	20	.060
Razón de verosimilitudes	29.937	20	.071
Asociación lineal por lineal	.323	1	.570
N de casos válidos	53		

Relación entre edad en años de la adolescente/Tipología Familiar por su desarrollo, se observa que en el tipo de familia que predomina es la tradicional con 38 personas (71.7%), y de éstas, es más frecuente en las adolescentes de 17 años de edad, con 13 personas (34.2%) del total. Para una asociación de Chi-cuadrado de 6.2.

Edad en años	Tipología Familiar por su Desarrollo		Total
	Moderna	Tradicional	
14	2	2	4
15	2	4	6
16	1	5	6
17	6	13	19
18	0	9	9
19	4	5	9
Total	15	38	53

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.212 ^a	5	.286
Razón de verosimilitudes	8.499	5	.131
Asociación lineal por lineal	.202	1	.653
N de casos válidos	53		

Relación entre edad/Tipología Familiar por su geografía, a pesar de que es una cabecera municipal, todavía se detectaron 10 (18.9%) familias sin servicios básicos municipales como energía eléctrica, agua entubada y alcantarillado (18.9%), aunque predominaron las familias urbanas con que cuentan con estos servicios, para una asociación de Chi-cuadrado de 10.6.

Edad en años	Tipología Familiar por su Geografía		Total
	Urbana	Rural	
14	1	3	4
15	5	1	6
16	4	2	6
17	17	2	19
18	8	1	9
19	8	1	9
Total	43	10	53

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.643 ^a	5	.059
Razón de verosimilitudes	8.448	5	.133
Asociación lineal por lineal	5.147	1	.023
N de casos válidos	53		

Relación entre E dad/Tipología Familiar por su ocupación, son más frecuentes las familias cuya actividad es ser Obrero con 27 personas (50.9%), seguidas por los Campesinos con 16 familias (30.2%), así mismo se observa que son pocas las familias con una ocupación de técnico-profesionista con 9 personas (17%), para un Chi-cuadrado de 15.5.

Edad en años	Tipología Familiar por su Ocupación					Total
	Campesino	Obrero	Técnico	Profesional	Ninguna	
14	2	2	0	0	0	4
15	1	4	0	1	0	6
16	3	1	1	1	0	6
17	4	12	1	2	0	19
18	3	5	0	0	1	9
19	3	3	1	2	0	9
Total	16	27	3	6	1	53

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.521 ^a	20	.746
Razón de verosimilitudes	16.349	20	.695
Asociación lineal por lineal	.595	1	.441
N de casos válidos	53		

Relación entre edad/Tipología Familiar por su integración, predomina la familia integrada con 33 personas (62.3%), seguida de la desintegrada con 13 familias (24.5%), para una asociación de Chi-cuadrado de 8.0.

Edad en años	Tipología Familiar por su Integración			Total
	Integrada	Semi-integrada	Desintegrada	
14	2	1	1	4
15	5	1	0	6
16	4	0	2	6
17	11	4	4	19
18	4	1	4	9
19	7	0	2	9
Total	33	7	13	53

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.010 ^a	10	.628
Razón de verosimilitudes	10.929	10	.363
Asociación lineal por lineal	.183	1	.669
N de casos válidos	53		

Relación entre edad/con la escolaridad de la madre, se observa que fueron más frecuentes las adolescentes de 17 años, pero la escolaridad de la madre predominó la primaria completa, seguido de las que tuvieron secundaria completa. Son más frecuentes las madres de estas adolescentes con una escolaridad baja, para un Chi-cuadrado de 21.3.

Edad en años	¿Qué Escolaridad tiene de tu mamá?						Total
	Analfabeta	Bachillerato Completo	Licenciatura	Primaria Completa	Primaria Incompleta	Secundaria Completa	
14	0	0	0	3	1	0	4
15	0	0	1	2	0	3	6
16	1	0	1	3	0	1	6
17	3	1	0	6	3	6	19
18	2	1	0	3	0	3	9
19	0	1	2	2	2	2	9
Total	6	3	4	19	6	15	53

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21.384 ^a	25	.671
Razón de verosimilitudes	27.735	25	.320
N de casos válidos	53		

Relación entre edad en años de la adolescente/adicciones del padre, en este aspecto se observa que las adicciones (tabaco y alcohol) del padre, fueron positivas en 18 (34%) de ellos, para un Chi-cuadrado de 4.0

Edad en años	¿Adicciones de tu papá?			Total
	Sí	No	Se ignora	
14	2	2	0	4
15	2	4	0	6
16	1	4	1	6
17	7	9	3	19
18	4	4	1	9
19	2	6	1	9
Total	18	29	6	53

