

“EMBARAZO ADOLESCENTE: UNA MIRADA AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN UN CONTEXTO URBANO-MARGINAL”

“TEENAGE PREGNANCY: A LOOK AT FAMILY FUNCTIONING IN AN
URBAN-MARGINAL SETTING”

Investigadoras Titulares: Blanca Estela Barcelata Eguiarte¹ y Saraí Farías Anda²

Investigadora Auxiliar: Raquel Rodríguez Alcántara³

Facultad de Psicología, UNAM, México.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”⁴
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 31 de Agosto de 2014

Aceptado: 25 de Octubre de 2014

Resumen

169

El objetivo del presente estudio fue evaluar el funcionamiento familiar en adolescentes embarazadas en ambientes de riesgo. Se llevó a cabo un estudio exploratorio con 47 adolescentes de 13 a 18 años, usuarias de servicios de una clínica multidisciplinaria de salud, residentes de la zona conurbada oriente de la Ciudad de México. Se aplicó una cédula sociodemográfica para adolescentes y su familia y una prueba sobre funcionamiento familiar. Se encontraron diferencias significativas entre el grupo de Embarazadas y el grupo de No Embarazadas. En las adolescentes embarazadas la cohesión, adaptabilidad y la comunicación familiar son bajas, a diferencia del grupo de No embarazadas, quienes presentan niveles más altos de cohesión, comunicación y adaptabilidad en su familia. Se concluye que la familia puede ser un factor de riesgo para que las adolescentes se embaracen de forma prematura. Es necesario prevenir el embarazo adolescente a través del control y prevención donde participen los programas de salud, escuelas y padres.

Palabras Clave: Adolescente, Embarazo, Familia, Funcionamiento, Riesgo.

¹ Dra. en Psicología Clínica. Prof. de T. C. de la FES-Z, Profesor y tutor del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, Sede Fac. de Psicología, UNAM. Miembro SIN 1 Conacyt. e-mail: bareg7@hotmail.com

² Maestría en Psicología Clínica con Residencia en Terapia Familiar. Fac. de Psicología, UNAM. Becaria del Proyecto PAPIIT IN303714: Adaptación y Resiliencia en contextos múltiples: Base para la intervención en la adolescencia. e-mail: saraifariasanda@gmail.com

³ Pasante de Psicología. FES Zaragoza. Becaria del Proyecto PAPIIT IN303714: Adaptación y Resiliencia en contextos múltiples: Base para la intervención en la adolescencia. e-mail: eksoul.rakel@gmail.com

⁴Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com o a norma@tigo.com.py CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-UC de Asunción-Paraguay.

Abstract

The objective of this research was to evaluate the family functioning on pregnant adolescents in risk environment. An exploratory study was carried out on 47 female adolescents, 13 to 18 years old, from a clinical service of a multidisciplinary health center and living in an east suburban area of Mexico City. A schedule of socio-demographic data and a test about family functioning were applied, as well as a test about intra-familiar relationships. It was found out that there are significant differences between the pregnant adolescent group and the non-pregnant adolescent group. The pregnant adolescent group show low scores in cohesion, adaptability and poor communication among family members, unlike the non-pregnant adolescent group, where there is a higher cohesion level, as well as communication and adaptability. The conclusion is that family can be a risk factor that could influence to adolescents girls get pregnant prematurely. It is necessary to prevent adolescent pregnancy through primary prevention intervention such as health programs where schools and parents are involved.

Keywords: Adolescent, Pregnancy, Family, Functioning, Risk.

Algunas organizaciones como el UNFPA, Fondo de Población para las Naciones Unidas (Loaiza y Liang, 2013), estiman que los adolescentes representan un aproximado del 20% del total de la población a nivel mundial, así como un sector prioritario en términos de salud por la gran cantidad de riesgos que durante la adolescencia se presentan (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2011).

De manera tradicional la adolescencia ha sido considerada, por lo general, como un período crítico del desarrollo humano, cuya tarea básica del desarrollo es la consolidación de la identidad aunque ello dependa y tenga diferentes expresiones en función de las diversas subculturas que suelen existir aún dentro de una cultura, y más aún, dentro de un mismo país (Mead, 1979; Coleman y Hendry, 2003).

Durante la adolescencia el individuo experimenta una serie de cambios biológicos como psicológicos, planteándose con ello diversas situaciones que deberá resolver, entre ellas el establecimiento de la independencia; la elección vocacional; el desarrollo de un sentido de la propia identidad y de una filosofía normativa de la vida propia (Coleman y Hendry, 2003).

Entre los diversos aspectos que preocupan al adolescente y que también es foco de atención en términos de salud pública es la sexualidad. Las consecuencias de una vida sexual activa a temprana edad pueden ser negativas para la salud en los y las chicas de menos de 18 años. En este sentido desde hace tiempo se ha señalado que la sexualidad se ha convertido en un asunto de difícil manejo tanto para los adolescentes como para sus padres (Caplan, 1973).

Los cambios psicofisiológicos, propios de la etapa adolescente, así como las presiones de los propios pares, sumados a la falta de una adecuada y oportuna orientación sexual, a inadecuadas estrategias de afrontamiento y a otras variables asociadas con rasgos de personalidad contribuyen a que el manejo de la sexualidad pueda convertirse en un riesgo. El despliegue de una sexualidad irresponsable, haciendo de ella un instrumento de descarga de conflictos psicológicos, ocasionando problemas tales como, conducta promiscua; desviaciones sexuales; enfermedades de transmisión sexual, y embarazos no deseados y prematuros, han llevado a que se considere como un riesgo latente característico en la adolescencia en términos de salud (Arnett, 1992; Coleman, Hendry y Kloep, 2008; Steinlauf, 1998).

