



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO**

---



**“INCIDENCIA, FACTORES ASOCIADOS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE HUIMANGUILLO, TABASCO, 2005.”**

# **T E S I S**

**PARA OBTENER GRADO DE:**

**MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**RUBICEL LOPEZ JAVIER**

**ASESOR:**

**DRA. GLORIA DEL CARMEN ZEIND DOMINGUEZ**

**VILLAHERMOSA, TABASCO**

**AGOSTO 2006**



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.

**“INCIDENCIA, FACTORES ASOCIADOS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE HUIMANGUILLO, TABASCO, 2005.”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. RUBICEL LOPEZ JAVIER**

**AUTORIZACIONES**

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UNAM**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA**  
**COORDINADOR DE INVESTIGACION**  
**DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UNAM**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORES**  
**COORDINADOR DE DOCENCIA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UNAM.**

## DEDICATORIAS

A DIOS:

Por estar siempre presente en los proyectos  
de vida, en mi diario actuar, aunque no lo merezca.

A MI ESPOSA:

Eulalia García García.

Que con su gran apoyo no hubiese llegado hasta  
el final de este proyecto. Dándome la mano cada  
vez que decaía.

A MIS HIJOS:

Rubícel y Rosa Rubí López García.

por soportar en muchas ocasiones mis cambios de  
carácter y recordarme siempre con broma mis días de  
guardia.

A MIS SUEGROS:

Ramón García Bautista e Isidra García Moreno

Por su apoyo incondicional para salir adelante.

A MIS CUÑADOS:

Profesores Delia, Hugo y Wilbert García García

Por su respaldo desmedido en todo momento.

A MI ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

Dra. Gloria del C. Zeind Domínguez la cual sin su  
valioso apoyo no hubiese podido concluir este trabajo.

A MIS COMPAÑEROS DE GENERACION

Su gran apoyo en momentos difíciles para seguir  
adelante, alentándome en todo momento a concluir.

MUY EN ESPECIAL A MIS HERMANOS:

Elio, Alicia, Jesús del Carmen, Imelda, Edy, Plutarco  
y Magnery por estar siempre en el momento preciso  
caminando hombro con hombro a mi lado.

## INDICE

	<b>PÁGINA</b>
<b>Resumen .....</b>	1
<b>Introducción.....</b>	3
<b>Planteamiento del Problema.....</b>	5
<b>Antecedentes.....</b>	6
<b>Objetivos.....</b>	24
<b>Justificación.....</b>	25
<b>Material y Métodos.....</b>	26
<b>Resultados.....</b>	29
<b>Discusión.....</b>	35
<b>Análisis de resultados.....</b>	37
<b>Conclusiones.....</b>	38
<b>Anexos.....</b>	40
<b>Bibliografía .....</b>	41



## RESUMEN.

**López Javier Rubicel.** INCIDENCIA, FACTORES ASOCIADOS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE HUIMANGUILLO, TABASCO. Universidad Nacional Autónoma de México. Secretaria de Salud del Estado de Tabasco.

**INTRODUCCION.** De acuerdo a las cifras del Fondo para la Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el embarazo adolescente representa poco más de 10% de todos los nacimientos en el mundo. En México, 20% del total de embarazos ocurre en mujeres menores de 20 años. Poco se ha investigado sobre las diversas circunstancias y factores que conducen a un embarazo temprano, y sobre la forma en que inciden en él. Sin duda, además de los riesgos biológicos, en la problemática del embarazo de la adolescente intervienen otras situaciones, como el significado que tiene esta gestación en el desarrollo y madurez psicosocial de la mujer, la limitación de oportunidades educativas, y la aceptación o el rechazo del entorno familiar ante tal situación. Estos factores incidirán en la salud materna, en la relación madre-hijo y en el potencial logro de sus expectativas.

**OBJETIVO.** Conocer la incidencia, factores asociados y el grado de disfunción familiar en las adolescentes embarazadas del Hospital Municipal de Huimanguillo, Tabasco.

**MATERIAL Y METODO.** Se realizó un estudio descriptivo, se estudiaron 120 adolescentes embarazadas, a quienes se entrevistaron y a las que se les aplicó un cuestionario, en la que se encontraban las variables de estudio, así como también la aplicación de el cuestionario de APGAR. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas estadísticas descriptivas.

**Resultados.** La frecuencia más elevada de embarazo ocurre con un 27.5% a los 17 años, con un 23.3% a los 16 y un 22.5% a los 18. Presentan el mayor porcentaje de embarazo, las adolescentes con una escolaridad de primaria incompleta con un 31.7%, con secundaria incompleta un 19.2% y las analfabetas con un 14.2%. En cuanto al estado civil de las adolescentes embarazadas encontramos, solteras un 53.3%, lo que nos refiere un alto porcentaje de futuras madres solteras. El número de gestas en adolescentes nos indican que un 74.2% cursan su primera gestación y un 25.8% una gestación subsecuente. El grado de funcionalidad familiar en las que viven las adolescentes nos refiere que el 50.8% cuenta con una familia normofuncional, 30% con disfunción leve y el 19.2% con familias con disfunción grave.

**CONCLUSIONES.** La falta de una educación sólida con respecto a la vida sexual y reproductiva, desde los primeros años de la escuela o desde otros ámbitos en la comunidad es una de las causas que influyen en el inicio muy temprano, y de manera desinformada, de la vida sexual, con el frecuente resultado de un embarazo no planeado ni deseado en ese momento.

Palabras claves: Adolescente embarazada, Funcionalidad familiar.

## **SUMMARY.**

**López Javier Rubicel.** EFFECT, ASSOCIATE FACTORS AND FAMILY FUNCTIONALITY IN THE PREGNANT TEENAGERS IN THE MUNICIPAL HOSPITAL OF HUIMANGUILLO, TABASCO. National Autonomous University of Mexico. Secretariat of Health of Tabasco's State.

**INTRODUCTION.** In agreement to the numbers of the Fund for the Population of the United Nations (UNFPA), the pregnancy teenager represents little more than 10 % of all the births in the world. In Mexico, 20 % of the whole of pregnancies happens in 20-year-old minor women. Little has been investigated on the diverse circumstances and factors that they lead to an early pregnancy, and on the form in which they affect in him. Undoubtedly, besides the biological risks, in the problematics of the pregnancy of the teenager other situations intervene, as the meaning that has this gestation in the development and maturity psicosocial of the woman, the limitation of educational opportunities, and the acceptance or the rejection of the family environment before such a situation. These factors mother - son will affect in the mother health, in the relation and in the potential achievement of his expectations.

**AIM.** To know the effect, associate factors and the degree of family dysfunction in the pregnant teenagers of the Municipal Hospital of Huimanguillo, Tabasco.

**MATERIAL AND METHOD.** I realize a descriptive study, 120 pregnant teenagers were studied, whom they interviewed and to that I apply a questionnaire, in that they were finding the variables of study, as well as also the application of APGAR's questionnaire. For the analysis of the results there were in use statistical descriptive measurements.

**Results.** The highest frequency of pregnancy happens with 27.5 % at the age of 17, with 23.3 % to 16 and one 22.5 % to the 18. They present/display the greater percentage of pregnancy, the adolescents with a primary schooling of incomplete with 31,7%, secondary an incomplete one 19,2% and illiterate ones with 14,2%. As far as the civil state of the pregnant adolescents we found, 53,3% unmarried, which refers a high percentage to us of future unmarried mothers. I number of you develop in adolescents indicate to us that 74,2% attend his first 25,8% gestation and a subsequent gestation. The degree of familiar functionality in that the adolescents live refers that the 50,8% count on a normofuncional family, 30% to us with slight disfunción and the 19,2% with families with serious disfunción.

**CONCLUSIONS.** The lack of a solid education with regard to the sexual and reproductive life, from the first years of the school or from other areas in the community it is one of the reasons that influence in the beginning very early, and in a misinformed way, of the sexual life, with the frequent result of a not planned pregnancy not wished in this moment.

Key words: pregnant Teenager, family Functionality.

## **INTRODUCCIÓN**

El embarazo en una mujer adolescente es un problema médico y social, es una gestación de alto riesgo, sobre todo cuando la edad es menor de 16 años. La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, preadolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años. La adolescencia es una etapa crucial de la vida en la que ocurren cambios biológicos que condicionan el inicio de vida sexual y reproductiva, es una época en la que se constituyen proyectos de vida.

De acuerdo a las cifras del Fondo para la Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el embarazo adolescente representa poco más de 10% de todos los nacimientos en el mundo. En México, 20% del total de embarazos ocurre en mujeres menores de 20 años.

El impacto psicosocial del embarazo a edad temprana, incide directamente en las altas tasas de muertes infantiles en los hijos de madres menores de 20 años en comparación con los de madres de 20 a 30 años. Para la madre adolescente existen consecuencias emocionales y económicas que incluyen limitación en el desarrollo y madurez psicosocial, además de menores oportunidades de educación y empleo. Estos factores inciden en la salud materna, en la relación madre-hijo y en el potencial logro de sus expectativas. La presencia de un embarazo en una adolescente se constituye en una situación que compromete las posibilidades de escalar metas, colocando mayores barreras para la consecución de las mismas.

