

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL
ESTADO DE MÉXICO 2012”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75 NEZAHUALCOYOTL**

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

**PRESENTA
M.C. DAIISY RAMÍREZ GARCÍA**

**DIRECTOR DE TESIS
E.M.F. OSCAR DONOVAN CASAS PATIÑO**

**REVISORES DE TESIS
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
E.M.F. BLANCA ESTELA ARIZMENDI MENDOZA**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL
ESTADO DE MÉXICO 2012”**

ÍNDICE

Cap.	Pág.
I. MARCO TEÓRICO	5
I.1.- Panorama General y Estadística del Embarazo en la Adolescencia.....	5
I.1.1. Adolescencia y Embarazo.....	6
I.2.- Dinámica Familiar.....	9
I.2.1. Familia y Embarazo en la Adolescencia	10
I.2.- Antecedentes Científicos.....	11
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
II.1 Argumentación.	14
II.2 Pregunta de Investigación.	14
III. JUSTIFICACIONES	15
III.1 Académica	15
III.2 Social	15
III.3 Familiar	15
III.4 Económica.....	15
IV. HIPÓTESIS	16
IV.1 Elementos de la hipótesis.....	16
IV.1.1 Unidades de Observación.....	16
IV.1.2 Variables.....	16
IV.1.2.1 Dependiente.....	16
IV.1.2.2 Independiente.....	16
IV.1.3 Elementos lógicos de relación.....	16
V. OBJETIVOS	17
V.1 General.....	17
V.2.Específicos.....	17
VI. MÉTODO	18
VI.1 Tipo de estudio.....	18
VI.2.Diseño del estudio.....	18
VI.3 Operacionalización de variables.....	19
VI.4 Universo de Trabajo y tamaño de muestra.....	22
VI.4.1 Criterios de inclusión.....	22
VI.4.2 Criterios de exclusión.....	22
VI.4.3 Criterios de eliminación.....	22
VI.5. Instrumento de Investigación (APGAR).....	22
VI.5.1 Descripción.....	22
VI.5.2 Validación.....	24
VI.5.3 Aplicación.....	24
VI.6 Instrumento de investigación (Índice AMAI).....	24
VI.6.1 Descripción.....	24
VI.6.2 Validación.....	27
VI.6.3 Aplicación.....	27
VI.7 Desarrollo del proyecto.....	27
VI.8 Límite de espacio y tiempo.....	27

VI.9 Diseño de análisis.....	28
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	29
VIII. ORGANIZACIÓN.....	29
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	30
X.- CUADROS Y GRÁFICOS.....	33
XI.- CONCLUSIONES.....	48
XII.- RECOMENDACIONES.....	49
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	50
XIV. ANEXOS.....	54

I. MARCO TEÓRICO

I.1 Panorama General y Estadística del Embarazo en la Adolescencia.

En nuestro país, el tema embarazo adolescente se ha vuelto uno de los asuntos fundamentales de las políticas de la población. Desde la perspectiva social, aumentó el interés de su estudio por diferentes motivos: entre los principales destacan la proporción elevada de jóvenes que ya son padres (estamos hablando de 20 millones de personas de 10 a 19 años de edad en el 2010) el hecho de que 14% del total de nacimientos corresponde a las mujeres de 15 a 19 años (INEGI, 2010), y porque existen evidencias de que el embarazo en edades tempranas puede representar un riesgo bio-psico-social para la madre y el recién nacido, como una mayor mortalidad materno-infantil. Además, una parte importante de estos embarazos terminan en aborto, y muchos de ellos se llevan a cabo en condiciones de inseguridad. Sin duda, todo esto es cierto, sin embargo, varias investigaciones y políticas dirigidas a mejorar la salud reproductiva de los adolescentes se han olvidado de que **la maternidad temprana en nuestro país responde a un contexto económico, social y cultural**, y para abordar esta problemática es necesario hacerlo desde distintas perspectivas. ^(1,2)

Desde las últimas décadas del siglo XX aumentó significativamente la preocupación de diversos sectores sociales en México por el fenómeno embarazo adolescente, lo cual se traduce en programas sociales en los cuales se tiende a invertir recursos humanos, económicos sin repercutir en la problemática. ⁽³⁾ Cada año 14 millones de mujeres adolescentes dan a luz en el mundo, lo cual representa poco más del 10% del total de nacimientos a nivel mundial. ⁽⁴⁾

En América Latina, los nacimientos entre las adolescentes representan entre el 15 y el 20% del total de nacimientos; de los cuales el 70% no son planeados. ⁽⁵⁾ En el año 2000 en nuestro país habían 5,082,487 mujeres adolescentes, de las cuales 11.96% ya tenían hijos, es decir 608,070. ⁽⁶⁾ Esto significa que un total de 612,284 mexicanas menores de 19 años ya son madres, y que muchas de ellas ya tienen más de un hijo. Las cifras de embarazo adolescente seguramente son más altas, si consideramos que no todos los embarazos llegan a término, sea porque terminan en un aborto espontáneo o en uno inducido. ⁽⁴⁾ La Secretaría de Salud calculó en el 2005 que entre 30 y 60% de los embarazos en adolescentes terminan en abortos inducidos, dato que muestra la urgencia de adoptar políticas públicas al respecto. ⁽⁷⁾ Desde una dimensión biomédica, el embarazo temprano se considera de alto riesgo, pues compromete la salud de la adolescente. ⁽⁸⁾ Además, la mortalidad materna (es decir la que ocurre por embarazo, parto o aborto) es 1.2 veces mayor en mujeres menores de 19 años. La población adolescente de México representa un quinto de la población en el país, lo que supone la oportunidad de desarrollo social y económico que garantice el crecimiento sustentable de la nación. ⁽⁹⁾

I.1.1 Adolescencia y Embarazo.

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, de sus hijos e hijas y de sus parejas. La adolescencia también puede ser considerada como el tiempo transcurrido desde la menarquía en la mujer y la polución nocturna en el hombre, edad en la que se alcanza la madurez sexual en ambos. ⁽¹⁰⁾

La adolescencia es la etapa durante la cual se producen cambios fisiológicos, mentales, afectivos y sociales profundos. En esa etapa de transición, los cambios ocurren con rapidez y son necesarias continuas readaptaciones; los jóvenes se hacen más autónomos de su familia, de las instituciones educativas, de la moral y en general de la influencia de los adultos. ⁽¹¹⁾

El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasa o suspende los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo. Si bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, este debe de hacerse con responsabilidad para uno mismo, la pareja y los hijos presentes y futuros. ⁽¹²⁾