El embarazo en adolescentes es quizá el problema de mayor relevancia en términos de salud y social por los riesgos y consecuencias que representa el embarazarse ante de los 18 años. El UNFPA (2013) enfatiza que el embarazo y la maternidad deben tener especial atención en la población adolescente femenina por su asociación con otros riesgos como muerte materna, violencia, discapacidad, violación a los derechos humanos, desempleo, baja escolaridad y salud reproductiva. Los datos presentados por regiones indican para América Latina y el Caribe menores tasas de embarazos antes de los 18 años (18%), que África y Asia (28%); datos similares a países desarrollados (19%) incluido los Estados Unidos de Norteamérica; sin embargo, los porcentajes son sustancialmente más altos en comparación a Europa y Asia Central (8%) y los datos de Asia del Este (4%).

Los países europeos presentan una de las tasas más bajas, al parecer debido a que adoptan enfoques flexibles con respecto a la educación sexual que facilitan el acceso a la planificación familiar. Por ejemplo Holanda presenta una de las tasas más bajas de embarazos en adolescentes, de cuatro partos en adolescentes por 1.000 mujeres, y la educación sexual comienza en la escuela primaria. Sin embargo, en el Reino Unido la educación sexual no es obligatoria en las escuelas y algunas escuelas de inspiración religiosa ni siquiera imparten esa educación, por lo que sigue siendo una preocupación para las familias y un aspecto de salud pública importante. En algunos países como los Estados Unidos, Alemania y Francia, se ha observado que esa situación pone en peligro la estructura e integración familiar (Furstenberg, Gordis, y Markowitz, 1989).

El embarazo en adolescentes es reportado en varios países de Latinoamérica y el Caribe. Por ejemplo, en Colombia, hace 10 años el 11% de las mujeres entre 15 a 19 años de edad habían tenido un hijo o estaban embarazadas, incrementándose a un 19% en la actualidad (prácticamente el doble). Una de cada 5 chicas de 17 años y 1 de cada 3 de 19 años ha estado alguna vez embarazada (Ríos, 2004). En este mismo país, se reporta, por ejemplo, que las mujeres que han tenido embarazos adolescentes de entre los 17-20 años han descrito a su familia con una imagen negativa del padre, resaltando su ausencia total o parcial, así como reacciones de rechazo abierto o permanente tensión familiar (Estupiñán-Aponte y Rodríguez-Barreto, 2009).

En México, en los últimos años ha habido un incremento en el número de embarazos no deseados. Algunos datos epidemiológicos, muestran que entre las causas principales de muerte en adolescentes de 15 a 19 años de edad se encuentran las asociadas al embarazo, puerperio y parto en dicha etapa (Celis de la Rosa, 2003). Asimismo se observa que los recién nacidos de las adolescentes tienden a presentar malformaciones y enfermedades asociadas con la gestación, como poca talla y peso en comparación con los hijos de madres de edades mayores. Se informa que en los estratos socioeconómicos más bajos, el 21% de las adolescentes embarazadas reportaron haber tenido un embarazo no deseado, cifra muy similar a los estratos socioeconómicos clasificados como medio y alto (IMJUVE, 2010).

Para 2011 se registraron poco más de 2 millones 586 mil nacimientos, con edad media de la madre al nacimiento de 20-29 años (1 millón 331 731 mil) (INEGI, 2011). Del total de nacimientos en el país del 2011, el 17% corresponde a adolescentes de 10 a 19 años. Para ese mismo año, el 71.6% de adolescentes de 15 años había tenido por lo menos un hijo. Es interesante señalar que el 98 % de las mujeres mexicanas en edad fértil, conocían en el 2009 al menos un método anticonceptivo, pero sólo el 72.5 % indicaron utilizarlo.

Según INEGI (2011), la proporción de embarazos adolescentes no deseados corresponde a 4 de cada 10. Más aún, 1 de cada 2 adolescentes de 12 a 19 años que inicia su vida sexual activa, se embaraza. La tasa de adolescentes embarazadas sigue siendo elevada en comparación con madres de 19 a 49 años para 1991, el porcentaje de adolescentes embarazadas correspondía al 12.7 %, mientras que una década después aumentó a 15.2 % (Menkes y Suárez, 2013).

Menkes y Suárez (2013) hacen una reflexión sobre los datos de embarazos adolescentes no deseados en México, concluyendo que ocurre con mayor regularidad en los estratos socioeconómicos más bajos del país, haciendo un lazo casi indisoluble entre pobreza, vulnerabilidad, identidad y roles de género. No obstante que en los últimos años, por ejemplo los Estados Unidos, al parecer se ha observado un decremento en el índice de embarazos, esto sólo ha sido en ciertos grupos étnicos, por ejemplo, el grupo de hispanos continúa ocupando el primer lugar en embarazos, seguido por el grupo de negros, ocupando el último lugar el grupo de asiáticos u orientales. Al parecer una de las razones del decremento del embarazo adolescente (Jara, 2008; Meave y Lucio, 2008), es el uso del condón y otras medidas anticonceptivas a raíz de la aparición del SIDA (VIH), así como todas las campañas de prevención, sin embargo, argumenta Jara (2008) que la batalla contra los embarazos en las adolescentes aún continúa, porque muchos de los embarazos terminan en abortos que en ocasiones no se detectan, y múltiples riesgos reproductivos y complicaciones obstétricas. En México, el embarazo adolescente es también uno de los problemas que preocupan a la sociedad, pues cada año mueren en México, 70 000 adolescentes por complicaciones en el embarazo (INEGI, 2011). Por ejemplo, de 20 causas de internación y egresos hospitalarios de mujeres adolescentes de 10 a 15 años, en Unidades Médicas de la Secretaría de Salud en México, el primer lugar lo ocupó el parto con el 18% y el quinto el aborto con el 4%. Para el grupo entre 15 y 19 años las cifras se elevan de manera sorprendente, ya que el primer lugar lo sigue ocupando el parto aunque ahora con un 55% y el aborto en el segundo lugar con un 8% (Campero, Atienzo, Suárez, Hernandez y Villalobos, 2013).