Las características sociodemográficas de éste grupo de pacientes juegan un rol importante en los resultados finales de la gestación, ya que por ser menores de edad dependen de la familia, y el impacto psicológico del embarazo las lleva a diferir la noticia a sus padres y postergan la búsqueda de atención médica

Se han detectado, consistentemente, dos grupos de adolescentes de alto riesgo: las muy jóvenes y las multíparas. Este riesgo se manifiesta claramente en la mayor proporción de jóvenes que ocupan las camas de

las instituciones de salud, e indirectamente en las estimaciones de morbilidad y mortalidad materna. Poco se ha investigado sobre las diversas circunstancias y factores que conducen a un embarazo temprano, y sobre la forma en que inciden en él. Sin duda, además de los riesgos biológicos, en la problemática del embarazo de la adolescente intervienen otras situaciones, como el significado que tiene esta gestación en el desarrollo y madurez psicosocial de la mujer, la limitación de oportunidades educativas, y la aceptación o el rechazo del entorno familiar ante tal situación. Estos factores incidirán en la salud materna, en la relación madre-hijo y en el potencial logro de sus expectativas.

Uno de los resultados de las uniones tempranas son los embarazos en mujeres jóvenes, muchos de los cuales se caracterizan por la presencia de toxemia, desproporción cefalopélvica y otros cuadros que aumentan el riesgo reproductivo. Por otra parte, el primer producto de una madre adolescente corre más riesgos de tener bajo peso al nacer y de ser prematuro.

El embarazo en la adolescencia se ha considerado como un problema relevante, a pesar de que las tasas específicas de fecundidad en mujeres de entre 15 a 19 años de edad han disminuido en los últimos años.

El fin último de este estudio es lograr abatir el número de embarazos no planificados en adolescentes y su repercusión en la funcionalidad familiar, ya que viene a romper un esquema no esperado dentro del seno familiar.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

El embarazo en edades tempranas es el resultado de un proceso multifactorial el cual puede atribuirse al estado civil, el nivel de escolaridad de la mujer, y las condiciones socioeconómicas y culturales de la población, las instituciones de salud visualizan la problemática de la adolescente embarazada desde el punto de vista clínico-biológico, dejando a un lado los aspectos de la dinámica familiar. Estos tienden a ser más difíciles de manejar, ya que existen desde mucho tiempo antes del embarazo de la adolescente, agudizándose durante ese período.

Existe una serie de condiciones que propician una dinámica familiar disfuncional. Quizá lo que más llama la atención, es la situación de ambigüedad, indecisión y desorientación en la que se encuentra la madre de la adolescente en ese momento. Sus propios antecedentes se confrontan con la realidad que está viviendo y tiene grandes dudas acerca de lo que puede ser correcto, tanto en sus decisiones como en actitudes hacia la hija, hacia su pareja, hacia los demás miembros de la familia y ante su entorno social; todo ello inmerso y maquillado por la presencia o posibilidad de algún proceso patológico concomitante con el embarazo de su hija.

¿Cuál es la incidencia, los factores de riesgo asociados y la funcionalidad familiar en las embarazadas adolescentes que acuden a control prenatal en el Hospital Municipal de Huimanguillo, Tabasco?

## **ANTECEDENTES.**

De acuerdo con cifras informadas por el Fondo para la Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el embarazo adolescente representa poco más de 10% de todos los nacimientos en el mundo. En México, 20% del total de embarazos ocurre en mujeres menores de 20 años.<sup>11</sup>

El embarazo en la adolescencia se ha considerado como un problema relevante, a pesar de que las tasas específicas de fecundidad en mujeres de entre 15 a 19 años de edad han disminuido en los últimos años; en 2000 ocurrieron más de 500 mil embarazos en adolescentes menores de 19 años, y de éstos, alrededor de 366 000 llegaron a término, lo que representó 17% del total de nacimientos del país.

Durante la etapa de la adolescencia ocurren cambios importantes, reflejados en la esfera bio-psico-social del individuo, los cuales causan tensiones, que alteran de alguna manera su ingreso a la sociedad donde se desarrolla. Es considerada, desde el punto de vista sociológico, como un periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma. La adolescencia definida como la etapa que transcurre desde la pubertad (10 años) hasta los 19 años, puede, según la OMS dividirse en dos tipos relacionados básicamente a los problemas de salud de la siguiente manera:

- 1.- Adolescencia temprana: menor de 14 años.
- 2.- Adolescencia tardía: de 15 a 19 años.

El embarazo en esta edad lo definimos como “gestación que ocurre en la etapa tardía denominada adolescencia, que comprende a las mujeres hasta los 19 años de edad (OMS). Independientemente de la edad ginecológica de riesgo variable, según sus condiciones físicas, médicas y sociales.”

El embarazo, un hecho trascendental en la vida de la mujer, puede ser vivido de tantas maneras, como tantas son las características orgánicas, psicológicas y sociales de la misma. En el caso de las adolescentes, estas tienen perfiles

particulares por interrumpir el embarazo un momento crítico en su propia evolución. Apenas comenzando el arduo camino de afirmarse como ser intelectual, físico y socialmente independiente, con un proyecto de vida, el embarazo aparece, la mayoría de las veces en forma no programada, desestabilizando su precario equilibrio, su relación con el medio, en especial con su grupo familiar. La mayor parte de la información disponible sobre embarazo en la adolescencia se registra en el grupo de 15 a 19 años, sin embargo, también se registran embarazos en el grupo de 10 a 14 años pero, salvo en algunos países, no se cuenta con información al respecto.

En los últimos diez a quince años ha aumentado significativamente la preocupación de diversos sectores sociales en México por el fenómeno del embarazo adolescente, lo cual se ha traducido en políticas y programas, de población, de salud, de educación, sociales, en los cuales tienden a invertirse recursos humanos y económicos crecientes.

En términos de sus consecuencias, existe efectivamente evidencia de que el embarazo se asocia con una situación menos ventajosa en términos de los niveles posteriores de bienestar material de la familia. Sin embargo, una parte importante de esta asociación se debe al origen mismo de la adolescente en términos del grupo étnico y del nivel socioeconómico del que proviene, del contexto familiar en el que creció y de los obstáculos que la sociedad interpone en su camino para un crecimiento y desarrollo adecuados.

El embarazo en una mujer adolescente es un problema médico y social, es una gestación de alto riesgo, sobre todo cuando la edad es menor de 16 años.

Se define la Adolescencia como una etapa crucial de la vida en la que ocurren cambios biológicos que condicionan el inicio de vida sexual y reproductiva, es una época en la que se constituyen proyectos de vida.

La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años de edad, preadolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años, y a su vez la adolescencia inicial con un predominio

biológico, la adolescencia intermedia en que se suman aspectos psicológicos y la adolescencia tardía en el que el factor social predomina.

Fomentar una clínica con estas características tiene como objetivos, brindar una información veraz y oportuna que permita al adolescente asumir su sexualidad con responsabilidad, autonomía y libre de riesgos, así mismo orientado con una adecuada información y desde luego una conserjería apropiada, así como incidir en las tasas de embarazos no deseados, favoreciendo la protección contra las enfermedades de transmisión sexual y procurando abolir el tabaquismo, alcoholismo y la drogadicción.<sup>1</sup>

En la adolescencia, la exploración y los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros pasando a constituir una preocupación creciente de la sociedad. Se destacan entre estos comportamientos la deserción escolar, el embarazo precoz, el suicidio, la violencia, el abuso de drogas, los accidentes y otras conductas destructivas.

Un embarazo en adolescentes es catalogado como de alto riesgo, debido a la posibilidad de parto pretermo, bajo peso al nacer, pre-eclampsia, eclampsia, retardo en el crecimiento intrauterino, entre otros.

El embarazo en adolescentes está influenciado por un gran número de factores, entre los que se encuentran el estrato socioeconómico bajo, menarca temprana, inicio precoz de las relaciones sexuales, hogares conflictivos que llevan a las adolescentes a buscar afecto por medio de las relaciones sexuales o la maternidad. Adicionalmente, la presencia de actividad sexual precoz en compañeras y hermanas, las hace más permisivas respecto a las relaciones sexuales, mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, bajo nivel educativo, migraciones recientes (desplazamientos forzados), fantasías de esterilidad, falta o distorsión de la información, controversia entre su sistema de valores y el de sus padres, y el desconocimiento sobre el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual ya han sido descritos en alguna parte de nuestra población adolescente.<sup>2</sup>



El estado nutricional de la madre tiene un efecto determinante sobre el crecimiento fetal y el peso del recién-nacido. La embarazada adolescente (edad materna < 19 años) es considerada de riesgo obstétrico y neonatal por las normativas perinatales de uso habitual. El crecimiento materno de la adolescente impone necesidades que se suman a las del embarazo.<sup>4</sup>

Por otra parte, se reconoce que la adolescencia es, hoy en día, un periodo en el que, con el inicio de la actividad sexual, se adoptan patrones de comportamiento que tendrán efectos en la salud sexual y reproductiva que pueden impedir el potencial de desarrollo durante la adultez; por ello las intervenciones tempranas en general y las relacionadas con la salud sexual y reproductiva en particular, son tan importantes. Si ser hombre significa ser arriesgado, agresivo, dominante y exitoso, por ejemplo, su comportamiento con las mujeres se traduce fácilmente en prácticas de seducción y de imposición. Si, en cambio, ser hombre implica reconocer a la mujer como igual, el acercamiento, la necesidad de negociar, el reconocimiento y la expresión de emociones, su comportamiento tenderá a tomar en cuenta las necesidades del otro, a actuar de común acuerdo, a prevenir consecuencias no deseadas.<sup>5</sup>

La encuesta sobre el comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y jóvenes del área Metropolitana de la ciudad de México (Egram) realizada en México en 1988, entre población de 10 y 24 años de edad reveló que los jóvenes menores de 24 años después del inicio de la actividad sexual continúan activos y sin protección durante un año o más antes de solicitar un método anticonceptivo. Entre las mujeres sólo 36% manifestó haber utilizado alguna práctica anticonceptiva en su primera relación sexual, y, entre las mujeres menores de 24 años que ya se habían embarazado alguna vez, más de 50% manifestó que el primer embarazo no fue deseado.<sup>6</sup>

Por tradición el embarazo en adolescente se considera de alto riesgo debido a la mayor proporción de desenlaces perinatales y maternos adversos, como: prematuridad, bajo peso al nacer, nacimiento por cesárea, anemia, parto complicado y preeclampsia, entre otros. Previamente reportamos en una serie

de 296 casos una morbilidad representada principalmente por procesos infecciosos (infecciones de vías urinarias y vaginosis bacterianas), anemia, amenaza de parto pretermino y rotura prematura de membranas.

