



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



**GOBIERNO DEL ESTADO DE
QUERETARO
SECRETARIA DE SALUD**

**SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE QUERETARO
UNIDAD MOVIL COBERTURA PLENA TOLIMAN**

**EVALUACION DEL APGAR FAMILIAR DEL ADOLESCENTE
EMBARAZADA Y NO EMBARAZADA.**

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

**PRESENTA:
DRA. MARTHA MACHORRO RAMOS**

SANTIAGO DE QUERETARO, QUERETARO. 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**EVALUACIÓN DEL APGAR FAMILIAR DE LA ADOLESCENTE
EMBARAZADA Y NO EMBARAZADA.**

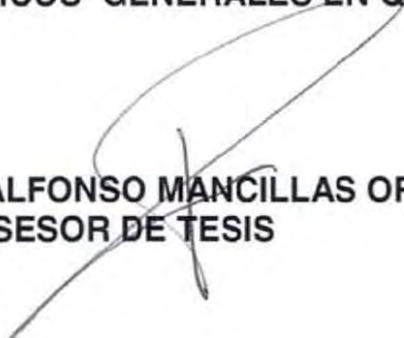
**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA:
MARTHA MACHORRO RAMOS**

AUTORIZACIONES



**DR. RAMÓN ALFONSO MANCILLAS ORTIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN QUERETARO**



**DR: RAMÓN ALFONSO MANCILLAS ORTIZ
ASESOR DE TESIS**

AUTORIDADES QUE DESIGNE LA SECRETARÍA DE SALUD

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO

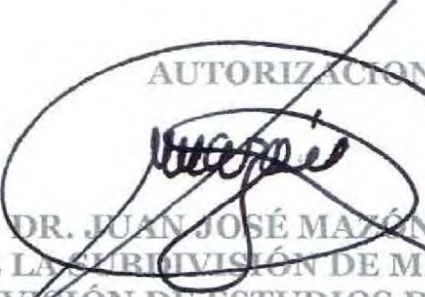
**EVALUACIÓN DEL APGAR FAMILIAR DEL ADOLESCENTE
EMBARAZADA Y NO EMBARAZADA**

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


PRESENTA

DRA. MARTHA MACHORRO RAMOS


AUTORIZACIONES



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



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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

1. INDICE GENERAL

1.- Índice general.....	1	
2.- Introducción.....	2	
3.- Prólogo.....	3	
4.- Marco Teórico	4	
Antecedentes		
5.-Planteamiento del problema.....	29	
6.- Justificación.....	30	
7.- Objetivos.....	32	
8.- METODOLOGIA.....	33	
Tipo de estudio.....		33
Población, lugar y tiempo de estudio.....		33
Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....		
Criterios de selección.....		34
Información a recolectar y variables a recolectar.....		
Método para captar la información		
Consideraciones éticas		
9.- RESULTADOS.....	37	
Descripción de resultados.....		67
Tablas y gráficas.....		
10- Análisis de los resultados.....	71	

11.- Conclusiones.....	72
12. anexo.....	.76
13.- referencias bibliográficas.....	77

I.- INTRODUCCION.

La funcionalidad familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o la presencia de la enfermedad entre sus miembros y está se entiende como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. La familia de acuerdo a sus posibilidades, satisface las necesidades básicas de sus miembros y así como transmite a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de su sociedad. Es el entorno donde sus miembros crecen y se desarrollan para enfrentar los retos de la vida; es necesario potenciar esta función esencial de la familia para la formación y desarrollo de personas sanas, debemos destacar que el hogar es el lugar donde creamos y preparamos nuestro futuro.

La familia de una adolescente embarazada se ve obligada a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, hay una movilización inmediata de todos los integrantes para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar, el cual puede ser inicialmente rechazado, o causar sorpresa y frustración.

En México, 15.2% de las jóvenes menores de 19 años ha tenido por lo menos un hijo. El embarazo adolescente no planeado es un problema que puede afectar su salud y que tiene efectos económicos, sociales y culturales en la vida de las jóvenes. En 2005, 21.0% de los partos atendidos en instituciones públicas

correspondió a mujeres menores de 20 años. Estos casos se presentan de manera preponderante en las zonas rurales o poco urbanizadas y son inversamente proporcionales con sus ingresos y educación. El embarazo en la adolescencia suele ser una experiencia de vida adversa, marcada por el rechazo familiar, el abandono de la escuela, la pérdida de amistades, sentimientos de culpa y depresión.

En el último año, las estadísticas en México muestran un aumento del número de embarazos en adolescente, la maternidad en esta etapa de la vida de la mujer es un problema social, con repercusiones en la salud y estado emocional de la joven madre y su hijo. Las madres adolescentes enfrentan mayor riesgo de perder la vida durante el embarazo, el parto y puerperio, debido a que en las primeras etapas de la gestación, muchas de ellas esconden su condición y pasan meses sin control prenatal. La atención de los embarazos en adolescentes debe considerar los riesgos biológicos que implican condiciones como: la hipertensión, anemia, desproporción céfalo pélvico e infecciones de transmisión sexual. Asimismo, debe atender los riesgos a la integridad psicológica que enfrentan las jóvenes frente a la presión social.

En los años posteriores a 1970 se inició una transformación en la manera en que los adolescentes iniciaban y desarrollaban su vida sexual. Este fenómeno vino a modificar la forma de relacionarse, pues los noviazgos formales dieron paso a “relaciones abiertas” o de “amigos con derechos”; también se registra la posibilidad de tener relaciones sexuales fuera del matrimonio y/o relaciones causales sin compromiso, tanto hombres como mujeres. Un factor más que modificó la vida sexual fue la accesibilidad a los anticonceptivos, ya que permiten mantener una sexualidad activa sin riesgo de embarazo. En los últimos años hay una reducción en la edad de inicio de la actividad sexual, que en 1995 era de 17

años; mientras que para el 2009 comenzaban a ejercer su sexualidad a los 15.9 años en promedio. Hoy en día es una realidad que los/las adolescentes mantienen relaciones sexuales desde edades tempranas; y si bien es cierto que tienen información al respecto, también lo es que ésta no necesariamente es correcta. Según los especialistas está demostrado que ofrecer al adolescente información adecuada se traduce en que éste retrase el inicio de su vida sexual.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), de la secretaría de Salud, se ha dado a la tarea de informar a los jóvenes sobre sus derechos, al tiempo que establece líneas de acción para ofrecer servicios de salud acorde a las características de este grupo de edad. Como parte de las estrategias del Centro se han implementado diversas redes sociales para que sean los propios adolescentes quienes transmitan la información a sus pares, ya que ellos saben cómo hablarse.

Es nuestra responsabilidad como sociedad, darles a estos jóvenes información veraz, oportuna y suficiente que les permita tomar decisiones responsables; y de igual forma estamos obligados a respetar sus decisiones, ya que en caso contrario los jóvenes van a seguir ejerciendo su sexualidad, pero se tendrán mayores repercusiones, tanto para ellos como para el sector salud y el país.

2.- PROLOGO

El buen o mal funcionamiento de la familia es factor determinante en la conservación de la salud o la aparición de la enfermedad entre sus miembros; de acuerdo a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus integrantes y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.⁴ 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.^{16.}

La madre encabeza la mayoría de las familias de bajos ingresos, asume el rol de administradora del hogar y se convierte en la proveedora principal de los alimentos, por tanto, desatiende aspectos significativos de su casa y a menudo no tiene en quien delegar esas responsabilidades.^{1,5} Las consecuencias son múltiples: en primer lugar, los jóvenes carecen de modelos morales de referencia para guiar sus conductas; muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a los jóvenes. Por tanto, muchas de ellas ingresan prematuramente en la vida adulta con el cuidado de sus hermanos menores. Con ello se les pone en contextos sociales que las conducen a buscar gratificaciones inmediatas.^{5,10}

En 1970 las mujeres practicaban su sexualidad - casi exclusivamente – con fines reproductivos, dentro del matrimonio y con pocas parejas sexuales. En el

caso de los varones, en su mayoría iniciaban – y lo siguen haciendo- la actividad sexual buscando placer con diversas parejas; de hecho persiste el mito de que los hombres deben adquirir el mayor conocimiento sexual posible antes de establecer una relación formal.² Hoy día se dan relaciones abiertas, relaciones sexuales fuera del matrimonio y/o relaciones causales sin compromiso, tanto hombres como mujeres. Además, un factor más que modifica la vida sexual de los/las jóvenes es la accesibilidad a los anticonceptivos, ya que permiten mantener una sexualidad activa sin riesgo de embarazo. Sin embargo, el 95% de los adolescentes conocen los métodos anticonceptivos, solamente 50% de ellos los utilizan; y cuando estos se emplean, es por elección del varón.^{6,12}

Los embarazos no deseados son una consecuencia de tener relaciones sexuales sin protección y/o quienes adoptan el mito de que en la primera relación sexual no se produce un embarazo. Así entre el 40 y 60 % de los adolescentes entran de tajo en un proceso que se traduce en modificaciones e interrupción del proyecto de vida principalmente las mujeres, quienes detienen su formación para hacerse cargo, casi siempre solas, del cuidado y manutención de los hijos. Otra repercusión tiene que ver con la exposición a infecciones de transmisión sexual, como son VIH/SIDA, sífilis, gonorrea y otras más que, de no atender a tiempo, pueden generar esterilidad tanto en hombres como en mujeres.^{7,11}

El embarazo y maternidad de adolescentes son más frecuente de lo que la sociedad quisiera aceptar, es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto. El embarazo de adolescentes se relaciona con factores como: el inicio precoz de relaciones sexuales y la probabilidad de tener un embarazo no deseado, familias donde la autoridad moral es débil o mal definida con ausencia de la figura paterna, padres que viven en unión libre y cuando personas distintas a los padres educan a las adolescentes.^{5,3,17}

Los embarazos en adolescentes en la mayor parte del mundo son el resultado directo de discriminación de género. Sabemos que es característica de las sociedades que la mujer tenga menos acceso o ejerza menos que el hombre,

por ejemplo, en los países en vías de desarrollo generalmente a ellas se les niega la educación y las posibilidades para competir. Así, la maternidad se presenta como el único modo de alcanzar un lugar en la sociedad. Muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo.^{4,9.}

Todos los años 15 millones de mujeres menores de 19 años han tenido un parto y representan la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados en el mundo. Muchos de estos embarazos y nacimientos son involuntarios. En algunos países de América Latina, las adolescentes embarazadas en un 20% a 60% declararon que sus embarazos eran inoportunos o no deseados. En México, anualmente quedan embarazadas 700 000 mujeres menores de 19 años, 82% de esos embarazos son involuntarios.^{6,8,13.}

3.- MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de la vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil. Muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en lo particular en lo relativo a la sexualidad.⁹ Los adolescentes varían de acuerdo a sus características particulares, recordando que existen adolescentes tempranos, intermedios y tardíos; que habitan en áreas urbanas, rurales e indígenas; escolarizados y no escolarizados y diferentes contextos socioculturales, en las sociedades urbanas la adolescencia es un periodo que se caracteriza por su larga duración, su indeterminación, por la fuerte carga de conflictos y por la falta de sincronización entre la madurez sexual y la psicosocial. Biológicamente el/la adolescente es prácticamente un(a) adulto(a), tiene la capacidad para reproducirse y puede pensar en términos de adultos, sin embargo, socialmente no es niño(a) pero tampoco tiene un lugar en el mundo de los adultos, y pasará un largo tiempo antes de que se le permita insertarse en la vida productiva y ser autosuficiente. La resolución de la adolescencia se da cuando el/la joven ha logrado definir una manera de pensar, sentir y actuar más o menos estable que le permite autonomía personal y aceptación social.^{15,16}

Durante la adolescencia la capacidad física, sexual, imaginativa, intelectual y crítica funcionan con mayor intensidad que pueden exagerarlo todo, el

sentimiento infantil de un nuevo día pleno de diversión y alegría se transforma en emociones y sentimientos nuevos, muchas veces confusos y entremezclados. Hacia finales de la adolescencia, los grupos confinados por individuos de un mismo sexo tienden a disolverse, para dar paso a relaciones de pareja. Los/las jóvenes que hasta ese momento no han conseguido emparejarse (aun sea de manera temporal) podrán sentirse presionados a buscar pareja con la finalidad de no sentir rechazo o crítica a su situación de soltería.^{5, 11}

El periodo de la adolescencia se divide en tres etapas:

Adolescencia Temprana (10 a 13 años), biológicamente, en 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 padres, compartiendo valores propios y conflictos. 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), 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 los padres va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.^{3, 6, 15}

Iniciar relaciones íntimas, amistosas o el noviazgo, es una tendencia natural e la búsqueda de la pareja y de relaciones sexuales, cada persona es diferente en cuanto a la forma y edad de iniciar las relaciones sexuales. Sin embargo, la elección hecha se ve fuertemente influida por las presiones sociales y de grupo, en vez de obedecer a las necesidades y deseos personales. La actividad sexual real muestra diferencias entre hombres y mujeres, ambos son capaces de experimentar deseo y excitación, sin embargo, a través de mitos, tabúes o el género de algunas mujeres se cohiben a la vida sexual activa mientras no estén casadas o mantengan una relación afectiva, en tanto que los jóvenes la realizan con mayor libertad y tolerancia. Para los varones, las conquistas y aventuras son sinónimo de masculinidad y prestigio, el que no haya tenido aventuras amorosas corre el riesgo de generar sospechas respecto de su hombría.^{7, 10}

Los adolescentes, ya sea que estudien o trabajen, encontrarán en las relaciones sexuales una fuerza biológica que los llevará a la búsqueda de pareja y a desempeñar papeles de adultos. En las parejas de los adolescentes donde media el afecto los contactos sexuales tienden a ser más frecuentes y prolongados, aun cuando no lleguen a formarse un matrimonio. Esta situación coloca a la pareja en una situación de mayor riesgo de embarazo no deseado o abortos provocados, inician su vida sexual sin la menor protección anticonceptiva. El comportamiento sexual y reproductivo en los/las adolescentes tienden al inicio de relaciones sexo genitales a más temprana edad y en la mayoría de los casos lo hacen desprovistos de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implican la maternidad y paternidad y del uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos modernos. Estas situaciones exponen a los/las jóvenes a mayores riesgos de que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o a una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.^{3, 7}

El embarazo en la etapa temprana de la adolescencia se caracteriza por inmadurez biológica, incapacidad de la pareja para cuidar su hijo y formar una familia, y las implicaciones de riesgo obstétrico incluyen un incremento en la

frecuencia de desproporción céfalo-pélvica, condición que amerita la realización de operación cesárea para la resolución de evento obstétrico. Frecuentemente aparecen complicaciones durante el embarazo como: desnutrición, preeclampsia, eclampsia, anemia, infecciones de transmisión sexual, virus del papiloma humano y finalmente el aborto. En cuanto al producto, prematurez, bajo peso al nacer, retardo en el desarrollo cognitivo, defectos al nacimiento de tipo multifactorial, aberraciones cromosómicas y malformaciones congénitas, junto con el impacto psicosocial, trae aparejado el incremento de la morbimortalidad materno infantil.