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, los adolescentes son personas que están en el grupo de edad de 10 a 19 años, y los jóvenes comprenden las edades de 10 a 24 años. Además divide la adolescencia en dos fases, la adolescencia temprana entre los 10 a 14 años y la adolescencia tardía entre los 15 y 19 años. Contempla cambios rápidos y notables entre los que figuran la maduración biológica, el desarrollo cognoscitivo y el desarrollo psicosocial. La maduración biológica señala el final de la niñez e incluye el crecimiento repentino. ⁽¹³⁾ El desarrollo cognoscitivo se traduce en una nueva capacidad para pensar de manera lógica, conceptual y futurista, esta habilidad de planificar requiere la toma de decisiones para conseguir metas. En relación a ello, el embarazo abarca una elección que la adolescente efectúa en el área de la sexualidad. El desarrollo psicosocial comprende una de las principales tareas del ser humano consistente en construir una identidad propia, además de regular internamente la autoestima la cual se asocia a las necesidades emocionales satisfechas, así, las adolescentes que presentan carencias afectivas intentarían sentirse valoradas a través de la maternidad. ⁽¹⁴⁾

La población adolescente de México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4 % de la población nacional; hoy representa 21.3 %. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años. Los más de 20 millones de adolescentes y jóvenes en México harán decisiones y transiciones que en buena medida determinarán el curso de sus vidas, y en esa circunstancia el futuro del país dependerá de las oportunidades de desarrollo personal que se les abran. ⁽¹²⁾ El 55.2% de los adolescentes mexicanos son pobres, uno de cada 5 adolescentes tiene ingresos familiares y personales tan bajos que no le alcanza siquiera para la

alimentación mínima requerida. En 2008 casi 3 millones de adolescentes entre 12 y 17 años no asistían a la escuela. Del total de niños y jóvenes que no asistían a la escuela, correspondían a este grupo de edad 48.6% de hombres y 44.1% de mujeres. ⁽¹⁵⁾

La mitad de los jóvenes y adolescentes (49.9%) se concentran en solo 7 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 24 años, 74 % viven en áreas urbanas y el 26 % viven en áreas rurales. La presente generación adolescente 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. ⁽¹²⁾ ⁽¹⁶⁾ 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. Se sabe, además, que hay una asociación estadística entre maternidad temprana y baja escolaridad. ⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾

La mayoría de los adolescentes son personas solteras (97% de los hombres y 93% de las mujeres) aunque se estima que cerca de cinco millones están casados o viven en unión libre y poco más de 240,000 cuenta en su haber con una unión disuelta. El grupo que inicia la vida marital más tempranamente es el de las mujeres residentes en localidades rurales; en las edades de 15 a 19 años una de cada 5 está casada o unida. ⁽¹²⁾

Aproximadamente un tercio de los jóvenes (31%) están casados o viven en pareja. De los jóvenes que se declaran casados o unidos, el 53% inició su unión entre los 15 y los 19 años de edad. El inicio de la vida sexual es un acontecimiento que influye de una manera muy importante en la vida de los adolescentes. Se ha documentado en México, que el inicio de vida sexual ocurre en promedio –entre los hombres– a los 16 años y –entre las mujeres a los 19 años. ⁽¹⁹⁾ Se ha observado que mientras la edad de inicio de la vida sexual activa se registra a edades más tempranas, la edad del matrimonio se ha postergado. ⁽²⁰⁾

La Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México (ECRAM) realizada en México en 1988, entre población de 10 y 24 años de edad reveló que los jóvenes menores de 24 años después del inicio de la actividad sexual continúan activos y sin protección durante un año o más antes de solicitar un método anticonceptivo. Entre las mujeres sólo 36% manifestó haber utilizado alguna práctica anticonceptiva en su primera relación sexual, y, entre las mujeres menores de 24 años que ya se habían embarazado alguna vez, más de 50% manifestó que el primer embarazo no fue deseado. En 1996 se registraron en la República Mexicana más de 10,000 nacimientos de madres menores de 19 años, y casi 414,000 de madres extremadamente jóvenes. ⁽¹²⁾ ⁽²¹⁾

En los grupos sociales con mayores carencias, el inicio de la vida sexual responde en mayor medida a patrones de nupcialidad temprana, por lo que ambos eventos suelen ocurrir casi simultáneamente. La experiencia con menores niveles de escolaridad indica que alrededor de los 18 años se unen en pareja e inician su vida sexual y tan sólo un año después experimentan el nacimiento del primer hijo (19 años). Un poco más de la mitad de los jóvenes (55%) refieren que ya han tenido relaciones sexuales, y su edad de inicio se encontró en el rango de 15 a 19 años. ⁽¹²⁾

En las prácticas para evitar un embarazo no planeado es donde se aprecia una incongruencia entre el conocimiento de los métodos anticonceptivos y su uso práctico. A pesar de declarar que no se busca el embarazo, solo la mitad de los jóvenes sexualmente activos utilizan algún tipo de métodos anticonceptivo. La edad de inicio de uso de algún método anticonceptivo es entre los 15 y 19 años para más de la mitad de los jóvenes, a la edad de 24 años prácticamente todos los jóvenes sexualmente activos están utilizando algún método anticonceptivo. Los métodos más comúnmente usados son el preservativo y el dispositivo intrauterino. ⁽¹⁶⁾

La educación sexual en México es aún insuficiente. Los cerca de 10 millones de adolescentes que asisten a la educación secundaria aprenden sólo un poco en sus clases acerca de anatomía y fisiología de la reproducción, así como algo muy somero sobre infecciones de transmisión sexual. ⁽⁴⁾ Sin embargo, al ser la adolescencia una etapa de inestabilidad, incertidumbre y rebeldía hacen que puedan no ser tan aprovechados esos conocimientos adquiridos y que los y las adolescentes ejerzan su sexualidad de manera insegura y riesgosa. ^{(4) (16)}

Muchas adolescentes tuvieron una vida sexual prematrimonial y podrían haberse evitado consecuencias físicas, tales como el embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual, además de consecuencias psicológicas y sociales. Además sin información adecuada sobre métodos anticonceptivos en adolescentes, se aumenta el riesgo de embarazos repetitivos debido a la corta edad de la madre, por lo cual resulta básico ofrecer una consejería de planificación familiar oportuna y adecuada, como medio de prevención al embarazo no deseado y realizar seguimiento postparto. ⁽¹⁶⁾

El hecho de referirnos al tema de embarazo en la adolescencia implica hablar de embarazo de alto riesgo el cual se define como aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario. ⁽¹³⁾ El embarazo en la adolescencia es considerado de alto riesgo por el hecho de poder presentar algunas otras patologías acompañantes como pueden ser: obesidad, hipertensión arterial sistémica, diabetes gestacional y desnutrición materna, ⁽¹⁶⁾ sólo por citar las más frecuentes, *como lo refiere Casas D.*