Las características sociodemográficas de este grupo de pacientes, juegan un rol importante en los resultados finales de la gestación, ya que por ser menores de edad, dependen de la familia y el impacto psicológico del embarazo las lleva a diferir la noticia a sus padres y postergan la búsqueda de atención médica.<sup>7</sup>

Uno de los resultados de las uniones tempranas son los embarazos en mujeres jóvenes, muchos de los cuales se caracterizan por la presencia de toxemia, desproporción cefalopelvica y otros cuadros que aumentan el riesgo reproductivo, por otra parte, el primer producto de una madre adolescente corre más riesgos de tener bajo peso al nacer y de ser prematuro, que los primeros hijos de madres de más de 20 años de edad(8) poco se ha investigado sobre las diversas circunstancias y factores que conducen a un embarazo temprano, y sobre la forma en que inciden en él. La falta de una educación sólida con respecto a la vida sexual y reproductiva, desde los primeros años de la escuela o desde otros ámbitos en la comunidad, es una de las causas que influyen en el inicio muy temprano, y de manera desinformada, de la vida sexual, con el frecuente resultado de un embarazo no planeado ni deseado en ese momento.

8

La adolescencia es un periodo decisivo en la formación del ser humano en el cual ocurre la transición de la niñez a la edad adulta, esta etapa determina la manera en que las niñas vivirán sus años de adultez, no sólo en relación con la salud, sino también con la vida social y económica. Los adolescentes se exponen a ciertos riesgos, como: actividad sexual sin protección, infecciones de transmisión sexual y embarazo, sólo por mencionar algunas, por lo tanto la atención a estas paciente debe ser de vital importancia en los servicios de salud, sobre todo cuando en México tenemos 20 millones de adolescentes, de los cuales 51.9 % son mujeres y contribuyen a la tasa global de fecundidad, con 14.6 % de los nacimientos al año. En un estudio descriptivo sobre mantenimiento de la salud en 138 adolescentes del distrito de Agua Blanca,

Cali, Colombia en 1994, al evaluar la funcionalidad familiar se observó disfunción familiar en 123 adolescentes evaluados. El área de funcionalidad familiar donde se observó mayor grado de insatisfacción fue con el afecto que le proporciona la familia al adolescente (57%) y la adaptación ante las situaciones de estrés familiar (54%).<sup>9</sup>

La presencia de un embarazo en una adolescente se constituye en una situación que compromete las posibilidades de escalar metas, colocando mayores barreras para la consecución de las mismas. Esto genera un conflicto familiar en el que los padres sienten frustración por no haber impartido suficientes valores morales a su hija, obligando en muchas ocasiones a formalizar relaciones conyugales entre adolescentes que a futuro serán muy temporales. Esta problemática involucra no sólo a la familia, además, compromete la escuela, la iglesia, los profesionales de la salud y el estado como prestador o vigilante de la administración de la salud.<sup>2</sup>

Cuando inician la actividad sexual, la mayoría de los adolescentes carecen del conocimiento preciso acerca de la sexualidad y anticoncepción y no tienen un acceso real a los servicios de salud reproductiva, lo que hace a esta población particularmente susceptible a los embarazos no deseados y a las enfermedades de transmisión sexual. Se han detectado, consistentemente, dos grupos de adolescentes embarazadas de alto riesgo: las muy jóvenes y las multíparas. De ahí la importancia de brindar información sobre sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes embarazadas, como un factor decisivo para espaciar el siguiente embarazo. Sin embargo, para planear la prevención de embarazos futuros es necesario obtener detalles sobre la manera como ocurrió el embarazo actual.<sup>11</sup>

Se han hallado en los hijos de los adolescentes puntajes bajos en el coeficiente intelectual y desarrollo emocional y en algunos países el rechazo social y desventajas legales, lo cual agrava la situación económica tanto de la madre como del hijo.<sup>12</sup>

La información disponible en México sobre comportamiento, actitudes y prácticas sexuales proviene de censos, encuestas sociodemográficas y epidemiológicas, principalmente. En relación con el conocimiento de métodos anticonceptivos, se notificó que las mujeres de 15 a 19 años de edad tienen, en general, menor conocimiento sobre métodos anticonceptivos; en 1976, 79.8% de las mujeres conocía algún método anticonceptivo; para 1992, 90.9%, lo que ascendió a 93.4% en 1997.<sup>10</sup>

La Encuesta Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación familiar (Mexfam), aplicada en 1999 a adolescentes de 13 a 19 años de edad, indica que 93.4% de los hombres y 80.9% de las mujeres declararon tener conocimiento formal o informal de métodos anticonceptivos. Para el año 2000 la Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ2000) destaca que 81.5% de los hombres y 76% de las mujeres de entre 15 a 19 años de edad mencionaron conocer sobre métodos anticonceptivos

En 1999 la encuesta realizada por la Mexfam en jóvenes de entre 13 a 19 años de edad resalta que 22.3% de los hombres y 10.3% de las mujeres ya habían tenido relaciones sexuales, y que la edad promedio de la primera relación fue a los 15 años; no se observó diferencia entre hombres y mujeres. Además, 44% de los adolescentes sexualmente activos declararon haber empleado algún método en su primera relación. La ENJ 2000 señala que 55.3% de jóvenes de 15 a 29 años de edad tienen actividad sexual; de los jóvenes que tuvieron relaciones sexuales 67.7% declaró que la edad de inicio fue entre los 15 y los 19 años. En un estudio previo, sobre necesidades educativas en salud perinatal con 95 madres de adolescentes embarazadas usuarias del Instituto Nacional de Perinatología se identificó, en concordancia con algunos datos recientes de la literatura, que existe una serie de condiciones que propician una dinámica familiar disfuncional. Se encontró que, cerca de 0.40% de los padres entrevistados no eran casados, que en su mayoría tenían una actividad laboral poco remunerada y que la ocupación materna predominante era ama de casa. Se documentó que la edad en que las madres tuvieron su primer embarazo fue muy cercana a los 17 años. Los datos sobre conocimientos generales sobre reproducción mostraron grandes deficiencias, especialmente en cuanto a la

identificación oportuna de signos de alarma durante el embarazo y sobre planificación familiar, donde la preexistencia de mitos y creencias populares riesgosas fue muy prominente. La gran mayoría de padres aceptaron que no contaban con información adecuada para brindar apoyo adecuado a sus hijas durante el embarazo y en 0.86% aceptaron que tal evento provocó cambios diversos en la dinámica familiar. Mostró buena disposición para asistir a cursos educativos en 0.90%, ya que requieren mucha orientación.

En circunstancias de pobreza y desnutrición, el embarazo a edades tempranas puede representar un riesgo para la salud de la adolescente y el recién nacido. Se sabe también que el embarazo en edades tempranas puede atribuirse a la edad, el estado civil, el nivel de escolaridad de la mujer, y las condiciones socioeconómicas y culturales de la población, entre otros.<sup>13</sup>

Quizá lo que más llama la atención del mencionado estudio, es la situación de ambigüedad, indecisión y desorientación en la que se encuentra la madre de la adolescente en ese momento. Sus propios antecedentes se confrontan con la realidad que está viviendo y tiene grandes dudas acerca de lo que puede ser correcto, tanto en sus decisiones como en actitudes hacia la hija, hacia su pareja, hacia los demás miembros de la familia y ante su entorno social; todo ello inmerso y maquillado por la presencia o posibilidad de algún proceso patológico concomitante con el embarazo de su hija.<sup>14</sup>

La importancia de las características de la familia radica en el fenómeno que representa como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó Florenzzano al reportar que más del 55% de 365,425 adolescentes con algún tipo de adicción pertenecían a familias con algún grado de disfunción familiar, de igual manera, Huerta – Martínez enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar ya que de un total de 413 familias encuestadas con FACES III, el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor más asociado a disfunción el tener a un integrante enfermo.<sup>3</sup>

La familia es un sistema que a su vez se compone en subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno- filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: La composición (nuclear, extensa o compuesta), el desarrollo (tradicional o moderna), la demografía (urbana, sub.-urbana o rural), la ocupación (campesino, empleado o profesionista), la integración (integrada, semi-integrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer, ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente, negligente, indulgente, permisiva o reciproca con autoridad, los limites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada.