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.080 ^a	10	.944
Razón de verosimilitudes	5.249	10	.874
Asociación lineal por lineal	.412	1	.521
N de casos válidos	53		

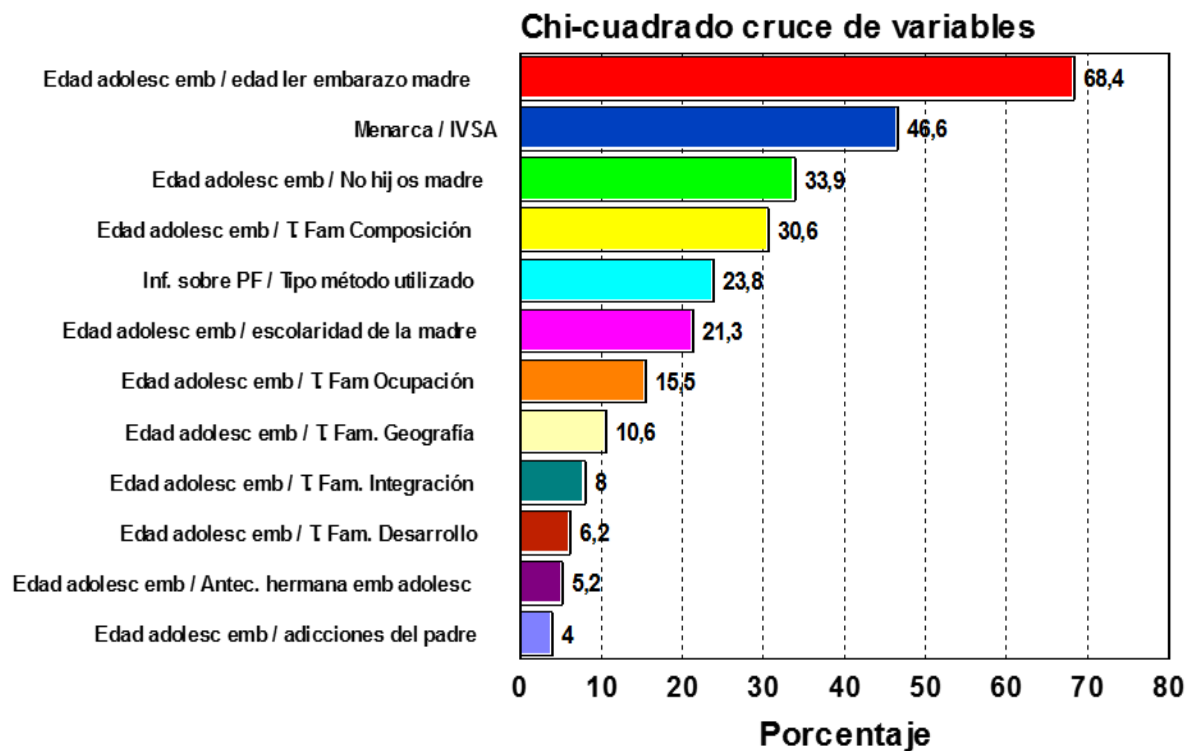
Relación entre edad/con número de hijos de su mamá, se encontró que 46 (86.8%) madres reportaron tener menos de 6 hijos, aún se encontraron familias numerosas, 7 (13.2%) de ellas con más de seis hijos para una asociación de Chi-cuadrado de 33.9.

Edad en años	¿Cuántos hijos tiene tu mamá?									
	1	2	3	4	5	7	8	9	10	Total
14	0	1	0	2	1	0	0	0	0	4
15	1	2	1	1	0	0	0	1	0	6
16	0	1	1	2	2	0	0	0	0	6
17	0	3	5	3	4	0	3	1	0	19
18	0	1	1	4	2	0	0	0	1	9
19	1	1	3	1	2	1	0	0	0	9
Total	2	9	11	13	11	1	3	2	1	53

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	
			.738
Chi-cuadrado de Pearson	33.959 ^a	40	.769
Razón de verosimilitudes	33.164	40	
Asociación lineal por lineal	.190	1	.663
N de casos válidos	53		

Esta gráfica permite observar los diferentes grados de asociación entre los distintos cruces de variables, las cuales tienen un orden decreciente, la edad de la adolescente embarazada tiene una asociación estadísticamente significativa con la edad del primer embarazo de la madre con un riesgo de 68,4 veces para su presentación. El antecedente de tener una madre, con embarazo en la adolescencia incrementa el riesgo. Seguida de la menarca de la adolescente embarazada con el inicio de su vida sexual representada esta relación por un riesgo de 46,6 veces. (A menor edad de la menarca, menor edad de IVS). De igual forma se observa una gran relación entre la edad de la adolescente embarazada y el número de hijos de su mamá con un Chi-cuadrado de 33,9. Por el contrario encontramos una mínima relación entre la edad de la adolescente embarazada con el antecedentes de una hermana con embarazo en la adolescencia con un riesgo de 5,2, veces para su presentación. Misma situación para la relación entre la edad de la adolescente embarazada con la presencia de la adicción de los padres, con un riesgo de 4 veces.