10,19.

El embarazo en la adolescencia es considerado por la (OMS) como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/las jóvenes y se define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose como tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo de familia de origen". Además es un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia e implicaciones personales, familiares y sociales.⁶ La presencia de una embarazada adolescente en la familia obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades entorno de éste binomio, requiriéndose la movilización del sistema para, encontrar nuevamente el estado de homeostasia familiar.¹⁴ Es importante conocer las etapas de la adolescencia, por las que todos los jóvenes 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 ".¹²

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero con una tendencia 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.¹

El "maltrato fetal" es decir, la agresión hacia el feto realizada de manera consciente o inconsciente, ocurre cuando la mujer embarazada no acude a recibir atención prenatal, usa drogas o sufre agresiones físicas. Los especialistas alertan que es más frecuente en madres jóvenes.⁷

SITUACIÓN ACTUAL A NIVEL MUNDIAL, NACIONAL Y ESTATAL

En las últimas décadas hay mayor libertad en las relaciones sexuales, su inicio más temprano y el comportamiento de riesgo de los adolescentes, ha conducido a un aumento en los embarazos entre ellos, fenómeno que en la actualidad ha adquirido proporciones alarmantes en América y el mundo.⁴ Las cifras del embarazo en la adolescencia no son exactas, ya que se establece principalmente de los registros de hospitales y centro de salud que excluyen a quienes no solicitan sus servicios; sin embargo se han realizado algunas aproximaciones; por ejemplo, Klein (1980) menciona que cada año más de un millón de adolescentes en el mundo se embarazan, de ellas 30,000 son menores de 15 años y en su mayoría son embarazos no planeados. El embarazo en la adolescencia afecta a países desarrollados y muy especialmente a los subdesarrollados, que en ocasiones requiere del esfuerzo de múltiples instancias para ser abordados adecuadamente, ya que en el total de la población, llegan a representar del 20 al 25% y en su mayoría son embarazos no planeados. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 19 años.^{8, 10}

Más del 20 % de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes, por ejemplo, el 20 % de las madres adolescentes en América Latina son madres de 18 años, y en el Caribe el 50 % son madres de 17 años y menos. Conforme aumenta el nivel económico, social y cultural el embarazo en estas edades disminuye.⁵

En Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, se ha presentado un descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los anticonceptivos. Brasil. “En 1998, los servicios de salud nacionales atendieron 698.439 partos de jóvenes menores de 19 años; 31.857 de ellas tenían entre 10 y 14 años, edad en la que, debemos admitir, resulta absurda la maternidad.” (Folha de S. Paulo, 25 de agosto de 1999.).⁶ Estados Unidos. “El reciente aumento en el índice de embarazos en la adolescencia, estima que de cada 4 jóvenes 10 quedan embarazadas al menos una vez antes de cumplir 19 años”. (Washington nov. 25, 1997.) Gran Bretaña. “Es el país de Europa occidental con el mayor número de partos en adolescentes. En Inglaterra hubo en 1997 casi noventa mil embarazos, de los cuales tres quintas partes (56.000) llegaron a término. El 90% de estos nacimientos (unos cincuenta mil) se produjeron en madres solteras, y un 30% son madres adolescentes.”^{10, 15}

Malasia. “Desde 1998 no deja de aumentar en el país la cantidad de madres solteras, en su mayoría menores de 20 años.” (New Straits Times– Management Times, 1 de abril de 2002.) Colombia.⁴ Se ha informado que 78 de cada 1.000 adolescentes son madres. Chile, nacen cada año alrededor de 40.355 recién nacidos cuyas madres tienen entre 15 y 19 años. A esta cifra, se agregan otros 1.175 nacimientos en menores de 15 años, de esta forma, en Chile la incidencia del embarazo en la adolescencia es de alrededor de 16,16%. Para comprender mejor lo dramático de la situación debemos recordar que alrededor del 50% de las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen vida sexual activa. Por otro lado, el 25% de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurre el 60% de estas gestaciones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones

sexuales. Además de que alrededor del 35% de las madres adolescentes son solteras y el 60 y el 70 % de estos embarazos no son deseados.⁹

México. La población adolescente de México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4 por ciento de la Población Nacional; hoy representa 21.3 por ciento: 9.7 millones de jóvenes y 10.5 millones de adolescentes. México cuenta con un total de 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad, según el II Censo de Población y Vivienda del 2005.⁵ De acuerdo con las proyecciones de población elaboradas hasta el año de 2050 por el Consenso Nacional de Población (1999), se estima que la población entre 10 a 19 años, debido a la inercia demográfica, continuará aumentando hasta el año 2006 con un máximo histórico de 21.8 millones, y entonces empezará a reducir su tamaño para alcanzar 13.5 millones en el año 2050. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años.¹¹ En los últimos 10 a 15 años ha aumentado significativamente la preocupación de diversos sectores en México en torno al fenómeno del embarazo adolescente. La mitad de los jóvenes (49.9%) se concentran en solo siete de las 32 entidades federativas: Estado de México (13.3%), Distrito Federal (8.4%), Veracruz (7.0%), Jalisco (6.6%), Puebla (5.1%), Guanajuato (5.1%) y Michoacán (4.4%). En el grupo de edad de 15 a 19 años, 74 % viven en áreas urbanas y el 26 % viven en áreas rurales.^{7, 16}

En México, de acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda, se tienen 97.6 millones de habitantes de los cuales 21.3 % son adolescentes, el Informe Sobre Juventud Mundial 2005 del Consejo Nacional de población (CONAPO) presenta cifras de 21.6%.¹⁶

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006, mostró una tasa de embarazo en adolescentes de 6 por cada 1000 para el grupo de 12 a 15 años, 101 para las de 16 y 17 años y 225 en las de 18 y 19 años. Por otra parte se calcula que 22.0% de las muertes maternas se concentra en mujeres de 20 a 24 años y 13.0% de 15 a 19 años.⁷

En México, el embarazo en adolescentes ha ido en aumento pese al acceso relativamente más sencillo al uso de métodos anticonceptivos y a la información que reciben en la escuela, en los medios de comunicación y otros. Sin embargo los embarazos siguen ocurriendo e independiente de las implicaciones sociales de tal fenómeno. Además la falta de orientación ha ocasionado el alto número de embarazos. Casi medio millón de mexicanas menores de 20 años son madres en el año 2005. Cada minuto nacen cuatro niños y de ellos, uno es hijo de madre adolescente.^{12, 17}

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1988, La Encuesta Nacional Demográfica reporta que en México 12.1 % de nacimientos en 1982 fueron entre madres de 15 y 19 años y que en 1985 el 33.5 % de la población de mujeres embarazadas entre 15 y 24 años de edad, falleció por complicaciones en el parto y puerperio.⁸

El 70 % de las mujeres que tiene relaciones sexuales en la adolescencia, es decir, entre los 15 y 19 años, confiesan que no deseaban un embarazo; sin embargo, la mayoría de ellas no usan un método anticonceptivo, algunas veces por desconocimiento, y otras por temor a ser juzgadas. Según una encuesta realizada en 2001 por el Instituto Mexicano de la Juventud, los jóvenes inician su vida sexual entre los 15 a 19 años. Y aunque más del 92% de los entrevistados conocen un método anticonceptivo, solo 6 de cada 10 los usan. La Dirección de Salud Reproductiva de Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ) 2009, a través del programa de planificación familiar, reveló cifras preocupantes con respecto al comportamiento sexual de los adolescentes Queretanos. Cada día del 2009, mujeres menores de 20 años resultaron embarazadas, de ellas una tenía 14 años o menos. Por ejemplo, que de las 21 mil mujeres embarazadas que se registraron en el 2009 por la dependencia adscrita al Poder Ejecutivo Estatal, 8 210 tenían menos de 20 años y 343 eran menores de 15 años. Esto quiere decir que de cada 10 embarazos, tres tenían 19 años o menos.¹⁸

“Los jóvenes no recurren a los anticonceptivos porque piensan que sus padres van a descubrir que están teniendo relaciones sexuales. También influye la falta de habilidades en la negociación para pedirle a la pareja que use condón, con frecuencia no lo hacen, debido a que les preocupa que los hombres las tachen de chicas fáciles o las acusen de haber tenido relaciones sexuales con otros varones. (Patricia Piñones, Secretaria Técnica del Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM ,2009.).

El segundo problema, es que de 2899 adolescentes queretanos con vida sexual activa, solamente 660 están practicando el sexo seguro; lo que quiere decir que el resto, 2239, es altamente susceptible de adquirir ITS (incluyendo el VIHsida). El año pasado fueron reportados seis jóvenes menores de 20 años, ya que presentaban este tipo de padecimiento.^{15, 18}

El inicio temprano de la actividad sexual en ausencia de protección, expone a los adolescentes al riesgo de enfermedades que se transmiten por esa vía, y en el caso de las mujeres al riesgo de embarazarse. Las cifras más recientes hablan de alrededor de 366 mil embarazos no deseados al año en el país, la mayoría de los cuales se produce entre adolescentes. De este total, 180 terminan en muerte materna, que constituye la cuarta causa de muerte en las mujeres de este grupo de edad.¹⁴ Las presentes generaciones de adolescentes tiene acceso a más y mejores oportunidades de desarrollo que las generaciones previas, el perfil social es más urbano y ha aumentado el nivel promedio de escolaridad. 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. 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.¹⁶ En las zonas urbanas y en ciertos niveles económicos y educativos, la maternidad en la adolescencia es considerada como

un grave error, pues se espera que las mujeres continúen en la escuela y ejerzan una profesión, mientras que en las regiones rurales, ser madre, no sólo es un deseo, sino una exigencia de la comunidad ya que forma parte de las expectativas puesta en el ser mujer. Para las adolescentes, ser madre es una posibilidad de crecer, de acceder a la vida adulta, sin imaginar las repercusiones que tendrá; sus parejas suelen ser adolescentes, es frecuente que ellos, al igual que ellas, hayan abandonado los estudios, con pocas posibilidades de obtener un empleo bien remunerado. Cuando deciden asumir la responsabilidad de un hijo algunos no resisten las dificultades económicas, los conflictos con la pareja y la responsabilidad que implica la paternidad, por lo que finalmente se alejan de la familia; en la adolescente provoca el abandono de los estudios y alejamiento de los amigos a causa de la maternidad, generan estragos en su estado de ánimo y esto afecta el bienestar del hijo, grita y se desespera más al atenderlo. La paternidad y la maternidad temprana conducen a las niñas, de manera abrupta, a un mundo de adulto para el cual no están preparadas, con efectos desfavorables sobre sus vidas y las de sus hijos.^{4,9}

En México hace falta más información sobre el uso adecuado de la anticoncepción así como programas de educación sexual que permitan a los jóvenes conocer su cuerpo, ejercer su sexualidad sin riesgo y sin miedos. Además es fundamental ofrecerles el acceso a la formación profesional y a trabajos bien remunerados, pues a medida que los adolescentes tienen opciones de desarrollo, postergan la maternidad. Las situaciones que influyen en la vida de los/las adolescentes son: abandonar o continuar en la escuela, acceder a una fuente de empleo remunerada, el inicio de las relaciones sexuales, abandonar el hogar familiar, casarse o unirse y, tener el primer hijo.⁶ Esta situación representan signos de alerta para las autoridades sanitarias reveló la coordinadora del Programa de Planificación Familiar, María Luisa Magaña Quino, porque los embarazos tempranos no sólo representan una interrupción en el plan de vida de las jóvenes madres, también un riesgo de salud para ellas y sus bebés. “Los embarazos en adolescentes tiene implicaciones de alto riesgo, para la salud de la mamá y el papá, las condiciones de riesgo reproductivo y la probabilidad de morir

de la mamá y del futuro bebé. El riesgo es mayor cuanto menor edad tiene”. Esta situación se relaciona directamente con el uso de métodos de planificación familiar .⁵A pesar de que, según estudios realizados por la dependencia, prácticamente todos los centros de Salud operados por el Estado, los jóvenes tiene acceso directo y gratuito a ellos, son poco lo que lo usan. El embarazo temprano está asociado con una mayor fecundidad a lo largo de la vida. ^{2,8}

Estamos hablando de 2239 adolescentes que no usan condón o al menos no lo piden a los Servicios de Salud, esto lo vemos en el incremento de abortos, de embarazos, de mujeres que están teniendo sus bebés cada vez más joven. Esto se refleja en el número de abortos accidentales que reportó SESEQ en el 2009: 552 en total, de estos 21 casos fueron en menores de 15 años y 501 para menores de 19 años.^{2,7}

Factores de riesgo.