La disfunción familiar constituye un factor predisponente en la aparición de trastornos emocionales y psicológicos, expresados muchos de ellos en conductas dañinas para el adolescente, como fármaco dependencia, enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar, depresión, suicidio y embarazo entre otros.

En 1978, el Dr. Gabriel Smilkstein profesor de la Universidad de Washington, Seattle, en Estados Unidos, creó el APGAR familiar como un instrumento que se diligencia por si mismo, y que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar, se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar.

El propósito del Dr. Smilkstein fue el de diseñar un breve instrumento para el uso cotidiano del médico, que le permitiera identificar la forma en que su paciente visualiza la funcionalidad de su propia familia y que por ser un instrumento breve, limita la cantidad de información que puede obtener, en muchos de los estudios que se han utilizado. Por ser una herramienta útil para detectar disfunción familiar se ha utilizado en diversos estudios como para la valoración familiar en casos de alcoholismo, infección por HIV. Depresión y embarazos en adolescentes y esto lo debe tener muy en cuenta el Médico Familiar, pues su aplicación no sólo es en familias como un todo, sino también para grupos específicos a investigar.

El clínico identifica con mucha facilidad la disfunción familiar severa, bien sea por el interrogatorio o por la observación de las interacciones familiares. Sin embargo lo más común en la práctica ambulatoria es que el enfermo haga una negación de sus problemas familiares o que el Médico Familiar tenga dificultad para abordar tales temas. En esas Oportunidades el APGAR FAMILIAR cobra su importancia como herramienta de enfoque del problema en el seguimiento y orientación para una revisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario. Para su aplicación en Latinoamérica, hay aspectos que se consideran importantes enfatizar aun cuando se ha validado en varios contextos socioculturales por lo que se llevó al ajuste del cuestionario por lo experimentado en pruebas piloto y haberse aplicado en comunidades latinas, en colaboración dicho ajuste con el autor del APGAR familiar, eliminando el uso de números por cada opción y agregando el contexto de las amistades.

El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar; en comparación con otras escalas similares, presenta la gran ventaja de su reducido número de ítem y facilidad de aplicación y se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y Cols.

La Adaptabilidad o apoyo y solidaridad, dentro del contexto familiar, es la capacidad de utilizar los recursos intra y extra familiares para resolver situaciones de crisis como: Está usted satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica? O me

satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y / o necesidad.

Participación o compañerismo: se refiere a la capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones, por ejemplo: ¿Le satisface la manera o el interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?

Crecimiento o ganancia; es la capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia. Es algo así como que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida. O me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.

Afecto: Capacidad para expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia como ¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sea de bienestar o malestar? O me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.

Resolución o recursos se define como la capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales, y materiales de cada miembro de la familia como ¿ Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos? O me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa, el dinero.

El Dr. Salvador Minuchin en su libro Familias y terapia familiar editado en 1979. Describe la Funcionalidad y la disfunción familiar.

Funcionalidad familiar, cuando se cumplen plenamente las funciones básicas de la familia y la finalidad de tener una homeostasis sin tensión, basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares. Disfunción familiar: No cumplimiento



de algunas funciones de la familia por alteración de algunos de los subsistemas familiares por cambios de roles entre sus integrantes.

Todo esto contribuye de una u otra forma a investigar que tanto la funcionalidad familiar repercute en los adolescentes de nuestro país y en específico en nuestras adolescentes embarazadas que de acuerdo a este estudio se demostrará su importancia para el futuro educacional y de socialización de sus familias.

En el estudio de la relación entre condiciones familiares y desarrollo de psicopatología en niños y adolescentes es posible distinguir dos campos de investigación complementarios: Uno que intenta evaluar el impacto de condiciones específicas de la vida familiar en la psicopatología, y otro que intenta capturar el efecto global de lo que se podría denominar “adversidad o disfuncionalidad familiar”

Entre los temas más destacados en el primer campo señalado ha estado el estudio del impacto de condiciones como: la presencia de trastorno mental en los padres; el conflicto familiar; la existencia de hogares uniparentales; las características de los estilos parentales de cuidado y supervisión; la hostilidad, maltrato y abuso, entre otros.

El segundo campo de estudio ha nacido del reconocimiento de la dificultad que implica el aislar variables que tienden a estar interrelacionadas, privilegiando el estudio del impacto global de la presencia de diversas condiciones psicosociales adversas de la vida familiar, en el desarrollo de niños y adolescentes. Una de las estrategias más empleada para valorar el efecto conjunto de las condiciones de adversidad ha sido considerar el impacto de la suma de estresores o situaciones negativas que se pueden observar en las familias. Esta estrategia fue originalmente desarrollada por Rutter et al, quienes demuestran que la probabilidad de los niños de exhibir un trastorno mental aumenta notoriamente en las familias que presentan más de un indicador de riesgo con respecto a las que presentan sólo 1 o ninguno. Múltiples estudios posteriores han corroborado la existencia de un incremento del riesgo de

trastorno mental en los niños en función de la acumulación de estresores familiares.<sup>12</sup>

La importancia del entorno psicosocial en relación con el proceso salud-enfermedad se ha documentado en distintos estudios epidemiológicos sobre diversos problemas de salud, y los planteamientos hipotéticos para explicar esta asociación postulan que la situación psicosocial interviene como un factor condicionante inespecífico que facilita o inhibe la expresión de factores de riesgo específicos, teniendo un carácter protector cuando se evalúa como favorable o positiva, y representando un riesgo cuando se califica como desfavorable. Esta situación psicosocial está conformada, de acuerdo con Cassel, por dos tipos de condiciones: en primer lugar, por aquellas que los individuos perciben como favorables y que son denominadas apoyo psicosocial y, en segundo lugar, la condición que corresponde a los eventos que se perciben como desfavorables y se les denomina estresores psicosociales. Tanto los estresores como el apoyo psicosocial constituyen elementos que coexisten en la experiencia cotidiana de todas las personas, y se propone que la situación psicosocial resultante (favorable o desfavorable) es una consecuencia relacionada directamente con la condición psicosocial prevaleciente (estresante o de apoyo). Desde esta perspectiva, el estrés psicosocial se considera el resultado de la relación que se establece entre la persona y su ambiente en el contexto de un proceso multivariado con específicas consecuencias en el proceso salud-enfermedad, el estresor está representado por aquellas situaciones familiares, laborales, económicas, sociales y culturales que demandan y exceden los recursos personales de los individuos, de tal modo que significan amenaza, daño o desafío; mediante el apoyo psicosocial, la persona obtiene satisfacción de sus necesidades de reconocimiento social, afectivas, de comunicación, de solidaridad y económicas.<sup>15</sup>

Aunque ha habido experiencias educativas con resultados dispares para tratar de prevenir tanto los embarazos no deseados en adolescentes como las ETS, hay varias circunstancias que hacen que los mensajes educativos no lleguen de forma efectiva a los adolescentes: la escasa percepción del riesgo en este

grupo de edad; la rebeldía hacia los mensajes procedentes de sus “mayores” y la consideración por parte de los jóvenes del preservativo como un “elemento externo” que resta espontaneidad a la relación.

Los adolescentes continúan siendo una de las poblaciones donde la intervención comunitaria es primordial. Las relaciones sexuales y las prácticas de riesgo para ETS, se inician cada vez antes, a partir de los 14 años, haciendo necesario los programas de prevención en estas edades. Uno de los ámbitos idóneos para el desarrollo de estas actividades preventivas son los centros educativos, ya que permiten llegar a casi todos los adolescentes y poseen importantes recursos administrativos y organizativos propios.<sup>16</sup>

El interés que manifiestan los adolescentes por el otro sexo, los conduce a tomar decisiones que, por falta de experiencia e información, no siempre son responsables; reconociendo, que en este período de tránsito de la niñez a la adultez se forman nuevos patrones de conductas que pudieran durar toda la vida.

Estas decisiones constituyen la base de los problemas asociados a los embarazos no deseados o no planificados, a la maternidad temprana y a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluida la infección por el VIH que conduce al SIDA; desencadenándose de estos, un incremento en la morbilidad y mortalidad materno-infantil y la infertilidad, y graves consecuencias en el aspecto económico, psicológico y social; por lo que se hace necesario que estas problemáticas formen parte integral de las estrategias de promoción y educación en salud, ya que afectan -marcadamente- la calidad de vida individual y de las comunidades.<sup>17</sup>

La casi totalidad de los estudios acerca de la iniciación sexual en el grupo adolescente, muestra que la práctica o la abstención de la actividad sexual tienen relación directa con la estructura familiar y la enseñanza de valores, los cuales son reforzados en el colegio.