DISCUSIÓN

El estudio tuvo como objetivo determinar la tipología familiar en adolescentes embarazadas de la localidad de Cocula, Gro., gestantes que acuden o no a control prenatal al centro de salud de esa localidad. Los resultados obtenidos muestran que el 52.8% (28 adolescentes), contaban con una familia nuclear simple antes de su embarazo resultado que coincide con otra investigación realizada en Xalapa Veracruz por Cruz López JA.,¹⁶ con una muestra de 32, en donde 11 (34.38%) adolescentes contaba con una familia nuclear simple, y con otra investigación realizada en Bogotá Colombia, en donde el 69% de 100 adolescentes prevaleció la familia nuclear, según lo describe Veloza Morales MC.¹¹

Los resultados de este estudio no coinciden con la investigación realizado por Ortiz Serrano.,⁴ en Bucaramanga encontraron que el 53.8% de 336 adolescentes embarazadas pertenecían a una familia monoparental,² otra investigación realizada por Guridi González.,¹⁰ en La Habana Cuba en donde encontraron que el 42 (79.2 %) de 53 adolescente embarazadas pertenecían a una familia también, monoparental. de acuerdo a resultados de estudio realizado por Ramírez Aranda JM.,¹⁶ en el norte de nuestro país, específicamente en Monterrey N.L; con una muestra de 494 adolescentes embarazadas, 267 (54%) refirió tener una familia extensa. Se encontró que 10 (18.9%) adolescentes formaban parte de una familia nuclear extensa e igual número para la familia monoparental, mientras que algunos autores reportan que el pertenecer a una familia monoparental representa un riesgo para el inicio de las relaciones sexuales y el embarazo en la adolescente, esto no fue encontrado en la presente investigación.

Se encontró que 38 (78.7%) adolescentes embarazadas pertenecía a familias tradicionales, dato que es similar a estudio realizado en Xalapa Veracruz realizada por Cruz López JA.,¹⁷. en donde el 29 (61%) de una muestra de 32, también tenían un desarrollo tradicional. Solo 15 (28.3%) adolescentes venia de una familia moderna, lo que permite deducir que el hecho de que la madre trabaje no implica ser factor de riesgo para el embarazo en la adolescencia.

De acuerdo a su geografía se encontró que 43 familias (81,1%) habitan una zona urbana, solo 10 (18.9%) familias viven en una zona rural.

Por su ocupación encontramos que 27 (50.9%) de los jefes de familia son obreros a pesar de vivir en una zona que se considera agrícola y 16 (30.2%) son campesinos, solo 6 (11.3%) ejercen alguna profesión. Resultado semejante a la investigación de Veracruz en donde el 46.88% de los jefes de las familias de las adolescentes embarazadas también son obreros.

Así como también se evidenció que 33 (62.3%) familias se encuentran integradas, 13 (24.5%) se encontraron desintegradas y 7 de ellas (13.2%) semi-integradas.

La comunicación se describió como buena entre madre y adolescentes en el 73.6%, encontrando semejanzas con artículo publicado en el norte el país Ramírez Aranda JM.,¹⁶ en donde encontró que el 85.2 % de 494 adolescentes (421), refirieron haber tenido buena comunicación con sus padres antes de su embarazo. El 20.8% la describió como regular, a diferencia de otros estudios que reportan que la buena comunicación es determinante para el retraso de las relaciones sexuales como lo menciona la publicación de Nuevo León, por "Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia".¹⁶

Las adolescentes embarazadas tuvieron una media edad de 16.94 años, y una moda de 17 años, resultados muy semejantes a las mayoría de la bibliografía consultada, tanto nacional como internacional,^{4,6,9,11,12,15,17} sin embargo 10 (18.9%) adolescentes, se embarazaron a los 15 años o menos, dato muy elevado comparado con la cifra a nivel nacional en 2013 que de acuerdo a INEGI, que reporta de 2.44 por ciento del total.