1. – Menarca temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. – Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. – Familia disfuncional: con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. – Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola
5. – Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad

para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

6. – Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. – Pensamientos mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
8. – Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
9. – Falta O distorsión de la Información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
10. – Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
11. - Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.
12. - Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.^{13, 18, 20}

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La organización Mundial de la Salud (OMS) define a la familia como “un grupo de personas emparentadas entre sí, hasta un grado determinado ya sea por sangre, adopción o matrimonio “. La familia constituye el primer agente de socialización de la personalidad y como parte de ella la sexualidad, y el grupo de

referencia más estable a lo largo de la vida en cuanto a formación de valores, convicciones, normas de comportamiento, concepciones y actitudes sexuales; en los vínculos intrafamiliares se potencian la comunicación humana y los lazos emocionales y se produce la vida, cuando la pareja o el individuo deciden libremente tener descendencia.²³ Es en este grupo, donde niñas y niños desde temprana edad, se apropian de los modelos de conducta relativos a la feminidad y la masculinidad a partir de los cuales constituyen su identidad y el rol de género proceso esencial para el desarrollo de la sexualidad. La familia debe satisfacer las necesidades reciprocas y complementarias de sus miembros, fomentar la libre relación entre ellos, permitir y estimular la individualización a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de sus integrantes y mantener la unión y la solidaridad en la familia con un sentido positivo de la libertad.¹⁶

Las funciones específicas de la familia pueden resumirse como las siguientes:

- a) Asegurar la subsistencia de cada uno de sus miembros a través de la protección biopsicosocial de cada uno de ellos, lo cual implica proporcionar abrigo, alimento y seguridad física, incluyendo la satisfacción sexual de la pareja.
- b) Promover el afecto, la unión y la solidaridad social a fin de mantener la capacidad de relación con otros seres humanos.
- c) Favorecer el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar que, asegure la integridad psíquica y que facilite el adiestramiento en las tareas de participación social y el afrontamiento de nuevas experiencias.
- d) Moldear el papel sexual condicionado por la imagen de integridad y madurez de los padres, que favorezca a su vez, la maduración y la ulterior relación sexual de los hijos.
- e) Proporcionar nuevos miembros a la sociedad a través de la reproducción a fin de garantizar la supervivencia de la especie.

f) Educar y estimular el aprendizaje, la iniciativa y la realización creativa de

los miembros en forma individualizada.

g) Determinar la posición sociocultural de sus integrantes, de manera tal, que la familia perpetúe las circunstancias y valores de sus miembros más viejos para transmitirlos a los jóvenes.²⁴

Estas funciones están estrechamente relacionadas, son interdependientes y se producen en la familia como conjunto y unidad; confirman la idea de que el grupo familiar es un sistema en el que ninguna de sus partes puede ser afectada sin que ocurran repercusiones en el resto del mismo. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella en normal o patológica, términos que por su connotación resultan controvertidos. La función 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. El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.^{21, 23}

La Dinámica Familiar es el conjunto de pautas que establecen de que manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia dentro del sistema en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que este atravesando dicha familia. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de este sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar.²⁴

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentren y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante; no obstante, presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto al otro. Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamiento y

expectativas entre cada miembro de la familia, que le permita a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás. La existencia de un equilibrio interno conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella, éste equilibrio denominado por Jackson como homeostasis familiar, opera por medio de mecanismos relativamente automáticos e involuntarios. Cuando esta homeostasis familiar se ve amenazada, la familia puede tratar de mantener el equilibrio haciendo que un miembro de ella, generalmente uno de los hijos, desarrolle síntomas, se enferme o comience a expresar el conflicto. La familia determina que el miembro del grupo que necesita ayuda; sus síntomas pueden constituir una expresión de la disfunción familiar y cumplen con la función de mantener la homeostasis del grupo, es decir, el equilibrio de las relaciones familiares. Los incidentes afectan a los miembros de una familia en forma distinta en diferentes momentos, por eso, la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros. El mantenimiento de este equilibrio es requisito indispensable para que la familia cumpla sus funciones eficazmente. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.^{21, 24, 23.}

Desde el punto de vista de la Teoría General de los Sistemas, el estudio de la familia permite considerar a la familia como un sistema relacional, es decir, no como la suma de una serie de comportamientos individuales, separados, sino como algo que, aún incluyendo a los elementos que la componen. De alguna manera los supera y articula en conjunto funcional, dentro de núcleo familiar al interrelacionarse producen una organización biopsicosocial en constante cambio y crecimiento.^{20, 24}

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Por ejemplo el conflicto estimado no resuelto entre la pareja o entre padres e hijos se puede presentar al médico familiar como depresión en un adulto,

lesiones físicas en la esposa, síntomas somáticos en el adulto o los niños. Problemas de conducta o un trastorno de simulación en los adolescentes.²¹ Todo individuo, familia, y comunidades, tiene una interacción Bio-psico-social que determina el estado de salud. González Benítez refiere que la salud familiar “depende de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicas y sociales), factores propios del grupo familiar y sociológicos, modo de vida de la comunidad y de la sociedad”.^{22, 23}

La salud familiar ha sido evaluada por diversos autores y uno de estos métodos aplicados es el apgar familiar.

APGAR FAMILIAR

Es uno de los primeros instrumentos desarrollados por un médico familiar, el Dr. Gabriel Smilkenstein (1978); surge como una necesidad para evaluar la funcionalidad familiar, diseñada para su uso en personas de distinto nivel socioeconómico y en diversos contextos socioculturales además de ser capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y puede manifestarse el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar. Es un instrumento autoadministrado, que está diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la funcionalidad familiar, su uso es válido y confiable en adultos mayores de 15 años.^{22, 23}

Consta de cinco ítems

- (A) Adaptabilidad
- (P) Cooperación o Participación
- (G) Desarrollo
- (A) Afectividad
- (R) Capacidad Resolutiva

El cuestionario está elaborado de tal modo que puede ser contestado por todo tipo de familias, y mientras mayor sea el número de individuos a

quienes se aplique, más completa será la visión que se pueda tener del funcionamiento del sistema familiar .sin embargo, como cada persona contribuye al total, incluso la respuesta de una sola de ellas puede ser de valor.

° Adaptabilidad o apoyo y solidaridad: capacidad de utilizar recursos intrafamiliares para resolver situaciones de crisis.

° Participación o compañerismo: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.

° Crecimiento: capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.

° Afecto: capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia.

° Resolución; capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.

Cada uno de los miembros de la familia, generalmente los mayores de 15 años, elige por separado una de las tres opciones de cada de las preguntas: casi siempre, algunas veces o casi nunca. Se suma los puntos por pregunta y se clasifica en familia altamente disfuncional, moderada disfunción familiar y familia funcional.^{16, 22, 24}

CLASIFICACION DEL APGAR FAMILIAR

PUNTOS	EVALUACION
0 A 3	Familia altamente disfuncional
1 a 6	Moderada disfunción familiar
7 a 10	Familia funcional.

Hay ciertas condiciones de riesgo que pueden considerarse contribuyentes al embarazo en adolescente son en nuestra época, la menor aceptación de los valores tradicionales familiares , la poca comunicación familiar , (sobre todo con la figura materna), el abandono de la escuela, la menarquía precoz ,baja autoestima, (con la consiguiente carencias de proyectos de vida), el poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos , familias disfuncionales, madres o hermanas embarazadas en la adolescencia, padre ausente, nivel socioeconómico bajo, integración precoz al área laboral, amigas que han iniciado vida sexual.^{6, 15, 21}

El embarazo de una adolescente en el núcleo familiar obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, inicialmente puede ser rechazo, crear sorpresa o frustración. El apoyo familiar se condiciona a lo que proponga la familia para encontrar un solución al problema, lo roles se ven alterados ya que es el padre de la adolescente el que brinda el apoyo económico, a cambio de que no acuda más a la escuela, o que deje de realizar actividades propias de la edad como acudir a reuniones sociales, a fiestas, o frecuentar amigos, por otra parte la baja autoestima de la adolescente ocasiona que sienta que no haya apoyo familiar ,además expresa sentirse poco querida o aceptada por su familia , es común encontrar que padre de la adolescente esté ejerciendo el rol de padre del futuro bebe, y que la madre adolescente tenga el rol de hermana ante su hijo. Hay discusión de los padres acerca de cómo debe de realizar el cuidado de su hijo y amenazan con quitárselo si no obedece las reglas establecida por ellos.^{4, 5, 6}

El periodo adolescente representa una crisis normativa que representa un riesgo, por las características propias de la joven como son: emergencia del impulso sexual, idealismo, impulsividad, sentimientos de invulnerabilidad y necesidad de alcanzar su identidad y autonomía. Además de presentar una crisis paranormativa por el embarazo. El adolescente presenta confusión de su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento, menor aceptación de los valores tradicionales familiares, hay poca comunicación familiar, sobre todo con la figura materna, el abandono de la escuela, la menarca precoz, baja autoestima, con la

consiguiente carencia de proyectos de vida, el poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos, familias disfuncional.^{9,11, 13}

Cuando las funciones de la familia como son comunicación, afecto reconocimiento, se encuentran alteradas, modifican el comportamiento y manera de pensar de sus integrantes, el apgar familiar evalúa estos aspectos y refleja de manera directa la subjetividad de cómo se ve a la familia de origen, cuando la funcionalidad familiar está alterada se convierte en una condición de riesgo, llevándolos a buscar dichas carencias en otras personas, familiares y lugares, condicionado muchas veces situaciones de riesgo etc. En la embarazada adolescente es de esperar que la funcionalidad familiar esté alterada. En casos extremos las futuras madres son rechazadas por sus familias, y se ven obligadas a vivir en condiciones adversas, con pocas posibilidades de bienestar y superación. ^{16, 22, 24}

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMAS

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública importante en nuestro país, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, constituyendo una causa frecuente de demanda de servicios de salud.

El embarazo en adolescentes representa un problema desde el punto de vista médico y social, el embarazo y la maternidad de adolescentes son hechos frecuentes en la sociedad actual difícil de aceptar; son experiencias que en ocasiones afectan la salud integral tanto de los padres como de los propios adolescentes, la de sus hijos, familiares y sociedad. Por tal motivo se ha decidido determinar la funcionalidad familiar aplicando el apgar familiar (cuestionario) en las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la comunidad de San Antonio de la Cal, del Estado de Querétaro, ya que en dicha comunidad se presenta una incidencia del 23.9% de embarazos en adolescentes.

¿Cuál es el apgar familiar en las adolescentes embarazadas y adolescentes no embarazadas, en el Centro de salud de la Comunidad de San Antonio de la Cal, Municipio de Tolimán, Querétaro, SESEQ?

5.- JUSTIFICACION.

El embarazo en adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante en nuestro país, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, constituyendo una causa frecuente demandas de en los servicios de salud .El apoyo de su familia esta alterado, generalmente se vive un ambiente familiar y social de rechazo por no estar casada ,su autoestima se ve deteriorada, surgen sentimientos de culpa y minusvalía, se crea una mayor dependencia económica y abandono de estudios, pasa a formar parte de las desempleadas o subempleadas, en donde el apoyo familiar se condiciona a la aceptación de las circunstancias que obstaculizan su desarrollo personal e incrementa las razones por las que se embarazó, y con ello la posibilidad de repetirlo; una madre adolescente es factor de riesgo del embarazo de su futura hija adolescente ya que existe la reincidencia generacional de embarazos adolescentes. En México es frecuente que la madre adolescente asuma la responsabilidad de criar a su hijo (a) a menudo con el apoyo de miembros de su familia de origen o de la familia del padre. El nacimiento de el /la hijo (a) puede generar confusión de roles familiares, por ejemplo; los abuelos asumen la función de los padres y la madre prácticamente se relaciona como hermana mayor de su hijo (a). Por consiguiente, la funcionalidad familiar se encuentra afectada encontrando mayor frecuencia de disfunción familiar en los aspectos de crecimiento y afecto, las adolescentes no perciben apoyo y cariño por parte de su familia de origen y esto la obliga a tomar decisiones no asertivas. La familia proporciona la influencia más temprana para la educación de los hijos y se percibe como entidad positiva que beneficia a sus miembros; de lo contrario, si el ambiente es negativo, existe menor control sobre ellos 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.

En el estado de Querétaro ha incrementado la incidencia de embarazos en adolescentes a cifras preocupantes con respecto al comportamiento sexual de los/las adolescentes queretanos, llegando a registrarse que de cada diez embarazos tres mujeres tienen menos de diecinueve años de edad, esta situación proyecta un signo de alerta para las autoridades sanitarias ya que representa un riesgo de salud para ellas y sus futuro hijo/a.

En la comunidad de San Antonio de la Cal, también el incremento de embarazos en adolescentes es importante, orientándonos a que la edad de inicio de la vida sexual del adolescente a disminuido a pesar de conocer los métodos de planificación familiar, no recurren a ellos porque piensan que sus padres los van a descubrir y no son capaces de pedirle a su pareja el uso de condón, por ende no los piden en los servicios de salud.

Con el presente trabajo se pretende investigar la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas y no embarazadas, determinar la influencia que tiene la diferentes funciones dentro de la familia que determinen la decisión de iniciar relaciones sexuales a esta edad, que provoca dentro de la familia el saber que se encuentra embarazada; de acuerdo a la información obtenida nos orientará hacia dónde vamos a dirigir las estrategias de intervención para mejorar la comunicación con los/las adolescentes.

El tener información adecuada, ayudará a que se retrase el inicio de la vida sexual. Nos daremos a la tarea de informar a los/las jóvenes sobre sus derechos, e implementar redes sociales, capacitando a un grupo de jóvenes para que ellos transmitan la información a sus pares, utilizando sus propias expresiones y palabras; llevando información veraz oportuna y suficiente que les permita tomar decisiones responsables, de igual forma respetando sus decisiones.

6.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar el grado de funcionalidad familiar en adolescentes embarazada y no embarazadas, en la comunidad de San Antonio de la Cal. Municipio de Tolimán, Qro. En el 2009.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar la edad de adolescentes embarazadas.

Identificar la escolaridad de la adolescente en estudio.

Identificar el estado civil de la adolescente en estudio.

Determinar el número de embarazo en adolescentes y no embarazadas

Conocer el estado civil de los padres

Identificar si conoce los métodos de planificación familiar.

Identificar antecedentes ginecoobstétricos como: menarca e inicio de VSA.

7.- METODOLOGIA

7.1.- Tipo de estudio.

Se realizó un estudio: Descriptivo, transversal, prospectivo.

Definición del universo

Se realizó el estudio en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas entre 10 a 19 años, con residencia actual en la comunidad de San Antonio de la Cal Municipio de Tolimán en el estado de Querétaro, durante el 01 de marzo al 30 noviembre del 2009.

Tipo y tamaño de la muestra.

Se calculo la muestra en el EPI INFO 16 con una población total de adolescente de 900, con una prevaecía de embarazo de 22.5% y en el peor escenario de 30%, con una confiabilidad del 95%, arrojando un total de 105 embarazadas y de considero misma cantidad para las no embarazadas

Se trata de un estudio que se realizo con 200 la muestra a mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas a quienes se realizo el apgar familiar en el periodo ya definido, la inclusión en el estudio se llevo a cabo mediante un muestreo.

Periodo de estudio

Durante el lapso comprendido del 01 de marzo al 30 de noviembre del 2009, en la comunidad de San Antonio de La Cal, Municipio de Tolimán en el Estado de Querétaro.

7.3.- Criterios de selección.

Criterios de inclusión: Todas las Adolescentes de 10 a 19 años quienes clínicamente y por laboratorio estuvieron embarazadas, en cualquier trimestre del embarazo independientemente que acudan o no a control prenatal en la unidad de salud. Y adolescentes no embarazadas de 10 años a 19 años tomando como referencia a las adolescentes embarazadas que se fueron encuestando para la edad de las adolescentes no embarazadas.

Criterios de exclusión: Adolescentes embarazadas que emigren de la comunidad durante el estudio, y las Adolescentes no embarazadas que emigren de la comunidad durante el estudio.

Criterio de eliminación: Adolescentes embarazadas que no firmaron su consentimiento para participar en la investigación, y casos de encuestas no completas. Adolescentes que ya se encuentra fuera de su familia de origen.