El embarazo en adolescentes constituye un problema desde el punto de vista médico, familiar y social. Los factores contribuyentes son múltiples y las

soluciones a los mismos no parecen ser fáciles de resolver a corto plazo. Por lo anterior, el seguimiento de la gestación debe contemplar no sólo la asistencia obstétrica como tal, sino adoptar un enfoque integral que atienda además, las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia. Se han mencionado ciertas condiciones riesgosas que pueden considerarse contribuyentes al embarazo en adolescentes como son: en la época actual, la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación familiar, sobre todo con la figura materna, el abandono de la escuela, la menarquia precoz, baja autoestima, con la consiguiente carencia de proyectos de vida, familias disfuncionales, madre o hermana embarazadas en la adolescencia, padre ausente, nivel socioeconómico bajo, integración precoz al área laboral, amigas que han iniciado vida sexual a temprana edad. ^{(14) (22) (23)}

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. En el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad precoz limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo. ⁽²³⁾

El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, se aumenta considerablemente los embarazos en adolescentes. ⁽²⁴⁾

Se sabe, que el embarazo en adolescentes está determinado por una gran variedad de factores, como los psicológicos. Entre ellos destaca el estudio de la familia y su influencia en el comportamiento general del adolescente. En particular, de aquellos factores que influyen en los adolescentes para iniciar una práctica sexual sin las medidas que reduzcan el riesgo de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. Por ello, este tema se ha convertido en una preocupación constante en las investigaciones que se realizan hoy en día. ⁽²⁵⁾

I.2 Dinámica familiar

La dinámica familiar se define como el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales e intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación y dotación) al que se atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar. Estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y determinan el buen o mal funcionamiento de la familia, lo cual es un factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad. Es el conjunto de pautas transaccionales que establecen de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo a la etapa del ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia. ⁽²⁶⁾

Cuando la dinámica familiar es funcional hablamos de una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre los miembros de la familia que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En la

familia funcional existe sinergia, que crea elementos originales combinados sin que pierdan su identidad. ⁽²⁷⁾

Existen diversas escalas o instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar, entre ellos se encuentran: Índice de función familiar de Pless y Satterwhite, la Escala de evaluación familiar de Beavers y Timberlawn, la Clasificación triaxial de la familia de Tseng y McDermott, la Escala de eventos críticos de Thomas Holmes, el Modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar de Salinas y col, la Escala de funcionamiento familiar de Espejel y col, el Apgar familiar de Gabriel Smilkstein, el Círculo familiar de Thrower, Bruce y Walton, el FACES de David H. Olson, la Evaluación del subsistema conyugal de Olson ⁽²⁸⁾. Sin embargo, para la realización del presente proyecto el instrumento que resulta de mayor utilidad en relación a lo que pretendemos estudiar, es el APGAR familiar, ya que muestra la percepción sobre la funcionalidad familiar que tienen cada uno de los integrantes de la familia.

El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) fue diseñado en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar por sus siglas en inglés: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve). En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACE III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y cols (1996). ⁽²⁸⁾

I.2.1 Familia y Embarazo en la Adolescencia.

La familia es considerada como la institución básica de nuestra sociedad; es decir, es la fuente de afectos y solidaridades, así como la fuerza de cohesión social. En la familia se da lugar a una amplia variedad de procesos cruciales para la reproducción social, incluidos la socialización primaria de los individuos, la generación y transmisión de pautas y prácticas culturales así como la construcción de relaciones de poder y autoridad entre géneros y generaciones. La Salud familiar puede considerarse como la salud del conjunto de los miembros de la familia, en términos de su funcionamiento efectivo, en la dinámica interaccional, en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes propiciando el crecimiento y desarrollo individual, según las exigencias de cada etapa de la vida. Es preciso diferenciar también la familia funcional de la disfuncional, en donde ésta última se ve imposibilitada para realizar de un modo adecuado las funciones familiares, y se ven afectadas áreas como la educación y el desarrollo afectivo. ⁽²⁹⁾

La familia y su dinámica son relevantes en las conductas del adolescente y fundamentalmente en las manifestaciones de su sexualidad; se describen como factores importantes a considerar los modelos de crianza, la satisfacción de necesidades afectivas y la manera en que se resuelven conflictos.

Surgen como factores de riesgo para la aparición de embarazo, situaciones desfavorables como violencia intrafamiliar, permisividad de los padres, madre poco accesible o aislada, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas. En el ámbito social se han identificado variables asociadas a la actividad sexual precoz, entre ellos la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad. ⁽²²⁾

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus integrantes. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones; se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. ⁽²³⁾

La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. ⁽²³⁾

Desde la segunda mitad del siglo XX, el tema embarazo adolescente ha cobrado importancia a nivel mundial por su vigencia y que, como se sabe, está determinado por una gran variedad de factores, por ello, este tema se ha convertido en una preocupación constante en las investigaciones que se realizan hoy en día. ⁽²⁵⁾

1.3 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En el año 2003, en Lima, Rut Mery Laura Obregón, realizó un estudio sobre “Tipos y Características de la Familia de las Adolescentes Embarazadas en el Instituto Especializado Materno Perinatal”, el método fue descriptivo- transversal. La muestra fue de 100 adolescentes primigestas que asisten a los consultorios externos del servicio de Adolescencia del IEMP. La técnica fue encuesta y el instrumento fue un formulario tipo cuestionario semiestructurado; se obtuvieron los siguientes resultados: Familias de tipo nuclear, funcionales, organizadas, donde cada uno de los integrantes asumen el rol que les corresponde, caracterizadas por la participación de todos los miembros en la toma de decisiones y establecimiento de normas, destacándose por una buena cohesión familiar, comunicación, formas de resolución de problemas y capacidad de adaptabilidad tienen menor riesgo de presentar embarazo en adolescentes. ⁽³⁰⁾ En este artículo se demuestra como las características de las familias están íntimamente relacionadas con la presencia del embarazo en la adolescencia, ya que familias en que cada uno de sus integrantes

cumple con las funciones que le corresponden presentan menor riesgo del desarrollo de embarazo en una adolescente.

En el año 2003, en Nuevo León, México, Antonio Luna Navarro y Víctor Gómez Soto, realizaron un estudio sobre “Disfunción Familiar en Adolescentes Embarazadas”. El método fue descriptivo, observacional, transversal y prospectivo, la muestra fue de 32 pacientes embarazadas menores de 20 años y el instrumento que se utilizó fue el Faces III para la evaluación de la disfunción familiar, llegando a las siguientes conclusiones: La disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas de riesgo, entre ellas el embarazo en adolescentes.⁽³¹⁾ El comentario a estos autores es que al tomar la muestra de pacientes embarazadas menores de 20 años, no se establece el rango para adolescentes que va desde los 10 a 19 años de acuerdo a la OMS, por lo cual en el rango de edad que tomaron están incluyendo a jóvenes y no sólo a adolescentes.

En el año 2003, en Lima-Perú, Irma Antonieta Zárate Lezama, realizó una investigación sobre “Factores Psicosociales Familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria de Lima Cercado” con el objetivo de establecer la relación entre la cohesión y adaptabilidad familiar con la iniciación sexual. El método fue descriptivo de corte transversal. La muestra fue elegida por muestreo por conglomerados, aleatorio simple y el instrumento utilizado fue el FACES II a las conclusiones que llegaron fue que las familias disfuncionales son más susceptibles de presentar embarazo en adolescentes.⁽³²⁾ El comentario que realizó al artículo es que sólo analizaron la funcionalidad familiar, sin embargo no nos describe la correlación entre ésta y los factores Psicosociales que menciona en el título.

