



SECRETARÍA
DE SALUD

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

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL
CENTRO DE SALUD DE TEQUISQUIAPAN, QUERÉTARO, DE DICIEMBRE DEL
2011 A FEBRERO DEL 2012**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARYSOL RINCÓN AVILA

Querétaro, Qro.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL
CENTRO DE SALUD DE TEQUISQUIAPAN, QUERÉTARO, DE DICIEMBRE DEL
2011 A FEBRERO DEL 2012**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARYSOL RINCÓN AVILA

AUTORIZACIONES:

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

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

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

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL
CENTRO DE SALUD DE TEQUISQUIAPAN, QUERÉTARO, DE DICIEMBRE DEL
2011 A FEBRERO DEL 2012**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARYSOL RINCÓN AVILA

AUTORIZACIONES:

DR. CARLOS HUGO MEDINA NOYOLA
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE S.E.S.E.Q.
QUERÉTARO, QUERÉTARO

M.C.E. RAMÓN ALFONSO MANCILLAS ORTIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
QUERÉTARO, QUERÉTARO

M.C.E. RAMÓN ALFONSO MANCILLAS ORTIZ
DIRECTOR Y ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

TÍTULO

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL
CENTRO DE SALUD DE TEQUISQUIAPAN, QUERÉTARO, DE DICIEMBRE DEL
2011 A FEBRERO DEL 2012**

ÍNDICE

1. Marco teórico	6
2. Planteamiento del problema	30
3. Justificación.....	32
4. Objetivos:	
A. General	34
Específicos	34
5. Hipótesis.....	35
6. Metodología	
A. Tipo de estudio	36
B. Población, lugar y tiempo de estudio	36
C. Tipo y tamaño de la muestra	36
D. Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	36
E. Variables e información a recolectar	38
F. Método o procedimiento para capturar la información	41
G. Consideraciones éticas	42
7. Resultados	
A. Descripción de los resultados	44
B. Tablas, cuadros y gráficas	47
8. Discusión de los resultados obtenidos.....	66
9. Conclusiones	68
10. Referencias bibliográficas	69
11. Anexos	74

1. MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud define como adolescencia al periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socio-económica ^{1,2} y fija sus límites entre los 10 y 19 años. Es una etapa de la vida de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas. ^{3, 4, 5, 6}

Existen diversos factores de riesgo entre los cuales se pueden mencionar los de tipo biológico, inherentes a la pubertad y riesgo psicosocial, como la disfunción familiar. ⁵

El periodo de la adolescencia se divide en tres etapas: ^{1, 7, 8}

Adolescencia Temprana (10 a 13 años), biológicamente, es el periodo de la pubertad, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. Adolescencia media (14 a 16 años): es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. Adolescencia tardía (17 a 19 años): en esta etapa casi no se presentan cambios físicos y aceptan

su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. ^{1, 7, 8}

Debido al cambio radical y definitivo en sus conceptos de vida, familia y sociedad, la adolescencia es una época de transición en todos los aspectos: social, psicológico, físico y sexual. Convive con importantes factores de riesgo, los cuales en gran medida le son desconocidos, puede estar en condiciones de mantener actitudes no saludables respecto a éstos y convertirlos en habituales conductas de riesgo. ^{9, 10}

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas". ⁷

El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud pública tanto en México, como en América Latina y el resto del mundo. ^{9,10, 11}

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana se produce justamente en este período: el embarazo en la adolescencia, considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Tiene además implicaciones socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educación, familiar y social. ¹²

Según la Norma Oficial Mexicana define embarazo de alto riesgo, como aquel con altas probabilidades de presentar estados patológicos que pueden incrementar la morbimortalidad de la mujer, del feto o del recién nacido.¹³ Al embarazo en la adolescencia se le define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".⁷ Ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. El embarazo en la adolescencia es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia,¹ ya que irrumpe en su vida de adolescentes la cual aún no alcanzan la madurez física y mental y a veces en circunstancias adversas ante carencias nutricionales o enfermedades y con frecuencia, en un medio familiar poco receptivo para aceptar el embarazo y proteger a la adolescente.² La adolescencia actúa sobre el embarazo como un factor de riesgo que mantendrá su acción potencial a lo largo de toda la gestación, el parto y el puerperio.⁵

El grupo de los adolescentes constituye un campo de estudio sumamente importante, porque representa la edad en que se inicia la vida sexual activa.^{9, 10} La cual se lleva a cabo a edades cada vez más tempranas, sin ninguna preparación, educación sexual estructurada y además no se acompaña del uso adecuado de métodos anticonceptivos, resultando un alto porcentaje de embarazos no planificados.¹⁴

En un estudio realizado en 2005 por Cueva Arana y colaboradores en adolescentes embarazadas encontraron que el promedio de edad fue de 17 años, con un promedio de inicio de la vida sexual activa a los 15 años.¹⁵

En general, en América Latina la edad de la primera relación sexual para los varones tiene un rango promedio de los 12.7 a los 16 años y para las mujeres de los 15.6 a los 17.9 años, encontrándose diferentes cifras que varían de acuerdo a cada país.¹⁶

En México, el inicio promedio de las relaciones sexuales tiende a ser cada vez más a una temprana edad: en 1995 era a los 17.2 años y pasó en el año 2009 a los 15.9 años.^{17, 18} En el año 2000 se estimaba que 25 % de las mujeres entre los 15 y 19 años, ya habían tenido relaciones sexuales y ocho de cada diez habían tenido su primera relación sexual sin protección. Se sabe que una actitud típica de las adolescentes embarazadas es que la mayoría conocían algún método anticonceptivo, pero no habían incorporado dicho conocimiento en sus prácticas sexuales habituales.¹⁷

Las cifras estadísticas del embarazo adolescente muestran que el problema ha estado y está lejos de ser resuelto, observándose que la frecuencia (en términos absolutos) del embarazo adolescente se ha incrementado. No obstante, en algunos países se ha observado un descenso, algunos de los argumentos que se han señalado para explicar tal disminución, son los siguientes: una tendencia a casarse a mayor edad, un aumento en las oportunidades económicas y educativas, cambios en las costumbres sociales, mayor accesibilidad e información sobre métodos anticonceptivos y, en algunos casos, el acceso legal al aborto.^{17, 19}

Aunque los Estados Unidos están entre los países con las tasas de embarazos adolescentes más bajas a nivel mundial, aún poseen la tasa de embarazos adolescentes más alta entre todos los países del Primer Mundo (países industrializados).²⁰ Un alto porcentaje de los embarazos en adolescentes (entre los 15 y 19 años) no fueron planeados y más de la mitad de éstos terminaron en un aborto inducido o espontáneo.¹⁷ En el año 2000; el número total de embarazos adolescentes fue de 821, 810 (84 embarazos por cada 1,000 personas). Si se lo compara con las estadísticas de Canadá, las tasas de embarazos adolescentes en el año 2000 fue de 38, 600 (38 embarazos por cada 1,000 personas). Por otro lado, otros países occidentales industrializados, como por ejemplo Suecia y Francia, han arrojado tasas de embarazos adolescentes aún más bajas que las de Canadá.²⁰

En los Estados Unidos, el grupo etario de jóvenes de entre 18 a 19 años presentan las mayores tasas de embarazos adolescentes, seguido por el grupo etario de jóvenes de entre 15 y 17 años. No obstante, las tasas de jóvenes embarazadas de entre 15 y 17 años han descendido en gran medida, hasta llegar a un 23% entre los años 1992 y 2000; mientras que las tasas de jóvenes embarazadas de entre 18 y 19 años cayeron hasta alcanzar un 11%.^{7, 20}

A escala mundial, América Latina y el Caribe sobresalen por sus altos niveles de reproducción en la adolescencia. Esta resistencia al descenso de la fecundidad adolescente ha conducido a la región a una posición ambigua a escala global. Por una parte, ella presenta niveles de fecundidad inferiores a la media mundial y de los países en desarrollo. Pero por otra, registra niveles de fecundidad adolescente que rebasan ostensiblemente la media mundial, solo superados por los índices de África, y es la región del mundo en que los nacimientos de madres adolescentes representan la mayor fracción del total de nacimientos (ver cuadro 1).¹⁹

CUADRO 1. Grandes Regiones del Mundo: Tasa global de fecundidad (TGF) estimada para 2007, Tasa Específica de Fecundidad del grupo de 15 a 19 años de edad estimada para 2007 y porcentaje del total de nacidos vivos cuya madre era adolescente.

Región	TGF 2007	Tasa Específica de fecundidad: 15-19 años, 2007	Porcentaje del total de nacidos vivos cuya madre es adolescente
El mundo	2.55	52.9	13
África	4.68	103.4	17
Asia	2.35	39.94	11
Europa	1.43	17.41	7
América Latina y el Caribe	2.38	75.67	18
América del Norte	1.98	45.49	12
Oceanía	2.23	25.5	7

Fuente: <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>

En siete países de América Latina (Bolivia, Colombia, República Dominicana, Guyana, Honduras, Nicaragua y Perú entre 2001-2005), se encontró que el 19.5 % de las mujeres entre 15 y 19 años habían estado embarazadas, con una variación entre los países del 13 al 25 %. De ellas, el 50 % no tenía educación, el 59 % vivía en zonas rurales, el 6 % vivía sin adultos en el hogar y el 60 % vivía en la pobreza.²¹

El indicador de nacimientos por cada 1,000 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años para América del Sur, es de 74 por 1,000, con un rango entre

55 y 90 por 1,000 para los países andinos (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), de acuerdo al informe del Estado de la Población Mundial (UNFPA, 2010). En el 2009 los embarazos adolescentes representaron aproximadamente el 18 por ciento de todos los embarazos en el área andina.²¹

En Bolivia, entre el 2003 y el 2008, la proporción de mujeres embarazadas entre 15 y 19 años se incrementó del 14,7 % al 18 %. Más del 25 % de las madres adolescentes apenas han concluido la educación primaria. Asimismo, sólo una de cada cuatro adolescentes sexualmente activas usan algún método anticonceptivo, a pesar de que el conocimiento sobre el tema alcanza cerca de un 92 % (ENDSA, 2003-2008). Lo más alarmante es que hay un 9 % de adolescentes menores de 13 años que han estado embarazadas o ya son madres.²¹

En Colombia, entre 1995 y 2010, la fecundidad adolescente se redujo de 89 a 84 por 1,000, aunque, en 2005, llegó a 90 por 1,000. Sin embargo, el porcentaje de madres o adolescentes embarazadas era de 17.4 % en 1995, 20 % en 2000 y 19 % en 2010.^{16, 21, 22}

En Ecuador, las proporciones de maternidad en la adolescencia son hasta cuatro veces más altas entre las mujeres adolescentes que no tienen educación (43% comparadas con las de niveles educativos más altos: 11 % con secundaria completa). Por otro lado, un embarazo en la adolescencia se traduce en 2.5 años menos de escolaridad para las mujeres; y por cada hijo adicional, las mujeres tienen un año menos de escolaridad. En este país, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez (ENDEMAIN, 2004). La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74 %, y en mayores de 15 años es del 9 % (Documento de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, 2010).

La tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina, llegando a 100 por 1,000 nacidos vivos (CELADE, 2007).²¹

En Venezuela, la población adolescente representa el 2 % de la población total, y las adolescentes entre 15 y 19 años, el 21 % de las mujeres en edad fértil. El 23.35 % de los nacimientos vivos registrados en Venezuela ocurren en adolescentes entre los 15 y 19 años de edad, mientras que la tasa específica de embarazo entre este grupo de edades es de 89.40 por 1,000 mujeres (INE, 2009).²¹

En Perú, el embarazo adolescente afecta en mayor grado a mujeres que residen en la selva, donde el 22.4 % son madres a temprana edad; seguidas de las adolescentes residentes en áreas rurales, con 18.4 % de incidencia.²¹

Chile, en 2005, reportó 230,831 nacidos vivos, de ellos 935 (0.41%) correspondieron a embarazos de adolescentes de 10-14 años y 35,143 (15.2%) a adolescentes de 15-19 años, cinco de estas últimas fallecieron como consecuencia del proceso reproductivo (14.2/100,000 nacidos vivos), tasa de fecundidad (por 1000 mujeres) de 48.8, con una incidencia del embarazo en la adolescencia de 16.16%.^{12, 23}

Guatemala tiene una tasa alta de fecundidad en adolescentes: 114 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad por año. La mitad de las mujeres jóvenes inicia una unión formal o consensual antes de cumplir los 20 años. Tres cuartas partes de las que no tienen educación, comparado con una cuarta parte de las que tienen educación primaria o superior, se unen antes de los 20 años. Las adolescentes de 15-19 años son las que tienen un mayor número de nacimientos, ya que reportaron para el 2006 el 17.72 % de los nacimientos totales del país. Según las estadísticas, 24,258 mujeres entre los 10 y 24 años estuvieron embarazadas durante

el año 2008. De manera desagregada, corresponden a 483 entre 10 y 14 años; 10,563 entre 15 y 19 años; y, 13,212 en el rango de 20 y 24 años. ²⁴

Nicaragua es el país que representa el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas, con 148 por cada mil. ¹⁶

Klein (1980) menciona que cada año más de un millón de adolescentes en el mundo se embaraza; 30,000 son menores de 15 años y en su mayoría son embarazos no planeados. La Organización Panamericana de la Salud, OPS (1988) reporta que según la Encuesta Nacional Demográfica en México, 12.1 % de nacimientos en 1982 fueron de madres entre 15 y 19 años y que en 1985, 33.5 % de la población femenina entre 15 y 24 años de edad, falleció por complicaciones de embarazo, parto y puerperio. ²⁵

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. La TFA es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas. ⁷

Se estima que en México en el año 2000 ocurrieron más de 500,000 embarazos en adolescentes de 15 a 19 años, y de éstos, alrededor de 366,000 llegaron a término, lo que representó 17 % del total de nacimientos del país ⁷ y una tasa específica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo de edad. ⁶ La tasa global de fecundidad en México para el año 2000 fue de 2.4 hijos por mujer. ¹⁷ A pesar de que durante los últimos seis años el número de nacimientos se redujo en poco más del 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes

continúa siendo un desafío prioritario en salud reproductiva. ⁴ 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. ⁶

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 reporta que la tasa de embarazo en niñas y adolescentes de entre 12 a 19 años fue de 79 por cada mil mujeres. En el informe se estima que 695 mil 100 adolescentes entre 12 y 19 años han estado embarazadas alguna vez. La tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 15 años fue de seis embarazos por cada mil, el número aumentó en las jóvenes de 16 y 17 años a 101 embarazos por cada mil, y el mayor incremento se observó en las adolescentes de 18 y 19 años, entre quienes se alcanzó una tasa de 225 embarazos por cada mil mujeres. ²⁶ Esto ha dado como resultado un aumento significativo en embarazo adolescente y que muchos de estos embarazos presenten problemas debido a que la madre adolescente tiene limitación de oportunidades educativas, rechazo del entorno familiar e inmadurez biopsicosocial. La conjunción de estos factores incidirán de manera adversa tanto en la salud materna, en la del hijo en gestación, en la relación madre-hijo y finalmente en el potencial logro de sus expectativas de realización humana. ^{2, 9, 27}

Al inicio del siglo XXI, de acuerdo con los datos del XII Censo Nacional de Población y Vivienda, México era un país con 97,361,711 habitantes, de los cuales 50,007,325 eran mujeres. Ellas se unían por vez primera a una pareja a una edad más temprana que la de los hombres (la edad promedio de unión de las mujeres fue a los 20 años, mientras que la de los hombres fue a los 23 años). En particular, la tasa de fecundidad en adolescentes ha venido descendiendo, lenta pero significativamente, como lo muestra el porcentaje de mujeres que tuvieron al menos un hijo en el grupo etáreo de 15 a 19 años: en 1970 fue 13.8 %, en el año 2000 de 6 % y para el año 2004 fue de 5 %. De acuerdo con los datos del Consejo Nacional

de Población, el número de mujeres adolescentes que experimentó la maternidad en el año 2004, fue de 259 mil.¹⁷

Según datos nacionales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010) del total de mujeres de 15 a 19 años, el 12.4 % ya ha tenido descendencia. Con una tasa bruta de natalidad 17.3 y tasa global de fecundidad 2.0. Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 (ENADID) el grupo etario de 15 a 19 años de edad muestra una tendencia decreciente ya que en 1970 representaban el 23.9 % del total de mujeres en edad reproductiva y para el año 2009 este grupo significó el 18 %, para el trienio 2006-2008 existieron 70.4 nacimientos por cada mil adolescentes de 15-19 años de edad. De las adolescentes alguna vez embarazadas, el 80.8% lo había estado una vez, 16.8 % había tenido dos embarazos y 2.3% había estado embarazada tres veces. Al menos 12.2 % de los embarazos en adolescentes terminaron en aborto. Para el quinquenio 2004-2008, la tasa de fecundidad adolescente fue de 15.5 %. La cual muestra una relación directa con su nivel de escolaridad. En 2009 la tasa de fecundidad de las mujeres de 15-19 años de edad que no tenían instrucción escolar fue de 35.7 %, mientras que entre las mujeres de la misma edad pero con instrucción media superior y superior, la tasa fue de 6 veces menor (5.7 nacimientos por cada cien mujeres).²⁸ De acuerdo a estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009 se encontró que el porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas es de 15.2 %. Las tasas específicas de fecundidad y Tasa Global de Fecundidad trienal de 1989-2008 para el grupo edad de 15-19 años muestran una tendencia descendente a lo largo del tiempo (pasando de 81.4 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 a 19 años de edad en el trienio de 1989-1991 a 69.5 % en el período 2006-2008) se observa en el cuadro 2. La velocidad a la que éstas disminuyen es menor a la observada en otros grupos de edad. En las últimas tres décadas y media, el número total de nacimientos ocurridos en el país se redujo 16 %; quienes redujeron sus nacimientos a poco más de la mitad entre 1974 y 2009; le siguen las mujeres de 35 a 39 años, con una disminución de

32.5 % y, en seguida, las adolescentes, quienes disminuyeron el número de nacimientos en una cuarta parte. ¹⁸ Además de que tres de cada cuatro mujeres de 15 años y más con al menos un hijo (73.5 %) se encuentra casada o unida, dos de cada diez (20.4 %) está separada, divorciada o viuda, mientras que 6% son madres solteras. ²⁹

Cuadro 2. Tasas Específicas de Fecundidad y Tasa Global de Fecundidad Trienal 1989-2008

Grupos de edad	1989-1991	1994-1996	2003-2005	2006- 2008
15-19	81.4	78.0	64.8	69.5

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1992, 1997, 2006 y 2009.

Querétaro tiene una tasa global de fecundidad 2006-2008 de 2.21 y 2010 de 2.32; con una tasa de fecundidad específica de 57.0 ²⁸

Se sabe que en la medida en que una mujer tiene mayor instrucción y pertenece a la población económicamente activa, su fecundidad disminuye. De tal suerte que 60 % de las madres adolescentes sin instrucción escolar, ha tenido un hijo antes de los 20 años; mientras que sólo 10 % de las adolescentes que tenían una escolaridad superior a la secundaria, fueron madres durante la adolescencia. No obstante, para el total de las mujeres mexicanas 37 % tuvieron un hijo antes de los 20 años. ¹⁷

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. ³⁰

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar durante su estado de gravidez, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño.¹²

En la literatura se mencionan como factores de riesgo para el inicio de las relaciones sexuales tempranas: pubertad precoz, abuso sexual, pobreza, falta de interés de los padres, familias disfuncionales, padre ausente, patrones culturales y familiares favorecedores de la actividad sexual temprana, baja autoestima, nivel socioeconómico bajo, baja escolaridad o de metas académicas, deserción escolar o bajo desempeño académico y abuso de sustancias.^{15, 17, 31}

En el año 2001, en EUA se estimó que un alto porcentaje (78.9 %) de los nacimientos en adolescentes ocurrió fuera del matrimonio. Respecto al estado conyugal de la población femenina entre 12 a 19 años en México, los datos proporcionados por el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2000 señalan que la proporción de adolescentes que tienen una relación es baja (uno de cada 10 adolescentes) de ellas ocho de cada diez están en unión libre o casadas civilmente, el resto se casó tanto por el civil como religiosamente o sólo religiosamente; de las que no tienen pareja casi todas son solteras y aunque el porcentaje es bajo, se tienen 43,224 adolescentes que son separadas, divorciadas o viudas; de las que tuvieron una ruptura de pareja casi todas son separadas.¹⁷

Con relación a la problemática de los hijos de madres adolescentes, en el año 2000, México contaba con un total de 10, 526,259 mujeres adolescentes entre 12 a 19 años de edad, de ellas 614,623 tuvieron de uno a nueve hijos nacidos vivos,

además se puede agregar la cifra de 356,484 niños nacidos (entre enero de 1999 a febrero de 2000) de madres adolescentes y que estos niños fueron el último hijo nacido vivo. Casi el total de los hijos nacidos vivos en la población adolescente (entre 12 a 19 años) sus madres tenían una relación de pareja estable; no obstante, aproximadamente dos de cada diez madres adolescentes eran solteras, separadas, divorciadas o viudas.¹⁷

En un estudio realizado por Cueva Arana y colaboradores (2005) en adolescentes embarazadas reportaron que el 51% tenía un nivel de escolaridad de secundaria, 26% primaria y 23% con preparatoria. El 66% estaba casada, 24% en unión libre y 9% solteras. En cuanto a la ocupación el 89% se dedicaba a las labores del hogar.³¹ Mirabal y colaboradores (2002) reportan que el 80.7 % de las adolescentes embarazadas tienen una escolaridad de secundaria y el 4.7 % primaria, en cuanto al estado conyugal el 50 % se encontraba en unión libre, el 28 % solteras y el 7.3 % casada.³²

Gutiérrez (2002) encontró a diferencia de Mirabal, que el 46% tenía como escolaridad la primaria y el 52% vivía en unión libre.³³ Ibarra encontró un promedio de escolaridad de seis años.³⁴

Carreón (2004) reporta que el 65.9% se encuentra casada, el 17.4 % soltera y el 16.7 % en unión libre, donde el 56 % se dedica a las labores del hogar.⁹

Rangel (2004) reporta que el 85 % se encuentran casadas, 50 % con nivel de escolaridad secundaria y el 77 % trabaja.¹⁵

En un estudio realizado por Briceño y colabores (2005), en Venezuela, se encontró que el 50 % de las adolescentes eran madres solteras, más de la tercera parte se encontraban en unión libre (37 %) y las demás 13 % son casadas. Con respecto al nivel de instrucción de las madres adolescentes se registró un 72 % con

secundaria, 21.4 % con primaria, 1.8 % con educación superior y el 0.6 % analfabeta.⁵

El grupo que inicia la vida marital más tempranamente es el de las mujeres residentes en localidades rurales; en las edades de 15 a 19 años una de cada 5 está casada o en unión libre.⁴

En Chile, en el año 2000 la deserción escolar en la enseñanza básica y media fue de 11.3 % correspondiendo de este porcentaje 9.9 % a la enseñanza media con 106,000 adolescentes entre 14 y 17 años y 1.4 % a la enseñanza básica.¹² En un estudio nacional se determinó que el 47 % de las adolescentes estudiaban al momento de la concepción, cifra que disminuyó posteriormente al 8 %.³⁰

En México en el 2003, Díaz reporta que más de la mitad (59 %) ha completado la educación secundaria, lo que significa mayor capacidad para acceder a la información y a la tecnología moderna, una mayor socialización entre los géneros y un cambio en los patrones de relación entre hombres y mujeres.⁴ Sin embargo a pesar de estos cambios, el nivel educativo sigue siendo bajo en comparación con las exigencias de calificación en el mercado de trabajo. En el medio rural la situación es menos favorable para los jóvenes, en el campo los hombres abandonan la escuela alrededor de los 15 años, mientras que las mujeres lo hacen a los 14 años.⁴