En cuanto al inicio de vida sexual (IVS) encontramos una moda de 16 años, otros estudios encontraron un IVS hasta de 10 años, como lo describe Hernández Rodríguez GE.,⁹ en una investigación cubana con una muestra de 482 adolescentes embarazadas encontrando que el 10.16 la iniciaron a los 10 años, el 13.9% a los 12, 20.33% a los 13 años, lo que nos permite destacar que en otros países latinoamericanos la vida sexual se inicia más tempranamente. Resultó además en la

presente investigación, que 4 adolescentes la iniciaron a los 12 años (7.5%) y 14 a los 16 (26.4%), 12 a los 15 años (22.6%), y 7 a los 18 años (13.2%). De acuerdo con su edad la mayoría de las adolescentes deberían haber iniciado o estar estudiando el bachillerato sin embargo refirieron estudios de 9 años o menos en 33 adolescentes (62.2%), primaria y secundaria.

Se encontró similitud a estudio realizado por Guridi Gonzáles MZ.,¹⁰ en la Habana Cuba en donde el 47.2% de 53 adolescentes solo contaban con nivel secundaria. Además se observó que 41 (77.4%) adolescentes embarazadas se dedica al hogar es decir ya habían suspendido sus estudios, situaciones similares se han observado en otros estudios en población latinoamericana; como lo describe el artículo “Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el policlínico de Calabazar” en Cuba realizada por en sonde el 84.9% de 53 adolescente, no estudiaba ni trabajaba.

Se obtuvo además que únicamente 21 de ellas se encontraban estudiando, 12 adolescentes tuvieron que abandonar sus estudios cuando se diagnosticó su embarazo, situación semejante a la encontrada en artículo Cubano investigado por Rangel Díaz D, y col., en donde se analizó una muestra de 202 adolescentes y solo el 78 (38.6%) adolescentes presentaron deserción escolar.⁸

Predominó la unión libre en el 54.7% (29 adolescentes embarazadas), similar a estudio Colombiana realizado por Ortiz Serrano.,⁴ en donde el 62.2% de 336 adolescentes, tenían la misma situación en cuanto al estado civil, así mismo en otra investigación nacional realizada en Ciudad Juárez Chihuahua, descrita por Acosta Varela ME.,¹⁵ al realizar un estudio encontraron que el 62.5% de 48 casos, vivían en unión libre. A diferencia de estudio realizado en Veracruz por Cruz López JA.,¹⁷ en donde se reportó que el 40.63% de 32, se encontraba soltera al momento de su embarazo.

El 69.8% refirió que su embarazo no fue planeado o deseado, resultado similar casi la totalidad de las investigaciones en donde la única varianza es el porcentaje encontrado, tal es el caso de un estudio realizado en Argentina por Climant GI.,⁶ en

donde la muestra fue de 40 adolescentes y solo el 25% mencionó haber querido embarazarse.

Se encontró que un 83% (44 adolescentes), conocía información sobre métodos anticonceptivos como lo describe un artículo colombiano por Ortiz Serrano R.,⁴ refiriendo que el 61.6 % de 336 adolescentes embarazadas recibió información sobre planificación familiar. Solo el 17% (9), respondió no tener conocimiento al respecto.

La información sobre métodos anticonceptivos fue recibida por personal de la institución de salud en el 32.1% (17 adolescentes), el 28.3% (15 adolescentes), la recibió en alguna escuela, solo el 20.8% (11 adolescentes), obtuvieron la información en su hogar.

De las 44 adolescentes (100%), que si conocían los métodos anticonceptivos únicamente 26 de ellas (49.1%), utilizaron algún método, siendo que más utilizado el preservativo en el 80.9% (21 adolescentes), sin embargo se observó que el 57.7% (15 de las 44 adolescentes) lo utilizaron por menos de 6 meses.

19 adolescentes gestantes (36.6%), acudieron al centro de salud por primera vez para iniciar su control prenatal entre las 10-14 semanas de gestación, encontrando semejanza con estudio realizado en Cuba por Hernández Rodríguez GE,⁹ en donde el 75.3% de 405 inicia su control de manera precoz (no menciona a cuantas semanas de gestación equivale el inicio precoz), 10 adolescentes (19.2), lo inició entre las semanas 5 -9 de gestación, siendo 8 (15.4%) las que lo iniciaron más tardíamente entre las semanas 25- 30.

En este rubro el estudio no coincide con otras investigaciones ya que la mayoría refieren que inician control prenatal después de las 20 semanas de gestación como lo describe investigación realizada por Atienzo E.,¹² en Cuba, titulada “El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente” en donde reporta que el 68.7% de 72 embarazadas adolescente inician un control prenatal tardío por mantener oculto su embarazo y la causa principal es el temor a los padres.