Estas cifras pueden ser consideradas significativas si se observa que es un porcentaje que se obtiene a través del conteo del resto de las causas de internación, por un lado, y por otro, a que muchas de las prácticas abortivas no se encuentran contabilizadas con exactitud en la medida de que un gran número de ellas se realiza en centros y lugares que quedan fuera del alcance de los organismos oficiales que atienden y estudian dicho evento.

Por otra parte, algunos reportes previos indican que en el área correspondiente a la zona conurbada de la Ciudad de México, en particular, Ciudad Netzahualcóyotl, el embarazo en la adolescencia se presenta hasta en una proporción de 1 a 5, esto es, que de cada 5 adolescentes que asisten a servicios de salud, una está embarazada (INEGI, 2000), proporción que se ha incrementado en el año 2011, cuando se reportó que de cada 100 embarazos, de 15-22 pertenecen a mujeres de entre 12 y 19 años de edad (INEGI, 2011).

Revisando las estadísticas, es claro que un gran número de mujeres que experimentan estos embarazos son adolescentes. La mayoría de las chicas quedan impactadas y extremadamente trastornadas cuando descubren que han quedado embarazadas. La mayoría de los embarazos al no ser planeados generan reacciones negativas y de rechazo hacia el embarazo en general y su producto (Hertz, 1987). Las chicas consideran que el tener un niño interfiere con su escuela y que tenerlo fuera de matrimonio corta las oportunidades de casarse, sin embargo, se siguen embarazando de manera prematura.

Entre las consecuencias derivadas del embarazo en adolescentes se encuentran el aborto y los respectivos riesgos que implica para la salud; las complicaciones por anemia, los partos prolongados, y/o las toxemias pre y post parto. Tal es la situación que los problemas obstétricos durante la adolescencia pueden aumentar de 4 a 8 veces más en chicas menores de 15 que de las observadas en grupos de chicas mayores (OMS, 2009). Otras de las secuelas de los embarazos prematuros es el mal trato a los hijos, mala nutrición, o el abandono de los mismos y las inadecuadas prácticas de crianza que generan a su vez abandono de los hijos a edades tempranas, perpetuándose ciclos de pobreza en poblaciones de escasos recursos y en riesgo psicosocial, que se constituyen a su vez en variables contextuales de riesgo para patrones de prácticas sexuales inadecuadas y embarazo prematuro (Jara, 2008; UNFPA, 2012).

El embarazo adolescente y la familia

El lugar que ocupa la familia en el embarazo adolescente es de suma importancia pues se convierte en una fuente de información para la sexualidad responsable y la primera fuente de apoyo para las dificultades en los jóvenes. La relación entre la dinámica y el funcionamiento familiar como factor que propicia un embarazo prematuro, aún no es claro. Algunos estudios indican que hay aspectos de la dinámica familiar, pueden modular la percepción y las prácticas sexuales de los hijos contribuyendo así a prevenir el embarazo en la adolescencia.

La familia es entendida como un sistema que se reconfigura a partir de las experiencias de vida por las que atraviesa a lo largo de su ciclo vital. La configuración del sistema familiar se presenta en términos del número de miembros y posiciones que ocupan dentro de él, y con respecto a los demás subsistemas, a través del cual interactúan, poniendo de manifiesto la manera de agruparse ante una situación dada, en términos de la cohesión familiar y la adaptabilidad familiar (Minuchin y Fishman, 1988). Desde esta perspectiva la familia es conceptualizada como: a. un sistema en constante transformación con la capacidad de adaptarse a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen (Minuchin, 1978); b. un sistema activo que se autogobierna, una unidad sistémica regida por modalidades transaccionales peculiares del sistema mismo y susceptibles con el tiempo, de nuevas formulaciones y adaptaciones, originadas por cambios intrasistémicos, y/o intersistémicos, y c. como un sistema abierto en interacción con otros sistemas, es decir, siempre en relación con otros sistemas de la sociedad que la retroalimentan.

En otras palabras, puede ser definida como un conjunto de relaciones e interacción “invisibles” que se puede identificar a través de parámetros indirectos observables o indicadores de dichas relaciones. Es justo a través de la estructura o dinámica familiar que dichas interacciones pueden ser medidas, específicamente en términos de la cohesión y adaptabilidad familiar para evaluar el funcionamiento familiar. La cohesión familiar, está determinada a partir de la percepción de los miembros sobre su involucramiento.

Se define con respecto a la cercanía y la individualidad o autonomía emocional entre sus miembros (Olson, Bell, y Portner, 1991). Asimismo la adaptabilidad familiar, se plantea como la habilidad de la familia al cambio; el poder de su estructura, la relación entre los roles y la relación entre las reglas en respuesta al estrés situacional o producido por las pautas de desarrollo que le plantea su propio ciclo vital (Olson et al., 1991).

Los investigadores parecen coincidir en que el hecho de que una adolescente resulte embarazada, no es un incidente aislado, sino que por el contrario, es consecuencia de diversos factores asociados directamente con la fase de su ciclo vital, sin embargo, uno de los elementos al que se le atribuye una influencia importante en el desencadenamiento de los embarazos en adolescentes es la familia (Marin y Villafañe, 2006, Pérez, 2003).

Muchos de los estudios sobre el embarazo durante la adolescencia han tomado como base un enfoque sistémico que considera a la adolescente como parte de un contexto proximal denominado familia que a su vez forma parte de un sistema más amplio formado por aspectos macro-estructurales de tipo social político y cultural, los cuales interactúan entre sí influyéndose de forma dinámica. Se reporta, que entre los factores de riesgo para que se presente embarazo durante la adolescencia están las dificultades familiares. Entre ellas se encuentran precisamente la desintegración familiar. La mayoría de los hogares de las adolescentes embarazadas y madres solteras, presentan por ejemplo falta de afecto de parte de los padres; padres autoritarios y dominantes; y poca comunicación familiar (Campbell, 1987; Cruz, 2011).

Más aún, se ha reportado que entre las características de las familias están una estructura patriarcal bien determinada con devaluación del rol materno, con presencia de violencia y abuso físico y muchas veces, sexual, tanto intra como extrafamiliar (Kellogg, Hoffman & Taylor, 1999).