En este período de la vida, la sexualidad es una de las mayores preocupaciones, tanto para ellos como para su familia y para la sociedad de la cual forman parte, ya que el inicio de la actividad sexual (sin la debida

orientación y sin conocimiento de sus implicaciones) puede exponerlos a una serie de riesgos para su salud y para su futuro.<sup>18</sup>

La escolaridad, la permisividad de los padres, el funcionamiento de la familia, la autoestima, incluso la práctica de un culto religioso, el rendimiento escolar y la ocupación del tiempo libre del adolescente, forman parte de una larga lista de variables de una escala de riesgo del embarazo temprano, que es muy utilizada en varios países. Si se contara con elementos que permitieran pesquisar adolescentes en riesgo de embarazo, se contribuiría a crear o mejorar la calidad de los programas preventivos.<sup>19</sup>

La salud materno infantil continúa siendo uno de los grandes retos para el sector salud, en el campo de la promoción, la prevención y la atención, especialmente del embarazo durante la adolescencia. Se reconoce que tanto la frecuencia como la calidad de la atención prenatal afectan a la supervivencia infantil. A pesar de que se ha detectado correlación entre la atención prenatal y el resultado del embarazo, aún existe poco conocimiento sobre los factores que contribuyen a la utilización de los servicios de atención prenatal por parte de las madres adolescentes.<sup>20</sup>

La promoción de la planificación familiar y particularmente el uso de anticonceptivos, ha sido muy incisiva, sobre todo en los grupos de mujeres jóvenes; se ha fomentado la postergación del primer embarazo hasta después de los 19 años de edad, aunque no existe una relación entre la educación contraceptiva y la iniciación más temprana de la actividad sexual, así mismo, se ha sugerido mantener un periodo intergenésico que sea mayor a los 18 meses; ya que cuando estas circunstancias no se cumplen, la probabilidad de riesgo aumenta en forma considerable.<sup>21</sup>

Si bien en el medio rural es común que las niñas tengan una transición a roles adultos a edades más tempranas, en el medio urbano el embarazo es un evento disfuncional del desarrollo de la adolescente que genera problemas sociales que se manifiestan como rechazo social e inestabilidad económica, e

imponen una carga de estrés emocional considerable que tiene efectos negativos sobre el embarazo. La combinación de factores físicos y psicosociales, además de un pobre control prenatal se relacionan con resultados neonatales adversos en los embarazos de las mujeres menores de 20 años.<sup>22</sup>

En las adolescentes la inmadurez biológica de los órganos genitales impide la adecuada transferencia de nutrimento al feto, afectando de manera consecuyente la implantación, el metabolismo materno, y la adaptación cardiovascular al embarazo. Por esta razón algunos investigadores plantean que la atención nutricional a las embarazadas adolescentes, constituye un factor importante en la reducción de la incidencia de recién nacido con bajo peso.

Se ha demostrado que los indicadores antropométricos aportan numerosos datos de interés, que contribuyen a la profundización de los conocimientos acerca de la relación entre el estado nutricional materno, el crecimiento fetal y el peso del niño al nacer. Algunos investigadores plantean que los cambios que se producen durante el embarazo normal pueden alterar el significado biológico de las mediciones antropométricas. Muchos de esos cambios se relacionan con el crecimiento del feto y de los tejidos maternos asociados, y otros incluyen el proceso de hemodilución, que se produce muy tempranamente en el embarazo.<sup>23</sup>

En nuestro país, la mayoría de los servicios que trabajan con adolescentes exploran la sexualidad limitándola a si existe o no actividad coital. Se realizan intervenciones orientadas principalmente a la indicación de métodos anticonceptivos y prevención de embarazo. El riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) es menos percibido por los adolescentes y menos abordado por los profesionales de la salud y las repercusiones emocionales prácticamente no se consideran.

Las publicaciones internacionales concluyen que: a) los adolescentes vírgenes no son necesariamente sexualmente inactivos, pudiendo tener diversas conductas sexuales, que sin ser coito los pueden exponer a riesgo de embarazo, ITS o inicio no protegido de actividad sexual; b) los adolescentes

vírgenes y no vírgenes necesitan conocer los riesgos de ciertas prácticas sexuales de manera de evitarlas o protegerse; c) es necesario introducir una nueva tipología que deje atrás la tradicional dicotomía del “sexualmente activo e inactivo”. La nueva tipología permite incluir el concepto de intención de conducta sexual, definir el amplio rango de experiencias sexuales que los adolescentes han experimentado e incluir en los programas de prevención en esta área, mensajes que tengan relación con la realidad de cada adolescente. Esta tipología ofrece cinco categorías para clasificar la experiencia sexual de los adolescentes: 1) postergadores: no han tenido coito vaginal y no tienen intención de que ello ocurra dentro del próximo año; 2) anticipadores: no han tenido coito vaginal, pero tienen intención de tenerlo durante el próximo año; 3) coito único: han tenido coito vaginal sólo en una oportunidad; 4) pareja única: han tenido actividad coital sólo con una pareja; 5) múltiples: han tenido actividad coital con más de una pareja.

La consejería se define como el proceso a través del cual una persona puede ayudar a otra a clarificarse y tomar decisiones (Burnard). En el ámbito de la adolescencia el objetivo es, además, apoyar o facilitar el proceso hacia la madurez, ayudando a los adolescentes a comprender que ejercen control sobre su conducta, a comprenderse a sí mismos, a anticipar las consecuencias de sus acciones y a desarrollar la capacidad para planificar más a largo plazo.<sup>24</sup>

El papel que juega la familia, y más específicamente la madre de la adolescente embarazada, como primer escalón de apoyo de la red social, será de gran importancia para procurar la adaptación de la adolescente a su maternidad y a su futuro inmediato. Sin embargo, se desconocen formalmente las necesidades educativas que tienen las madres de estas pacientes durante ese periodo. En la vida cotidiana, las madres de adolescentes embarazadas, además de compartir la responsabilidad y la crítica social y familiar, adoptan la mayoría de las veces una función de guía o asesoría frente a las dudas y preocupaciones que el embarazo, el parto y la recuperación puerperal implican, pero, independientemente de la buena fe o intención que tengan, el grado de efectividad que puedan tener sus consejos o acciones y la información necesaria para ello, pueden estar muy lejos de las verdaderas necesidades que plantean tales situaciones. El concepto de riesgo reproductivo continúa siendo

muy amplio y discutible, sin embargo, a nivel mundial, la UNICEF, la OMS y la UNESCO en colaboración con otras 107 organizaciones han resumido en seis mensajes básicos las acciones que, tanto prestadores de servicios de salud como la población en general deben aplicar para reducir los riesgos reproductivos. Estos son: 1) Que los riesgos del parto se pueden reducir drásticamente acudiendo con el personal de salud más próximo para efectuar revisiones periódicas durante el embarazo. 2) Todos los partos deben ser asistidos por una persona capacitada. 3) Para reducir los riesgos del embarazo y del parto es importante que todas las familias conozcan los síntomas de alarma. 4) Una mujer embarazada, a menos que ya presente un exceso de peso, necesita más alimentos durante el embarazo. Todas las mujeres embarazadas tienen mayor necesidad de descanso. 5) Los riesgos asociados se reducen considerablemente si se espacian los embarazos al menos dos años y se evitan antes de los 18 y después de los 35 años de edad. 6) Las mujeres que han gozado de buena salud y han estado bien alimentadas en su infancia y adolescencia tienen menos riesgos durante el embarazo y el parto.<sup>25</sup>

## **OBJETIVOS**

### OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia, factores asociados y el grado de disfunción familiar en las adolescentes embarazadas del Hospital Municipal de Huimanguillo, Tabasco.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Determinar los factores sociodemográficos de las adolescentes embarazadas
- 2.- Describir los antecedentes de número de gestas
- 3.- Determinar el grado de disfunción familiar por medio del Apgar en las adolescentes embarazadas.



## **JUSTIFICACIÓN**

El Embarazo en etapas tempranas de la vida repercute en la alteración de la dinámica familiar, siendo este una causa de algún grado de disfunción dentro del entorno familiar y a su vez la repercusión en el ámbito orgánico, psicológico y social.

En Colombia en 1996. se compararon las características de grupos familiares para medir función familiar, encontrando 54% de disfunción, y dentro de la cual el 54.4% fue severa, más no se menciona el entorno adolescente.

En 1997, un estudio con una visión crítica sobre el embarazo en la adolescencia como problema de salud pública en México, menciona la preocupación por parte del sector salud ya que en los últimos diez a quince años ha aumentado significativamente la preocupación de diversos sectores sociales por el fenómeno del embarazo adolescente, en las cuales tienden a invertirse recursos humanos y económicos crecientes, mas no hace referencia sobre la disfunción familiar en la adolescente embarazada.

Durante los últimos 15 años las autoridades de salud ha implementado una campaña en medios de comunicación, con el fin de sensibilizar y concienciar, a los adolescentes, el cual es el sector más desfavorecido ya que aun tenemos el estigma que la sexualidad solo esta dirigida a la población adulta. Esto ha traído consigo que los adolescentes incrementen el numero de embarazos no deseados, lo cual trae consigo múltiples problemáticas en la dinámica familiar dado que por lo regular tienden a irse a vivir en una de las dos familias, esto trae consigo alteraciones en la dinámica familiar.

El presente trabajo fue realizado debido a la observación del incremento del número de embarazadas adolescentes en los últimos años, pretende conocer la incidencia de embarazos en adolescentes, así como la posible alteración en la dinámica familiar y en su funcionalidad en adolescentes embarazadas, y así poder conocer su impacto en la comunidad, dado que no se tiene información al respecto.

## **MATERIAL Y METODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Prospectivo, Transversal, Descriptivo y Observacional.

### **UNIDAD DE ANALISIS**

Adolescentes embarazadas.