En el año 2001, en Nueva York, Marquardt Elizabeth, realizó un estudio sobre “Efectos del Divorcio en los Hijos”, las conclusiones entre otras fueron: que la estructura familiar afecta a todos los niveles de la educación, desde el preescolar hasta el universitario. Esto se debe a que lo que ocurre en la familia tiene una gran influencia sobre toda una serie de comportamientos infantiles, como el mal comportamiento escolar, el consumo de drogas y alcohol, la actividad sexual y el embarazo adolescente, y los problemas psicológicos. Además refiere que los adolescentes de familias divididas son más proclives a ser activos sexualmente. No parece que haya diferencias significativas en el comportamiento sexual entre adolescentes de familias adoptivas y los de familias de un solo progenitor. La similitud en el comportamiento sexual de estos dos grupos de adolescentes sugiere que el volverse a casar presenta algunos riesgos con respecto a controlar de forma efectiva el comportamiento adolescentes y el transmitir valores que disuadan de las relaciones sexuales tempranas.⁽³³⁾

En el año 1999, en Caracas y Mérida, Venezuela, Luis Molina y colaboradores, realizaron un estudio sobre “Apgar Familiar y Adolescencia”, con el objetivo de evaluar la funcionalidad familiar de 253 adolescentes (112 de Caracas y 141 de Mérida) mediante la aplicación de un formulario. El método empleado fue descriptivo de corte transversal, obteniendo los siguientes resultados: La

disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas de riesgo en los adolescentes. ⁽³⁴⁾ La observación que realizó al artículo es que tomaron para la muestra a adolescentes de dos poblaciones diferentes, lo cual puede inducir a un sesgo.

En el año 2003, en Acapulco Guerrero, Victoria Cueva Arana, Jesús Fernando Olvera Guerra y Rosa María Chumacera López realizaron un estudio sobre “Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo”, el método fue un estudio transversal descriptivo en 74 adolescentes embarazadas que acudieron por primera vez a la consulta externa del módulo de alto riesgo en el Hospital General Regional “Vicente Guerrero”, entre el 1 de septiembre y el 30 de noviembre de 2003. Se aplicó un cuestionario semiestructurado de 43 reactivos que exploró características sociales y familiares, llegando a la conclusión que el embarazo en la adolescente, en la medida que no sea planeado por la pareja, contribuye a la presentación de complicaciones obstétricas, disfunción familiar, problemas en el desarrollo del hijo y retraso en el desarrollo educativo de la futura madre. ⁽³⁵⁾

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación.

El tema embarazo en la adolescencia ha tomado auge y se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública de México y el mundo, esto es debido a que se han incrementado notablemente las cifras de adolescentes en los últimos años, sobre todo en los Estados de la República en que se caracterizan por un menor ingreso económico y en los países subdesarrollados.

Es por eso que resulta importante estudiar algunos de los factores que contribuyen a la aparición de un embarazo durante la adolescencia, para tratar de contribuir a disminuir éste tan importante problema.

Cabe mencionar que el núcleo familiar es uno de los factores más importantes que se ha estudiado, es por eso que resulta primordial conocer el tipo y funcionamiento familiar de las adolescentes en el presente estudio.

Los tipos de funcionamiento familiar con las respuestas ante situaciones de crisis, pueden tomar un curso especial cuando en la familia existe una mujer embarazada y más aún, si ésta es adolescente.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.

En esta temática, uno de los puntos más importantes, que precisamente se destaca en la presente investigación, se refiere a estudiar las formas en que los integrantes de la familia reaccionan ante la presencia de una adolescente embarazada.

II.2 Pregunta de investigación.

¿Cómo se encuentra la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México?

III. JUSTIFICACIONES

III.1 Académica.

El hecho de desarrollar proyectos de investigación durante la realización de la especialidad implica que en este caso, nosotros como Médicos Familiares tengamos mayor preparación y experiencia médica, ya que al formar parte del perfil profesional nos involucra directamente en los principales problemas de Salud Pública y con ello podemos contribuir a crear posibles estrategias de intervención para reducir dichos problemas. El presente trabajo contribuye además que me sea otorgado el título de Médico Familiar.

III.2 Social.

Debido a que la UMF No. 75 del IMSS se encuentra en el Estado de México y que éste representa una de las siete entidades de la República Mexicana en las cuales existe un mayor número de adolescentes (13.3%), representa un aumento importante para presentar embarazo en este rango de edad.

Así pues, por ser la gran parte de la población de nivel socioeconómico bajo y baja escolaridad, lo cual sabemos que aumentan los embarazos en adolescentes, pretendo estudiar algunos factores, entre ellos la funcionalidad familiar en el momento que surja un acontecimiento no esperado (crisis paranormativa) como lo es una adolescente embarazada.

III.3 Familiar.

El presente estudio nos mostrará cómo la disfunción familiar contribuye de manera importante a la generación de embarazo en adolescentes.

III.4 Económica.

El hecho de que el embarazo en la adolescencia se haya incrementado de manera importante en los últimos años contribuye de manera muy importante a que los y las adolescentes que se ven involucrados en esta situación, tengan que dejar de estudiar y con ello pues disminuye la posibilidad de tener una mejor preparación y con ello competir por un empleo mejor remunerado. Además socialmente hablando también involucra directamente la economía del país, ya que por ejemplo para el IMSS y otras instituciones tiene un costo mucho más elevado el llevar un control prenatal de un embarazo de alto riesgo (como lo es el embarazo en la adolescencia) y tienen muchas más posibilidades de complicaciones que un embarazo que no se considera de alto riesgo.

IV. HIPÓTESIS

- ✚ Las adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México presentan funcionalidad familiar alterada.

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de Observación.

Adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México.

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

Funcionalidad familiar

IV.1.2.2 Independiente.

IV.1.3 Elementos lógicos de relación.

Las, presentan, alterada.

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✚ Identificar la edad más frecuente de presentación del embarazo en adolescentes.
- ✚ Conocer la escolaridad de las adolescentes embarazadas.
- ✚ Identificar el estado civil en las adolescentes embarazadas.
- ✚ Identificar la ocupación en las adolescentes embarazadas.
- ✚ Identificar el motivo de Inicio de Vida Sexual Activa en las adolescentes embarazadas.
- ✚ Conocer si las adolescentes embarazadas utilizaron algún Método de Planificación Familiar.
- ✚ Identificar el nivel socioeconómico en las adolescentes embarazadas.
- ✚ Conocer si existe antecedente de embarazo durante la adolescencia en algún miembro de la familia de las adolescentes embarazadas.
- ✚ Saber qué familiar de las adolescentes embarazadas tuvo un embarazo durante la adolescencia.
- ✚ Conocer la escolaridad de las madres de las adolescentes embarazadas.
- ✚ Conocer la escolaridad del padre de las adolescentes embarazadas.
- ✚ Identificar el estado civil de los padres de las adolescentes embarazadas.
- ✚ Saber si existe algún tipo de violencia en las familias de las adolescentes embarazadas.
- ✚ Conocer qué tipo de violencia existe en las familias de las adolescentes embarazadas.