Pérez (2003) señala que la estructura familiar se relaciona con el embarazo adolescente y familias desintegradas con un padre ausente o pasivo. Rangel, Valerio, Patiño y García (2004) señalan que las familias de las adolescentes embarazadas limita su derecho a la autorealización, otorgándoles un afecto limitado en momentos cruciales de la etapa adolescente, lo que puede contribuir a un alejamiento de parte de ellas, lo que reafirma que la disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas en los adolescentes, como el embarazo prematuro. La literatura indica que las adolescentes que tienen más comunicación y cercanía con sus padres, tienden a permanecer sexualmente abstinentes por más tiempo; tienen menos compañeros sexuales y usan anticonceptivos (Pérez, 2003); aunque también hay aspectos de personalidad que pueden ser un riesgo (Meave, 2009). Algunos otros autores han reportado resultados similares al analizar las familias de las adolescentes embarazadas en México. Rangel, et al (2004), reportaron que al menos el 33% de las adolescentes embarazadas mantenían patrones de disfuncionalidad familiar, sobre todo en el área de crecimiento y apoyo, por el escaso o nulo apoyo y expresión de cariño de sus familiares, por lo que solían decidir unirse con una pareja a corta edad. Uno de los riesgos asociados al embarazo es la actividad sexual con frecuencia y el contexto desventajoso y vulnerable de las adolescentes (Arceo-Gómez y Campos-Vázquez, 2014).

Hay evidencia (Furstenberg et al., 1989; Meave, 2009; Pérez, 2003; Rangel et al., 2004; Ríos, 2004) de que la mayoría de las chicas embarazadas por lo regular provienen de hogares: a. fragmentados, en donde ha faltado uno de los padres, o en el que la relación entre los padres no ha sido buena; b. en el que uno de los padres se caracteriza por ser muy dominante, de rechazo, y/o distante; c. donde la conducta de los padres es incongruente y contradictoria con el comportamiento que exigen a sus hijos; d. con padres que proporcionan normas y patrones confusos y en los que hay falta de límites; e. en los que la historia familiar se caracteriza por inestabilidad, falta de comunicación, carencia de atención y afecto, e insatisfacción en general con las relaciones familiares; f. donde no es el único caso de embarazo prematuro y/o fuera de matrimonio en la familia; g. que tienen problemas de comunicación en general y pobre o nula comunicación en especial sobre la sexualidad; h. con insatisfacción con las relaciones familiares en los subsistemas parental y fraterno.

Ha sido de utilidad determinar algunos factores o variables relacionadas con el embarazo en adolescentes, ya que han orientado de manera importante el trabajo de evaluación e intervención con relación al embarazo en dicho grupo poblacional. Sin embargo, su control y prevención aún es un reto. La labor por realizar al respecto es ardua, en términos de la planeación y fortalecimiento de estrategias de prevención primaria para controlar y disminuir el número de embarazos no deseados en la etapa adolescente.

El conocimiento sobre las prácticas sexuales, actitudes y creencias sobre el embarazo, y en general sobre la sexualidad, son la base para trabajar programas de promoción de la salud tanto con chicas como con chicos.

Desde hace tiempo existen diversos programas, algunos de ellos muy específicos para desarrollar habilidades de afrontamiento hacia el despliegue de actividades sexuales seguras (Meave y Lucio, 2008). Sin embargo, las cifras actuales sobre el embarazo por lo menos en México, demuestran que el problema subsiste. Con base en las anteriores consideraciones el objetivo de este estudio fue comparar el funcionamiento familiar en términos de la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación, en adolescentes embarazadas y no embarazadas que viven en zonas urbano marginal de la zona oriente de la Ciudad de México (CONAPO, 2011). Se llevó a cabo una investigación de campo transaccional, de tipo comparativo con un diseño de dos muestras independientes (Proyecto PAPIIT IN303714-3).

Método

Participantes

Participaron 47 adolescentes de 14 a 18 años de edad ($M=15.53$ $DS=.978$) que viven en zonas consideradas de riesgo (CONAPO, 2011) y que asistían a un servicio público comunitario de atención primaria ubicado en la zona oriente de la Ciudad de México, las cuales integraron un grupo de adolescentes embarazadas ($E=26$) y otro de chicas no embarazadas ($NE=21$).

Instrumentos

Cédula Sociodemográfica del Adolescente y su Familia (Barcelata, 2012). Consta de 26 reactivos de opción múltiple dirigidos a explorar datos sociodemográficos básicos del adolescente y su familia como escolaridad, ocupación y estado civil de los padres, características de la vivienda, ingreso familiar, ingreso personal, así como de su estructura familiar, entre otros.

FACES II. Se utilizó una versión adaptada del Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale II “FACES II” (Olson, Bell y Portner, 1991), conformada por 30 ítems de 5 puntos, que van de “casi nunca” a “casi siempre”, que permite explorar diferentes indicadores principalmente de la cohesión y de la adaptabilidad o flexibilidad familiar. Aunque también cuenta con una dimensión que evalúa las reglas. En este estudio también se exploró la comunicación (índice de consistencia interna de Cronbach de .79 a .90).

Procedimiento

Se contactó a algunos médicos del servicio a través de los cuales se pudiera identificar a adolescentes que acudían a los centros por estar embarazadas o por otro cualquier motivo. Se realizó un consentimiento informado a cada una de las participantes para garantizar su participación voluntaria y anónima. Los instrumentos fueron aplicados de manera individual a un total de 47 adolescentes, 26 embarazadas y 21 no embarazadas, como parte de una batería de pruebas más amplia como parte del proyecto de investigación que incluía la validez de otros instrumentos como la Escala de Relaciones Intrafamiliares por sus siglas –ERI– (Rivera, 1999).

Se corrieron análisis descriptivos y se determinó el porcentaje de embarazadas y no embarazadas en función de los diferentes niveles de cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar.