### **DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

El presente estudio se realizo en población abierta, del total de adolescentes embarazadas que acudieron al control de embarazo al Hospital Municipal de Huimanguillo Tabasco, en ambos turnos, durante el periodo comprendido del 1 de enero del 2005, al 31 de diciembre del 2005, a quienes se entrevistaron y a las que se les aplico un cuestionario, en la que se encontraban las variables de estudio, así como también la aplicación de el cuestionario de APGAR.

### **UNIVERSO**

Se realizo un muestreo no probabilistico, se incluyeron a todas las adolescentes embarazadas que acudieron a control prenatal al Hospital Municipal de Huimanguillo, en ambos turnos, del primero de Enero del 2005 al 31 de Diciembre del 2005.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes embarazadas que acudan a control prenatal al Hospital Municipal de Huimanguillo, en ambos turnos, de el primero de Enero del 2005 al 31 de Diciembre del 2005.
- Que deseen participar en el estudio

## CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Adolescentes embarazadas que acudan a control prenatal al Hospital Municipal de Huimanguillo, en ambos turnos, que cuenten con alguna derechohabiencia, del primero de Enero del 2005 al 31 de Diciembre del 2005.
- Embarazadas no adolescentes que acudan a control prenatal al Hospital Municipal de Huimanguillo, en ambos turnos, del primero de Enero del 2005 al 31 de Diciembre del 2005.
- Que no deseen participar en el estudio

## VARIABLES

- Adolescentes embarazadas: Gestación, que ocurre en la etapa denominada adolescencia que incluye a las mujeres de 10 años a los 19 años de edad. (OMS). Independientemente de la edad ginecológica de riesgo variable, según sus condiciones físicas, medicas y sociales
- Grado de funcionalidad familiar: Cuando se cumplen plenamente las funciones básicas de la familia y la finalidad de tener una homeostasis sin tensión basadas en el respecto de la relaciones intra familiares. Aquella familia que procura la socialización, cuidado, afecto, reproducción, estatus y nivel socioeconómico de sus integrantes.

Factores sociodemográficos:

Edad: Numero de años cumplidos.

Escolaridad: Grados de estudios cursados.

Estado civil: Posición jurídica de la pareja.

Antecedentes de número de gesta: Características de la Gestación con respecto al número de embarazos

Grado de funcionalidad familiar

Concepto de funcionalidad que se encuentra alterado de acuerdo a la adaptabilidad, apoyo y/o solidaridad que se brinda en la familia. A la participación o compañerismo. Al crecimiento o ganancia. Al afecto y al tiempo de resolución y/o recursos. Las cuales se clasifican en leve, moderadas y severas.

## METODOS DE RECOPIACIÓN DE LOS DATOS.

Se solicito a la jefatura de consulta externa la autorización para obtener información de las embarazadas adolescentes que acudieron a control a la consulta externa, a través de la tarjeta de control de embarazo, el cual

controlan el personal médico y el de enfermería, en ambos turnos, se llevo un registro numérico de las embarazadas que acudieron a control médico, así como la fecha en que se presentaron. Mediante una entrevista se les aplico un cuestionario con las variables de estudio así como el Apgar de funcionalidad familiar, posterior a consentimiento informado. (Anexo 1).

#### PRESENTACIÓN, PROCEDUREIMIENTO Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Para el procesamiento de los datos obtenidos del cuestionario se realizo una base datos en Excel Windows 2000, el análisis de los datos se llevo a cabo mediante el programa SPSS 11.0 con medidas de frecuencia, de tendencia central y de dispersión. La presentación de esta información se realizo mediante cuadros y gráficos a fin de objetivizar la misma.

#### CONSIDERACIONES ETICAS.

El presente trabajo de investigación se realizo en base a los preceptos médicos y legales que protegen la actividad física y emocional del paciente, según los criterios de Helsinki, por lo que los procedimientos que se realizaron no implicaron un riesgo para la salud del paciente, situación que le fue notificado al momento de la entrevista y se le pidió su consentimiento de forma verbal.

## **RESULTADOS.**

El "Hospital Municipal de Huimanguillo" se encuentra ubicado en el municipio de Huimanguillo Tabasco, la Secretaría de Salud atiende una población no asegurada de 129 mil 961 habitantes; que representan el 82 por ciento de la población del municipio, para este fin, cuenta con una plantilla de 292 trabajadores entre médicos, paramédicos, técnicos y administrativos; servicio que proporcionan a través de financiamiento federal y estatal. Es considerado hospital ancla del municipio, otorga servicios de Salud los 365 días del año, para lo que cuenta con una infraestructura física de 16 camas censables, 6 consultorios, 1 gabinete de radiología, 1 laboratorio, 2 quirófanos y 2 salas de expulsión. Siendo los principales servicios otorgados en las instituciones del sector salud las siguientes: consulta externa, estudios de diagnósticos, intervenciones quirúrgicas, sesiones de tratamiento, partos atendidos y dosis de biológicos aplicados, brinda servicios las 24 horas del día.

La tasa de crecimiento natural también registra un descenso de 3.80% de 1980 a 0.6% en el año 2000, por lo que de acuerdo con el censo de población y vivienda, actualmente habitan en el municipio 158 mil 573 habitantes.

Se estudiaron 120 adolescentes embarazadas del Hospital Municipal de Huimanguillo, durante el periodo comprendido del 1º de Enero al 31 de Diciembre del 2005, adolescentes de 10 a 19 años que acudieron a solicitar consulta de control prenatal a las cuales se les realizó una entrevista en donde se les aplicó un cuestionario que contenía las variables para la identificación de factores asociados, así como cuestionario APGAR.

Los resultados encontrados en el presente estudio indican que la distribución de embarazadas adolescentes, corresponden a una media de 16 años de edad, una moda de 17 años y una desviación estándar de 1.4 años. En orden de frecuencia el primer lugar lo ocupó con el 27.5% los 17 años, en segundo lugar con el 23.3% los 16 años, en tercer lugar 22.5% a los 18 años, cabe mencionar que el 26.6% restante se presentó entre los 13 y los 15 años de edad, situación que nos hace ver la importancia de establecer un

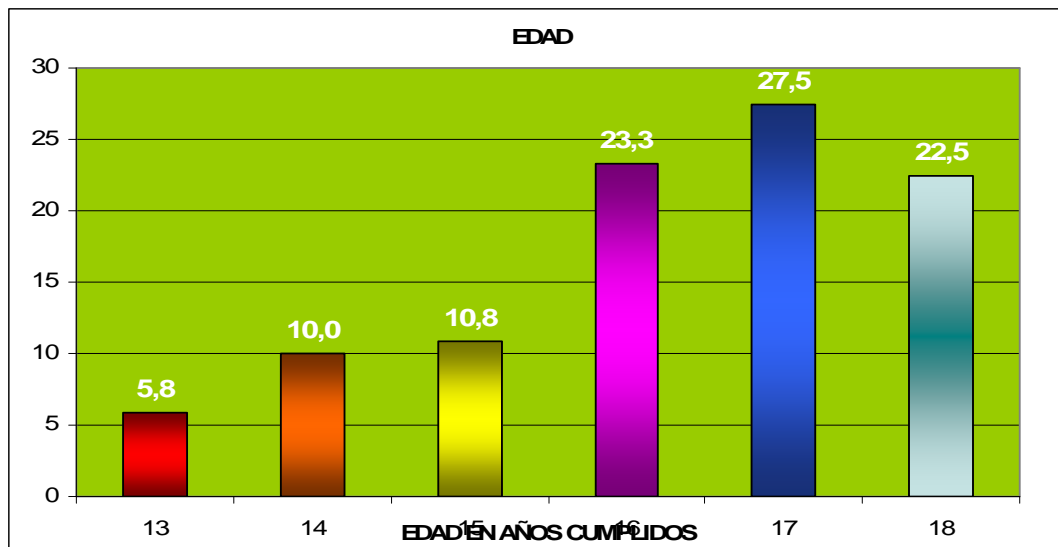
diagnostico oportuno y un control adecuado de estas pacientes a fin de evitar la aparición de complicaciones en el corto plazo con las repercusiones inherentes tanto individual como familiar. (Cuadro 1, Grafico 1)

**Cuadro 1. DISTRIBUCION DE EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS DEL ENTREVISTADO**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
13	7	5,8
14	12	10,0
15	13	10,8
16	28	23,3
17	33	27,5
18	27	22,5
Total	120	100,0

Fuente: Encuesta.