La gran mayoría acude a control prenatal sin su pareja representado por un 64.2% (34 adolescentes embarazadas), en lo que coincide con una investigación realizada en nuestro país realizado por Tapia Martínez H.¹⁴

Como dato interesante se encontró que el antecedente de tener una menarca a temprana edad aumenta el riesgo de un inicio de vida sexual activa, también a temprana edad, de igual forma en antecedente de contar con madre o hermana con embarazo en la adolescencia incrementa la predisposición.

CONCLUSIONES

- ✓ El estudio mostró que las adolescentes se embarazan principalmente entre los 16 y los 19 años con una media a los 16.94 años.
- ✓ 33 (62.2%) adolescentes embarazadas refiere sólo estudios de primaria y/o secundaria. Es decir 9 años o menos de educación escolar.
- ✓ Se encontró que el 29 (54.7%) adolescentes tenían un estado civil de unión libre, 13 (24.5%) adolescentes estaban casadas, 7 (13.2%) eran solteras, 2 se encontraban separadas (3.8%) y 1 ya había enviudado a sus escasos 15 años. 1 más se encontraba en otra situación.
- ✓ En lo que a su ocupación se refiere, encontramos que 41 (77.4%) adolescentes se dedicaba al hogar, es decir ya había suspendido sus estudios, 9 de ellas estudiaban (17%) y solo 2 trabajan (3.8%). Antes de enterarse del diagnóstico de embarazo 21 se encontraban estudiando, de las cuales 12 tuvieron que suspender sus estudios debido a su embarazo. Por lo que se concluye que la deserción escolar es estadísticamente significativa en el embarazo durante la adolescencia.

Sobre la Tipología familiar se encontró lo siguiente:

- ✓ 28 (52.8%) adolescentes contaba con una familia nuclear simple.
- ✓ 38 (71.7%), tenía una familia tradicional en cuanto a su desarrollo.
- ✓ Por su geografía 43 (81.1%) hogares, se ubican en zona urbana.
- ✓ Por su ocupación, encontramos que 27 (50.9%) jefes de familia, son obreros,
- ✓ 16 (30.2%) son campesinos y solo 6 (11.3%) ejerce alguna profesión.
- ✓ 33 familias (62.3%) se encontraron integradas.
- ✓ Se evidenció que el inicio de la menarca temprana, es un factor de riesgo para el inicio de la vida sexual también a temprana edad, al realizar el cruce de variables obtuvimos que de 30 adolescentes con menarca hasta los 12 años, 12 de ellas (40%), iniciaron su VSA antes de los 15 años, así como también en antecedente de tener una hermana con embarazo en la adolescencia incrementa el riesgo para esta misma situación, resultado que 17 de ellas (32%) contaba con este antecedente. Respecto al embarazo en su mamá en esta etapa de la vida, 11 desconocían el dato, de las 42 que

respondieron si conocer la edad del primer embarazo de su mamá, 26 (61.9%) contaron con este antecedente positivo lo que representa un patrón que se repite en sus hijas.

- ✓ El 83% tiene información acerca de métodos anticonceptivos, el 43.4% la recibe de algún personal de salud, el 49.1% afirmó haber utilizado algún método anticonceptivo, el más utilizado fue el condón en un 80.9% (26 adolescentes) sin embargo el 57.7% (15 adolescentes), lo utilizaron menos de 6 meses, en 73 (69.8%) fue un embarazo no planeado, el 98.1% llevan control prenatal sin embargo el 64.2% acude sin su pareja, en el 92.5% es su primera gestación. Y si modifico su proyecto de vida, a pesar de que la gran mayoría ya no estudiaba no pensaban en ser madres aún.

Pareciera, conforme a esto, que los factores asociados al embarazo podrían estar persistiendo, si se toma en cuenta que el fenómeno del embarazo en la adolescencia es multifactorial, con más frecuencia en los sectores desprotegidos, como la comunidad de Cocola, en donde la unión y maternidad tempranas, aún constituyen formas de vida femeninas, limitadas por las estructuras sociales y culturales. Por lo cual, una mayor información y acceso a metodologías anticonceptivas probablemente tendrá poca efectividad para prevenir el embarazo, ya que no existe la motivación ni las condiciones para postergar la maternidad.