En relación con los factores emocionales, se ha encontrado que algunas madres adolescentes se embarazaron intencionalmente porque siempre habían querido tener un hijo propio o alguien a quien amar, o bien, como un medio para retener a la pareja, respuestas que podrían asociarse con una baja autoestima. Aunque en otros estudios se encontró un mayor nivel de autoestima social para las adolescentes madres, con respecto a las madres adultas. Asimismo, se han descrito sentimientos de inseguridad, culpa y tendencia a apartarse del grupo social. Es evidente que en muchos casos el proyecto de vida de estas adolescentes se vio frustrado, se debe considerar que los factores psicológicos involucrados en el embarazo adolescente

son de origen multifactorial, ya que ni el inicio precoz de la vida sexual activa ni el ejercicio de la misma, son factores de riesgo en sí mismos, ya que el riesgo real, en todo caso, se encuentra en los factores que motivaron el inicio de la conducta sexual.¹⁷

MUERTE MATERNA EN ADOLESCENTES

La Organización Mundial de la Salud reporta que hay 14 millones de niños que nacen anualmente de madres adolescentes y que en éstos la tasa de mortalidad infantil es hasta 80% más alta que en los hijos de madres de mayor edad.²

En México durante el año 2000 se registraron 180 muertes maternas en mujeres adolescentes, lo que representa la cuarta causa de defunciones en mujeres de este grupo de edad.⁴ De las muertes maternas ocurridas en 2009, 13.8 % correspondía a mujeres menores de 19 años.²⁸ Según el INEGI 2010 reporta que la mortalidad materna en las mujeres menores de 20 años es de 59.3 defunciones por cada cien mil nacidos vivos.²⁹

Las madres adolescentes son responsables del 10 % de los partos en el mundo, pero no todos esos embarazos son indeseados.⁴

Independientemente de ser deseado o no, el embarazo en las adolescentes puede poner en riesgo la vida de la madre. Según la OMS, la edad más segura para el embarazo es de los 20 a 24 años de edad. Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 19 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal de parto. Entre las complicaciones más frecuentes en los embarazos de adolescentes están la preeclampsia, eclampsia, anemia, las infecciones de transmisión sexual, el parto prematuro, parto prolongado, desproporción cefalo pélvica, la muerte fetal y la formación de fístulas recto vaginales o cisto vaginales.⁴

Estas complicaciones junto con el impacto psicosocial, traen aparejado el incremento de la morbimortalidad materno infantil.³⁵

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La vida en familia proporciona el medio para la crianza de los hijos, es la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y en buena medida determina las respuestas de sus integrantes entre sí y hacia la sociedad.³⁶

La funcionalidad familiar, es la capacidad que tiene la familia de mantener su sistema a pesar de los eventos o amenazas que puedan generar enfermedad o cambio en algunos de los miembros del núcleo familiar; de la capacidad con que cuente la familia para mantener su funcionalidad dependerá la respuesta de la misma en las situaciones de crisis (Friedemann).^{37, 38}

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.³⁹ La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad. La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.^{15, 31, 40, 41, 42} Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que en las familias de

las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante.^{40, 43} Se ha señalado que esta etapa corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la adolescente y de su grupo familiar, donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual y grupal.⁴⁴

Los factores protectores del inicio tardío de las relaciones sexuales son: vivir con ambos padres, tener una familia estable, tener un trabajo, ingreso familiar alto, supervisión paterna, establecimiento de expectativas y vínculo entre padres e hijos. Hay que contemplar que inconscientemente la adolescente puede usar la sexualidad para satisfacer necesidades emocionales provocadas por la falta de estructura en algunas jóvenes (como poca supervisión de los padres), depresión, abuso de sustancias y dificultades maternas. Se ha sugerido que se debe a buscar o alcanzar ciertas metas no sexuales, como sentirse amada y establecer intimidad.¹⁷

Dentro de los factores de riesgo para la presencia de embarazo en la adolescencia se encuentra la disfunción familiar con escaso apoyo afectivo, el que su madre o una hermana se hayan embarazado en su adolescencia, la pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.^{5, 35, 45}

La adolescente puede vivir el embarazo como una obligación que le puede generar sentimientos de culpa, incluso porque el bebé no es como la joven lo imaginó, ni es una fuente de amor incondicional. Por otra parte, se ha mencionado que los hijos de madres adolescentes pueden llegar a tener problemas de desarrollo, dificultades académicas, problemas de conducta, adicciones, actividad sexual temprana, depresión y llegar a convertirse en padres adolescentes. Esto se ha relacionado con el hecho de que las madres adolescentes no poseen las habilidades suficientes para ejercer la maternidad. Por tal razón, actualmente se exploran formas en las que se pueda involucrar a la familia de las adolescentes, la cual ayude en el cuidado de sus hijos.¹⁷

Las adolescentes al convertirse en madres, deben asumir una multiplicidad de roles para los cuales no siempre se encuentran psicológicamente maduras, ya que pueden seguir siendo inmaduras en aspectos cognitivos y afectivos, además de una insolvencia económica. Por lo que habitualmente el grupo familiar se adaptará para recibir a un nuevo miembro.⁴⁶ No obstante, muchas investigaciones sugieren que a largo plazo el resultado social para estas adolescentes será inevitablemente negativo. Estudios de seguimiento han indicado que después de dos décadas de haber parido, las madres adolescentes no eran independientes, pocas habían concluido sus estudios y no tenían un empleo regular seguro, además de que no tenían familias grandes.¹⁷

La importancia del contexto familiar resalta en múltiples estudios. Una buena relación con los padres, especialmente la comunicación íntima con la madre y la aceptación de valores familiares tradicionales ayudan a posponer el inicio de las relaciones sexuales.^{5, 47}

En Uruguay se llevó a cabo un estudio de factores psicosociales y familiares en adolescentes mujeres con relaciones sexuales precoces y se encontró que el 86 % eran miembros de familias disfuncionales, casi el 100 % de ellas provenían de familias incompletas y habían presentado fracaso escolar e inestabilidad en la relación de pareja.¹⁴

En un estudio realizado en Cuba se encontró que más del 50 % de las adolescentes embarazadas sin apoyo familiar se mantuvo desvinculada del estudio y del trabajo donde la mayoría de las gestantes eran miembros de una familia disfuncional, concluyéndose que el apoyo familiar a la madre adolescente resulta determinante para el buen desempeño de ésta y para la salud de su hijo.¹⁴ Mirabal y colaboradores encontró que el 14.7% cuenta con el apoyo familiar mientras que el 85.3 % no lo tiene.³²

En un estudio realizado por Pimentel en Bolivia se encontró que la disfunción familiar está presente en el 70 % de las embarazadas de alto riesgo obstétrico. ⁴⁴

En Colombia se llevó a cabo un estudio donde se aplicaron a las familias de las adolescentes embarazadas los instrumentos de percepción del grado familiar, encontrándose que las familias son poco saludables en un 54 %. Además el tipo de familia que prevaleció es la nuclear con 48.5 %, seguida de las nucleares modificadas y nucleares reconstruidas con un 39.3 %, hecho significativo, puesto que representa tipos de familias que por su conformación generan conflictos y pueden llevar a la disfuncionalidad. ²²

En Venezuela se realizó un estudio en donde se relaciono el peso del recién nacido con la funcionalidad familiar, en donde se observó que el 79.5% de los recién nacidos con bajo peso provenían de familias disfuncionales. ⁵

En un estudio realizado en Colombia en 2011, Criado y colaboradores encontraron que existe una baja efectividad de la funcionalidad familiar hasta en un 64.4 %, con dificultades en la organización y crecimiento familiar. ³⁷

En México en un estudio de funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas en la que se aplicó el Apgar Familiar se encontró que existe disfunción familiar moderada en 27 %, severa de 6 % y funcionalidad normal en el 67 %. Los aspectos que se encontraron con mayor alteración fueron el de crecimiento y afecto. ¹⁵ Otro estudio reporta que el 44% de las adolescentes viven actualmente con su pareja y el resto con alguno de sus familiares; la edad de la pareja en su mayoría oscila en intervalo de 21 a 26 años. ³³

También en México, Pérez Rodríguez y colaboradores reportan que el 73.8% de las adolescentes embarazadas no tienen estabilidad familiar reflejando la no convivencia de los padres, mientras que sólo el 26% reportaba estabilidad familiar. ⁴⁸

Luna Navarro reporta que existe disfunción familiar en las adolescentes embarazadas en un 63.3 % y en un 36.7 % las familias eran funcionales.⁴⁹

Gutiérrez, en México, reporta que el 62 % pertenecen a familias nucleares, 51 % de los casos los padres están casados y vivos actualmente, teniendo como grado de escolaridad de ambos la primaria, el 70 % refirió una comunicación armoniosa intrafamiliar y en 71 % la familia presentó una actitud de aceptación al embarazo.³³

En el estudio de Cueva Arana y colabores se encontró respecto a las características familiares que el 85 % tenía antecedente de madre adolescente. En relación a los padres, el 65 % estaban casados, 10% en unión libre y con bajo nivel de escolaridad, 68 % vivían con la familia de su pareja.³¹

Díaz Franco y colaboradores encontraron que el 73 % de las adolescentes tenía una dinámica familiar buena a excelente, 26.7 % con dinámica regular a mala, y el 0.9 % para dinámica familiar mala. La relación con la madre fue de 80.2 % buena a muy buena, y con el 51.2 % con el padre la relación afectiva era buena a muy buena.⁵⁰

Blázquez Morales (2010) encontró con respecto al tipo de familia que el 56.6% de las embarazadas pertenecían a una familia extensa (padres, hijos y otros familiar consanguíneo habitando en la misma casa) y 43.4 % vivían sólo con su pareja (familia nuclear).⁸

Con respecto a la familia de origen se ha determinado que las adolescentes que viven en familias uniparentales, el inicio temprano de la vida sexual es 1.5 veces más probable, que en aquellas que viven en una familia integrada; también se encontró que las adolescentes sexualmente activas que habían vivido en familias en unión libre, tenían 0.69 % menos parejas sexuales, que las que no vivieron en una familia en unión libre. Además cuando la relación con la madre era satisfactoria, era

menor la probabilidad de que las adolescentes iniciaran su vida sexual en forma más temprana.⁵⁰

Es interesante señalar el hecho de que las adolescentes embarazadas que informaron altos niveles de estrés en sus familias de origen, consideraron sólo como moderadamente estresante el embarazo en sí mismo. Esto puede ayudar a entender cómo es que el embarazo puede llegar a percibirse, como una salida a las relaciones familiares conflictivas. Sin embargo, en términos generales, una mayor disfuncionalidad familiar se ha asociado con un mayor riesgo de tener un embarazo en la adolescencia. Incluso se ha observado que las adolescentes embarazadas difícilmente encuentran apoyo para sus problemas, tanto dentro como fuera de sus familias. Refieren tanto una baja calidad como poca cantidad en las relaciones sociales.¹⁷

En el Instituto Nacional de Perinatología, se ha encontrado que la percepción de la dinámica familiar, la relación entre los padres y las relaciones afectivas con la madre y el padre, son factores que se asocian con la presencia de malestar psicológico. Si la dinámica familiar se percibe como mala o regular, entonces la percepción de la relación, tanto con el padre como con la madre, es calificada como muy mala o regular. En contraste, cuando se percibe como buena o excelente, entonces la percepción de la relación con ambos progenitores es calificada como buena o muy buena.^{17, 50} Por otra parte, dentro de los factores familiares relacionados, se ha demostrado que el involucramiento paterno provoca una disminución de las conductas de riesgo en los hijos. Es decir, una buena calidad de apoyo proporcionado a los hijos por parte de los padres es un predictor del apoyo social familiar para las adolescentes.¹⁷