**GRAFICO 1**





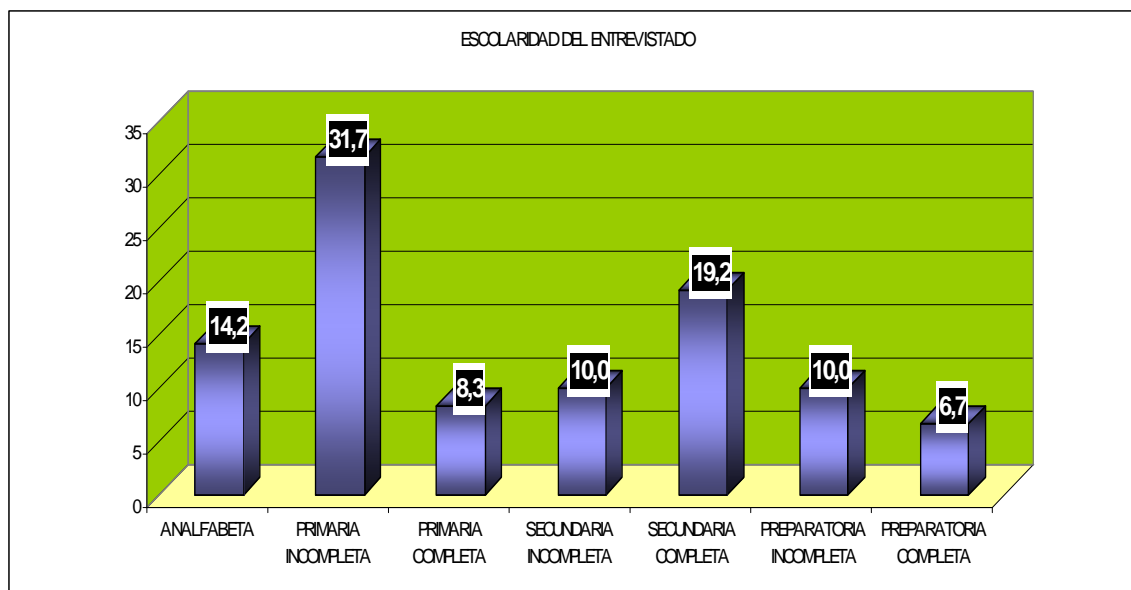
En cuanto al nivel de escolaridad destaca el nivel de primaria incompleta con un 31.7% , en segundo lugar secundaria completa con un 19.2% y en tercer lugar con un 14.2% analfabetas, encontrándose el porcentaje más bajo con un 6.7% a las adolescentes con preparatoria completa, situación que nos hace pensar que a mayor grado de estudios, menor riesgo de embarazo ó mayor conocimiento de métodos de planificación familiar. (Cuadro 2, Grafico 2)

**Cuadro 2. ESCOLARIDAD DE LA ENTREVISTADA**

GRADO DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	17	14,2
PRIMARIA INCOMPLETA	38	31,7
PRIMARIA COMPLETA	10	8,3
SECUNDARIA INCOMPLETA	12	10,0
SECUNDARIA COMPLETA	23	19,2
PREPARATORIA INCOMPLETA	12	10,0
PREPARATORIA COMPLETA	8	6,7
Total	120	100,0

Fuente: Encuesta

**GRAFICO 2**



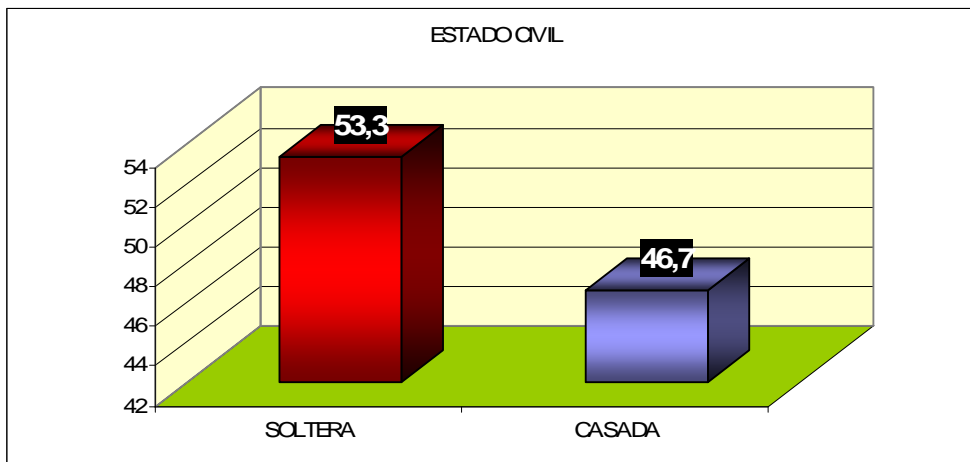
De acuerdo al estado civil, el 53.3% son casadas y el 46.7% solteras situación que nos hace pensar la convivencia familiar de las casadas en el hogar de la familia de la adolescente o del cónyuge y en relación con la soltera en el hogar paterno o de familiares.(Cuadro 3, Grafico 3).

**Cuadro 3. ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	64	53,3
CASADA	56	46,7
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario.

**Grafico 3**



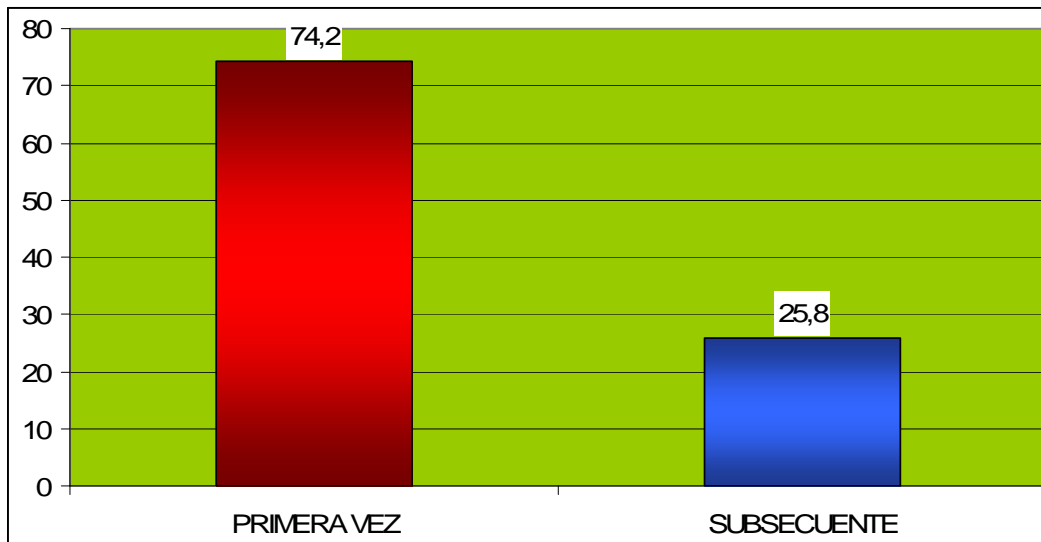
Referente al numero de gestas presentado por las adolescentes encontramos que el 74.2% cursaba con su primer embarazo, y el 25.8% con un embarazo subsecuente situación que nos lleva a pensar en la edad del primer embarazo y sus riesgos aunados. (Cuadro 4, Grafico 4).

**Cuadro 4. TIPO DE EMBARAZO**

TIPO DE EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMERA VEZ	89	74,2
SUBSECUENTE	31	25,8
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario.

**Grafico 4**



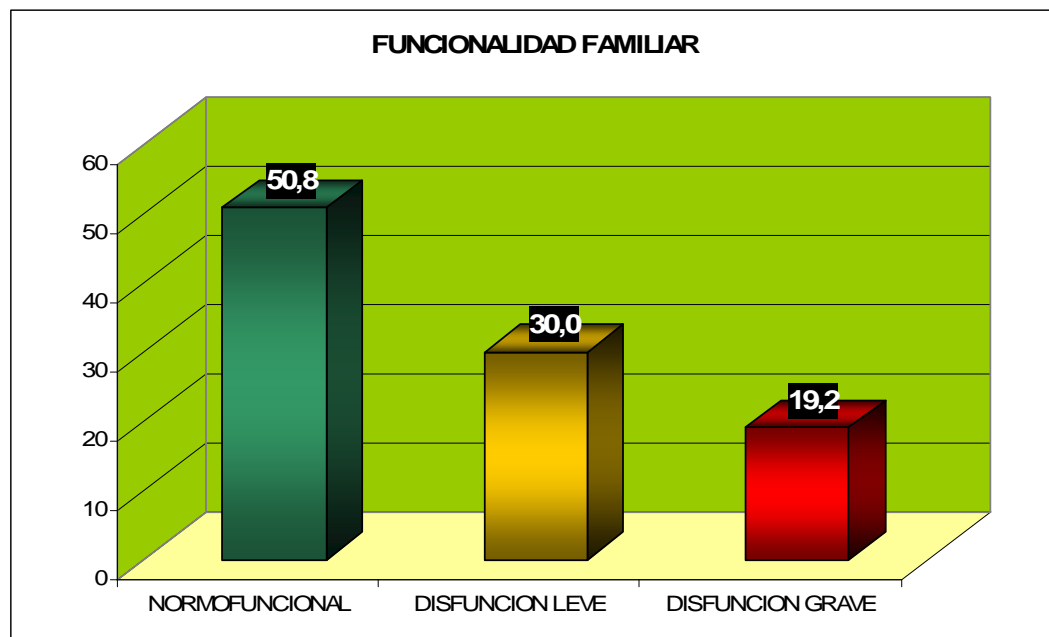
En lo concerniente a la funcionalidad familiar tenemos que el 50.8% de las adolescentes consideraron vivir en una familia normofuncional, el 30% consideró encontrarse en una familia con disfunción leve, mientras que un 19.2% considero encontrarse en una familia con disfunción severa, situación que nos hace ver el entorno en cuanto a ambiente psicosocial en el que la adolescente llevará a buen termino su embarazo. (Cuadro 5, Grafico 5)

**Cuadro 5. FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMOFUNCIONAL	61	50,8
DISFUNCION LEVE	36	30,0
DISFUNCION GRAVE	23	19,2
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario

**Grafico 5**



## **DISCUSION.**

Diversos estudios sobre embarazo en adolescentes demuestran la relación entre este y diversos factores los cuales son asociados a la edad, educación, medio familiar, como lo hacen saber en estudios realizados por Lira, Ortiz, Stern, y Vázquez. En México y Colombia.