Variables

En el presente estudio se realizo una revisión del cuestionario para evaluación de la funcionalidad familiar el cual fue aplicado por la residente de medicina familiar. El cuestionario consta de dos partes; del apgar familiar e identificando el grado de funcionalidad y disfuncionalidad (leve, moderada), por tal motivo las variables de observación fueron:

- Edad
- Escolaridad

- Estado civil
- Ocupación
- Numero de gestaciones
- Estado civil de los padres
- Inicio de vida sexual activa
- Conoce métodos de planificación familiar

El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias en riesgo de disfunción.

- 1.- Adaptación o apoyo y solidaridad.
- 2.- Participación o compañerismo.
- 3.- Crecimiento.
- 4.- Afecto
- 5.- Resolución

Una vez que se obtuvo el puntaje total, se procedió a la clasificación de la funcionalidad familiar:

De 7 a 10 puntos: Familia funcional

De 4 a 6 puntos: Familia disfuncional moderada

De 0 a 3 puntos: Familia disfuncional severa.

7.5.- Métodos y técnicas de recolección de datos

El instrumento que se utilizó fue el test del apgar familiar que es un instrumento que permitió recolectar los datos, y a través de él, se realizó un

análisis del grado de funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas. Fue aplicado de forma individual, independientemente del nexo familiar, de tal manera que 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 tomó las siguientes referentes para hablar el tipo de disfunción:

* Aplicación del apgar familiar me permita recolectar datos, en donde se pueda hacer un análisis del problema y comparación para clasificar los diferentes factores de descompensación.

Procedimientos

Se realizó la invitación de manera personal a los pacientes, que informando que se trató de una investigación que al/ella no le afectó. Tomando en cuenta su opinión, se firmó un documento escrito de aceptación. Posteriormente se aplicó un cuestionario

Plan de análisis

Para procesar los datos recolectados de la investigación se utilizó el paquete estadístico Excel en el que se elaboró una base de datos que contenía cada uno de los ítems. La información obtenida a partir de la medición se presentó en forma descriptiva, identificando las características de la población y las variables principales de estudio, la información se presentó en cuadros y graficas de los resultados más significativos.

RESULTADOS

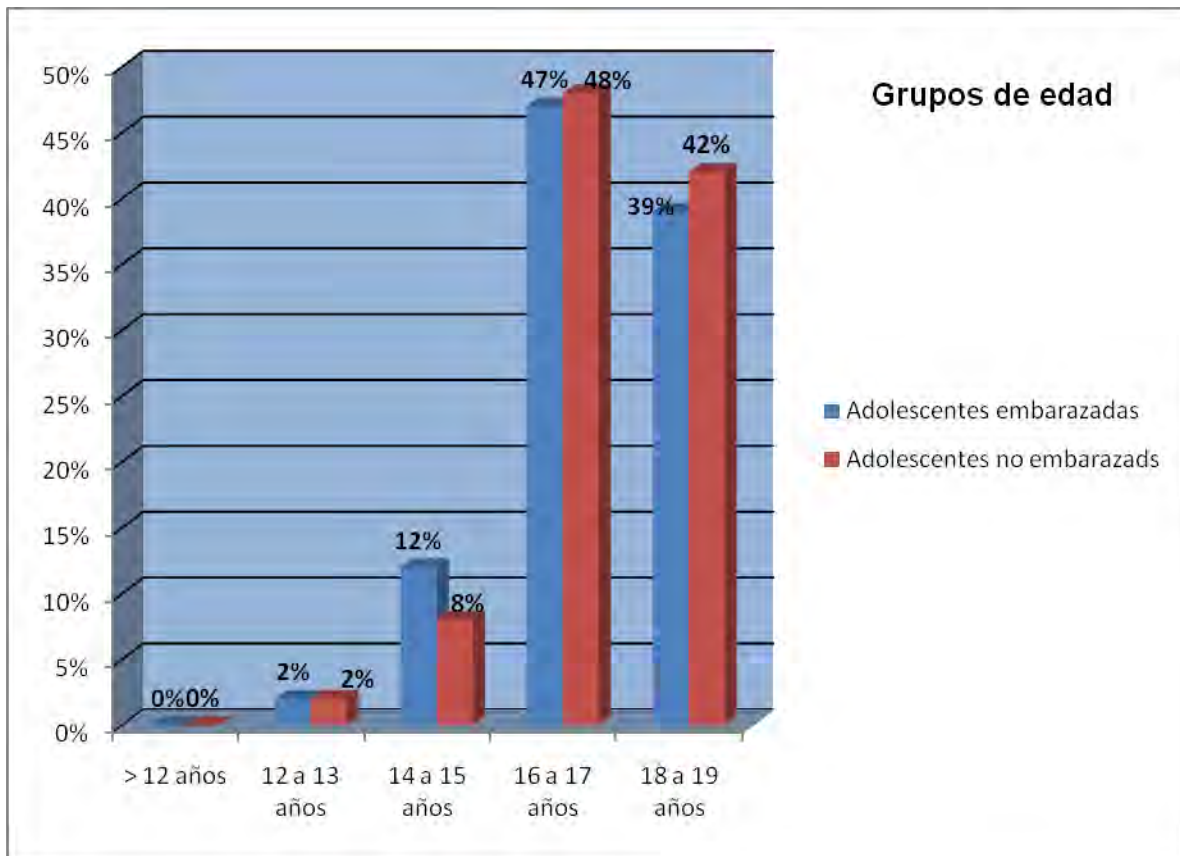
Cuadro 1. Frecuencia por grupo de edad de las n=200 adolescentes embarazadas y no embarazadas de San Antonio de la Cal, Municipio de Tolimán, Querétaro. 2009.

GRUPO DE EDAD	ADOLESCENTE EMBARAZADA		ADOLESCENTE NO EMBARAZADA	
	12 a 13 años	2	2%	3
14 a 15 años	12	12%	8	8%
16 a 17 años	47	47%	48	48%
18 a 19 años	39	39%	42	42%
Total	100	100%	100	100%

Fuente: Encuesta, 2009.

Grafica 1.-Frecuencia por grupos de edad de las n=200 adolescentes embarazadas y no embarazadas de la comunidad de San Antonio de la Cal, en el municipio de Tolimán, Querétaro, 2009.

Grafica 1



Fuente: Encuesta 2009.

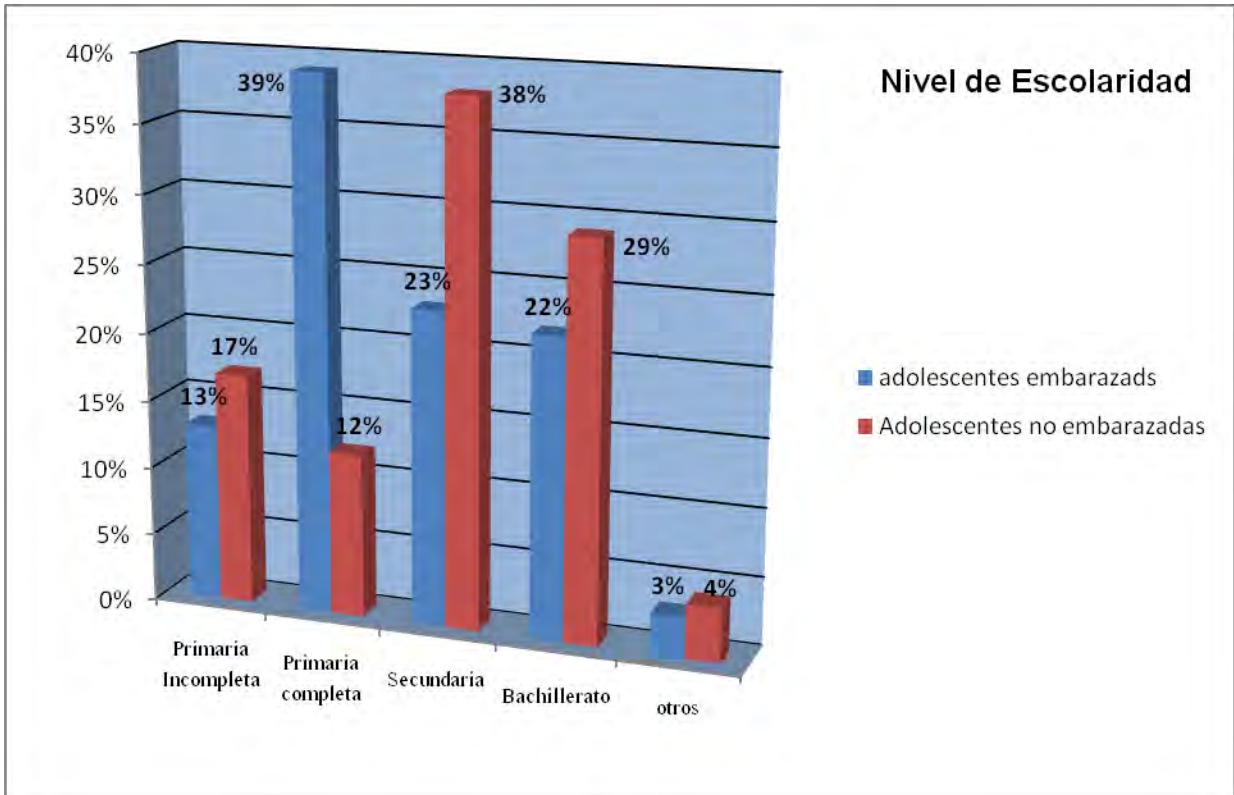
Cuadro 2. Nivel de escolaridad de las n=200 adolescentes embarazadas y no embarazadas de San Antonio de la cal, Municipio de Tolimán, Querétaro, 2009.

ESCOLARIDAD	ADOLESCENTE EMBARAZADA		ADOLESCENTE NO EMBARAZADA	
	n=100	%	n=100	%
Primaria incompleta	13	13%	17	17%
Primaria completa	39	39%	12	12%
Secundaria	23	23%	38	38%
Bachillerato	22	22%	29	29%
Otros	3	3%	4	4%

Fuente: Encuesta. 2009.

Grafica 2.nivel de escolaridad de las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal en el municipio de Tolimán, Querétaro, 2009.

Grafica 2



Fuente: Encuesta, 2009.

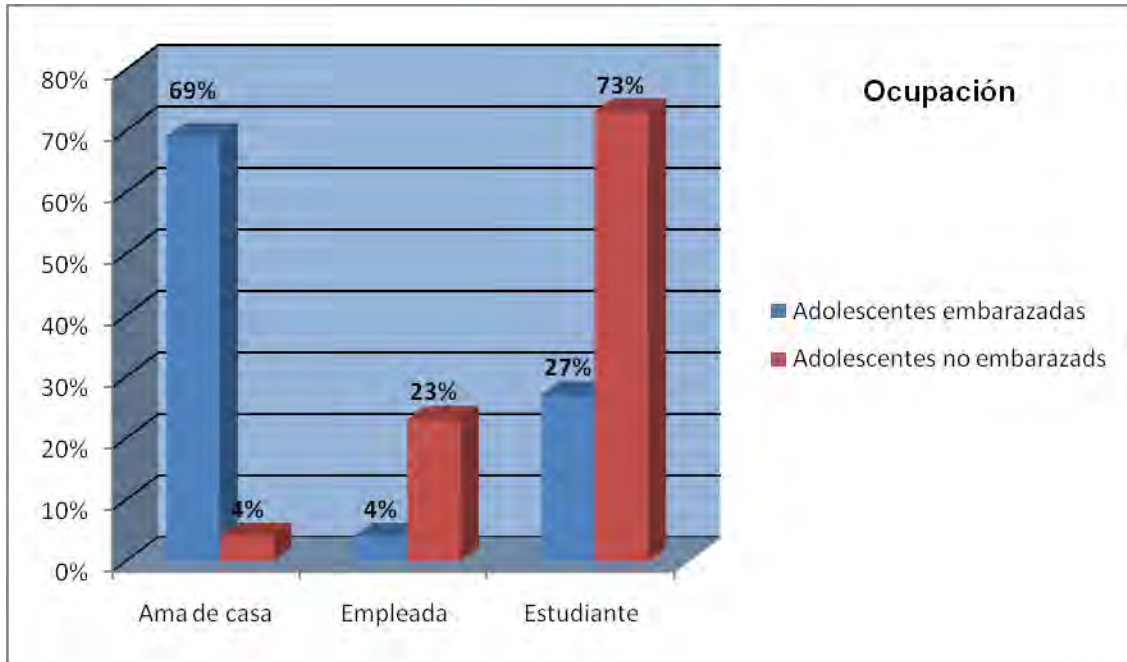
Cuadro 3.- Tipo de ocupación en las adolescentes embarazadas y no embarazada en la Comunidad de San Antonio de Cal, Tolimán, Querétaro, 2009.

OCUPACIÓN.	ADOLESCENTE EMBARAZADA		ADOLESCENTE NO EMBARAZADA	
	n=100	%	n=100	%
Ama de casa	69	69%	4	4%
Empleada.	4	4%	23	23%
Estudiante.	27	27%	73	73%

Fuente: Encuesta.

Grafica 3. Frecuencia por tipo de ocupación de las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal en el municipio de Tolimán, Querétaro, 2009.

Grafica 3



Fuente: Encuesta, 2009.

Cuadro 4. Presentación de la menarca de la adolescente embarazada y no embarazada en la comunidad de San Antonio de la Cal, Tolimán. 2009.

MENARCA

**ADOLESCENTE
EMBARAZADA**

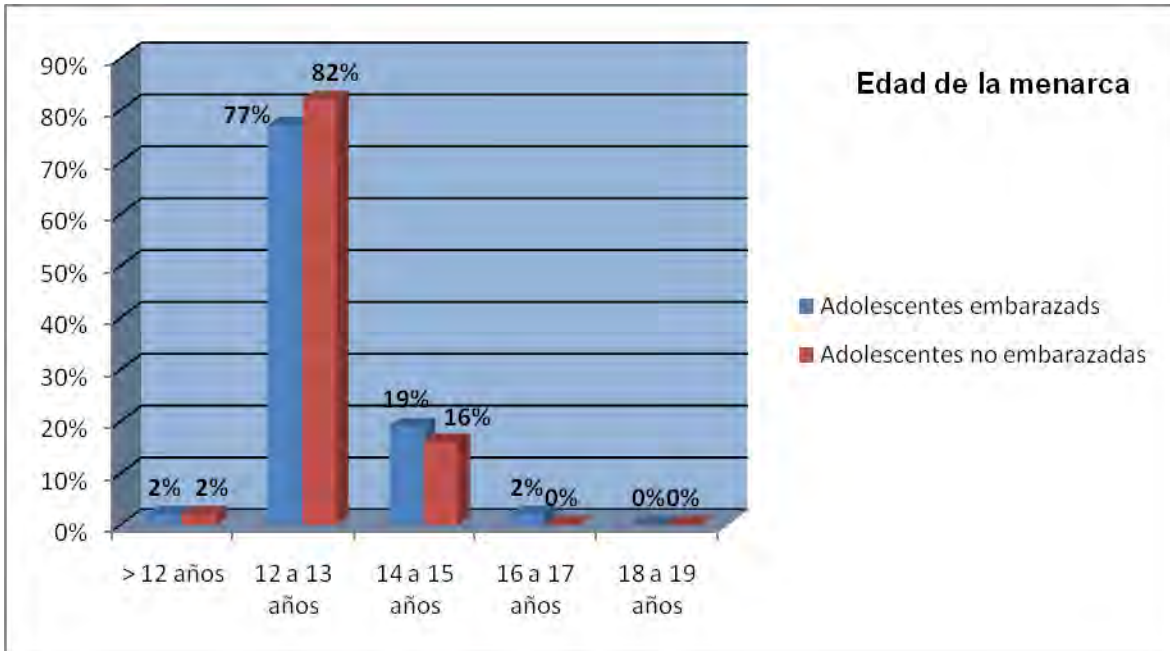
**ADOLESCENTE NO
EMBARAZADA**

	n=100	%	n=100	%
3 12 años	2	2%	2	2%
12 a 13 años	77	77%	82	82%
14 a 15 años	19	19%	15	15%
16 a 17 años	2	2%	1	1%
18 a 19 años	0	0	0	0
	100	100	100	100

Fuente: encuesta.