Por lo anterior se concluye que la salud sexual y reproductiva están profundamente arraigada a los valores culturales y sociales, lo que limita la aplicabilidad de resultados a estas investigaciones, en esta región las adolescentes que solo se dedican al hogar tienen como meta final, unirse a su pareja, consideran que si no lo hacen se quedaran sin casarse. Se prepararan para ser amas de casa. Además el embarazo no intencionado es un fenómeno sociocultural complejo que podría abordarse tomando en consideración un marco legal de determinantes sociales y culturales que no son fácilmente evaluados mediante cuestionarios o evacuaciones estandarizadas. Se necesitan marcos conceptuales más integrales para abordar la evaluación de las intervenciones dirigidas a cambiar valores y conductas en el campo de la sexualidad.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados observamos que a los 17 años las adolescentes se embarazan con más frecuencia, sobre todo aquellas que se encuentran desocupadas, es decir que no estudian, ni trabajan, deduciendo que la educación escolarizada es una herramienta importante para postergar el embarazo en la adolescencia, por lo que se recomienda exhortar a los padres de familia para permitir que sus hijas estudien, puesto que tradicionalmente las niñas terminan su educación secundaria y no son apoyadas para continuar los mismos, siendo su meta próxima, es unirse a una pareja para ser madre.

Las adolescentes reciben información sobre métodos anticonceptivos, pero ha faltado la sugerencia a que los usen, mantenerlos permanentemente disponibles y recomendando el otorgamiento de la consulta a las adolescentes acompañada en todo momento por personal de enfermería sin la presencia de la mamá ya que no existe libertad de solicitar estos métodos o aclarar alguna duda al respecto, en el la unidad de salud de Cocula se pide la presencia de la madre durante la consulta a menores de 18 años, situación que nos ha limitado para ampliar temas sobre salud reproductiva sobre todo porque nos estamos dando cuenta que las adolescentes están iniciando su vida sexual con más frecuencia entre los 15 y 16 años.

El determinar la tipología nos evidencia que a pesar de contar con una familia nuclear, integrada y que refiere buena comunicación, esta no ha sido lo suficientemente adecuada para poder retrasar los embarazos en esta etapa de la vida. La participación del varón en este tema es de suma importancia, como observamos en el presente estudio el método más utilizado por las adolescentes es el preservativo, el cual seguramente se suspende por la negación de la pareja a su uso.

Se recomienda que al realizar las historias clínicas de las adolescentes se identifique la edad de la menarca y realizar una orientación sexual más completa a aquella adolescente que presenten su menarca antes de los 11 años así mismo a las que cuenten con el antecedente de una hermana o madre que también hayan presentado

un embarazo en la adolescencia ya que se demostró que una cantidad importante presenta un patrón repetitivo.

Los otros resultados no los considero estadísticamente significativos como para brindar una opinión al respecto, puesto que no modificarían en mucho el postergar la maternidad en las adolescentes.

Y por supuesto continuar con la capacitación sobre sexualidad y salud reproductiva, para aumentaran sus conocimientos acerca de estos temas, que reafirmaran la importancia de este tipo de programas y la necesidad de su implementación, para lograr disminuir su incidencia lo que coincide con trabajos realizados en Cuba y en otras partes del mundo, dónde se refleja que existiría una disminución de la morbilidad y mortalidad en la madre adolescente cuanto más se logre elevar el conocimiento acerca del embarazo precoz y sus riesgos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1.-Descubriendo las voces de las adolescentes. Defensa del empoderamiento desde la perspectiva de las adolescentes. Unidad del niño y del adolescente. OPS/OMS. Washington D.C. Estados Unidos de Norteamérica 2006. p. 2

2.-Embarazo adolescente y madres jóvenes en México. Consultado [fecha de acceso 16 de agosto del 2013] URL. Disponible en:

http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo_Adolescente.pdf

3.-Ramos S. "Intervenciones para Prevenir Embarazos no deseados en Adolescentes". Salud Reproductiva de la OMS, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

4.-Ortiz Serrano R, Anaya Ortiz N, Sepúlveda Rojas C, et al. "Caracterización de las Adolescentes Gestantes de Bucaramanga, Colombia, Un estudio Transversal". UNAB 2005;8:71-77.

5.-Lohan JA, Murphy SA. Angustia mental y funcionamiento de la familia en padres afligidos: ejemplos de casos y desafíos de intervención. Washington State University, EE UU, Omega 2006; 52(4):307-321.

6.-Climent GI. Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos, Instituto de Investigaciones. Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Revista Argentina de Sociología 2009;12/13:186-213.

7.-House LD, Bates J, Markham CH, et al. Las adolescentes con mejores resultados académicos y más habilidades sociales, tienen menos conductas de riesgo en sus relaciones sexuales. Evidencias Pediátricas 2010;6(37):1-4.

8.-Rangel Díaz D, González Reyes E, Barrera Hernández M, et al. Embarazo en la adolescencia: Su comportamiento en San Luis. Revista Ciencias Médicas Pinar del Río. 2012;16(4)1-6.