De los resultados encontrados en el presente estudio en lo referente a la edad, en la que las edades mas frecuentes son de los 16 a los 18 años con un 75% aproximadamente coincide con lo reportado en los estudios realizados por Lira, Ortiz, Stern, Vázquez, y González.

En cuanto a el grado de escolaridad, reflejo de la educación de las adolescentes encontramos el nivel de primaria incompleta con un 31.7% , en segundo lugar secundaria completa con un 19.2% y en tercer lugar con un 14.2% analfabetas, encontrándose el porcentaje más bajo con un 6.7% a las adolescentes con preparatoria completa situación que refleja lo reportado por Stern, Núñez, Ehrenfeld, Villanueva, González y Ortigosa.

Respecto a el numero de gestas en el que el 74.2% cursaba con su primer embarazo, y el 25.8% con un embarazo subsecuente es poco lo estudiado sin embargo lo encontrado coincide con los resultados descritos por Bozan y Villanueva.

En lo referente al estado civil tenemos que el 53.3% son casadas y el 46.7% solteras situación que nos hace estudiar el tipo de ambiente familiar o funcionalidad familiar en la que se encuentran, encontrando en el presente estudio que el 50.8% de las adolescentes consideraron vivir en una familia normofuncional, el 30% considero encontrarse en una familia con disfunción leve, mientras que un 19.2% considero encontrarse en una familia con disfunción severa resultados coincidentes con los resultados o referidos por Mendoza, Cova, Vázquez y Salvador.

Los resultados anteriores reflejan lo necesario por parte del personal de Salud de visualizar el embarazo en adolescentes como el resultado de factores socioculturales, ambientales y conductuales para poder incidir en la disminución de estos embarazos en este grupo poblacional, así como evitar las complicaciones durante el embarazo y evitar la mortalidad materna y perinatal.

## **ANALISIS DE RESULTADOS.**

1. La frecuencia más elevada de embarazo en adolescente ocurre en el grupo de edad de los 16 a los 18 años.
2. Las adolescentes con una escolaridad de primaria incompleta y analfabetas presentan el mayor porcentaje embarazo.
3. El estado civil de las adolescentes embarazadas nos refiere un alto porcentaje de futuras madres solteras.
4. El numero de gestas en adolescentes nos indican que un porcentaje considerable de estas cursan con un embarazo subsecuente.
5. El grado de funcionalidad familiar en las que viven las adolescentes nos refiere que el 50% aproximadamente cuenta con una familia normofuncional, y el resto con familias con disfunción leve y grave.

## **CONCLUSIONES**

La falta de una educación sólida con respecto a la vida sexual y reproductiva, desde los primeros años de la escuela o desde otros ámbitos en la comunidad es una de las causas que influyen en el inicio muy temprano, y de manera desinformada, de la vida sexual, con el frecuente resultado de un embarazo no planeado ni deseado en ese momento

Es vital para la familia brindar elementos para mejorar la dinámica familiar en las adolescentes, ya que el aspecto que más demandan insistentemente las madres es en el área de sexualidad y comunicación con la familia y la pareja.

Se sabe que la mayoría de adolescentes carecen del conocimiento preciso acerca de la sexualidad y anticoncepción y no tienen un acceso real a los servicios de salud reproductiva, haciéndolos susceptibles a los embarazos no deseados y a las enfermedades de transmisión sexual.

Se han detectado, consistentemente, dos grupos de adolescentes embarazadas de alto riesgo: Las muy jóvenes y las multíparas. De ahí la importancia de brindar información sobre sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes embarazadas, como un factor decisivo para espaciar el siguiente embarazo. Sin embargo para planear la prevención de embarazos futuros es necesario obtener detalles sobre la manera como ocurrió el embarazo actual.

El objetivo es brindar una información veraz y oportuna que permita al adolescente asumir su sexualidad con responsabilidad, autonomía y libre de riesgos, con una adecuada información y consejería apropiada, para incidir en las tasas de embarazos no deseados.

El reto fundamental en salud pública consiste en atender la creciente demanda de servicios y conservar los enormes avances logrados. Esos factores nos llevan a considerar la implementación de estrategias orientadas a disminuir en las comunidades los rezagos en salud, a privilegiar acciones de medicina



preventiva a curativa, con énfasis en la atención de grupos prioritarios con conocimientos de factores asociados y poder ofertar una mejor calidad de vida a nuestra población responsabilidad del personal de la Secretaria de Salud.

## ANEXOS

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Lira PJ. Simon PL. La adolescente embarazada. Un problema de Salud Pública. Cirugía y Cirujanos; 2001; 69 (6) :300-303
- 2.- Ortiz SR. Anaya ON. Sepúlveda RC Torres TS. y Camacho LP. Caracterización de las Adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. Med Unab; 2005; 71-77
- 3.- Mendoza SL. Y Cols. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar.2006;8 (1); 27-32
- 4.- Bozán A. y Norry M. Índice de masa corporal en embarazadas adolescentes y adultas e indicadores de crecimiento neonatal. Relación con el bajo peso para la edad gestacional. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sarda. 1997;15(3)99-103
- 5.- Stern C. Lozano LR, Fuentes C. Fenneke R. Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la ciudad de México. Salud Publica de Mexico.2003; 45(1): S34-S43
- 6.- Núñez UR, Hernandez B. Garcia C. Gonzalez D y Walter D. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Publica de México:2003; 45(1): S92-S102.
- 7.- Lira PJ. Oviedo H, Sambrana M. Iburguengoitia F. Ahued R. Implicaciones perinatales del embarazo en la mujer adolescente. Rev. Ginecología y Obstetricia Mexico; 2005; 73 (8): 407-414
- 8.- Ehrenfeld y Lenkiewicz N. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. Salud Pública de México.1994; 36(2): 154-160
- 9.- Lira PJ y Cols. Análisis de los resultados perinatales de los primeros cinco años del funcionamiento de una clínica de atención para adolescentes embarazadas. Rev Ginecología y Obstetricia Mexico.2006;74(5):241-246.
- 10.- Cova SF. Maganto C. y Melipillan R. Adversidad familiar y desarrollo de trastornos internalizados y externalizados en preadolescentes. Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr; 2005; 43(4):287-296
- 11.- Villanueva LA. Campos R. Perez M. Conocimientos y prácticas anticonceptivas en adolescentes embarazadas. Rev Ginecol Obstet Méx; 2001:69(6): 239-242
- 12.- Vázquez MA. Almirall A. De la Cruz F. Alvarez E. Embarazo en la adolescencia, repercusión biosocial durante el primer año de vida. Rev. Cubana Pediatr.; 1997; 69 (2):17-25.
- 13.- González-GC. Rojas R. Hernandez M. Olaiz G. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes Mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. Salud Pública Méx. 2005;47 (3); 60-75.

- 14.- Ortigosa CE. Padilla P. Lopez R. Diseño y evaluación de un curso educativo dirigido a madres de adolescentes embarazadas. *Rev Ginecol Obstet. Méx.*; 2001;69 (9); 363-370.
- 15.- Salvador MJ. Marinez Y. Lechuga A. Ruiz R. Terrones A. Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo. *Rev Salud Pública Mex*; 2000;42 (2); 56-67.
- 16.- Callejas PS y Cols. Intervención Educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *Rev. Esp. Salud Pública*; 2005, 79 (5): 581-589.
- 17.- Calero J. Santana F. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. *Rev. Cubana Salud Pública*; 2001; 27 (1): 119-128
- 18.- Pérez VR. Cid AM. Lepe OY. Carrasco CC. Conocimientos, actitudes y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes chilenos. *Perinatol. Reprod Hum.* 2004; 18(4): 225-230.
- 19.- Burgos L. Carreño RS. Comparación de factores de riesgo en dos poblaciones de embarazadas adolescentes nulíparas. *Rev. Hosp..Mat. Inf. Ramón Sardá.* 1997; 16(3): 104-111.
- 20.- Núñez RH. Elizondo UA. Monge RR. Gríos DC. El control prenatal en adolescentes embarazadas en Costa Rica. *Bol Méd Hosp Infant Méx*; 2002; 59(9): 555-561.
- 21.- León CJ. Hernández AL. Hernández HA. Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres estados de la Republica Mexicana. *Ginecol Obstet Méx*; 2002; 70(7): 320-327.
- 22.- Ibarra CJ. Calderón MM. Rivas ME. Mortalidad perinatal, prematurez y peso bajo al nacimiento en el embarazo de la mujer adolescente en un hospital general. *Bol Med Hosp. Infant Méx*; 2002; 59(11): 706- 712.
- 23.- Sánchez SF. Trelles AE. Castañedo VR. Lugones BM. Índice de masa corporal en embarazadas adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 2003; 19(1): 189-195.
- 24.- González TM. Aguirre CM. Tapia CJ. Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. *Rev Chil Pediatr*; 2005; 76(6): 573-579.
- 25.- Ortigosa CE. Padilla JP. López OR. Necesidades educativas en salud perinatal en madres adolescentes embarazadas. *Ginecol Obstet Méx*; 2002; 70(1): 28-35.