Grafica 4. Edad de presentación de la menarca en las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal , municipio de Tolimán, Querétaro, 2009.

Grafica 4



Fuente: Encuesta, 2009.

Cuadro 5. Inicio de la vida sexual activa de las adolescentes embarazadas y no embarazadas, en la comunidad de San Antonio de la Cal. Municipio de Tolimán, Querétaro.2009.

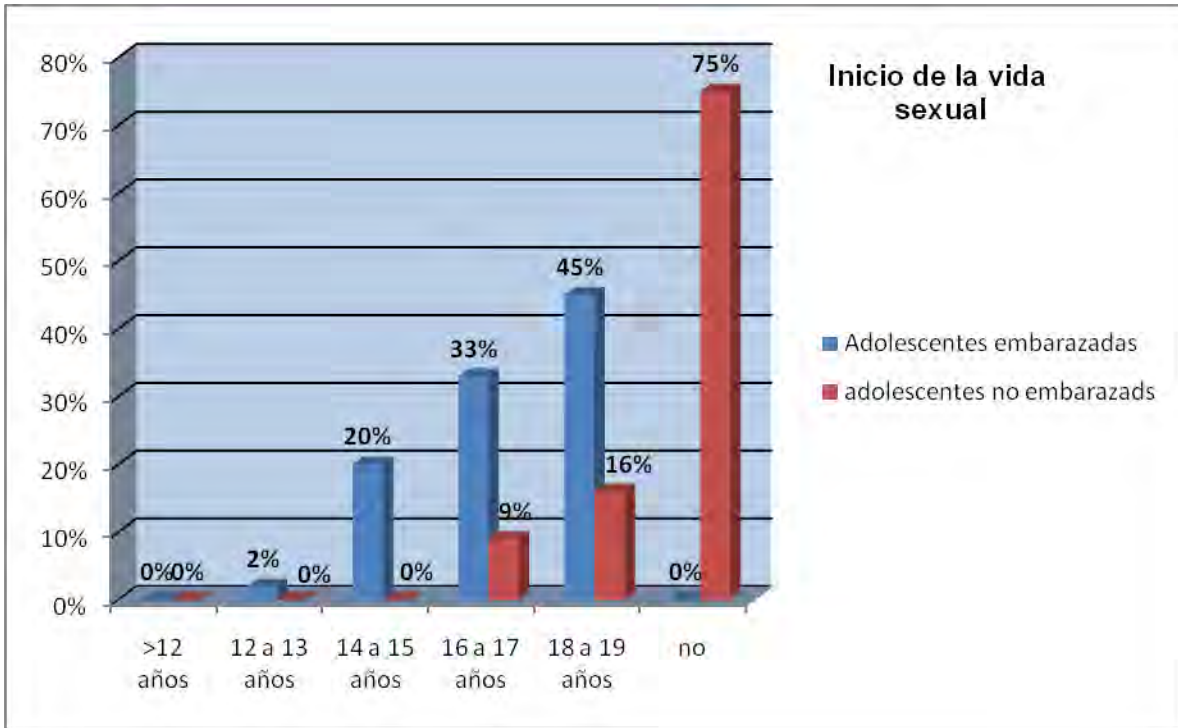
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	ADOLESCENTE EMBARAZADA		ADOLESCENTE NO EMBARAZADA	
	n=100	%	n=100	%

4 de 12 años	0	0%	0	0%
12 a 13 años	2	2%	0	0%
14 a 15 años	20	20%	0	0%
16 a 17 años	33	33%	9	9%
18 a 19 años	45	45%	16	16%
NO	0	0%	73	73%

Fuente: encuesta. 2009.

Grafica 5. Inicio de la vida sexual activa de las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal, municipio de Tolimán, Querétaro, 2009.

Grafica 5.



Fuente: Encuesta, 2009.

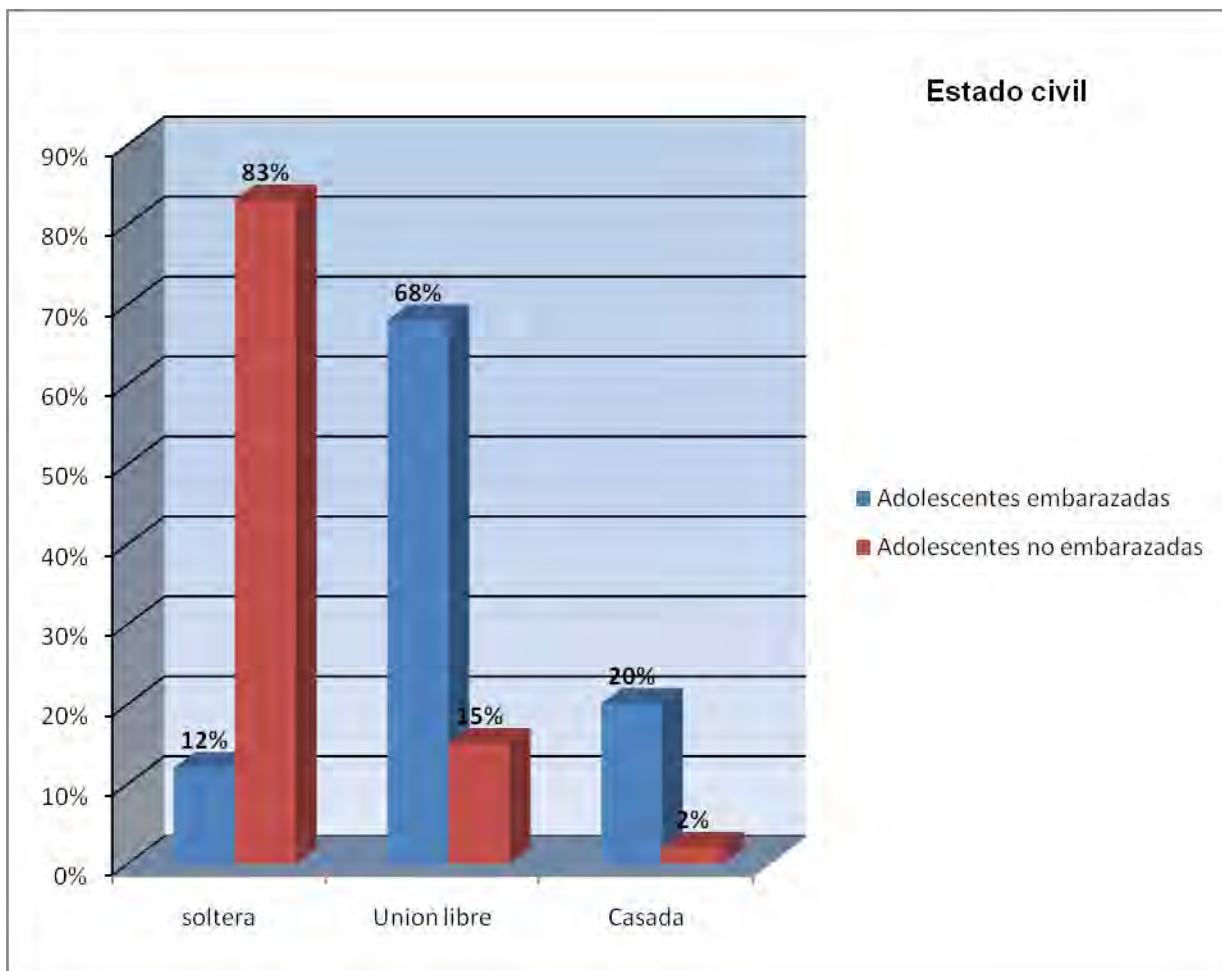
Cuadro 6. Estado civil de las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal en el municipio de Tolimán, Querétaro, 2009.

ESTADO CIVIL.	ADOLESCENTE EMBARAZADA		ADOLESCENTE NO EMBARAZADA	
	n=100	%	n=100	%
Soltera	12	12%	83	83%
Unión libre.	68	68%	15	15%
Casada.	20	20%	2	2%

Fuente: encuesta. 2009.

Grafica 6. Estado civil de las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal, municipio de Tolimán, Querétaro, 2009.

Grafica 6.



Fuente: Encuesta, 2009.

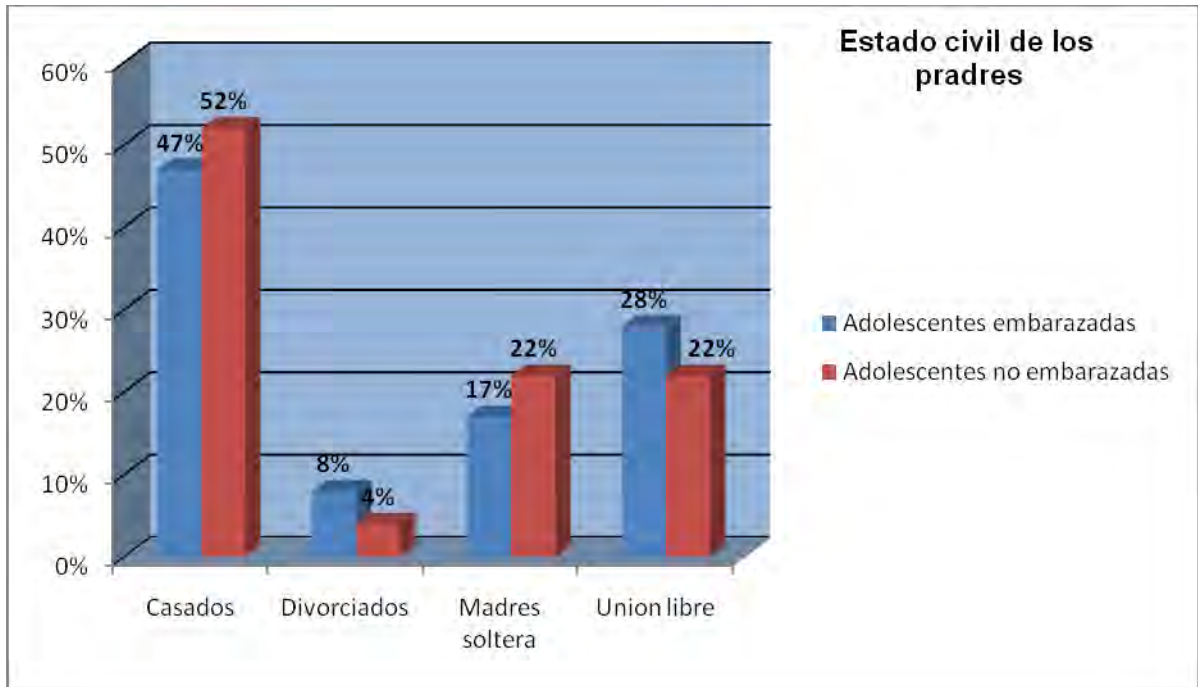
Cuadro 7. Estado civil de los padres de las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal, Tolimán, Querétaro, 2009.

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES	ADOLESCENTE EMBARAZADA		ADOLESCENTE NO EMBARAZADA	
	n=100	%	n=100	%
Casados	47	47%	52	52%
Divorciados	8	8%	4	4%
Madre soltera	17	17%	22	22%
Unión libre	28	28%	22	22%

Fuente: Encuesta, 2009.

Grafica 7. Estado civil de los padres de las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal, municipio de Tolimán, Querétaro, 2009.

Grafica 7.



Fuente: Encuesta, 2009.

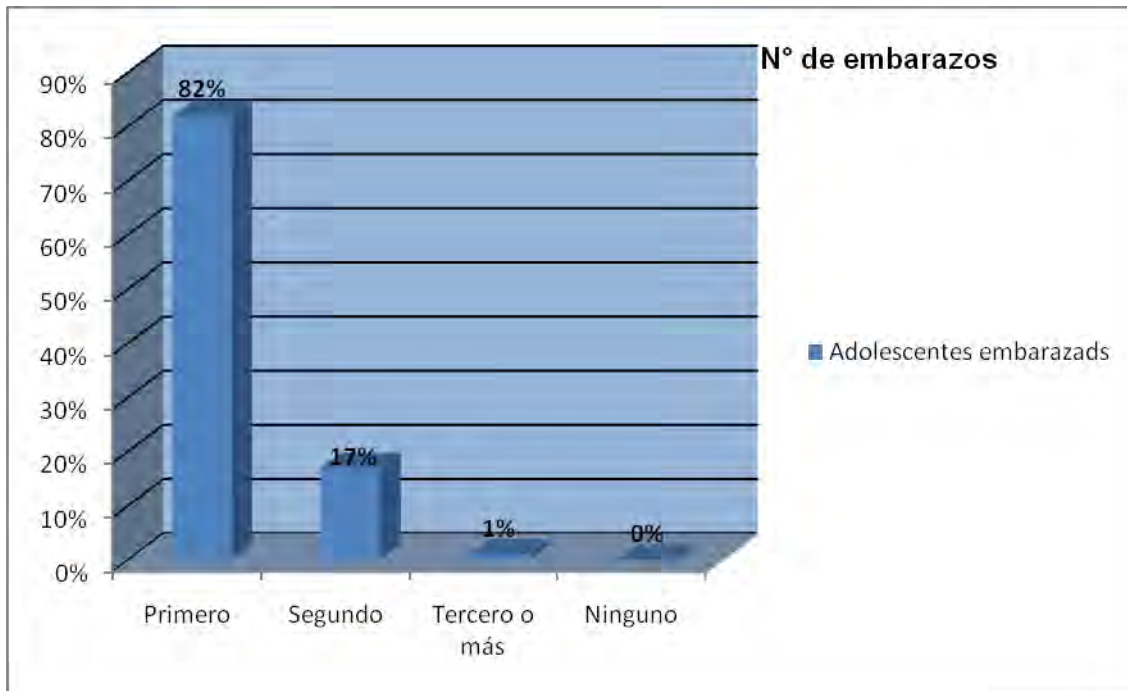
Cuadro 8. Número de gestas en las adolescentes en la comunidad de San Antonio de la Cal, Tolimán, Querétaro, 2009.