9.-Hernández Rodríguez GE. Estrategia Educativa para disminuir el embarazo en la adolescencia, en el área de Salud Taguasco, 2008-2012. Taguasco, Cuba, Revista Cubana Salud Pública, Ciudad de la Habana 2012.

10.-Guridi González MZ, Franco Pedraza V, Guridi Lueges YA, et al. Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar, Psicología de la Salud, La Habana. 2012.

Consultada en la página [fecha de acceso 22 de julio del 2013]: URL. Disponible en:

<http://www.psicologiacientifica.com/adolescencia-embarazo-repercucion-familiar-polclinico>.

- 11.-Veloza Morales MC. Salud Familiar en Familias con Adolescentes Gestantes, Revista Avances en Enfermería. Bogotá Colombia 2012;3(1). ISSN 0121-4500
- 12.-Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, et al. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2012;38(3) 333-32.
- 13.-Atienzo E, Campero L, Estrada F, et al. Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. Revista Salud Pública de México 2011;53(2):160-171.
- 14.-Tapia Martínez H, Jiménez Mendoza A, Pérez Cabrera I. Perfil Obstétrico en Adolescentes Embarazadas atendidas en un Hospital Público de la Ciudad de México. Revista Enfermería Universitaria "ENEO-UNAM" 2012;9(3):7-14.
- 15.-Acosta Varela ME, Cárdenas Ayala VM. El embarazo en adolescentes, factores socioculturales. Revista Médica del IMSS 2012;50 (4):371-374
- 16.-Ramírez Aranda JM, Gómez Gómez C, Villarreal Pérez JZ, et al. Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia. Revista Medicina Universitaria, UANL 2013;15(59):64-72.
- 17.-Cruz López JA. Estudio transversal de factores sociodemográficos, familiares y educación sexual asociado al embarazo de adolescentes de la UMF 66 de Xalapa Veracruz" [Tesis de Grado]. Veracruzana 2013.
- 18.-INEGI 2010, Consultada en la página: [fecha de acceso 11 junio de 2013].URL. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes>
- 19.-Huerta G JL. Medicina Familiar. La Familia en el Proceso Salud-Enfermedad. 1ª Ed. San Luis Potosí, México: Alfil; 2005.
- 20.-Irigoyen C AE, Morales LH. "Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar". 4ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana; 2013.
- 21.-Membrillo LA, Fernández OMA, Quiroz PJR, Rodríguez LJL. Familia, Introducción al estudio de sus Elementos. 1ª Ed. México: EMT; 2008.

22.- Olson D, Russell C, dSprenkle D. Circumplex model: systemic assessment and treatment of families. 1era Ed. EE.UU. Editorial Routledge; 1989

23.- Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJ, Terán Trillo M, Irigoyen Coria AE y Landgrave Ibáñez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria 2002. Diciembre. 30 (10): 624-630.

24.- Garrido Fernández M, Torrado Val E, Marcos Sierra J.A. Actas de Psiquiatría Alcalá de Guadaíra, Sevilla, España. 2010; 38 (4):196-203.

25.-Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

26.-Ley General de Salud.

ANEXOS:

1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

El objetivo del presente es detectar las características de la familia, los datos que se obtengan serán utilizados de manera confidencial, de antemano agradecemos su cooperación para contestar el mismo.

INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de preguntas las cuáles deberás leer cuidadosamente y contestar de manera correcta y de forma verídica.

Nombre _____ edad en años _____

I.- Escolaridad:

1.- Analfabeta	4.- Secundaria incomp.	7.-Bachillerato comp.
2.- Primaria incomp.	5.-Secundaria comp.	8.- Otros:
3.- Primaria completa	6.-Bachillerato incomp.	

II.- Estado civil:

1.- Soltera	3.- Unión Libre	5.- Viuda
2.- Casada	4.- Separada	6.- Otra

III.- Ocupación:

1.- Estudias _____ Trabajas _____ Hogar _____ Otra _____

IV.- Servicios Municipales:

1.- Agua entubada	3.- Drenaje	5.- Transporte público
2.- Luz eléctrica	4.- Recolección de basura	6.- Otra

Antecedentes Gineco-obstétricos:

V.- ¿A qué edad iniciaste tu primera regla o menstruación? _____

VI.- ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? _____

Métodos Anticonceptivos:

VII.- ¿Conocías algún métodos anticonceptivos a esa edad? Sí _____ No _____

VIII.- ¿En dónde recibiste información acerca de planificación familiar?