El grado de funcionalidad familiar, se determinará mediante la aplicación del test Apgar familiar, el cual evalúa cualitativamente factores como: adaptación, participación, crecimiento, afectividad, y resolución, considerados como determinantes en la interrelación familiar.¹⁵ Mide el funcionamiento familiar a través

de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a la enfermedad. ³⁹

Definición de los componentes del Apgar familiar: ¹⁵

1. Adaptación: capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua, y la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazada. ¹⁵
2. Participación: distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y toma de decisiones. ¹⁵
3. Crecimiento: logro de la madurez emocional y física, autorrealización de los miembros de la familia, a través del apoyo mutuo. ¹⁵
4. Afecto: relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia. ¹⁵
5. Resolución: capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio, y dinero entre los integrantes de la familia. ¹⁵

La forma de abordar cada uno de los aspectos señalados es como a continuación se señala. ¹⁵

Adaptabilidad o apoyo y solidaridad: ¿Está usted satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?
¹⁵

Participación o compañerismo: ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos? ¹⁵

Gradiente de crecimiento: ¿Encuentra usted que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida? ¹⁵

Afecto. ¿Está usted satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar? ¹⁵

Resolución. Compartir tiempo y recursos ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos? ¹⁵

Cada pregunta consta de tres posibles respuestas: siempre, algunas veces y casi nunca, con valores de 2, 1 y 0 puntos respectivamente. Una vez obtenido el puntaje total, se procede a la clasificación de funcionalidad familiar: De 7 a 10 puntos: familia funcional, de 4 a 6 puntos disfuncionalidad moderada, de 0 a 3 puntos disfuncionalidad severa. ¹⁵

El Apgar familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, sin olvidar que no es una medida objetiva de la función familiar, aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar. ³⁹

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes constituye un problema desde el punto de vista social y médico, ya que es considerado como embarazo de alto riesgo. El embarazo y la maternidad en adolescentes son hechos más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres de las adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí.

Una adolescente embarazada enfrenta serios retos para su propio desarrollo biológico y psicoafectivo, con impacto en los ámbitos familiar y social. Se generan daños a la salud, con secuelas para ella y su descendencia, reportándose trastornos nutricios maternos, infecciones genitourinarias, prematurez, bajo peso al nacer y defectos congénitos. Esta realidad nos demanda diseñar acciones médicas específicas durante su control prenatal.

Se sabe que algunas de las funciones de la familia son brindar protección, afecto, crear un ambiente seguro para el desarrollo de los adolescentes, en el que se establezca adecuada comunicación y se brinde información suficiente, oportuna y veraz sobre sexualidad. Durante el ejercicio de la práctica médica en el Centro de Salud de Tequisquiapan se ha observado un elevado número de mujeres embarazadas adolescentes que manifiestan alteraciones en la dinámica familiar y algunas están viviendo los resultados o nos hacen ver o sospechar que existe disfunción familiar, la cual predispone el desarrollo de conductas de riesgo en las adolescentes entre ellas el embarazo.

Las cifras de embarazos en la adolescencia no son exactas, ya que se establecen principalmente de los registros de hospitales y centros de salud que excluyen a quienes no solicitan sus servicios; sin embargo se han realizado aproximaciones. En el Centro de Salud de Tequisquiapan existe una tasa de embarazo de adolescentes del 12 %, pero no se dispone de información o datos que nos señalen

comportamientos no deseables en las familias de las mismas. Por lo anterior nos planteamos la siguiente la pregunta:

¿Cuál es el grado de funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Tequisquiapan, Querétaro?

3. JUSTIFICACIÓN

En el año 2002 la Secretaría de Salud informó que hubo un total de 250,674 partos, de los cuales 40,439 fueron en pacientes menores de 20 años, lo que corresponde a un 16.1% del total. Es interesante destacar que la prevalencia varía incluso entre los diferentes servicios de salud de nuestro país. Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que presentan diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 15 años y las de 15 años y más. Se demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 15 y 20 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna.

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 reporta que la tasa de embarazo en niñas y adolescentes de entre 12 a 19 años fue de 79 por cada mil mujeres. La tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 15 años fue de seis embarazos por cada mil, el número aumentó en las jóvenes de 16 y 17 años a 101 embarazos por cada mil, y el mayor incremento se observó en las adolescentes de 18 y 19 años, entre quienes se alcanzó una tasa de 225 embarazos por cada mil mujeres. Esto ha dado como resultado un aumento significativo en embarazo adolescente y que muchos de estos embarazos presenten problemas debido a que la madre adolescente tiene limitación de oportunidades educativas, rechazo del entorno familiar e inmadurez biopsicosocial. La conjunción de estos factores incidirán de manera adversa tanto en la salud materna, en la del hijo en gestación, en la relación madre-hijo y finalmente en el potencial logro de sus expectativas de realización humana.

La familia proporciona la influencia más temprana para la educación de los hijos. Es determinante en las respuestas conductuales entre ellos y la sociedad, organizando sus formas de relacionarse de manera recíproca, reiterativa y dinámica

que son las interacciones más importantes en familia. La familia se percibe como entidad positiva que beneficia a sus miembros; de lo contrario, si el ambiente es negativo, existe menor control sobre ellos mismos y la adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable. Las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos. El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los adolescentes y en la familia aparecen nuevas necesidades en torno a este binomio.

Existen diversos estudios donde se ha encontrado que más del 50% de las adolescentes embarazadas no tienen el apoyo familiar y se mantuvieron desvinculadas del estudio y del trabajo donde la mayoría de las gestantes eran miembros de una familia disfuncional, concluyéndose que el apoyo familiar a la madre adolescente resulta determinante para el buen desempeño de ésta y para la salud del hijo. Además que casi el 100% de ellas provienen de familias incompletas donde se generan carencias afectivas que la adolescente no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. Importante mencionar que se reporta que el 44% de las adolescentes viven actualmente con su pareja y el resto con alguno de sus familiares.

Por lo que con este trabajo se pretende identificar el grado de funcionalidad y disfuncionalidad familiar de las adolescentes embarazadas, a través del Apgar Familiar.

4. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Determinar la funcionalidad y disfuncionalidad familiar en las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Tequisquiapan, Querétaro.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las edades de las adolescentes embarazadas.
2. Identificar los niveles de escolaridad de las adolescentes embarazadas.
3. Identificar los estados civiles de las adolescentes embarazadas.
4. Identificar los tipos de ocupación laboral de las adolescentes embarazadas.
5. Identificar las edades de inicio de la vida sexual en las adolescentes embarazadas
6. Identificar los estados civiles de los padres de las adolescentes embarazadas.
7. Identificar el grupo familiar con el que viven las adolescentes embarazadas.
8. Identificar los niveles de funcionalidad familiar del grupo social con el que viven las adolescentes embarazadas.

5. HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo no es necesario hipótesis.

6. METODOLOGÍA

A. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo: Se recolectó los datos y se describió la situación tal y como es.

Transversal: Porque apunta a un momento dado y tiempo definido. Los datos obtenidos de las adolescentes embarazadas representaron un momento en el tiempo.

Prospectivo: Por que se realiza en el presente pero los datos se analizan transcurrido un determinado tiempo, en el futuro.

B. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

El estudio se realizó con todas las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad que acudieron a consulta de primera vez y subsecuentes al Centro de Salud de Tequisquiapan en el periodo de diciembre del 2011 a febrero del 2012.

C. TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Conformada por las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad. Muestreo por conveniencia.

D. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años quienes clínicamente y/o por laboratorio estén embarazadas
2. Adolescente embarazadas en cualquier trimestre del embarazo

3. Adolescentes embarazadas que acuden por primera vez a consulta de control prenatal y subsecuentes.
4. Adolescentes embarazadas residentes en Tequisquiapan.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Adolescentes embarazadas que no firmen su consentimiento para participar en la investigación
2. Adolescentes embarazadas que no deseen contestar el cuestionario
3. Adolescentes con discapacidad mental
4. Adolescentes embarazadas que no sean residentes del municipio de Tequisquiapan
5. Embarazadas extranjeras

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Adolescentes embarazadas que no contesten completo el cuestionario.
2. Adolescentes embarazadas que al momento se arrepientan

E. VARIABLES E INFORMACIÓN A RECOLECTAR

Nombre	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operativa	Instrumento de medición	Valores
Adolescente	Cualitativa nominal	Adolescencia según la OMS es el periodo de la vida que comprende de los 10 a 19 años.	Adolescentes mujeres menores de 19 años de edad al inicio del embarazo.	Encuesta	Grupos de edad de 10 a 19 años del sexo femenino.
Edad	Cuantitativa discreta	Tiempo transcurrido del nacimiento a la actualidad	La edad que refiere la embarazada	Encuesta	Años
Escolaridad	Cuantitativa discreta	Nivel o grado académico en el que se encuentra la adolescente.	El grado académico que refiera la adolescente. El nivel mínimo se cataloga como la ausencia de instrucción, hasta el nivel máximo que es el superior.	Encuesta	1.Analfabeta 2.Primaria 3.Secundaria 4.Preparatoria 5.Universidad 6.Otro
Estado civil	Cuantitativa discreta	Se define como la situación legal en la que se relaciona la adolescente con su pareja o conviviente frente a la sociedad.	La situación legal que refiera la adolescente embarazada y la de sus padres.	Encuesta	1. Soltera 2. Unión libre 3. Casada 4. Divorciada 5. Viuda

Nombre	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operativa	Instrumento de medición	Valores
Ocupación	Cualitativa nominal	Acción o función que desempeña habitualmente la adolescente embarazada para ganar el sustento o sin retribución	Empleo, oficio u ocupación actual que refiera la adolescente	Encuesta	Tipo de ocupación: 1.Hogar 2.Empleada 3.Estudiante 4.Otras
Inicio de la vida sexual activa	Cuantitativa discreta	Edad a la cual la paciente tuvo su primer relación coital	La que refiera la adolescente	Encuesta	Edad en años
Grupo familiar con el que vive	Cualitativa nominal	Se considera que integran el grupo familiar de la adolescente embarazada: sus padres, hermanos, tíos, primos, su pareja o suegros.	El grupo familiar que indique la adolescente embarazada.	Encuesta	1.Padres 2.Suegros 3.Otros

Nombre	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operativa	Instrumento de medición	Valores
Funcionalidad familiar (Apgar Familiar)	Cuantitativa nominal	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia	Cuestionario de Apgar Familiar. Evalúa cualitativamente factores como: adaptación, participación, crecimiento, afectividad y resolución. Considerados como determinantes en la interrelación familiar.	Tres posibles respuestas: siempre, algunas veces y casi nunca, con valores de 2, 1 y 0 puntos respectivamente Clasificación de la funcionalidad familiar: 7-10 puntos: familia funcional 4-6 puntos: familia disfuncional moderada 0-3 puntos: familia disfuncional severa

F. MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN

Previa autorización del Centro de Salud de Tequisquiapan, se hizo la invitación de manera personal a las adolescentes embarazadas, informándoles de que se trataba la investigación y que no estarían expuestas a ningún riesgo. Aquellas que decidieron participar firmaron el consentimiento informado; posteriormente se aplicó de manera individual el cuestionario que contenía datos importantes como nombre, edad, estado civil, ocupación de la adolescente, con quien vive, edad de inicio de la vida sexual, número de parejas sexuales, estado civil de los padres y ocupación de los padres; además de que se indicaban las instrucciones para su llenado. Al terminar de aplicarlo se procedió a continuar con el test del Apgar Familiar, que evaluó cualitativamente factores como: adaptación, participación, crecimiento, afectividad y resolución que son considerados como determinantes en la interrelación familiar.

El test del Apgar familiar nos permitió realizar un análisis del grado de funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas. Se valoraron los componentes a través de cada pregunta planteada, con algunas de las siguientes opciones: casi siempre (equivalente a 2 puntos), algunas veces (1 punto) o casi nunca (0 puntos), para posteriormente realizar la suma de acuerdo a la misma, de tal manera que se tomaran las siguientes referentes para hablar el tipo de disfunción:

De 7 a 10 puntos: Familia funcional

De 4 a 6 puntos: Familia disfuncional moderada

De 0 a 3 puntos: Familia disfuncional severa.