NÚMERO DE EMBARAZOS	ADOLESCENTE EMBARAZADA	
	n=100	%
Primero	82	82%
Segundo	17	17%
Tercero o mas	1	1%
Ninguno	0	0%

Fuente: Encuesta .2009.

Grafica 8. Número de gestas en las adolescentes en la comunidad de San Antonio de Cal, municipio de Tolimán. Querétaro. 2009.

Grafica 8.



Fuente: Encuesta, 2009.

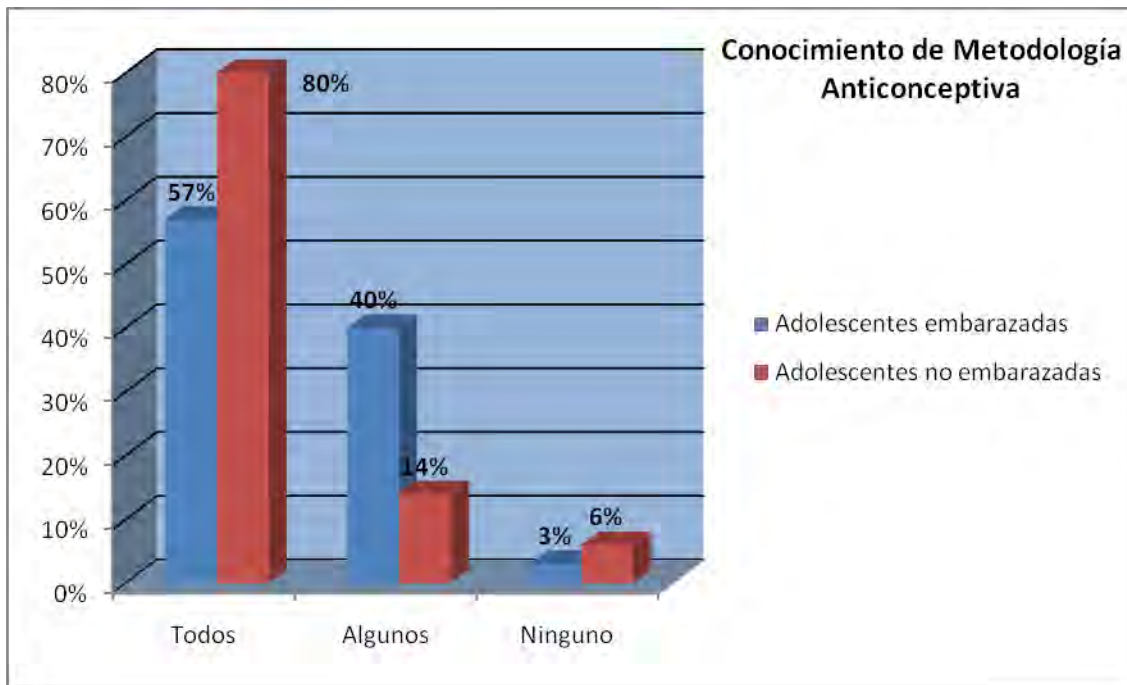
Cuadro 9. Conocimiento de métodos anticonceptivos en las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal en el municipio de Tolimán, 2009.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR	ADOLESCENTE EMBARAZADA		ADOLESCENTE NO EMBARAZADA	
	n=100	%	n=100	%
Todos	57	57%	80	80%
Algunos	40	40%	14	14%
Ninguno	3	3%	6	6%

Fuente: encuesta, 2009.

Grafica 9. Conocimiento de los métodos anticonceptivos en las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal, municipio de Tolimán, Querétaro, 2009.

Grafica 9.



Fuente: Encuesta, 2009.

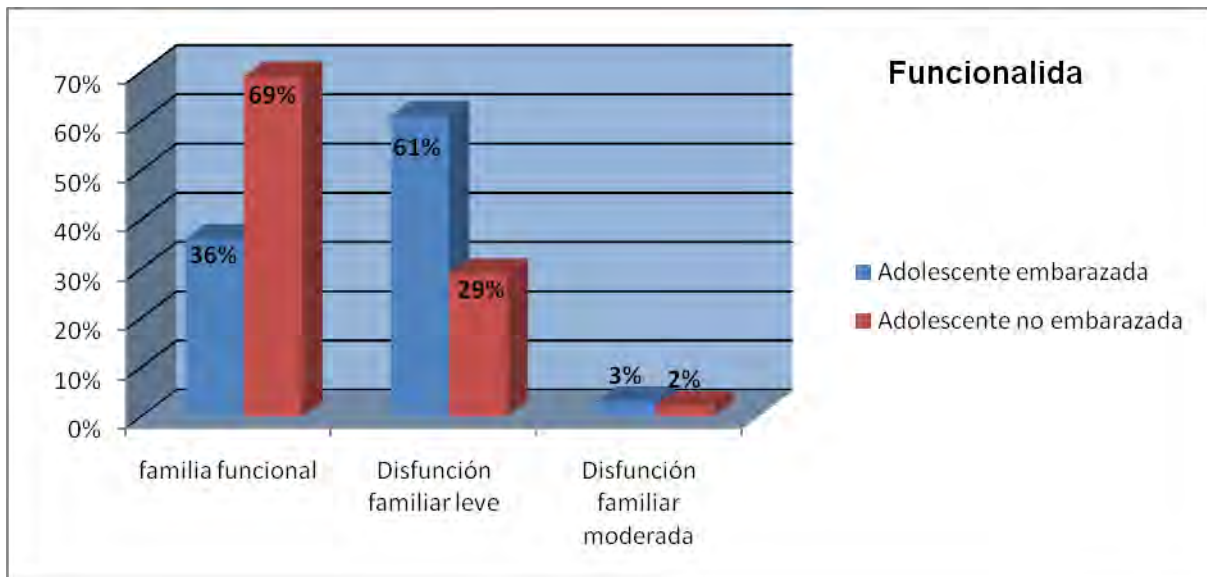
Cuadro 10. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada y no embarazada en la comunidad de San Antonio de la Cal, Tolimán, Querétaro, 2009.

APGAR FAMILIAR	ADOLESCENTE EMBARAZADA		ADOLESCENTE NO EMBARAZADA	
	N=100	%	N=100	%
Familia funcional	36	36%	69	69%
Disfunción familiar leve	61	61%	29	29%
Disfunción familiar moderada	3	3%	2	2%

Fuente: encuesta, 2009.

Grafica 10. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada y no embarazada en la comunidad de San Antonio de la Cal, municipio de Tolimán, Querétaro, 2009.

Grafica 10



Fuente: Encuesta, 2009.

Cuadro 11. Familia disfuncionales con alteraciones en el área de adaptación de las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal en el municipio de Tolimán, Querétaro, 2009.

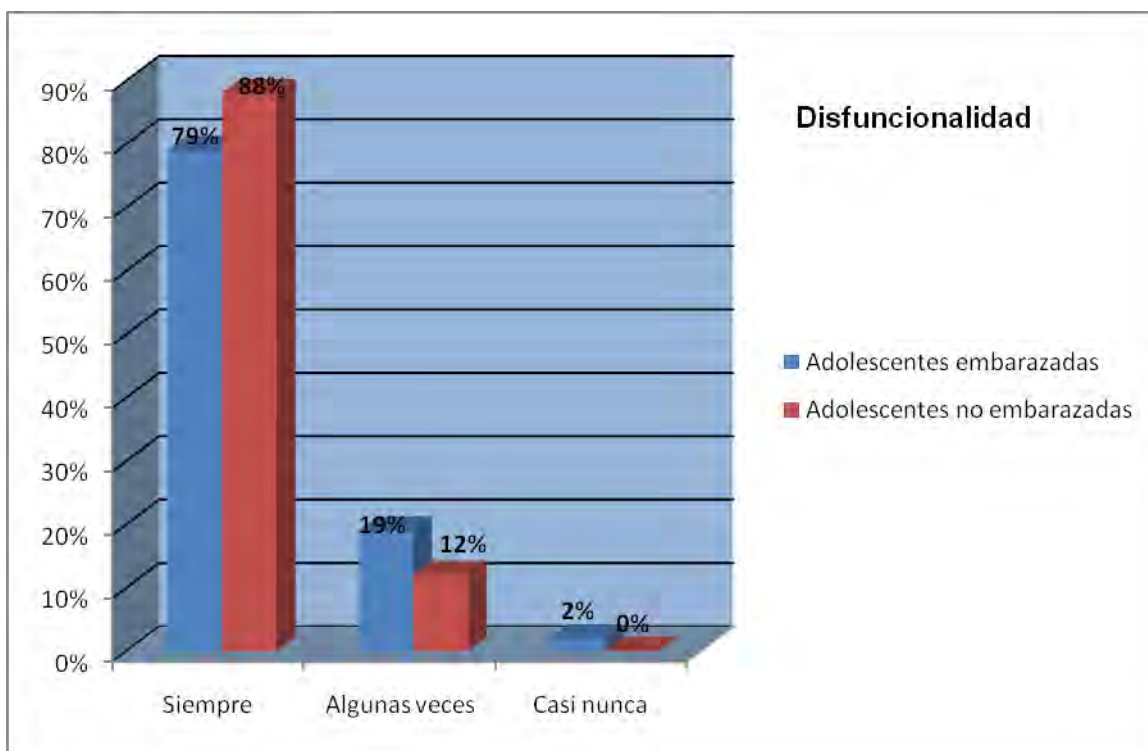
¿Está satisfecho con el apoyo que recibe se su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?

ADAPTACIÓN	ADOLESCENTE EMBARAZADA	%	ADOLESCENTE NO EMBARAZADA	%
Siempre	79	79%	88	88%
Algunas veces	19	19%	12	12%
Casi nunca	2	2%	0	0%
		100%		100%

Fuente: Encueta 2009.

Grafica 11. Familia disfuncional con alteraciones en el área de adaptación de las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal, municipio de Tolimán, Querétaro, 2009.

Grafica 11.



Fuente: Encuesta, 2009.

Cuadro 12 .Disfuncionalidad familiar en el área de participación en las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal en el Municipio de Tolimán, Querétaro.

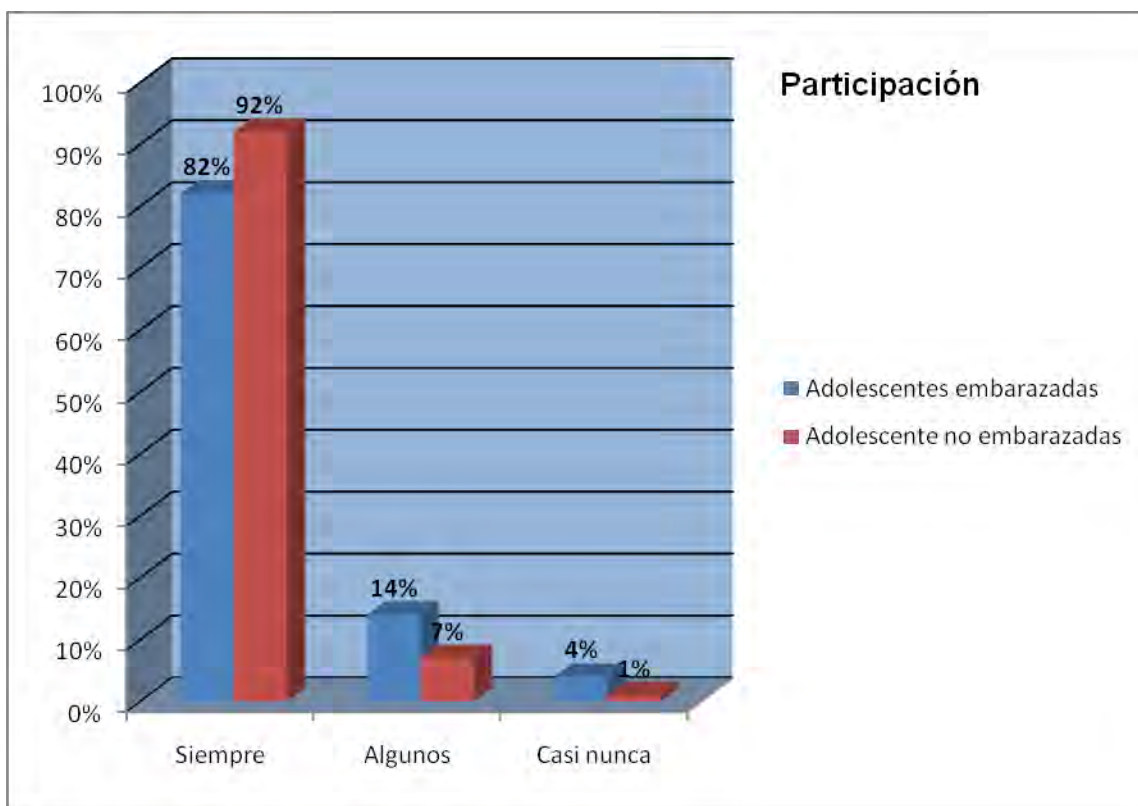
¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?

PARTICIPACIÓN	ADOLESCENTE EMBARAZADA		ADOLESCENTE NO EMBARAZADA	
		%		%
Siempre	82	82%	92	92%
Algunas	14	14%	7	7%
<i>Casi nunca</i>	4	4%	1	1%

Fuente: Encuesta, 2009.

Grafica 12. Disfuncionalidad familiar en el área de participación en las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal, municipio de Tolimán, 2009.

Grafica 12



Fuente: Encuesta, 2009.

Cuadro 13 Disfuncionalidad familiar con alteraciones en el área del crecimiento en las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal, Tolimán, Querétaro, 2009.