Se aplicaron análisis comparativos para sociodemográficos con χ^2 y con t para diferencias de medias de las puntuaciones por cada uno de los factores de cada una de las categorías globales del funcionamiento o estructura familiar.

Resultados

Perfil sociodemográfico

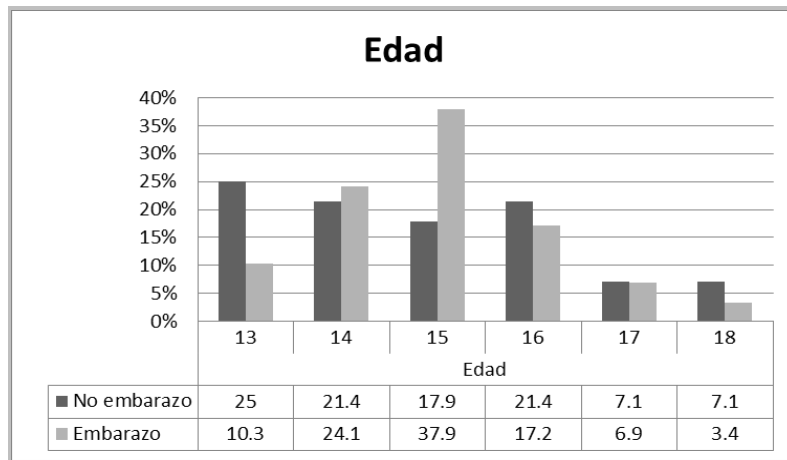


Figura 1. Edad de las adolescentes embarazadas y no embarazadas

La figura 1 muestra que en general las chicas Embarazadas tienen menor edad que las chicas No Embarazadas y que la mayoría de ellas tiene alrededor de 15 años de edad.

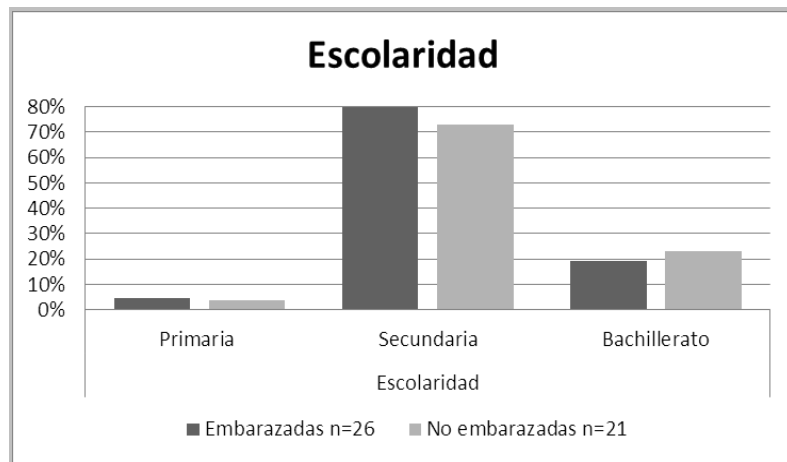


Figura 2. Escolaridad de las adolescentes embarazadas y no embarazadas

En cuanto a la escolaridad, se encuentra que la mayoría de las adolescentes están en secundaria, reportaron haber cursado hasta el segundo grado, y sólo dos habían cursado la preparatoria completa (Figura 2). La tabla 1 muestra otros datos básicos de las adolescentes, lo que permite observar que a pesar de que ambos grupos cursaban la secundaria, hay más chicas de 1er grado en

el grupo de Embarazadas en comparación con el grupo de chicas No Embarazadas. Con relación a los padres, se observa que la escolaridad de los padres en el grupo de Embarazadas tenía como máximo grado de estudios la preparatoria, contrario al grupo de No Embarazadas, donde la mayoría de padres reportaba haber estudiado hasta secundaria o escuela técnica.

Por otro lado, la escolaridad de la madre era mayoritariamente la secundaria, en ambos grupos, seguida por preparatoria/bachillerato técnico (Tabla 2). La mayoría de los padres de ambos grupos eran empleados de oficina, mientras que las madres se dedicaban principalmente a ser amas de casas. Sin embargo, en la comparación entre ambos grupos, se observa que las madres de adolescentes

embarazadas trabajaban en oficina o eran comerciantes por su cuenta. Con respecto al estado civil, se aprecia que los padres de las adolescentes no embarazadas estaban en su mayoría casados, mientras que en el grupo de adolescentes embarazadas existía una mayoría de padres casados, aunque 6 de ellas habían reportado no haberlo conocido.

Tabla 1.

Datos Sociodemográficos de las adolescentes Embarazadas y No Embarazadas

Variables	Categorías	Embarazadas	No Embarazadas	X ²	P
		(E) n=26	(NE) n=21		
Edad	13 – 15 años	17	11	.816	.366
	16 – 18 años	9	10		
Escolaridad	Primaria	1	1	.127	.939
	Secundaria	19	16		
	Bachillerato	6	4		
Grado escolar	1° Secundaria	6	4	7.006	.220
	2° Secundaria	9	10		
	3° Secundaria	6	4		
	4° Bachillerato	2	3		
	5° Bachillerato	1	0		
	6° Bachillerato	3	0		
Ocupación de la Adolescente	Estudio	14	20	8.295	.081
	Estudio y trabajo	0	1		
	Sólo trabajo	2	0		
	Trabajo eventual	5	0		
	Ni estudio ni trabajo	5	0		

178

El estado civil de las madres también difiere significativamente, pues las chicas no embarazadas reportaban que sus madres estaban casadas, mientras que el grupo de no embarazadas reportaba la misma cantidad de mujeres casadas y mujeres solteras o divorciadas.

Por otro lado, los datos indican que el principal proveedor en el grupo de chicas embarazadas son las madres, mientras que para el grupo de no embarazadas, son ambos padres (padre y madre) los que aportan al ingreso familiar.

Tabla 2.