Al terminar de contestar el cuestionario y el test se procedió a recolectar todos los cuestionarios y verificar que no faltará algún dato.

Plan de análisis. Los datos obtenidos se procesaron en el programa SPSS 15.0, donde se elaboró una base de datos que contenía cada una de las variables.

La información obtenida se presentó describiendo las características de la población y las variables principales de estudio, y se mostró en cuadros y gráficas aquellos resultados más significativos.

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Como está establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Los aspectos éticos en la investigación con seres humanos y con las excepciones que el reglamento señala, este estudio responde a lo establecido en el Artículo 15: los sujetos de estudio no estarán expuestos a riesgos ni daño físico ni psicológico además de proteger la identidad del individuo sujeto a la investigación. El Artículo 17 menciona que una investigación sin riesgo es aquella donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se considera cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros.

Tomando en cuenta la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial se respetó siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Además también se tomaron todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental. Se informó a las participantes, como lo marca esta declaración, de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación.

Para la realización de esta investigación se contó con la aprobación de las autoridades de salud correspondientes, además del consentimiento informado por escrito por parte de las adolescentes embarazadas. Los resultados se darán a conocer al final de la investigación, sin olvidar el Artículo 120 que menciona que el investigador, podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir

sus hallazgos por otros medios, cuidando que se respete la confidencialidad a que tienen derecho los sujetos de investigación.

7. RESULTADOS

A. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Durante el período del estudio se realizaron 35 encuestas a adolescentes embarazadas encontrando que la edad más frecuente fue de 18 años de edad, una media de 17.7, mediana de 18, con una mínima de 15 y máxima de 19 (cuadro 1).

Según la edad de la adolescente embarazada: de 15 años fueron 2 (5.7%), de 16 años 4 (11.4%), de 17 años 7 (20%), 18 años 11 (31.4%) y de 19 años 11 (31.4%) (cuadro 2 y gráfica 1).

Las adolescentes embarazadas presentaron el siguiente nivel educativo: Primaria 6 que corresponden al 17.1%, secundaria 18 (51.4%), preparatoria 10 (28.6%) y universidad 1 (2.9%) (cuadro 3 y gráfica 2).

Su estado civil se encontró de la siguiente manera: casadas 1 (2.9%), solteras 8 (22.9%) y en unión libre 26 (74.3%) (cuadro 4 y gráfica 3).

La ocupación actual y la más frecuente de las embarazadas fue el hogar con una frecuencia de 28 (80%), seguida de empleada 3 (8.6%), estudiantes 3 (8.6%) y artesana 1 (2.9%) (cuadro 5 y gráfica 4).

Se encontró que 12 (34.3%) de las adolescentes embarazadas viven con sus padres, 9 (25.7%) viven con sus suegros y 14 (40%) viven con otros (cuadro 6 y gráfica 5).

Trimestre del embarazo actual: Primero 4 (11.4%), segundo 13 (37.1%), tercero 18 (51.4%) (cuadro 7 y gráfica 6).

La edad de inicio de la vida sexual más frecuente fue de 16 años de edad, media de 16.31, mediana de 16, con un mínimo de 14 y máxima de 18 (cuadro 8).

Respecto al inicio de la vida sexual de las adolescentes embarazadas se encontró que 3 (8.6%) la iniciaron a los 14 años, 7 (20%) a los 15 años, 10 (28.6%) a los 16 años, 6 (17.1%) a los 17 años y 9 (25.7%) a los 18 años (cuadro 9 y gráfica 7).

En cuanto al número de parejas sexuales la media fue de 1.26, mediana de 1, moda de 1, con una mínima de 1 y máxima de 4 (cuadro 10).

Del total de adolescentes 29 han tenido una pareja sexual (82.9%), 4 con 2 (11.4%), 1 con 3 (2.9%), 1 con 4 (2.9%) (cuadro 11 y gráfica 8).

Con relación a la edad de la pareja, de las 35 adolescentes embarazadas encuestadas solo 15 contestaron y 20 no lo hicieron. De las que sí lo hicieron la edad media de la pareja fue de 20.7 años, la mediana de 20, la moda de 18, el más joven de 16 y el más viejo de 31 años (cuadro 12, cuadro 13 y gráfica 9).

El estado civil de los padres de la adolescente embarazada: Solteros 7 (20%), casados 20 (57.1%), unión libre 5 (14.3%), divorciados 2 (5.7%), viudo 1 (2.9%) (cuadro 14 y gráfica 10).

En cuanto a la funcionalidad familiar se encontró que la familia era funcional en 26 de las embarazadas adolescentes representando el 74.3 %, disfuncional moderada 8 (22.9%) y disfuncional severa 1 (2.9%) (cuadro 15 y gráfica 11).

En cuanto al inicio de la vida sexual en 26 de las adolescentes embarazadas la familia era funcional, en 8 de ellas era disfuncional moderada y en una adolescente era disfuncional severa (tabla 1).

En aquellas familias funcionales se encontró que 21 adolescentes se encontraban en unión libre, cuatro solteras y una casada. En la familia disfuncional moderada se encontraron cuatro adolescentes embarazadas solteras y cuatro en unión libre. En la familia disfuncional severa una adolescente embarazada se encontró en unión libre (tabla 2).

Las adolescentes embarazadas que provenían de familias funcionales 16 tenían secundaria, en las familias disfuncionales moderadas se encontraron 4 con preparatoria y en familias con disfunción severa una adolescente embarazada tenía primaria (tabla 3).

Aquellas adolescentes embarazadas (12) que vivían con otros familiares tenían familias funcionales, mientras 5 adolescentes embarazadas que vivían con sus padres tenían una familia disfuncional moderada y una adolescente embarazada que vive con sus suegros su familia era disfuncional severa (tabla 4).

B. TABLAS, CUADROS Y GRÁFICAS

Cuadro 1.- Edad más frecuente de las adolescentes embarazadas

N	35
Media	17.71
Mediana	18.00
Moda	18
Desv. típ.	1.202
Mínimo	15
Máximo	19

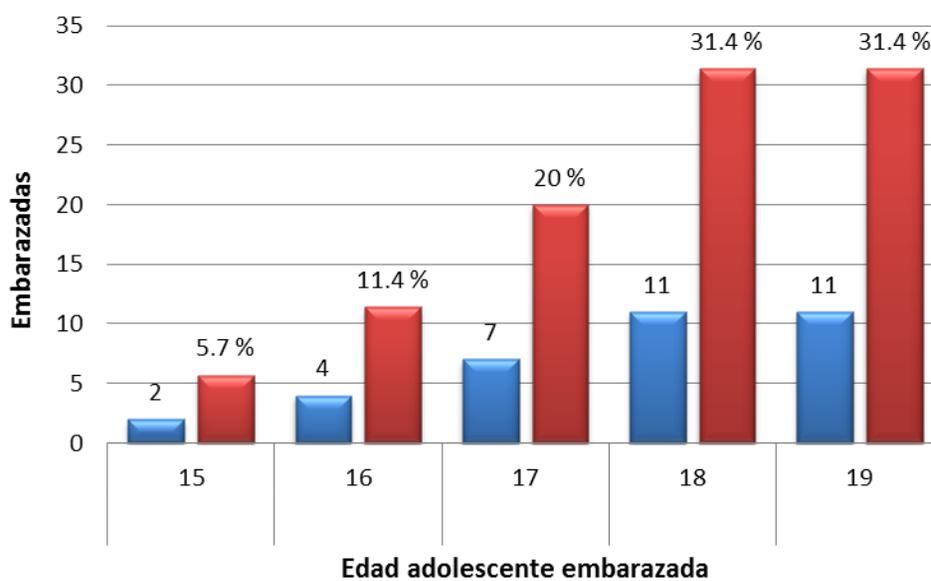
Fuente: Encuestas

Cuadro 2.- Edades de las adolescentes embarazadas

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15	2	5.7 %
16	4	11.4 %
17	7	20.0 %
18	11	31.4 %
19	11	31.4 %
Total	35	100.0 %

Fuente: Encuestas

Gráfica 1.- Edades de las adolescentes embarazadas



Fuente: Encuestas

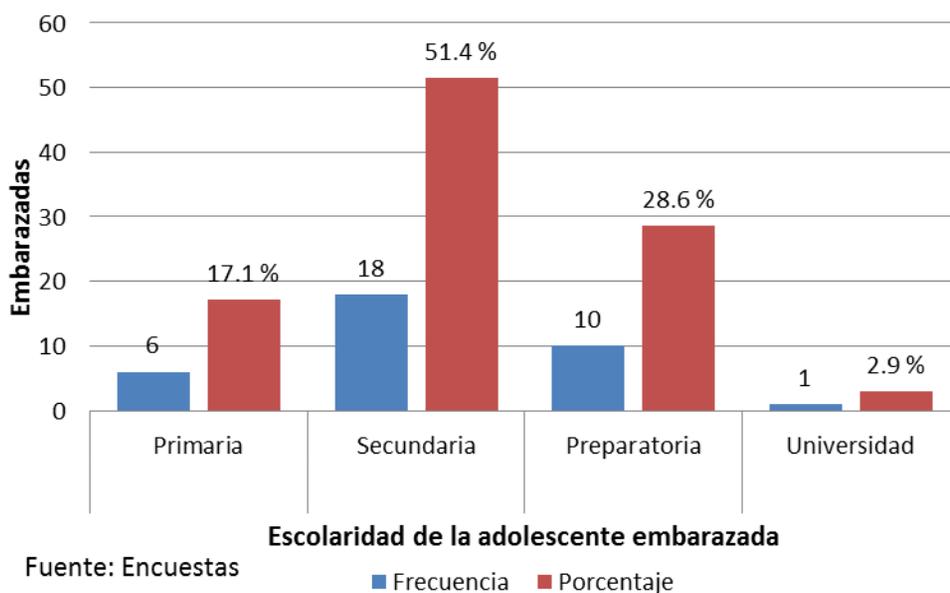
■ Frecuencia ■ Porcentaje

Cuadro 3.- Escolaridad de la adolescentes embarazadas

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	6	17.1 %
Secundaria	18	51.4 %
Preparatoria	10	28.6 %
Universidad	1	2.9 %
Total	35	100.0 %

Fuente: Encuestas

Gráfica 2.- Escolaridad de las adolescentes embarazadas

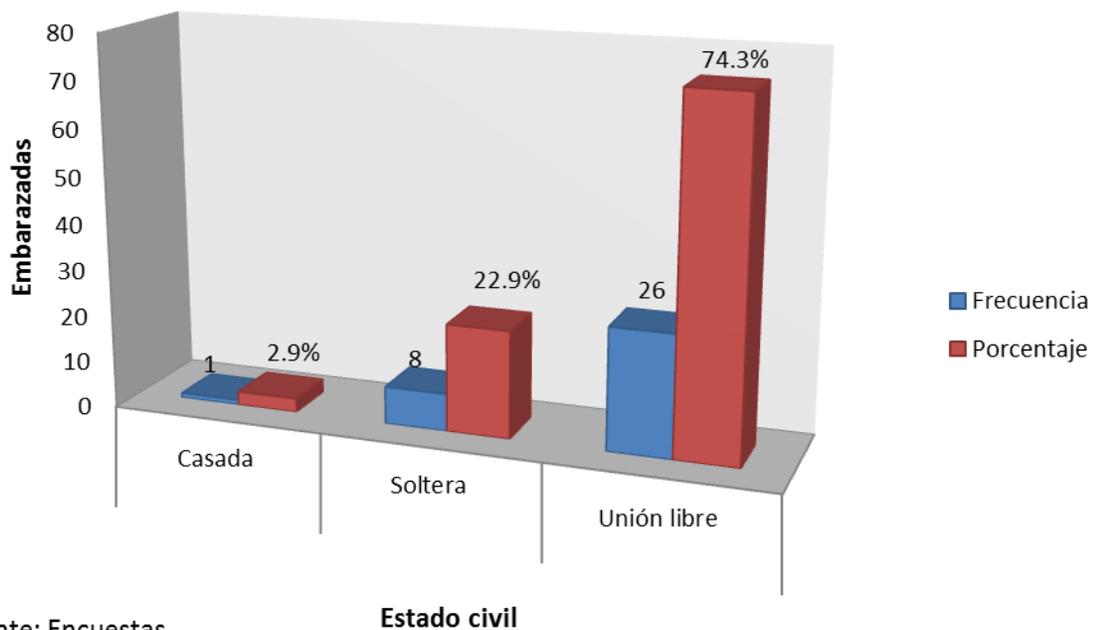


Cuadro 4.- Estado civil actual de las adolescentes embarazadas

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	1	2.9 %
Soltera	8	22.9 %
Unión libre	26	74.3 %
Total	35	100.0 %