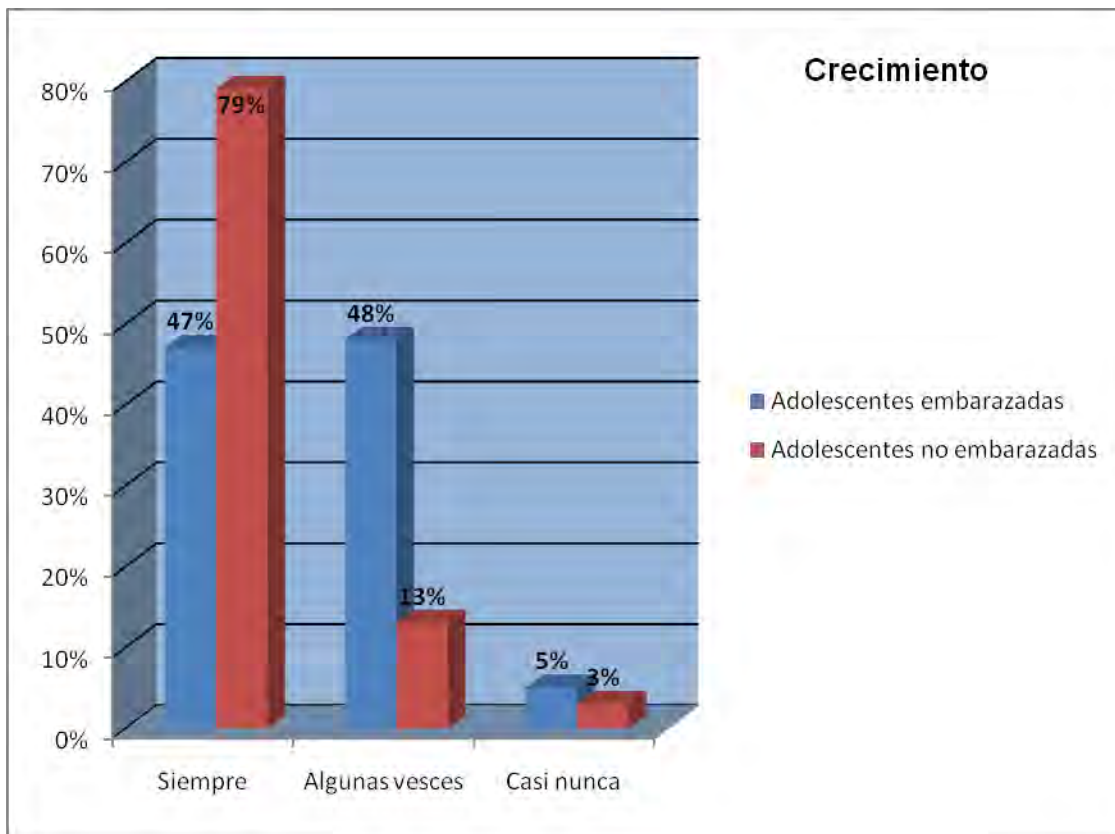
¿Encuentra usted que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?

CRECIMIENTO	ADOLESCENTES EMBARAZADOS		ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS	
		%		%
Siempre	47	47%	79	79%
Algunas veces	48	48%	18	18%
<i>Casi nunca</i>	5	5%	3	3%

Fuente: Encuesta, 2009.

Grafica 13. Disfuncionalidad familiar con alteraciones en el área del crecimiento en la adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal, municipio de Tolimán, Querétaro, 2009.

Grafica 13.



Fuente: Encuesta, 2009.

Cuadro 14. Disfuncionalidad familiar con alteraciones en el área de la afectividad en las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal en el municipio de Tolimán, Querétaro, 2009.

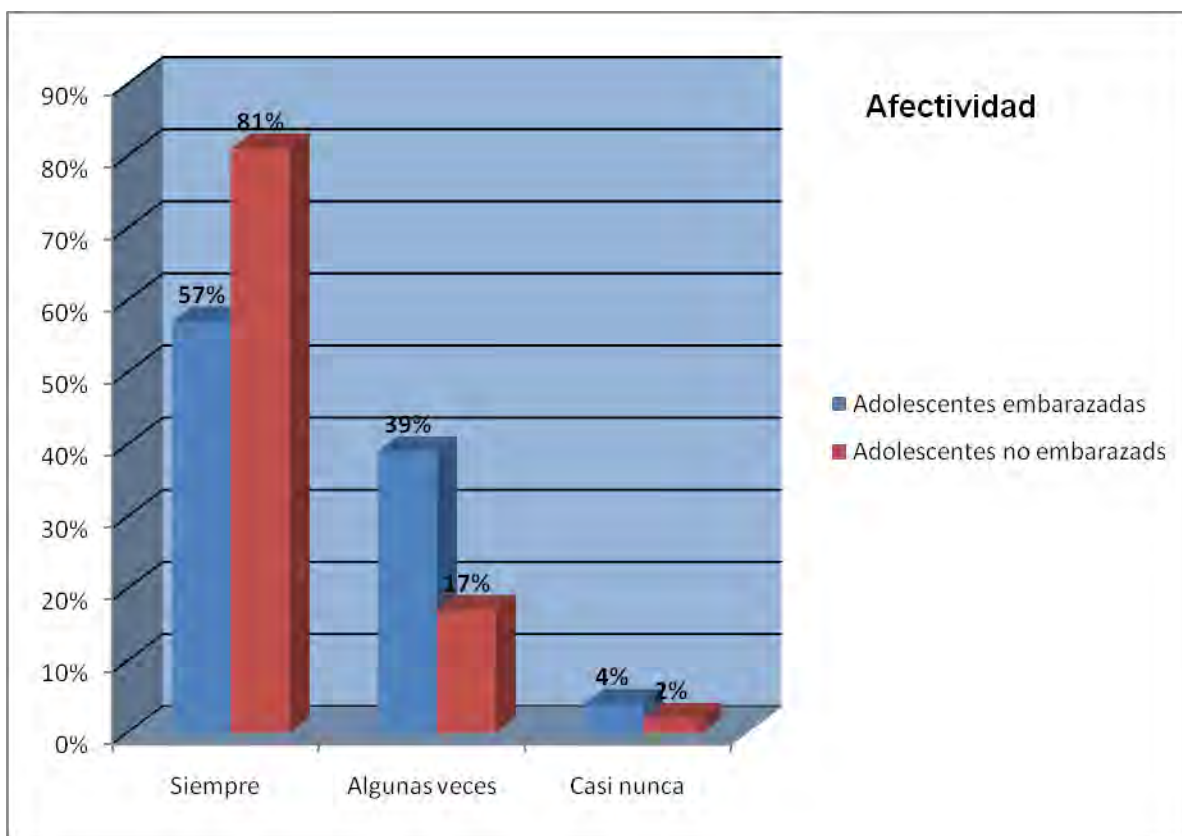
¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?

AFECTIVIDAD	ADOLESCENTES EMBARAZADOS		ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS	
		%		%
Siempre	57	57%	81	81%
Algunas veces	39	39%	17	17%
<i>Casi nunca</i>	4	4%	2	2%

Fuente: Encuestas 2009.

Grafica 14. Disfuncionalidad familiar con alteraciones en el área de la afectividad en las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal, municipio de Tolimán, Querétaro, 2009.

Grafica 14



Fuente: Encuesta, 2009.

Cuadro 15. Disfuncionalidad familiar con afectación el área de la resolución en las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal en el municipio de Tolimán, Querétaro, 2009.

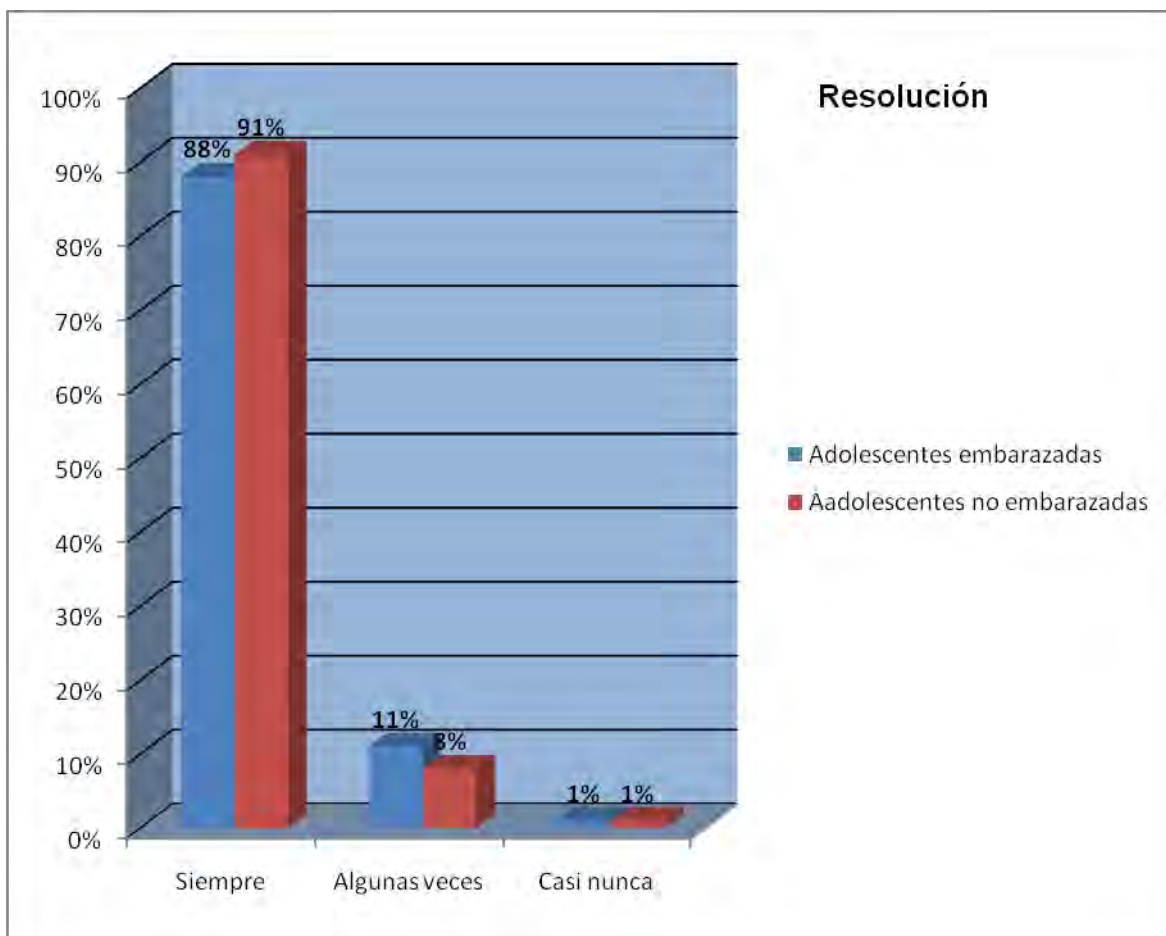
¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasa juntos?

RESOLUCIÓN	ADOLESCENTES EMBARAZADOS		ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS	
		%		%
Siempre	88	88%	91	91%
Algunas veces	11	11%	8	8%
<i>Casi nunca</i>	1	1%	1	1%

Fuente: Encuesta 2009

Grafica 15. Disfuncionalidad familiar con afectación el área de la resolución en las adolescentes embarazadas y no embarazadas en la comunidad de San Antonio de la Cal, municipio de Tolimán, Querétaro. 2009.

Grafica 15.



Fuente: Encuesta, 2009.

DESCRIPCION DE RESULTADOS:

Estudiamos a 200 pacientes adolescentes 100 embarazadas y 100 no embarazadas con una media de edad de 17 años y la moda de 17 años, se agruparon por edades para las adolescentes embarazadas con 47 de los casos en el rango de edad de 16 a 17 años correspondiendo al 47% de total continuando con las de 18 a 19 años de edad con 39 casos representando el 39% y los restante son 14 casos con un 14% a las menores de 15 años en comparación con las adolescentes no embarazadas el rango de edad de 16-17 años con 48 de los casos representó el 48 % siguiendo con la edad de 18-19 Años con 42 casos es decir el 42 % y únicamente el 10 % son menores de 15 Años. (Cuadro 1).

De acuerdo a el nivel de escolaridad en las adolescentes embarazadas se presentó 39 casos para primaria completa con un 39%, 23 casos a nivel de secundaria con un 23 %, a nivel bachilleres con 22 casos es decir un 22% y en último lugar con 13 casos se presentaron en primaria incompleta con un 13% y otros en un 3%; en cuanto a las adolescentes no embarazadas se presentó en 38 Casos a nivel secundaria con un 38%, en 23 casos se encuentra a nivel de bachilleres con un 23 %, con primaria incompleta con 17 casos con un 17% y en último lugar se encuentra primaria completa y otros con 16 casos es decir en un 16 %.(cuadro 2)

En las adolescentes embarazadas la edad de presentación de la menarca con 77 casos está en el rango de 12 a 13 años de edad con el 77%, continuando con 19 casos entre los 14 y 15 años de edad con 19% , representando 2 casos a la edad de 16 a 17 años con el 2% y menores de 12 años con 2 casos es decir el 2%, mientras tanto en las adolescente no embarazada con 82 casos entre la edad de 12 a 13 años con el 82%, con 15 casos en la edad de 14 a 15 años con el 15%, 2 casos en menores de 12 años de edad con el 2% y un caso en mayores de 15 años con el 1% (Cuadro 4).

En este cuadro nos indica la ocupación en las adolescentes embarazadas indicando que para ama de casa en 69 casos con un 69% ,27 casos son estudiantes con un 27% y empleada en 4 casos con un 4%. Para las adolescentes no embarazadas representó en 73 casos son estudiantes con un 73%, en 23 % de los casos son empleadas con 23 casos y con un 4% son amas de casa es decir 4 casos. (Cuadro 3).

En el 45% de las adolescentes embarazadas iniciaron vida sexual activa entre los 18- 19 años de edad con 45 casos, entre los 16- 17 años de edad se presentaron 33 casos es decir el 33%, con 20 casos se encuentra de 14- 15 años de edad con el 20% y 2 casos en el rango de edad de 12- 13 años es decir el 2%. En las adolescentes no embarazadas en 73 casos no han iniciado vida sexual activa correspondiente al 73%, en 16 casos inician vida sexual entre los 18 a 19 años correspondiendo al 16% y en 9 casos entre los 16 a 17 años de edad, con el 9%. (Cuadro 5).

Estado civil de las adolescentes embarazadas con 68 casos se encuentran en unión libre con un 68%, con 20 casos son casadas con un 20% y con 12 casos son solteras en un 12 %. Por lo tanto en las adolescentes no embarazadas en 83 casos son solteras con un 83%, con 15 casos para las adolescentes en unión libre con un 15% y con 2 casos son casadas con un 2%. (Cuadro 6).

En el 47% el estado civil de los padres de las adolescentes embarazadas son casados con 47 casos , en unión libre con 28 casos en un 28% , como madre soltera se presentaron 17 casos con un 17% y divorciados con 8 casos corresponden al 8%. Por otro lado, el estado civil de los padres de las adolescentes no embarazadas en el 52% son casados con 52 casos, en el 22 % en unión libre con 22 casos, como madre soltera con un 22 % con 22 casos y con 4 % se encuentran divorciados con 4 casos.(Cuadro 7).