1.- Hogar	3.- Institución de Salud	5.- Internet
2.- Escuela	4.- Iglesia o Templo	6.- Otra

IX.- ¿Principalmente quién te proporcionó la información?

1.- Personal de Salud	3.- Padres	5.- Médicos escolares
2.- Profesores	4.- Amigos	6.- Otra

X.- ¿Usaste algún método anticonceptivo? Sí _____ No _____

En caso de que tu respuesta sea positiva ¿Qué método utilizaste?

1.- Condón	3.- Inyecciones	5.- Implante
2.- Pastillas	4.- Dispositivo	6.- Parches

XI.- ¿Durante cuánto Tiempo lo usaste? _____

Embarazo: XII.- ¿Tu embarazo actual fue planeado? Sí _____ No _____

XIII.- Actualmente ¿recibes atención médica para vigilar tu embarazo? Sí ___ No ___

XIV.- ¿Qué tiempo de embarazo tenías la primera vez que te revisó algún personal de salud?

Semanas de Gestación: _____ ¿es tu primer embarazo? SÍ _____ NO _____

Familia:

XV.- ¿Tu pareja de acompaña al control prenatal? Sí _____ No _____

XVI.- ¿Sabes a qué edad tuvo su primer hijo tu mamá? Sí _____ No _____ En caso afirmativo escribe su edad _____

XVII.- ¿Te encontrabas estudiante cuando te enteraste que estabas embarazada? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, ¿Continúas Estudiando? Sí _____ No _____

XVIII.- ¿Con quién vivías antes de embarazarte? _____

XIX.- ¿Platicas con tus padres sobre sexualidad antes de quedar embarazada?

Sí _____ No _____

XX.- ¿Tienes hermanas que hayan tenido algún hijo entre 10 y 19 años? Sí _____ No _____

XXI.- ¿En este momento quien te apoya con tus gasto? _____

XXII.- ¿Qué edad tiene tu mamá? _____ años, ¿A qué se dedica? _____

XXIII.- ¿Cuántos hijos tiene tu mamá? _____

XXIII.- ¿Qué escolaridad tiene tu mamá? _____

XXIV.- ¿Qué tipo de comunicación tienes con ella? Buena _____ Regular _____ Mala _____

XXV.- ¿Qué edad tiene tu papá? _____ A qué se dedica? _____

XXVI.- ¿Tiene algún problema de adicción tu papá? Sí _____ No _____
¿Cuál? _____

XXVII.- ¿Qué edad tiene el padre del hijo que esperas? _____

XXVIII.- ¿Cuál es su ocupación? _____

XXIX.- ¿Crees que este embarazo modificó el proyecto de vida que te tenías trazado? Sí _____ No _____

XXX.- ¿Por qué? _____

XXXI.- ¿Qué les recomiendas a las jóvenes en este momento? _____

TIPOLOGÍA FAMILIAR: Nuclear Simple _____ Nuclear Extensa _____ Extensa
Compuesta _____ Monoparental _____ Sin Familia _____ Rural _____ Urbana _____
Moderna _____ Tradicional _____ Integrada _____ Desintegrada _____
Campesina _____ Obrera _____ técnica _____ Profesional _____

AGRADEZCO TU COLABORACIÓN.

LUGAR Y FECHA

VO. BO.

NOBRE Y FIRMA DEL AUTOR PRINCIPAL.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.
CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO: 2

Lugar y fecha: _____

La que suscribe _____ Edad ____ años,
Representante legal de _____ con
domicilio _____ doy mi

consentimiento para que mi hija conteste las preguntas solicitadas en la investigación con el título "DETERMINAR LA TIPOLOGÍA FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA LOCALIDAD DE COCULA, GRO."

Lo cual no tiene procedimiento invasivos por lo que no pone en peligro la integridad de mi hija.

Estoy debidamente enterada de que:

1. La información recabada será manejada de manera confidencial.
2. Puedo desistir en cualquier momento antes de contestar a las preguntas, y por esto no se me negarán los servicios médicos, ni otros servicios que otorgue la Secretaría de Salud.
3. La orientación consejería se me proporcionó en mi idioma _____ lo que me permitió aclarar mis dudas y temores.
4. Estoy consciente de que no se me ha prometido algún beneficio económico, material, personal, ni comunitario para aceptar responder este cuestionario.
5. No he recibido amenazas, ni he sido presionada u obligada para aceptar la participación.
6. Si aún persistieran algunas dudas sobre esta investigación, las puede aclarar con la Dra. Martha Barrera Rodríguez al teléfono 33-5-06-74

Firma del aceptante _____ Nombre completo y firma
del personal que proporcionó la orientación y consejería.

PROFESIONAL _____

TESTIGO _____