Datos sociodemográficos de los padres

Variables	Categorías	Padres (E) n=26	Padres (NE) n=21	X ²	P
Escolaridad del padre	No estudió	15	6	14.296	.014*
	Primaria	2	9		
	Secundaria/Escuela Técnica	1	3		
	Preparatoria o Bachillerato	0	5		
	Licenciatura/Escuela Normal	1	4		
	Posgrado	5	0		
	Escolaridad de la madre	No estudió	4		
Primaria		11	11		
Secundaria/Escuela Técnica		6	9		
Preparatoria o Bachillerato Tec.		2	1		
Ocupación del padre	Desempleado	2	1	2.577	.765
	Subempleado/eventual	4	4		
	Obrero/campesino	9	6		
	Empleado/oficinista	3	6		
	Comerciante/por su cuenta	1	2		
Estado civil padre	Casado	1	0	3.716	.591
	Divorciado/Soltero	6	6		
	Soltero	6	3		
	Unión Libre	3	3		
	Se volvió a casar	2	0		
	No lo conocí	8	9		
	Estudio y trabajo	9	12		
	Sólo trabajo	4	2		
Estado civil madre	Casada	9	15	11.835	.037*
	Divorciada/Soltera	5	0		
	Viuda	1	0		
	Soltera	4	0		
	Unión Libre	6	4		
	Se volvió a casar	1	2		
	Otra	1	3		
Proveedor principal	Mi papá/padrastro	8	7	13.716	.033*
	Mi mamá/madrastra	1	9		
	Ambos	10	4		
	Mis abuelos	3	0		
	Otro familiar (tíos)	0	1		
	Yo/me mantengo	1	0		

* p< .05; **p<.001

Tabla 3.*Niveles de funcionamiento familiar de embarazadas y no embarazadas*

Niveles	N	Cohesión			Adaptabilidad			Comunicación		
		A	M	B	A	M	B	A	M	B
Embarazadas	26	14%	36%	50%	12%	30%	58%	17%	24%	59%
No Embarazadas	21	3%	48%	29%	69%	27%	14%	65%	22%	13%

Nota: A. Alto M. Moderado B. Bajo

La Tabla 3 muestra que la mayoría de las adolescentes Embarazadas presentaron una Cohesión Baja, en tanto las No Embarazadas presentaron mayores niveles de cohesión. Más de la mitad de los casos de las Embarazadas presentaron una baja Adaptabilidad, aunque un buen porcentaje presentó niveles moderados. Las No embarazadas presentaron mayor nivel de adaptabilidad.

La Comunicación fue baja en la mayoría de los casos del grupo de Embarazadas, al contrario del de No Embarazadas. Las Tablas 2 y 3 muestran los valores obtenidos por ambos grupos en los diferentes conceptos que se aglutinan en las tres categorías.

En la Tabla 4 se observa que los datos en general son similares, encontrándose diferencias con significancia estadística solo en cinco aspectos: vínculo emocional, coaliciones, disciplina, roles y comunicación.

En la dimensión Cohesión, se aprecia que el nivel en los vínculos en el grupo de No embarazadas es mayor que en el de Embarazadas el cual reportó menor involucramiento de la familia con respecto a las preocupaciones de cada uno de sus miembros. En términos de autonomía los puntajes son similares.

Con respecto a la cercanía familiar los datos indican menos proximidad en el grupo de Embarazadas entre los integrantes de su familia que las No Embarazadas. En relación a las alianzas y coaliciones, éstas últimas implicando conflicto, observan mayores diferencias estadísticamente significativas. El grupo de Embarazadas reporta más coaliciones en comparación con las No Embarazadas. En ambos grupos los puntajes en cuanto al manejo del tiempo y espacio resultaron moderados. Tanto el grupo de Embarazadas y No Embarazadas, reporta tener amigos en común con algún miembro de la familia, así como ajenos a ésta.

Tabla 4.

Valores promedio en Cohesión, Adaptabilidad y Comunicación: Comparación Embarazadas y No Embarazadas

Variables	Categorías	Embarazadas		No embarazadas		t Student
		n=26		n=21		
		M	DE	M	DE	
Cohesión	Vínculo emocional	21.96	1.637	36.67	1.770	-29.280*
	Autonomía	30.73	2.070	30.43	1.720	.547
	Cercanía familiar	26.31	1.715	35.5	1.746	-17.198
	Coaliciones	40.81	2.654	25.71	1.648	22.739*
	Tiempo y espacio	29.81	1.650	30.67	1.390	-1.937
	Amistades	24.27	1.930	26.29	2.473	-3.059
	Intereses y recreación	25.23	1.751	33.48	1.289	-18.577
Adaptabilidad	Asertividad	20.27	2.237	30.29	2.171	-15.512
	Control	35.35	2.279	28.62	1.687	11.615
	Disciplina	25.69	2.510	33.62	1.322	-13.063*
	Negociación	20.50	2.045	37.33	1.390	-33.478
	Roles	28.08	2.855	30.90	1.179	-4.248*
	Reglas	27.58	1.858	32.19	1.167	-10.376
	Retroalimentación	27.58	1.554	33.52	1.537	-13.109
Comunicación	Comunicación	24.58	2.403	28.81	1.289	1.317*

Nota: Alto 35-42 Moderado 27-34 Bajo 18-26

* p< .05; **p<.001

También se observa que en el grupo de Embarazadas hay menor participación en la toma de decisiones, mientras que en el de No Embarazadas hay más participación. Para Intereses y Recreación se observa, en las Embarazadas, que no se comparten intereses, y la mayoría de las veces, la diversión se realiza con gente ajena a la familia.

En familias de No Embarazadas se comparten más los intereses. Con respecto a la dimensión de Adaptabilidad, se aprecian puntajes más bajos en asertividad en el grupo de Embarazadas, mientras que las No Embarazadas presentan puntajes moderados, es decir, tienden a expresar lo que sienten o lo que piensan.

En cuanto al control, las Embarazadas tal parecen tener mayor liderazgo, que las No Embarazadas. En términos de disciplina, las chicas No Embarazadas puntúan más alto, mientras que las Embarazadas reportan padres estrictos en comparación con las No Embarazadas.