Fuente: Encuestas

Gráfica 3.- Estado civil actual de las adolescentes embarazadas



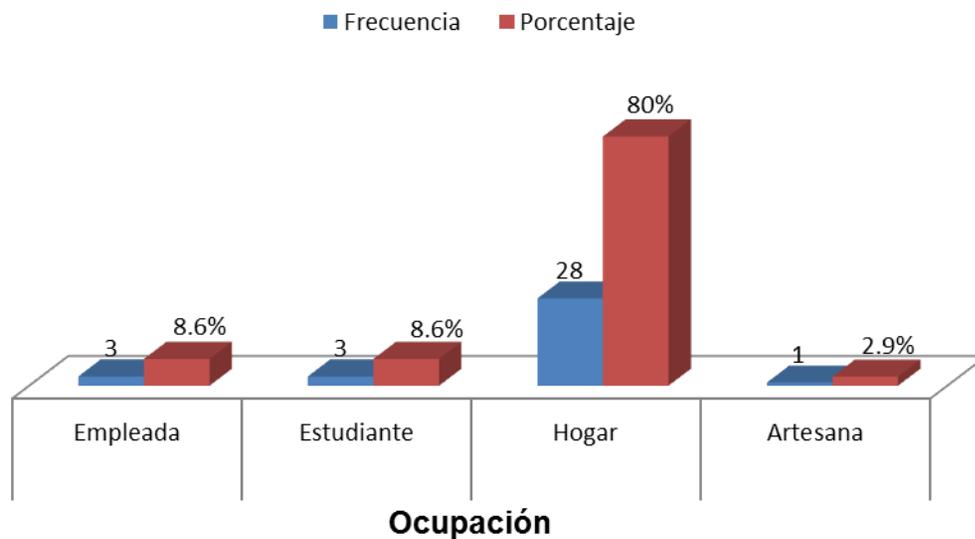
Fuente: Encuestas

Cuadro 5.- Ocupación actual de las adolescentes embarazadas

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleada	3	8.6 %
Estudiante	3	8.6 %
Hogar	28	80.0 %
Artesana	1	2.9 %
Total	35	100.0 %

Fuente: Encuestas

Gráfica 4.- Ocupación actual de las adolescentes embarazadas



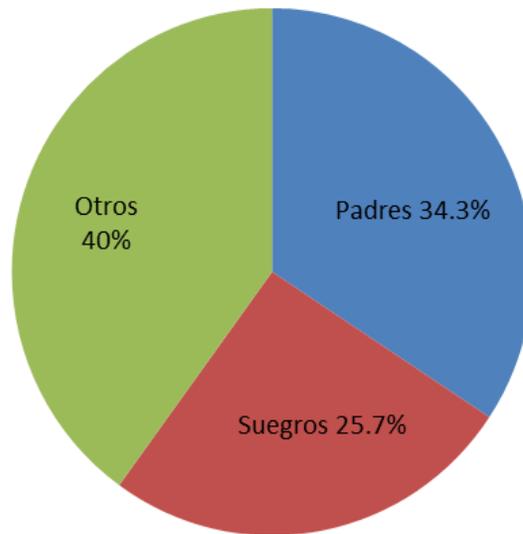
Fuente: Encuestas

Cuadro 6.- Con quien viven las adolescentes embarazadas

Con quien viven	Frecuencia	Porcentaje
Con sus padres	12	34.3 %
Con sus suegros	9	25.7 %
Otros	14	40 %
Total	35	100 %

Fuente: Encuestas

Gráfica 5.- Con quien viven las adolescentes embarazadas



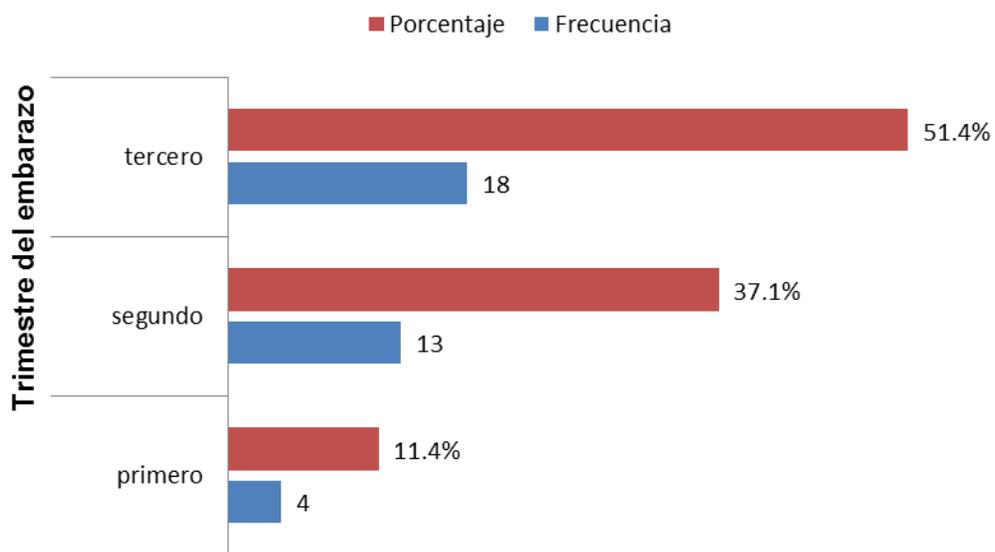
Fuente: Encuestas

Cuadro 7.- Trimestre del embarazo actual

Trimestre	Frecuencia	Porcentaje
Primero	4	11.4 %
Segundo	13	37.1 %
Tercero	18	51.4 %
Total	35	100.0 %

Fuente: Encuestas

Gráfica 6.- Trimestre del embarazo actual



Fuente: Encuestas

Adolescentes embarazadas

Cuadro 8.- Edad de inicio de la vida sexual de las adolescentes embarazadas

N	Válidos	35
Media		16.31
Mediana		16.00
Moda		16
Desv. típ.		1.301
Mínimo		14
Máximo		18

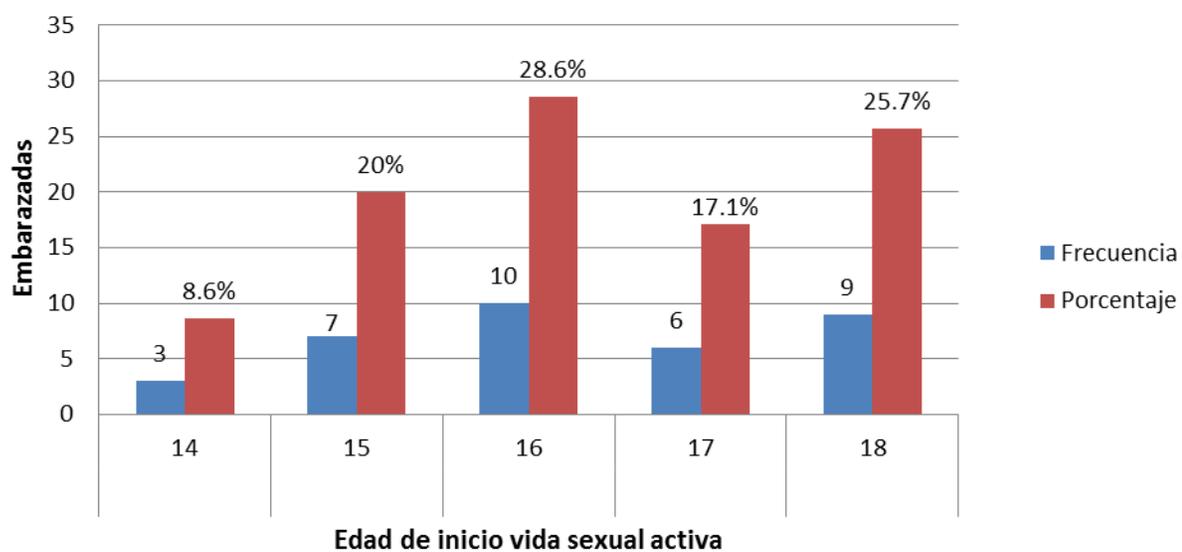
Fuente: Encuestas

Cuadro 9.- Edad de inicio de la vida sexual de las adolescentes embarazadas

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14	3	8.6 %
15	7	20.0 %
16	10	28.6 %
17	6	17.1 %
18	9	25.7 %
Total	35	100.0 %

Fuente: Encuestas

Gráfica 7.- Edad de inicio de la vida sexual de las adolescentes embarazadas



Fuente: Encuestas

Cuadro 10.- Número de parejas sexuales

N	Válidos	35
Media		1.26
Mediana		1.00
Moda		1
Desv. típ.		.657
Mínimo		1
Máximo		4

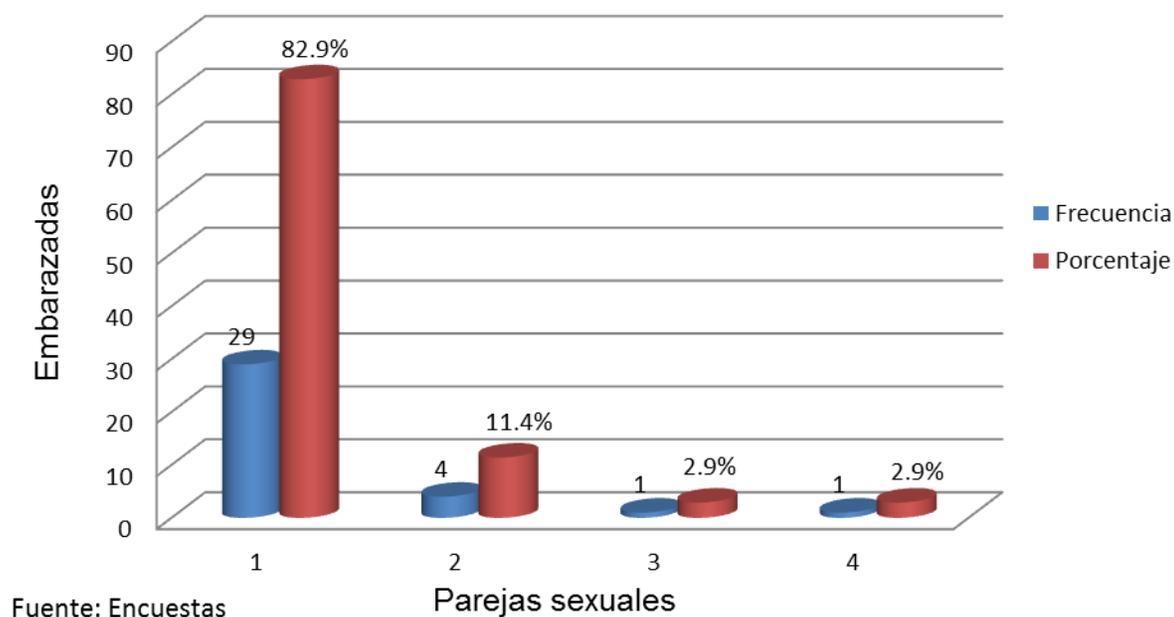
Fuente: Encuestas

Cuadro 11.- Número de parejas sexuales de las adolescentes embarazadas

Parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
1	29	82.9 %
2	4	11.4 %
3	1	2.9 %
4	1	2.9 %
Total	35	100.0 %