VI. MÉTODO

VI.1 Tipo de Estudio: Transversal, descriptivo, prospectivo y observacional.

VI.2 Diseño del Estudio:

- ✓ El presente estudio se realizó de Marzo del 2011 a Octubre del 2012 en la UMF No. 75 en un horario de 08:00 a 14:00 hrs y de 14:30 a 20:00 hrs. tres veces por semana.
- ✓ Se identificaron mediante un censo nominal a las adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 75.
- ✓ Antes de la aplicación del instrumento se realizó una prueba piloto del instrumento de recolección de la información.
- ✓ Me dirigí con la asistente médica para saber si llegaron adolescentes embarazadas. De ser así les comentaba a las mismas acerca del proyecto que estaba realizando, si me decían que aceptaban que les aplicara el instrumento de medición, solicitaba que dieran lectura y firmaran el consentimiento de información donde especificaba en qué consistía el estudio además del tiempo requerido.
- ✓ Posteriormente proporcionaba el cuestionario, cuando terminaban de llenarlo les agradecía por su tiempo y participación y así lo realice de manera consecutiva hasta completar el número total de adolescentes embarazadas requeridas para el presente proyecto.
- ✓ Los datos obtenidos se capturaron en el paquete estadístico SPSS versión 19, al término del día.
- ✓ Al terminar la captura de todos los datos se procedió al análisis estadístico para el reporte de los resultados, análisis y presentación de los mismos.
- ✓ Elaboración de discusión, conclusiones y digitalización de la tesis.

VI.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ÍTEM
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.	Es la forma en que cada familia supera las crisis a las que está sometida. Se evaluará mediante la aplicación del Apgar Familiar.	Cualitativa ordinal.	1.Familia altamente disfuncional. (0-3) 2.Moderada disfunción familiar. (4-6) 3.Familia funcional. (7-10)	28
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Años de la adolescente en el momento de la encuesta.	Cualitativa ordinal.	1.De 10 a 13 años. 2.De 14 a 16 años. 3.De 17 a 19 años.	1
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Grado de estudios que tiene la adolescente.	Cualitativa ordinal.	1.Analfabeta. 2.Primaria completa. 3.Primaria incompleta. 4.Secundaria completa. 5.Secundaria incompleta. 6.Bachillerato completo. 7.Bachillerato incompleto. 8.Carrera técnica. 9.Otro.	2
Estado Civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Relación que tiene con una persona del sexo opuesto.	Cualitativa nominal.	1.Soltera 2.Unión libre 3.Casada 4.Otro	3
Ocupación	Trabajo, oficio, empleo que desarrolla una persona.	Es el trabajo que desempeña la adolescente.	Cualitativa nominal.	1.Ama de casa 2.Estudia 3.Trabaja 4.Otro	4

Motivo de IVSA	Causas que motivaron a la adolescente a comenzar a tener relaciones sexuales.	Causas que motivaron a la adolescente a comenzar a tener relaciones sexuales.	Cualitativa nominal.	1.Decisión propia. 2.Presión de pareja. 3.Presión de amigos. 4.Abuso sexual.	5
Utilización de Método de Planificación Familiar	Uso de Métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales.	Si la adolescente utilizaba MPF durante las relaciones sexuales.	Cualitativa nominal.	1.Sí 2.No	6
Nivel socioeconómico	Es una estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico y social.	Es la clase socioeconómica a la que pertenece la adolescente. Se evaluará mediante el Índice AMAI	Cualitativa ordinal.	1.Clase rica. (223) 2.Clase media alta. (171-222) 3.Clase media. (134-170) 4.Clase media baja. (77-133) 5.Clase pobre. (52-76) 6.Pobreza extrema. (51 o menos)	7-20
Familiar que cursó con embarazo antes de los 20 años.	Integrante de la familia que se embarazó durante la adolescencia.	Si algún familiar se embarazó en la adolescencia.	Cualitativa nominal.	1.Si 2.No	21
Familiar que cursó con embarazo antes de los 20 años.	Integrante de la familia que se embarazó durante la adolescencia.	¿Qué familiar cursó con embarazo en la adolescencia?	Cualitativa nominal.	1.Madre 2.Hermana 3.Abuela 4.Otro 0. Ningún familiar.	22
Escolaridad de la madre	Tiempo durante el que la madre asistió a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Grado máximo de estudios de la madre de la adolescente.	Cualitativa ordinal.	1.Analfabeta. 2.Primaria completa. 3.Primaria incompleta. 4.Secundaria completa. 5.Secundaria incompleta. 6.Bachillerato completo. 7.Bachillerato incompleto.	23

				8.Carrera. 9.Postgrado. 10.Maestría 11.Otro.	
Escolaridad del padre	Tiempo durante el que el padre asistió a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Grado máximo de estudios del padre de la adolescente.	Cualitativa ordinal.	1.Analfabeta. 2.Primaria completa. 3.Primaria incompleta. 4.Secundaria completa. 5.Secundaria incompleta. 6.Bachillerato completo. 7.Bachillerato incompleto. 8.Carrera. 9.Postgrado. 10.Maestría 11.Otro.	24
Estado civil de los padres	Es la situación de los padres determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Situación civil de los padres de la adolescente.	Cualitativa nominal.	1.Soltero (a) 2.Unión libre 3.Casados 4.Separados 5.Divorciados 6.Viudo (a)	25
Violencia familiar	Comprende todos aquellos actos violentos, desde el empleo de la fuerza física, hasta el acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar y que perpetra, por lo menos, a un miembro de la familia contra algún otro familiar.	Presencia de actos violentos en la familia de la adolescente.	Cualitativa nominal.	1.Si 2.No	26
Tipo de Violencia Familiar	Tipo de la violencia que existe en la familia.	Tipo de la violencia que existe en la familia.	Cualitativa nominal.	1.Verbal. 2.Física. 3.Otra (Especificar). 0. No violencia.	27

VI.4 Universo de trabajo y tamaño de muestra:

El universo de trabajo estuvo conformado por adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 75.

Determinación del tamaño de muestra: El tamaño muestral se determinó mediante la fórmula para poblaciones finitas (menos de 5000 personas): dando como resultado un total de 174.53 por lo cual se decidió entrevistar un total de 200 adolescentes embarazadas.

VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México.
- Acepten participar en el estudio (previa carta de consentimiento informado).

VI.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Que estén cursando con disfunción familiar previa (ya diagnosticada)
- Adolescentes embarazadas por violación.

VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Cuestionarios incompletos.
- Que las adolescentes ya no acepten participar.

VI.5. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN (Ver anexo)

El instrumento de evaluación utilizado para el presente estudio consta de una cédula de identificación, factores involucrados y los siguientes instrumentos: APGAR familiar y el Índice de Nivel Socioeconómico AMAI, como a continuación se describen:

VI.5. APGAR FAMILIAR

VI.5.1 Descripción.

El Apgar familiar es un instrumento de evaluación familiar que elaboró Smilkstein en 1978 con el propósito de que el médico familiar obtuviera información de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias. ^{(36) (37) (38)}

Consta de cinco reactivos, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia, y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o sí, por el contrario, contribuye a su enfermedad. ⁽³⁹⁾

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.

Definición de los componentes del Apgar familiar:

- ❖ **Adaptabilidad (*adaptation*) o apoyo y solidaridad:** capacidad de utilizar recursos intrafamiliares y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis.
- ❖ **Participación (*partnership*) o compañerismo:** capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.
- ❖ **Crecimiento (*growth*):** capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.
- ❖ **Afecto (*affection*):** capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia.
- ❖ **Resolución (*resolve*):** capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales década 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 una de las preguntas: casi siempre, algunas veces o casi nunca. Con la suma de la puntuación obtenida se pueden hacer las inferencias mostradas en el siguiente cuadro:

	Casi siempre (2)	Algunas veces (1)	Nunca (0)
Adaptabilidad: ¿Estás satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna 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 satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
Resolución ¿le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

Si la funcionalidad o disfuncionalidad se encuentra en más de un miembro de la familia, el calificativo se otorga a todo el grupo.

El APGAR familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, sin olvidar que no es una medida objetiva de la función familiar de aplicación, aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar. ⁽⁴⁰⁾

Este instrumento ha mostrado ser una herramienta válida y confiable para medir disfunción en el núcleo familiar de adolescentes. ⁽⁴¹⁾

Calificación del APGAR familiar:

Puntos	Evaluación
0 a 3	Familia altamente disfuncional
4 a 6	Moderada disfuncional familiar
7 a 10	Familia funcional

VI.5.2 Validación.

Se realizó un estudio en Granada con el objetivo de analizar la validez y confiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Basados en un diseño descriptivo y transversal, se entrevistó a 656 personas mayores de 14 años de edad, de un universo de 2 662, todos ellos usuarios de los servicios del centro de salud Zaidin-Sur de Granada. La selección de los pacientes fue por muestreo probabilístico aleatorio utilizando una potencia de 86.35% para detectar una diferencia del 10% con un error alfa de 5%. Para establecer el grado de validez y confiabilidad del instrumento, se aplicó, en dos ocasiones, a 60 de las personas seleccionadas con una diferencia de tiempo promedio de seis días. Los coeficientes de correlación intraclase de los cinco reactivos del Apgar-familiar fueron superiores a 0.55. La prueba estadística alfa de Crombach fue de 0.84. El 16% de la muestra obtuvo un Apgar-familiar disfuncional y la puntuación media fue de 8.4. Se concluye que el Apgar-familiar es un instrumento útil para conocer la situación familiar y su posible papel en el origen de los conflictos. Por su brevedad, es de gran utilidad. Los autores consideran que este instrumento es válido y confiable. ⁽⁴¹⁾

VI.5.3 Aplicación.

Fue aplicado por el tesista en la consulta externa de la UMF No. 75 del IMSS.

“ ÍNDICE DE NIVEL SOCIOECONÓMICO AMAI “

VI.6 Descripción.

Desde 1994, el índice de Nivel Socioeconómico de la *Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública (AMAI)* se ha convertido en el criterio estándar de clasificación de la industria de la investigación de mercados en México.

El primer índice de clasificación AMAI se dio a conocer en 1994. Desde entonces el índice ha evolucionado mejorando su capacidad de discriminación y predicción. (42) (43)

El índice de nivel socioeconómico actual, conocido como *Regla 13x6*, clasifica a los hogares en seis niveles a partir de un árbol de asignaciones considerando 13 variables:

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| (1) Número de focos | (7) Número de microondas |
| (2) Número de televisiones a color | (8) Número de baños |
| (3) Escolaridad del jefe de familia | (9) Número de computadoras |
| (4) Número de automóviles | (10) Número de regaderas |
| (5) Tipo de piso | (11) Número de estufas |
| (6) Número de DVD | (12) Servicio doméstico |
| | (13) Número de cuartos. |

El nivel socioeconómico es una estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico y social. La dimensión económica representa el patrimonio de bienes materiales.

En el índice AMAI es operacionalizado por la posesión de 12 bienes. La dimensión social representa el acervo de conocimientos, contactos y redes sociales. En el índice AMAI es operacionalizada por el nivel de estudio del jefe de familia.

El nivel socioeconómico representa la *capacidad para acceder* a un conjunto de bienes y estilo de vida. Las características que definen los Niveles Socioeconómicos se determinan en función de: Capital humano, planeación y futuro, tecnología y entretenimiento, infraestructura práctica, sanitaria y básica

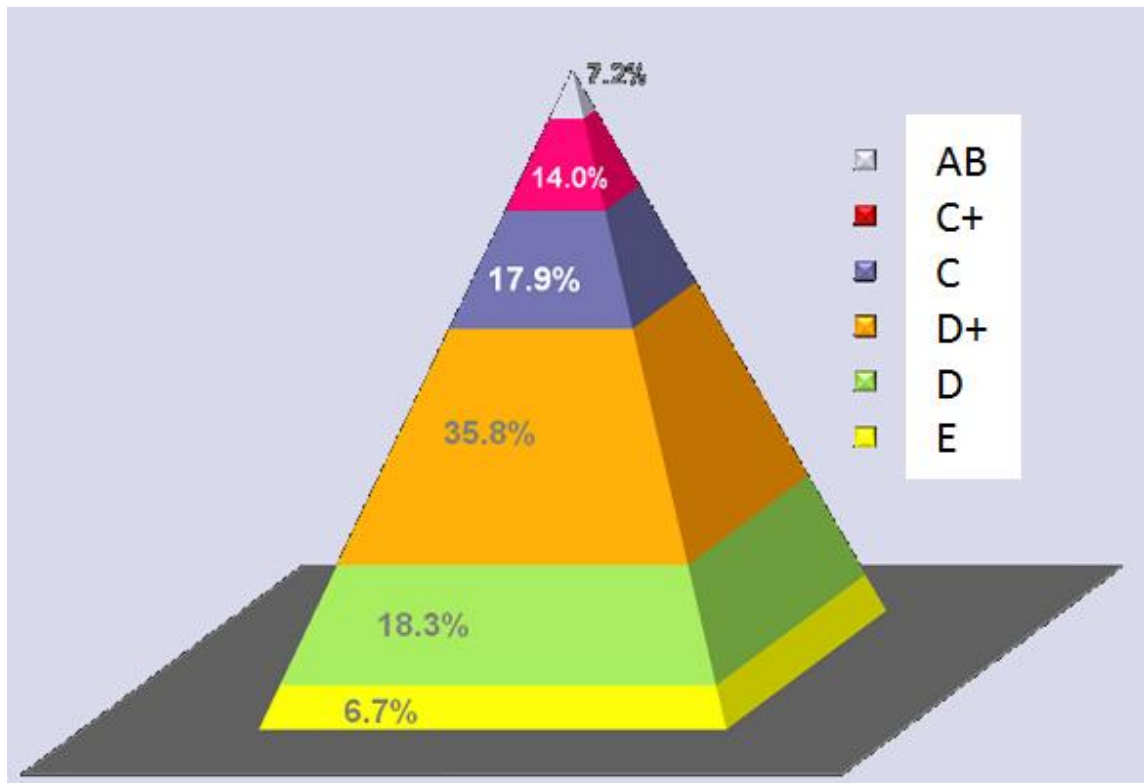
A las 13 variables seleccionadas se les asignó puntos considerando el coeficiente de cada uno los valores en una regresión sobre el ingreso familiar como se aprecia en la siguiente tabla:

Posesión de bienes	No tener	Cantidad			
		1	2	3	4
Focos	0 (0 a 5)	14 (6 - 10)	23 (11 - 15)	30 (16 - 20)	44 (21 +)
TV a color	0	2.3	3.6	4.6	4.6
Escolaridad del Jefe de Familia	0 (sin instrucción)	11 (primaria / secundaria)	23 (carrera técnica / preparatoria)	37 (licenciatura)	53 (postgrado)
Automóvil	0	21	40	56	56
Tipo de piso	0 (tierra o cemento)	10	10	10	10
DVD	0	17	29	29	29
Microondas	0	10	10	10	10
Baños	0	12	12	29	42
Computadora	0	16	24	24	24
Regadera	0	11	11	11	11
Estufa	0	20	20	20	20
Servicio doméstico	0	34	34	34	34
Cuartos	0	0 (1-2)	0 (3-4)	9 (5-6)	14 (7 +)

(López Romo Heriberto. Los Niveles Socioeconómico y la distribución del gasto. Instituto de Investigaciones Sociales S.C. Noviembre 2009; p. 1-44)

PUNTOS	NIVEL
Hasta 51 puntos	E
Entre 52 y 76 puntos	D
Entre 77 y 133 puntos	D+
Entre 134 y 170 puntos	C
Entre 171 y 222 puntos	C+
Más de 223 puntos	A/B

¿Cómo se distribuyen los hogares por Nivel Socioeconómico en México?



(López Romo Heriberto. Los Niveles Socioeconómico y la distribución del gasto. Instituto de Investigaciones Sociales S.C. Noviembre 2009; p. 1-44)

NIVEL	
A/B	CLASE RICA
C+	CLASE MEDIA ALTA
C	CLASE MEDIA
D+	CLASE MEDIA BAJA
D	CLASE POBRE
E	POBREZA EXTREMA

VI.6.2 Validación.

Fernández y Perera en el año 2003 elaboraron una investigación para la ciudad de Montevideo. El trabajo consistió en la aplicación de esta metodología de estratificación social a nivel nacional para verificar la consistencia de los estratos propuestos y la capacidad de éstos para aproximarse al nivel de ingreso, gasto y tipo de consumo de los hogares. No se cuenta al momento de la realización de la investigación con más información al respecto.

VI.6.3 Aplicación.

Fue aplicado por el tesista en la consulta externa de la UMF No. 75 del IMSS.

VI.7. DESARROLLO DEL PROYECTO

Se llevó a cabo la elaboración del protocolo y una vez aprobado por el comité local de investigación se procedió a seleccionar a la población que participaría en el estudio. Mediante un censo nominal se seleccionaron tanto a las adolescentes embarazadas como a las no embarazadas, se les explicó en qué consistía el estudio y se les pedía que dieran lectura y firmaran la carta de consentimiento informado, posteriormente se procedió a aplicar el instrumento de investigación. Se elaboró una base de datos para el análisis, posteriormente se interpretaron, analizaron y graficaron los resultados obtenidos para finalmente realizar la discusión y conclusiones.

VI.8. LÍMITE DE ESPACIO Y TIEMPO

El presente estudio se realizó en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 75 del IMSS Estado de México de Marzo del 2011 a Octubre del 2012.

Se aplicó un cuestionario en adolescentes embarazadas que acudían a su consulta.

VI.9. DISEÑO DE ANÁLISIS

Una vez obtenidos los resultados de la aplicación de los cuestionarios, se procedió a analizar y representar lo obtenido mediante cuadros y gráficos con el programa estadístico SPSS versión 19 y Microsoft Office Excel 2007.

Se realizó:

- ✓ Análisis univariado mediante el cálculo de frecuencias simples.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apega a la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial que establece la investigación ética que establece a sujetos humanos, adoptada por la 18ª Asamblea General de la WMA, Helsinki Finlandia, junio de 1964, y enmendada por la 29ª Asamblea de WMA, Tokio, Japón de octubre de 1975, 35ª Asamblea de WMA, Venecia, Italia, Octubre de 1983 41ª Asamblea general de WMA, Hong Kong, septiembre de 1989, 48ª Asamblea Somerset West, república de ciudad África octubre de 1956, 52ª asamblea de WMA Edimburgo Escocia, octubre del 2000; 53ª asamblea general de la WMA Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de WMA, Tokio 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de WMA, Seúl , Octubre del 2008.

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su Título Segundo, que establece los aspectos éticos de investigación en seres humanos, Capítulo I, artículo 17; ésta investigación es considerada como una Investigación de Riesgo Mínimo; y de acuerdo al artículo 23 en caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito. No obstante lo anterior, en la presente investigación consideramos la solicitud de consentimiento informado por escrito (Ver anexo 1).

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M.C. Daiisy Ramírez García.

Director de tesis: E.M.F. Oscar Dónovan Casas Patiño

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se efectuó un estudio transversal descriptivo en la UMF No. 75 del IMSS en el periodo comprendido de Marzo del 2011 a Octubre del 2012, evaluándose una muestra de 200 adolescentes.

Observamos que la gran mayoría de las adolescentes embarazadas percibían a sus familias como altamente disfuncionales con el 59.5%, seguidos de moderada disfunción familiar con el 34.5% y sólo el 6% percibían a sus familias como funcionales. (Cuadro y Gráfico 1).

Observamos además que las adolescentes que presentan embarazo se encuentran en la de edad de 17 a 19 años con el 84%, es decir en la etapa de adolescencia tardía, seguido del rango de edad de 14 a 16 años con el 16%. (Cuadro y Gráfico 2).

La escolaridad que se presenta con mayor frecuencia en las adolescentes embarazadas es la secundaria incompleta con el 43.5%, seguida de la secundaria completa con el 25.5%. (Cuadro y Gráfico 3).