En relación a la negociación, los datos indican que en el grupo de Embarazadas hay menor capacidad de negociación en familia, a diferencia de las No Embarazadas.

Con respecto a los roles, en las Embarazadas se observan puntajes menores que podrían estar indicando confusión de roles, o bien, roles rígidos en la familia, a diferencia de las No embarazadas. Los valores para reglas son similares sin presentar diferencias aunque parece que en el grupo de Embarazadas la mayoría de las reglas son implícitas, mientras que en el grupo de No Embarazadas son más explícitas.

La retroalimentación es otra variable que no presenta diferencias significativas lo que parece indicar que en ambos grupos hay un balance entre la retroalimentación positiva y negativa en la familia.

La Comunicación, es otra variable que aunque no difiere sustancialmente, la diferencia llega a tener una significancia estadística, que indica que existen mayores niveles de comunicación en el grupo de No Embarazadas que en el de Embarazadas. En el grupo de No Embarazadas la comunicación parece mejor. En el grupo de Embarazadas, la comunicación parece ser más limitada en forma unidireccional y piramidal, del sistema parental hacia el filial y no al contrario.

Discusión y Conclusiones

Los resultados muestran que el grupo de adolescentes que están Embarazadas provienen de familias más desestructuradas y disfuncionales, en tanto que las familias de las chicas No Embarazadas tienden a ser más estructuradas. Lo anterior coincide con lo reportado por múltiples investigaciones sobre el tema (Furstenberg, et al., 1989; Kellogg et al., 1999; Meave, 2009; Pérez, 2003; Rangel. et al., 2004; Ríos, 2004). No obstante, en ambos grupos se encuentran valores casi iguales en cuanto a la autonomía, por un lado, extrema independencia, y por otro, sentimientos de opresión al respecto, debido quizá a que este es un rubro en desarrollo durante la adolescencia: ambivalencia entre dependencia vs independencia. Las no diferencias en el manejo del tiempo y espacios, podría relacionarse con el nivel socioeconómico bajo de ambos grupos en el cual los espacios físicos son limitados.

Por otro lado la presencia de amigos, en este estudio no resulta en una diferencia importante. Esto pudiera interpretarse de primera instancia en términos de que los amigos parecieran no tener mayor influencia en que una chica se embarace, sin embargo, habría que trabajar más este aspecto, en tanto que es generalizada la idea de que los amigos son un elemento con gran relevancia y que suele influir de manera importante en la vida del adolescente, en particular en su conducta sexual (Meave, 2009). Los niveles de participación en los dos grupos de chicas, hace suponer que este aspecto también se encuentra relacionado con las formas de comunicación en la familia. La desestructuración puede observarse no sólo en el manejo de las reglas, sino también en la integración y cercanía familiar que cada familia desarrolla por sí misma y con sus miembros.

Lo cual parece reflejarse en el menor contacto y comunicación entre los miembros de la familia de las chicas embarazadas lo cual confirma hallazgos previos (Meave, 2009; Rangel et al., 2004).

Al parecer, la forma disfuncional o la falla en el cumplimiento de las familias con sus funciones de apoyo, cercanía, negociación y guía, fundamentales en la adolescencia, genera que las adolescentes pueden incurrir en practicar una sexualidad precoz y sin conocimiento que las puede llevar a tener un embarazo prematuro y no deseado.

Otras investigaciones han demostrado que el ambiente hostil y violento de una familia de bajo recursos orilla a los adolescentes a salir de sus casas en busca de lugares mejores para vivir su juventud, por lo que se exponen a múltiples riesgos, incluido el embarazo no deseado (Faler et al, 2013). Aunque está investigación no profundiza en los factores de aislamiento del hogar, los resultados si se asemejan en cuanto a la caracterización del clima familiar del grupo de Embarazadas, a diferencia del grupo de No embarazadas, donde si no hay abandono, si existe un distanciamiento afectivo con los padres. Otros autores consideran que una de las causas indirectas del embarazo adolescente, es la falta de libertades, que como consecuencia traen consigo bajo nivel de autonomía. Los resultados de esta investigación parecen coincidir con Komura, Villella, y Magnoni, (2010), quienes mencionan que en las relaciones familiares, principalmente con los padres, la rigidez en las reglas impuestas, así como la flexibilidad muy laxa, pueden ser causas indirectas del embarazo adolescente.

Así, puede considerarse a la familia del adolescente como un factor más de riesgo en el embarazo, sobre todo cuando la adaptabilidad, la cohesión y la comunicación familiar son bajas.

A pesar de los esfuerzos por comprender mejor los factores que intervienen en el embarazo en la adolescencia, así como sus consecuencias en términos de salud física y emocional, así como psicosociales a corto y largo plazo, el embarazo sigue siendo un problema de salud como lo reflejan los perfiles de salud en México y en otros países.

No obstante, el embarazo es un fenómeno complejo, con múltiples aristas, de índole multifactorial, y quizá por ello, por lo que se tiene que seguir estudiando desde una óptica más amplia que integre tanto factores de riesgo como de protección, que en un momento dado pueden ser moderadores, o bien, protectores de un embarazo prematuro.

Es indispensable reforzar y ampliar los niveles de evaluación e intervención tanto con los adolescentes como con los padres de familia o familiares de los adolescentes. Las escuelas de enseñanza media y media-superior se presentan como terreno fértil para la promoción y la prevención de dicho problema, en el entendido de que no basta con los programas nacionales de educación sexual incorporados en el plan de estudios en dichos niveles educativos.

Es necesaria más participación por parte de profesionales del equipo de salud para el diseño y realización de programas efectivos de prevención.