Fuente: Encuestas

Gráfica 8.- Número de parejas sexuales de las adolescentes embarazadas



Cuadro 12.- Edad de la pareja

N	Válidos	15
	Perdidos	20
Media		20.73
Mediana		20.00
Moda		18
Desv. típ.		3.955
Mínimo		16
Máximo		31

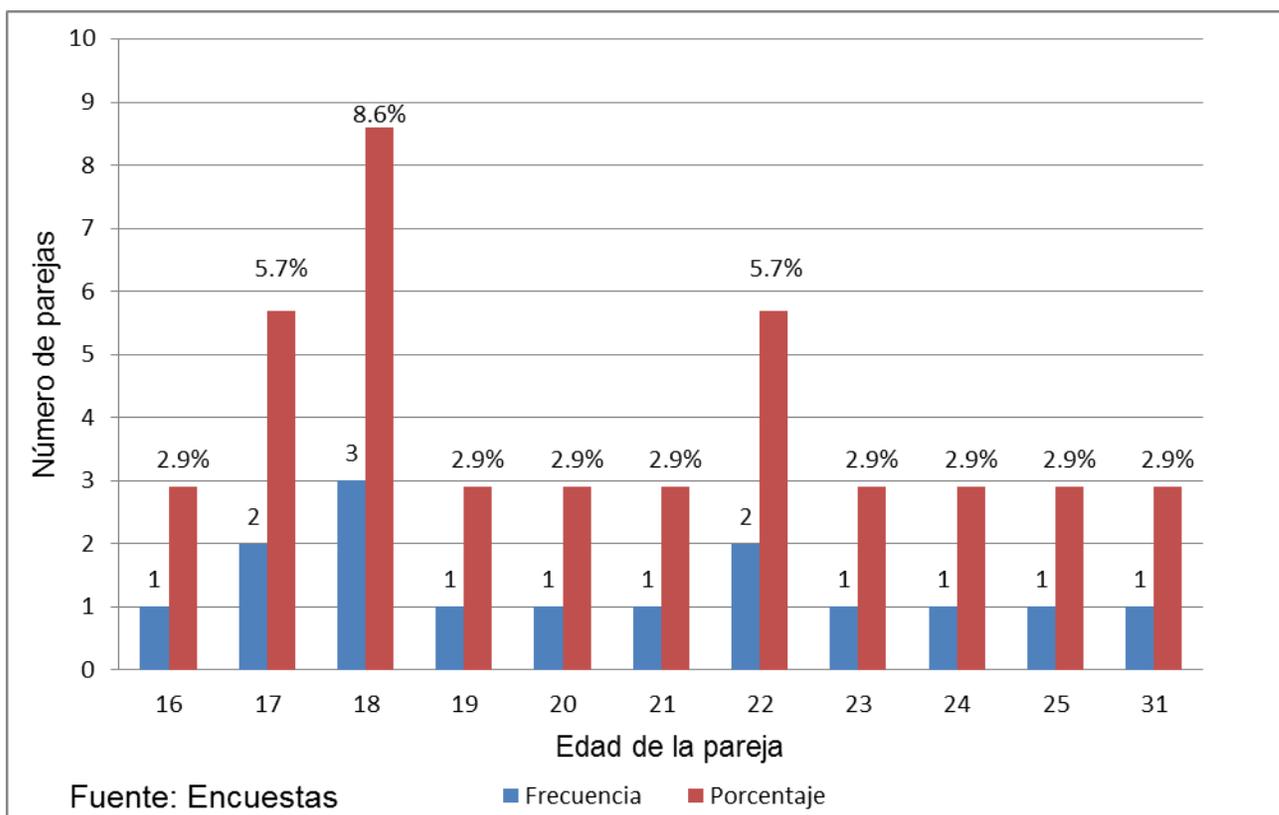
Fuente: Encuestas

Cuadro 13.- Edad de la pareja de las adolescentes embarazadas

Edad de la pareja	Frecuencia	Porcentaje
16	1	2.9 %
17	2	5.7 %
18	3	8.6 %
19	1	2.9 %
20	1	2.9 %
21	1	2.9 %
22	2	5.7 %
23	1	2.9 %
24	1	2.9 %
25	1	2.9 %
31	1	2.9 %
Total	15	42.9 %
Perdidos Sistema	20	57.1 %
Total	35	100.0 %

Fuente: Encuestas

Gráfica 9.- Edad de la pareja de las adolescentes embarazadas

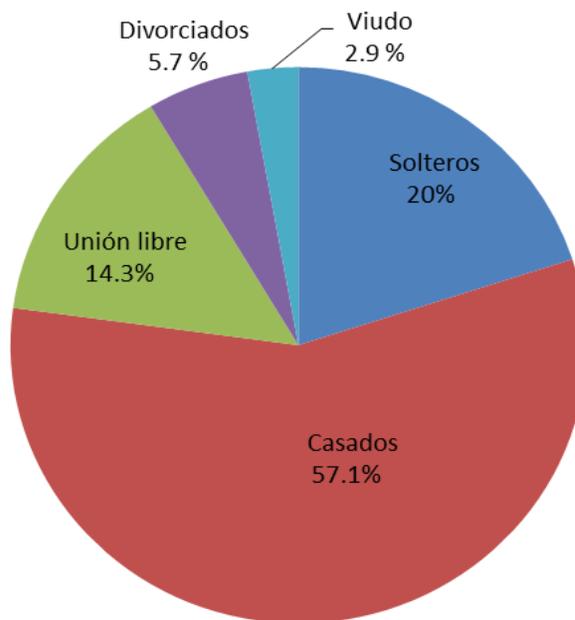


Cuadro 14.- Estado civil de los padres

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Solteros	7	20.0 %
Casados	20	57.1 %
Unión libre	5	14.3 %
Divorciados	2	5.7 %
Viudo	1	2.9 %
Total	35	100.0 %

Fuente: Encuestas

Gráfica 10.- Estado civil de los padres



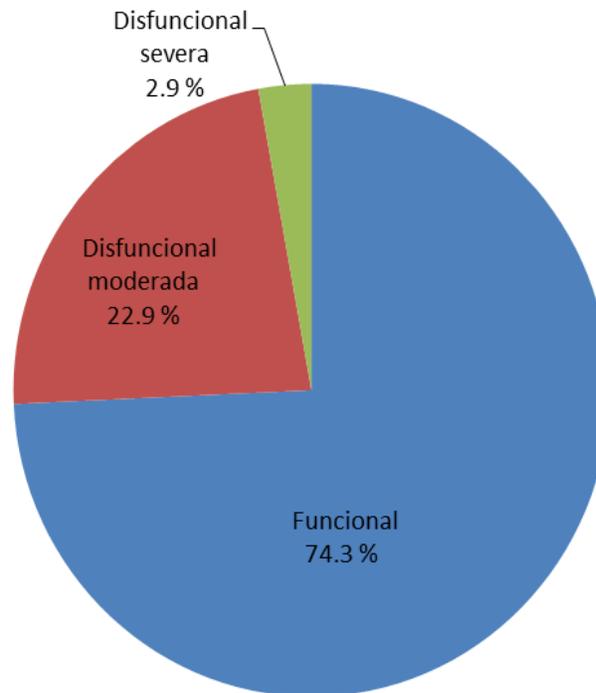
Fuente: Encuestas

Cuadro 15.- Apgar según familia de origen

Apgar familiar	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	26	74.3 %
Disfuncional moderada	8	22.9 %
Disfuncional severa	1	2.9 %
Total	35	100.0 %

Fuente: Cuestionario

Gráfica 11.- Apgar según familia de origen



Fuente: Cuestionario

Tabla 1.- Funcionalidad Familiar * Edad de inicio de la vida sexual de las adolescentes embarazadas

Funcionalidad familiar	Edad de inicio de la vida sexual de la adolescentes embarazadas					Total
	14	15	16	17	18	
Funcional	3	4	6	6	7	26
Disfuncional moderada	0	2	4	0	2	8
Disfuncional severa	0	1	0	0	0	1
Total	3	7	10	6	9	35

Fuente: Encuestas y cuestionarios

Tabla 2.- Funcionalidad familiar * Estado civil actual de las adolescentes embarazadas

Funcionalidad Familiar	Estado civil actual de las adolescentes embarazadas			Total
	Casada	Soltera	Unión libre	
Funcional	1	4	21	26
Disfuncional moderada	0	4	4	8
Disfuncional severa	0	0	1	1
Total	1	8	26	35

Fuente: Encuestas y cuestionarios

Tabla 3.- Funcionalidad familiar * Escolaridad de las adolescentes embarazadas

Funcionalidad familiar	Escolaridad de las adolescentes embarazadas				Total
	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Universidad	
Funcional	3	16	6	1	26
Disfuncional moderada	2	2	4	0	8
Disfuncional severa	1	0	0	0	1
Total	6	18	10	1	35

Fuente: Encuestas y cuestionarios

Tabla 4.- Funcionalidad familiar * adolescente embarazada vive con

Funcionalidad familiar	Vive con sus			Total
	Papas	Suegros	Otros	
Funcional	7	7	12	26
Disfuncional moderada	5	1	2	8
Disfuncional severa	0	1	0	1
Total	12	9	14	35

Fuente: Encuestas y cuestionarios

8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Al determinar la edad de las adolescentes embarazadas encontramos, al igual que otros autores, un predominio en el grupo de 18 a 19 años de edad. La maternidad en adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, pues existe inexperiencia en el cuidado de los niños, modelos parentales inadecuados y la existencia de disfunción familiar que determinan un contexto que se asocia con alteraciones durante el embarazo y en el período perinatal.

En cuanto al estado civil se encontró que predominaron las adolescentes embarazadas en unión libre (74.4%) y solteras (22.9%), lo que concuerda con la literatura revisada (Mirabal ³², Gutiérrez ³³ e INEGI 2010 ²⁹). Al analizar el nivel educativo encontramos que la gran mayoría tienen la secundaria (51.4%) resultado similar al encontrado en la literatura.

Se puede suponer que al tener una escolaridad limitada, las adolescentes tienen menos oportunidades de recibir una información sobre educación para la salud, la sexualidad y la planificación familiar, aunado a la deserción escolar que condiciona que asuman precozmente los roles de adultos e inicio de la vida sexual activa a temprana edad, lo que aumenta el riesgo de tener un número mayor de hijos.

En cuanto a la ocupación más frecuente de la embarazada se encontró que el 80% se dedicaba al hogar lo que también coincide con los estudios realizados por Carreón ⁹ y el estudio de Cueva Arana y colaboradores. ³¹

Con respecto al estado civil de los padres se encontró que el 57.1 % estaba casado coincidiendo con la literatura, es importante mencionar que sus hijas embarazadas adolescentes se encontraban en 53.8% en unión libre.

En México el inicio promedio de las relaciones sexuales es de 15.9 años.^{17, 18} Se ha mencionado que el tener una familia funcional es uno de los factores protectores de inicio tardío de las relaciones sexuales. En este estudio en cuanto a este punto se encontró que la familia era funcional en 74.3 % la cual al relacionarla con la edad de inicio de la vida sexual de las adolescentes se observa que la mayoría ya la había iniciado. La disfuncionalidad familiar moderada estuvo presente en 22.9% y disfuncionalidad severa en un 2.9%; coincidiendo con el estudio de Rangel.¹⁵

9. CONCLUSIONES

El efecto que genera el embarazo de adolescentes en la familia de origen son culturalmente de aceptación, lo que puede considerarse un sesgo, por no tener una evaluación previa, recomendando efectuar un estudio de cohortes en adolescentes y determinar el Apgar familiar antes y después del embarazo sin embargo es factible existan otras condiciones que favorezcan el embarazo adolescente.