En cuanto al número de gesta en la adolescente se encontró con 82% que es el primer embarazo con 82 casos y con 17% es el segundo embarazo con 17 casos y en el 1% de los casos es el tercer embarazo, con un caso. (Cuadro 8.) Las adolescente embarazadas que refieren conocer los métodos de planificación familiar se encontró que 57 de los casos conocen todos los métodos de

planificación familiar y 40 casos refirieron conocer solamente algunos de ellos y solamente 3 casos no conocían ningún método de planificación familiar. Las adolescentes no embarazadas reportaron que el 80 casos refieren conocer todos los métodos de planificación familiar y solamente 14 casos refieren conocer solamente algunos métodos de planificación y ninguno 6 casos. (Cuadro 9).

En la adolescente embarazada la funcionalidad familiar se reportó 61 casos con disfunción leve con 61%, continuando con 3 casos con disfunción moderada en un 3% y 36 casos con familias funcionales con el 36%; en las adolescentes no embarazadas representó 69 casos con familias funcionales con el 69%, con 29 casos con disfunción familiar leve con el 29% y con 2 casos son familias con disfunción moderada con el 2%. (Cuadro 10).

El cuadro presenta a las adolescentes embarazadas que respondieron a la siguiente pregunta ¿están satisfechas con el apoyo que reciben de su familia cuando tiene algún problema o pasan por alguna situación crítica?, equivalente al área de adaptación con 79 casos contestaron siempre, representando en el 79 %, con 19 casos respondieron casi siempre con el 19 % y casi nunca con 2 casos equivalente al 2 %. Para las familias de las adolescentes no embarazadas 88 casos respondieron siempre con el 88 %, con 12 casos contestaron casi siempre con el 12 % y casi nunca no hay casos. (Cuadro 11).

Las adolescentes embarazadas respondieron a la siguiente pregunta ¿le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y forma como participan con usted en la resolución de ellos? Equivalente al área de participación, con 82 casos contestaron que siempre equivalente al 82%, 4 casos respondieron algunas veces con el 14% y 4 caso contestó casi nunca con el 4%. Para las adolescentes no embarazadas con 92 casos respondieron siempre con el 92%, con 7 casos algunas veces con el 7% y un caso casi nunca con el 1% (Cuadro 12).

Las adolescentes embarazadas respondieron a la siguiente pregunta ¿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? Equivalente al área crecimiento, con 47 casos respondieron que siempre con el 47%, con 48 casos la respuesta es algunas veces con el 48% y con 5 casos casi nunca con el 5%. En las adolescentes no embarazadas con 79 casos su respuesta es siempre con el 79%, con 18 casos contestaron algunas veces con el 18% y con 3 casos casi nunca con el 3%. (Cuadro 13).

En el área de afectividad respondieron a la pregunta de ¿está satisfecha con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar? Las adolescentes embarazadas con 57 casos respondieron que siempre con el 57%, con 39 casos su respuesta es algunas veces con el 39% y con 4 casos casi nunca con el 4%. En las adolescentes embarazadas con 81 casos respondieron siempre con el 81 %, con 17 casos la respuesta es algunas veces con el 17% y con 2 casos casi nunca con el 2 %. (Cuadro 14).

En el área de la resolución respondieron a la pregunta ¿le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos? Las adolescentes embarazadas con 88 casos contestaron que siempre con 88%, con 11 casos la respuesta es casi siempre con el 11% y un caso con casi nunca con un 1%. En las adolescentes no embarazadas contestaron con 91 casos la respuesta es siempre con el 91%, con 8 casos algunas veces con el 8% y un caso casi nunca con el 1%. (Cuadro 15).

DISCUSION

En este estudio la moda es de 17 años de edad para el embarazo sin embargo para las no embarazadas es resultado es el mismo su moda es de 17 años de edad con un nivel de escolaridad promedio es de primaria completa y secundaria para la embarazadas y secundaria y bachillerato para las no embarazadas, estos nos orienta que entre más alto es el nivel escolar es menor la probabilidad de un embarazo no deseado.

El estado civil muestra que las mujeres que se embarazan se dedican a las labores de hogar y cuidado de los hijos un porcentaje menor decide trabajar o seguir estudiando, en las adolescentes no embarazadas la mayoría se encuentra estudiando con un porcentaje menor es empleada o ama de casa, esto nos indica que la mayoría de las adolescente embarazadas no continúan estudiando por dedicarse a las labores del hogar.

La menarca es igual para los dos grupos con una moda de 12 años de edad, momento adecuado para que el médico familiar tome la responsabilidad de la educación sexual de sus pacientes y advertirles sobre las consecuencias de un embarazo no deseado y los riesgos de relaciones sexuales a edades tempranas.

El inicio de vida sexual activa promedio es a los 17 años de edad y como consecuencia el primer embarazo, por lo tanto las adolescentes que no han

iniciado vida sexual no están embarazadas un porcentaje muy poco lleva vida sexual activa. Entre más temprano es el inicio de la vida sexual activa mayor es el riesgo de embarazo en las adolescentes.

En las adolescentes embarazadas se encuentra en unión libre y un porcentaje menor está casada o bien se encuentra soltera, representa que no hay un compromiso formal de la pareja para su unión, sin embargo en las adolescentes no embarazadas la mayoría está soltera o en unión libre.

En este estudio, la conducta de las adolescentes sigue un patrón normal para una sociedad como la mexicana con una moda de 17 años para el embarazo. La educación en la comunidad es de primaria completa en su mayoría, seguida de una educación secundaria y por un mínimo con preparatoria. Es obvio que los embarazos a edad temprana conducen al abandono de la escuela.

Más de la mitad de las adolescentes embarazadas se dedican a los quehaceres del hogar, lo cual es tradicional en nuestra sociedad y su cambio hacia madres que trabajan ha sido muy lento.

Más de la mitad de las adolescentes al momento de embarazarse ya vivían en unión libre y la el reto se encuentran casadas y el menor porcentaje se encuentran solteras. Esto significa que la institución matrimonial ha perdido importancia entre los adolescentes y prefieren permanecer sin compromisos legales.

La menarca es de inicio temprano, promedio a los 12 años, por lo que también de manera temprana las adolescentes se enfrentan a su feminidad y con sus consecuencias. Del mismo modo, el inicio de la vida sexual activa tiene mayor frecuencia de los 15 a 17 años, la cual, si desemboca en un embarazo no deseado, coarta cualquier intento de realización de proyecto de vida y de superación personal.

El conocimiento de métodos anticonceptivos es escaso y si llegan a tener algún conocimiento no recurren a ellos por miedo a ser descubierto que están teniendo relaciones sexuales, las adolescentes no solicitan el uso de condón a su pareja por miedo al rechazo, así como el temor infundado a los efectos secundarios de los métodos, la oposición de la pareja, la postura de algunas iglesias y la barrera para conseguir los métodos. Lo grave es que el embarazo no es la única consecuencia, sino el riesgo de contagio de sida, virus de papiloma humano o cualquier otra enfermedad.

El inicio de la vida sexual activa fue de entre los 18 y 19 años y en segundo lugar de 16 y 17 años de edad en el presente estudio cifras que coinciden con la encuesta realizada por el Instituto Mexicano de la Juventud, en la mayoría de ellas presenta su primer embarazo a esta edad.

El embarazo de primera vez fue del 82% de los casos con motivo de los cambios fisiológicos, y que pueden manifestar crisis emocionales en la cual se busque una identidad. Las adolescentes tienen la posibilidad de tener un núcleo familiar que no acepte el embarazo.

CONCLUSIONES:

En este documento reafirma que la disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas de riesgo en los adolescentes. Se identificó que la disfunción familiar constituye un riesgo que se agrava si ésta asociado con la edad, escolaridad, ocupación y estado civil actual. Por lo que las adolescentes requieren de mayor participación al momento de tomar decisiones que afecten a la familia, decisiones que sean de manera responsable, se les confiera libertad para tomar decisiones sobre su vida, de acuerdo a su grado de madurez y bajo la supervisión de los padres. Mayor calidad de tiempo disponible para compartir, demostración de confianza, solidaridad y sobre todo afecto.

PROPUESTA:

Para disminuir y modificar práctica de riesgo de adolescente es necesario capacitar a un grupo de adolescente de la comunidad que tengan interés en participar en actividades de prevención de enfermedades, promoción de la salud y desarrollo, y sesiones educativas. Los adolescentes participantes deberán sesionar de dos a tres veces por semanas; cada uno expone su propia dinámica y el personal médico y trabajadoras sociales tienen la tarea de ser facilitadores, pues son los jóvenes quienes desarrollan y coordinan las actividades; 20% se dedica a la parte conceptual-temática y el tiempo restante para intercambiar ideas y experiencias.

La presente propuesta constituye una estrategia educativa específica de atención, que tiene como objetivo transformar las actividades y prácticas de riesgo a que habitualmente se ven expuestos los jóvenes en esta etapa, tales como las prácticas sexuales que conllevan embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual.

Anexo

APGAR FAMILIAR

	Casi siempre(2)	Algunas veces(1)	Casi Nunca(0)
Adaptabilidad: ¿está satisfecha con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene un problema o pasa por una situación crítica?			
Participación: ¿le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa 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: ¿está satisfecha de la manera en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sea de bienestar o malestar?			
Resolución: ¿le satisface la calidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

Instrumento de evaluación familiar que elaboró Smilkestein en 1978 con el propósito de que el médico familiar obtuviera la información de sus pacientes en relación con la situación funcional de su familia. Dicho instrumento fue el que se utilizó para recabar la información vertida en la tesis.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Álvarez R, Estrada Ana Patricia, Madrigal López Leticia. El embarazo en adolescentes. Gaceta Médica de México 2006; 145 (3) 29-36.
- 2.-Cáceres J. Escudero V, Álvarez R. Relación de pareja en jóvenes y embarazo no deseado. Gaceta Médica de México 1994; 28 (6): 124-138.
- 3.-Castillo C., López C, Muñoz C, Rivera J, Una aproximación a la conflictiva de la adolescente soltera embarazada. Atención medica 1992; 22 (3): 117-124.
- 4.-Carreón-Vázquez J, Mendoza-Sánchez H, Pérez- Hernández C, Gil-Alfaro L, SolerHuerta E, González Solís R, Factores socioeconómicos asociados al embarazo del adolescente. Archivo de medicina familiar 2004; 6 (3): 70-78.
- 5.-Cuevas-Arana Victoria, Olvera-Guerrera Jesús Fernando, Chumacera-López Rosa María. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Rev. Med. Inst Mex Seguro Soc. 2005; 47 (1):24- 27.
- 6.-Díaz-Sánchez Vicente. El embarazo de las adolescentes en México. Gaceta Médica de México. 2003; 139 (1): 23-29.
- 7.-Fuentes M, Lobos L. Adolescente embarazada, Revista Universidad Nacional Autónoma de México 2008; 113 (10): 40-50.

- 8.-Leal Tapia María Leticia, Medel Pérez Bertha, Influencia de la educación sexual en adolescente embarazadas Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad autónoma de Chihuahua 2007; 93 (4): 30-38.
- 9.-Meléndez Catherine, Suárez Leticia. Sexualidad y embarazo adolescente en México, Rev. Universidad Nacional Autonomía de México 2009; 39 (5): 91-99.
- 10.-Mendizábal-Rodríguez José Arturo, Anzures-López Beatriz. La familia y el adolescente. Revista médica del Hospital General de México. 1999; 62 (3): 191-197.
- 11.-Padrón-Arredondo Guillermo. Embarazo en adolescente. Estudio sociodemográfico de 218 pacientes. Revista Médica del Hospital General de México 2005; 68 (1):13-19.
- 12.- Peláez-M. J. Villareal RE, Hernández-Ruíz J. Adolescencia, juventud, desafíos actuales, La habana Editorial Científico 2009; 5 (2): 126- 136.
- 13.- Ramírez R.S. Salome SM, Escobar-Ruíz. Adolescente reflexiones: sexualidad, salud y reproducción Editorial Colegio Médico de México 2006; 56 (8): 126-133.
- 14.- Ortiz F.P. Nájera-Villanueva, Martínez-Sandoval M. El embarazo en adolescente. Gaceta Médica de México ,2006:151 (1): 45-51.
- 15.- Parra Elizabeth, Wendler Gisela, Tisiana-Morzón Lourdes, Ulanowrez María Gabriela .Riesgo en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de Medicina de Cuba 2006; 153 (2): 13 – 17.
- 16.- Rangel José Luis, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada .Revista de la facultad de medicina, 2004; 47(1): 24-27.
- 17.- David-Muram, MD. Sexualidad y embarazo en niñas y adolescentes en: Alan- HDecherney, Lauren- Nathan, T. Murphy-Goodwin, Neri- Laufer. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Novena edición, México: editorial el manual moderno 2007. P 593- 594.
- 18.- Amparo Tapia Curiel, Martha Villaseñor Farías Efraín Pérez Peña, El embarazo en adolescencia desde una visión integral. En: Roberto Martínez y Martínez. Salud y

enfermedad del niño y del adolescente. Sexta edición, México: editorial manual moderno 2009.p 1597-1601.

19.-Charles E. Schaefer, Ph. D, Teresa-Foy-Digeronimo, M. Cómo hablar con los adolescentes de los temas realmente importantes. Primera edición, México editorial diana S.A. 2001.p 97- 111.

20.-Espinosa Morett A., Mejía Soto G, Escotto Morret. Adolescencia. En: Martín Abreu L. Compendio de medicina general, tomo v. Segunda Edición, México: Méndez Editores S.A. de C. V.; 2000. p 31.1- 31.25.

21.- De la Revilla AL, Fleitas CL. Función y disfunción familiar. En: De la Revilla AL, Concepto e instrumentos de la atención familiar. Barcelona, España: Doyma; 1994. p 91-100.

22.- Azures Carro R. Chávez Aguilar V. García Peña Ma. Del Carmen, Pons Álvarez ON, Instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar, primera edición, México: Editorial mexicana; 2008. P 227-278.

23.- Irigoyen Coria A. la familia en México: elementos demográficos .En: Irigoyen Coria A. Nuevo fundamento de medicina familiar. Tercera edición, México D.F: Editorial medicina familiar mexicana 2006, p 37-45.

24.- Membrillo-Luna A, Fernández-Ortega MA, Quiroz Pérez JR, Familia introducción al estudio de sus elementos .En: Membrillo Luna A, Funciones de la familia .primera edición , México D.F. Editores de textos Mexicanos S.A. de C.V.2008, p 73-85.