Asimismo es central que en la planeación se contemple la participación de los padres de manera activa en los programas de promoción y prevención a fin de reducir las probabilidades de un problema de salud de tal magnitud por sus consecuencias psicosociales y físicas como es el embarazo durante la adolescencia. Algunos investigadores han reportado que las adolescentes que no han tenido un embarazo a temprana edad, manifiestan haber tenido alguna plática introductoria y explicativa sobre la planificación familiar en su temprana adolescencia, así como recordar que sus madres ponían a su disposición los métodos anticonceptivos para sus hijas (Sánchez et al., 2013). Lo anterior brinda un panorama de la importancia de la cercanía y flexibilidad familiar, para tratar el tema de sexualidad con las adolescentes, y así prepararlas para la actividad sexual segura, disminuyendo un problema de salud integral como el embarazo en la adolescencia.

Referencias

- Arnett, J. (1992). Review: reckless behavior in adolescence: a developmental perspective. *Developmental Review*, 12, 339-373.
- Arceo-Gómez, E. y Campos-Vazquez, R. (2014). Teenage pregnancy in Mexico: Evolution and consequences. *Latin American Journal of Economics*, 5 (1), 109-146. DOI: 10.7764/LAJE.51.1.109
- Barcelata, B. (2012). Cédula Sociodemográfica del Adolescente y su Familia. (Versión para investigación). México: FES Zaragoza, UNAM.
- Campbell, B. (1987). Communication patterns and problems of pregnancy. *American Journal of Orthopsychiatric*, 47, 1, 134-139.
- Campero, C., Atienzo, E., Suárez, L. Hernández, P., y Villalobos, H. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, 149, 299-307.
- Caplan, G. (1973). *Psicología Social de la Adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Celis de la Rosa, A. (2003) La salud de los adolescentes en cifras. *Salud Pública de México*, 45 (1), 153-166.
- Coleman, J. y Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Coleman, J., Hendry, L., y Kloep, M. (2008). *Adolescencia y salud*. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Consejo Nacional de Población (2011). México en cifras. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=149&Itemid=14
- Cruz, M. C. (2011). Embarazo adolescente y comunicación familiar. *Margen*, 61, 1-3.
- Estupiñán-Aponte, M. R. y Rodríguez-Barreto, L. (2009). Aspectos psicosociales en universitarias embarazadas. *Revista de Salud Pública*, 11 (6), 988-998.

- Faler, C., Goncalves, S., Ganzo, D., Guimaraes, G., y Umberto, G. (2013). Características psicosociales familiares y el uso del tabaco, alcohol y otras drogas relacionadas con el embarazo en la adolescencia. *Cad. Saúde Pública*, 29(8), 1654-1663.
- Furstenberg, L. Gordis, y Markowitz. (1989). Birth control experience among pregnant adolescents: The process of unplanned parenthood. *Social Problems*, 19(2), 192-203.
- Hertz, D. (1987). Psychological implications of adolescent pregnancy: Patterns of family interaction in adolescent mothers to-be. *Psychosomatics*, 18(1), 13-16.
- IMJUVE. (2010). Encuesta Nacional de Juventud. Resultados Generales. México: Autor. Recuperado de: http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010_-_Resultados_Generales_18nov11.pdf
- INEGI (2000). Indicadores sociodemográficos de México (1930-2000). Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/indisociodem/2001/indi2001.pdf
- INEGI (2011). *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica*, 2011: México: Autor.
- Jara, L. (2008). El embarazado adolescente en las Américas ¿Es posible lograr la igualdad de género? Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas. *Observación de Igualdad de Género en América Latina*, Organización Panamericana de la Salud.
- Kellogg, N. Hoffman, T., y Taylor, E. (1999) Early sexual experiences among pregnant and parenting adolescents. *Adolescence*, 34 (134), 293-303.
- Komura, L., Villella, A., y Magnoni, R. (2010). Embarazo en la adolescencia: razones y consecuencias: testimonio de los miembros de la familia. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermería*. 14, 1, 151-157.
- Loaiza E. y Liang M. (2013). *Adolescent Pregnancy. A review of evidence*. New York, USA: Fondo de Población para las Naciones Unidas-UNFPA.
- Marin, L. y Villafañe A. (2006). La relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9 (3), 24-42.
- Mead, M. (1979). *Adolescencia, Sexo y Cultura en Samoa*. Barcelona: Laia.
- Meave, S. (2009). *Relación entre rasgos de personalidad y conductas sexuales de riesgo, elementos para la intervención preventiva con adolescentes escolares*. (Tesis inédita de Doctorado). Facultad de Psicología. UNAM, México.

- Meave, S. y Lucio, E. (2008). Barreras y estrategias para la investigación en salud sexual: Una experiencia con adolescentes en escuelas públicas. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13(36), 203-222.
- Menkes, C. y Suárez, L. (2013). El embarazo de los adolescentes en México: ¿es deseado? *Coyuntura demográfica*. 4, 21-28.
- Minuchin, S. (1978). *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1988). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Olson, D., Bell, R., y Portner, J. (1991). *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II (FACES II)*. St. Paul: University of Minnesota: Family Social Science.
- Organización Mundial de la Salud (2009). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 87, 405-484.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Salud y desarrollo del niño y del adolescente*. Recuperado el 22 de mayo de 2014 de http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/es/
- Pérez, B. (2003). Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. *Aquichan*, 3 (3), 21-31.
- Rangel, JL., Valerio, L., Patiño, J., y García, M. (2004). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Revista de la Facultad de Medicina*, 47 (1), 24-27.
- Ríos, S. (2004). El embarazo en adolescentes. Recuperado de: http://www.abacolombia.org.co/desarrolloen_embarazo.htm.
- Rivera, M. E. (1999). *Evaluación de las relaciones intrafamiliares: Construcción y validación de una escala*. (Tesis inédita de Maestría). Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Sánchez, Y., Mendoza, L., Grisales, M., Ceballos L., Bustamente, J., Castañeda, E.,... Acuña, M. (2013). Características poblacionales y factores asociados al embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78, 4, 269-281.
- Steinlauf, B. (1988). Problem-solving skills, locus of control, and the contraceptive effectiveness of young women. *Child Development*, 50(1), 268-271.