Los resultados obtenidos en este trabajo coinciden con los referidos en la literatura internacional, nacional y estatal. El tener una familia funcional es uno de los factores protectores de inicio temprano de las relaciones sexuales. En el presente estudio la funcionalidad familiar fue de 74.3%

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ulanowicz MG, Parra KE, Wendler GE, Monzón LT. Riesgos en el embarazo adolescente. Rev Postg Vía Cáted Med 2006 enero; 153: 13-17.
2. Islas DLP, Cardiel ML, Figueroa RJ. Recién nacidos de madres adolescentes. Problema actual. Rev Mex Pediatr 2010; 77 (4): 152-155.
3. Ayala CMM, Vizmanos LB, Portillo DRA. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. Ginecol Obstet Mex 2011; 79 (2): 86-92.
4. Díaz SV. El embarazo de las adolescentes en México. Gac Méd Mex 2008; 139 (1): 23-28.
5. Nava BS. D'Ávila MC, Quintero O. Funcionalidad familiar en madres adolescentes y su relación con el bajo peso del recién nacido. Hospital Universitario de los Andes. Mérida. Rev Ven y Reg And de Aten Méd Prim 2007; 15 (2): 17-22.
6. González GC, Rojas M, Hernández SMI, Olaiz FG. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. Sal Púb Méx 2005; 47 (3): 209-218.
7. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Rev Pos Cát Vía Med 2001; 107: 11-23.
8. Blázquez MMSL, Torres FEA, Pavón LP, Gogeoascoechea TMDC, Blázquez DCR. Estilos de vida en embarazadas adolescentes. Salud en Tabasco, 2010; 16 (1): 883-890.
9. Carreón VJ, Mendoza SH, Pérez HC, Gil AI, Soler HE, González SR. Factores socioeconómicos asociados al embarazo adolescente. Arch Med Fam 2005; 6 (3): 70-73.
10. Urmeneta A, Echeverría M, Martín L. Las madres adolescentes. An Sist Sanit Nav 2000 enero-abril; 23 (1): 1-5.
11. Calderón SJ, Alzamora GUL. Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. Rev Perú Med Exp Salud Pública 2006; 23 (4).

12. Molina SM, Ferrada NC, Pérez VR, Cid SL, Casanueva EV, García CA. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Rev Méd Chile 2006; 132: 65-70.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2010. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.
14. Alfaro BJO. Planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes (Tesis). Univ Nac Aut de Nicaragua; 2001.
15. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 2004 Enero-Febrero; 47 (1): 24-27.
16. Alvarado R, Martínez POA, Baquero UMM, Valencia CM, Ruiz SAM. Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años en Nocaima (Cundinamarca). Rev Cienc Sal Col 2007; 5 (1): 40-51.
17. Díaz FE. Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia. Perinatol Reprod Hum 2007 abril-junio; 21 (2): 100-110.
18. La situación actual de los jóvenes en México. Serie de Documentos Técnicos. Consejo Nacional de Población 2010.
19. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos. Boletín de la Infancia y Adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. CEPAL-UNICEF 2007; 4.
20. Chackiel J. La dinámica demográfica en América Latina. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población. Naciones Unidas 2004.
21. Prevención del embarazo adolescente. Una mirada completa. Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2011.
22. Pérez GB. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. Rev Aquichan 2003; 3: 21-31.
23. Donoso SE: Embarazo adolescentes: un problema país. Rev Chil Obstet Ginecol 2008; 73 (5): 291-292.
24. Claudio Versiani. La adolescencia. Datos y cifras de Guatemala. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2011

25. Sánchez CMI. Madres adolescentes: una problemática socio-familiar. (Tesis). Univ Autóm Hidal; 2005.
26. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública.
27. Lezcano SAS, Vallejos AMS, Sordero H. Características del recién nacido en madres adolescentes. Rev Postg Vía Cát Med 2005; 149: 6-8.
28. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 (ENADID). Panorama sociodemográfico de México. Principales resultados.
29. Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2010.
30. Díaz A, Sanhueza RP, Yaksic BN. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67 (6): 481-487.
31. Cueva AV, Olvera GJF, Chumacera LRM, Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Rev Med IMSS 2005; 43 (3): 267-271.
32. Mirabal MG, Martínez MM, Pérez DD. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. Rev Cub Enfermer 2002; 18 (3): 175-183.
33. Gutiérrez GT, Pascasio BE, De la Cruz PAA, Carrasco MEV. Situación socio familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente. Rev Enferm IMSS 2002; 10 (1): 21-25.
34. Ibarra CJE, Calderón MME, Rivas MEE. Mortalidad perinatal, prematuridad y peso bajo al nacimiento en el embarazo de la mujer adolescente en un hospital general. Bol Med Hosp Infant Mex 2002; 59(11): 706-712.
35. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. 2002.
36. Mendizábal RJA, Anzures LB. La familia y el adolescente. Rev Méd Hosp Gen Méx 1999; 62 (3): 191-197.
37. Criado MML, Silva ANA, Torres DGE, Báez GLJ, Estévez GLV, Müller NSC. Efectividad de la funcionalidad familiar con padre adolescente en San Gil. Salud UIS 2011; 43 (1): 63-69.

38. García RA, Martínez ACH. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. *Av Enferm* 2011; 29 (1): 75-86.
39. Huerta GJL. Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Editorial Alfil. Primera edición 2005. 36-38, 95-96.
40. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamamante F. Embarazo adolescente. *Rev Ped Elec* 2008; 5(1): 42-51.
41. León MCA, Mayelin ER, García CY. Percepción familiar del embarazo en la adolescencia. *Act Méd Cent* 2011; 5 (1): 1-5
42. Martín AL, Reyes DZ. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. *Rev Cub Sal Púb* 2005; 29 (2); 183-187.
43. Valdivia M, Molina M. Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. *Rev Psicol Univ Chile* 2003; 12 (2): 85-109.
44. Pimentel SB. Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Matrno Infantil de la C. N. S, La Paz, Bolivia. *Rev Paceña Med Fam* 2007; 4 (5): 15-19.
45. Poo A, Baeza B, Capel P, Llano M, Tuma D, Zúñiga D. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. *Rev SOGIA* 2005; 12 (1) 17-24.
46. Hernández G, Kimelman M, Montino O. Salud Mental Perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio. *Rev Med Chil* 2000; 128: 1283-1289.
47. Ahedo PC, Rodríguez MML, Corona RF. Las bajas expectativas de vida en la adolescente. Influyen en un embarazo temprano. *Arch Inv Ped Méx* 1999; 2 (5): 17-20.
48. Pérez RA, Medina GC, Alcaraz AM, Berenguer GM. Factores sociales asociados al embarazo precoz en el área de salud "28 de septiembre". *MEDISAN* 2001; 5 (1): 31-34.
49. Luna NAA, Gómez SV. Disfunción familiar en adolescentes embarazadas. *Rev Fac Sal Púb y Nut* 2003; 2. <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/imss-2003/resumenes/55.htm>

50. Díaz FE, Rodríguez PML, Mota GC, Espíndola HJG, Meza RP, Zarate TTA. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2006; 20 (4): 80-90.

11. ANEXOS

CENTRO DE SALUD DE TEQUISQUIAPAN

FECHA DE LA ENCUESTA:

NOMBRE: _____

EDAD: _____

ESTADO CIVIL:

- 1) SOLTERA
- 2) UNION LIBRE
- 3) CASADA
- 4) DIVORCIADA
- 5) VIUDA

ESCOLARIDAD:

- 1) NINGUNA
- 2) PRIMARIA
- 3) SECUNDARIA
- 4) PREPARATORIA
- 5) UNIVERSIDAD

OCUPACIÓN: _____

VIVE CON:

- 1) SUS PADRES
- 2) SUS SUEGROS
- 3) OTROS

EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL: _____

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: _____

TIEMPO TRANSCURRIDO DEL INICIO DE LA VIDA SEXUAL Y ESTE EMBARAZO:

TUVO INFORMACION SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR ANTES DE SU EMBARAZO:

- 1) SI
- 2) NO

NUMERO DE EMBARAZOS: _____

FECHA DE ÚLTIMA REGLA: _____

TOXICOMANIAS:

- 1) TABAQUISMO
- 2) ALCOHOLISMO
- 3) DROGAS
- 4) NINGUNA

PADRES:

ESTADO CIVIL:

- | | |
|----------------|----------------|
| 1) SOLTERO (A) | 4) DIVORCIADOS |
| 2) CASADOS | 5) VIUDO (A) |
| 3) UNION LIBRE | |

ESCOLARIDAD DEL PADRE:

- 1) NINGUNA
- 2) PRIMARIA
- 3) SECUNDARIA
- 4) PREPARATORIA
- 5) UNIVERSIDAD

ESCOLARIDAD DE LA MADRE:

- 1) NINGUNA
- 2) PRIMARIA
- 3) SECUNDARIA
- 4) PREPARATORIA
- 5) UNIVERSIDAD

OCUPACIÓN DEL PADRE: _____

OCUPACIÓN DE LA MADRE: _____

TOXICOMANIAS:

PADRE

- 1) TABAQUISMO
- 2) ALCOHOLISMO
- 3) DROGAS
- 4) NINGUNA

MADRE:

- 1) TABAQUISMO
- 2) ALCOHOLISMO
- 3) DROGAS
- 4) NINGUNA

HERMANOS:

- 1) TABAQUISMO
- 2) ALCOHOLISMO
- 3) DROGAS
- 4) NINGUNA

ESPOSO:

EDAD: _____

ESCOLARIDAD:

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1) NINGUNA | 4) PREPARATORIA |
| 2) PRIMARIA | 5) UNIVERSIDAD |
| 3) SECUNDARIA | |

OCUPACIÓN: _____

TOXICOMANIAS:

1) TABAQUISMO

3) DROGAS

2) ALCOHOLISMO

4) NINGUNA

Percepción de la función familiar

	CASI NUNCA (0)	ALGUNAS VECES (1)	CASI SIEMPRE (2)
ADAPTABILIDAD ¿ESTA SATISFECHA CON EL APOYO QUE RECIBE DE SU FAMILIA CUANDO TIENE ALGUN PROBLEMA O PASA POR ALGUNA SITUACION CRITICA?			
PARTICIPACION ¿ LE SATISFACE LA MANERA E INTERES CON QUE SU FAMILIA DISCUTE SUS PROBLEMAS Y LA FORMA EN QUE ELLOS PARTICIPAN CON USTED EN LA RESOLUCIÓN DE ELLOS?			
CRECIMIENTO ¿SU FAMILIA RESPETA SUS DECISIONES Y ACEPTA SUS DESEOS DE EFECTUAR NUEVAS ACTIVIDADES O HACER CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA?			
AFECTO ¿ESTA SAFISFECHA DE LA FORMA EN QUE SU FAMILIA EXPRESA EL AFECTO O RESPONDE A SUS SENTIMIENTOS, YA SEAN DE BIENESTAR O MALESTAR?			
RESOLUCION ¿LE SATISFACE LA CANTIDAD DE TIEMPO QUE USTED Y SU FAMILIA PASAN JUNTOS?			

Puntos

Evaluación

- 1) De 7 a 10 puntos: Familia funcional
- 2) De 4 a 6 puntos: Familia disfuncional moderada
- 3) De 0 a 3 puntos: Familia disfuncional severa.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Yo _____ Declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio **Funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas** que se realizará en la Institución **Centro de Salud de Tequisquiapan**. Cuyos objetivos consisten en identificar el grado de **funcionalidad de la familia en la adolescente embarazada**. Estoy consciente de que los procedimientos, pruebas y tratamientos, para lograr los objetivos mencionados consistirán **En realizar cuestionarios** y que los riesgos a mi persona serán: **nulos**.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio no se afectara mi confidencialidad. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta Institución no se verá afectada.

Nombre _____ Firma: _____

Testigo: _____ Firma: _____

Fecha: _____