El estado civil más frecuente que presentan las adolescentes embarazadas fue el ser soltera con el 47%. (Cuadro y Gráfico 4).

La ocupación que se presentó con mayor frecuencia fue ser ama de casa con el 49.5% y con menor frecuencia que trabajen con el 21.5. (Cuadro y Gráfico 5).

Observamos además que el principal motivo del IVSA de las adolescentes fue por presión de pareja con el 75.5%. (Cuadro y Gráfico 6).

Un dato que resulta relevante en el presente estudio es que observamos que al parecer el 77% de las adolescentes embarazadas utilizaron algún MPF. (Cuadro y Gráfico 7)

En lo que respecta al nivel socioeconómico observamos que el 46.5% de las adolescentes embarazadas corresponden a la clase media baja y sólo el 0.5% a clase rica. (Cuadro y Gráfico 8).

En lo concerniente a si las adolescentes embarazadas tienen el antecedente de algún familiar con embarazo durante la adolescencia observamos que el 86% si lo tienen y el restante 14% no lo presentan. (Cuadro y Gráfico 9).

Respecto al familiar que presentó el embarazo durante la adolescencia observamos que el que con mayor frecuencia lo presentó fueron las madres de las adolescentes embarazadas con el 54%. (Cuadro y Gráfico 10).

En cuanto a la escolaridad de las madres de las adolescentes observamos que la gran mayoría sólo contaba con primaria incompleta con el 23.5%. (Cuadro y Gráfico 11).

En cuanto a la escolaridad del padre de las adolescentes observamos que la gran mayoría sólo contaba con secundaria incompleta con el 20.5%. (Cuadro y Gráfico 12).

Con respecto al estado civil que se presentó con mayor frecuencia en los padres de las adolescentes fue la unión libre con el 33.5%. (Cuadro y Gráfico 13).

En lo que concierne a si se presentaba o no violencia en las familias de las adolescentes observamos que el 83% reveló que si la presentan (Cuadro y Gráfico 14) y que de ésta la más frecuente fue la violencia verbal con el 64.5% seguida de la violencia física con el 18.5% y sólo el 17% no presentaron ningún tipo de violencia. (Cuadro y Gráfico 15).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se investigó tanto la funcionalidad familiar como algunos otros factores involucrados en la presencia de embarazo en adolescentes de la UMF No. 75 de Ciudad Nezahualcóyotl, por el momento no existen estudios previos que se hayan realizado en el Estado de México Oriente.

En cuanto a lo que respecta a la **funcionalidad familiar** encontramos en el presente estudio que las **adolescentes embarazadas** perciben a sus familias como **altamente disfuncionales** en el 59.5% lo que coincide con lo que reporta Obregón en el 2003, así como con Miranda en el 2005 y Rangel y cols. en el 2004.

Lo observado en este proyecto de investigación es que la **edad** más frecuente de las adolescentes embarazadas fue de **17 a 19 años** lo cual coincide con un artículo publicado por Aliaga Chávez en el 2002.

En cuanto a la **escolaridad** se observó que es **baja** lo cual corresponde a lo que reporta Acosta Varela en el 2012.

En lo que se refiere al **motivo de IVSA** de las adolescentes observamos que el 75.5% fue por **presión de pareja**, lo cual pues es un factor importante para la aparición de embarazo en la adolescencia y no se encontró información sobre esto en la literatura.

Respecto a la **utilización de MPF** observamos que el 77% de las adolescentes que cursan con embarazo utilizaron algún MPF difiriendo con lo que reporta Acosta Varela en el 2012; con lo cual podemos decir que no se cuenta con la información y capacitación adecuada hacia los adolescentes sobre el uso óptimo de MPF.

En lo que concierne al **nivel socioeconómico** observamos que las adolescentes provenían de **clase media baja** lo cual difiere con lo reportado por León Paula en el 2008.

En cuanto a la **escolaridad y el estado civil de los padres** observamos que entre **menos escolaridad** tengan ambos padres o si se encuentran en **unión libre** sirve como factor de riesgo para que surja un embarazo en adolescentes lo cual

difiere con lo que reporta Ávila Gálvez en el 2002 y Marquardt Elizabeth en Nueva York en el 2001.

Respecto a la presencia de **violencia familiar** observamos que también fue bastante **frecuente** en las familias de las adolescentes y tampoco se ha encontrado información en la literatura.

X. CUADROS Y GRÁFICOS

CUADRO 1

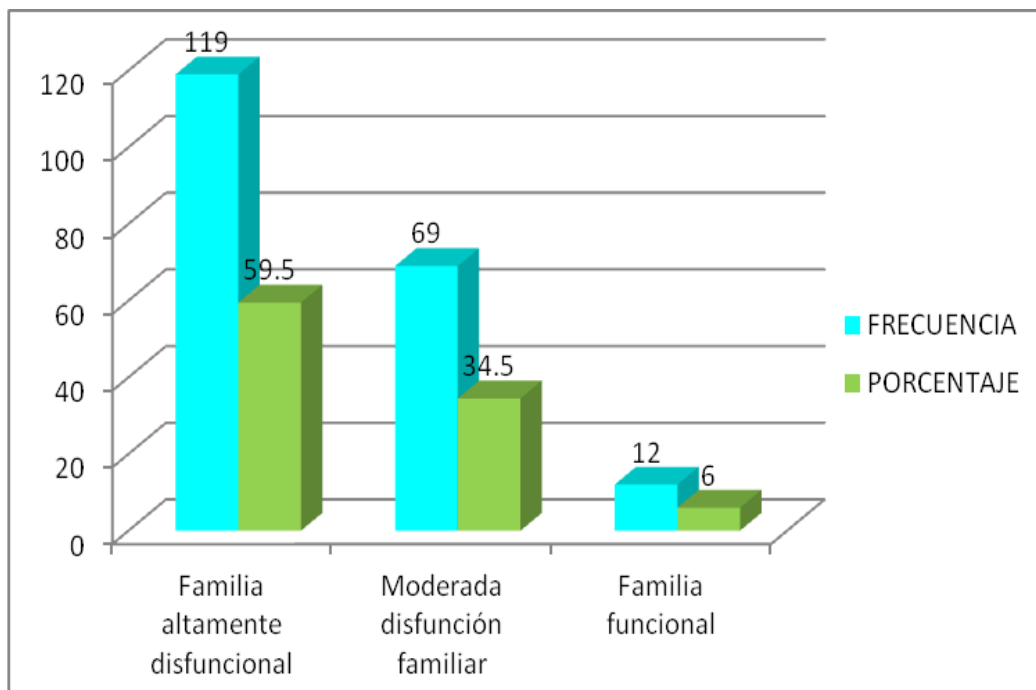
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Familia altamente disfuncional	119	59.5
Moderada disfunción familiar	69	34.5
Familia funcional	12	6
Total	200	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO 1

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 1

CUADRO 2

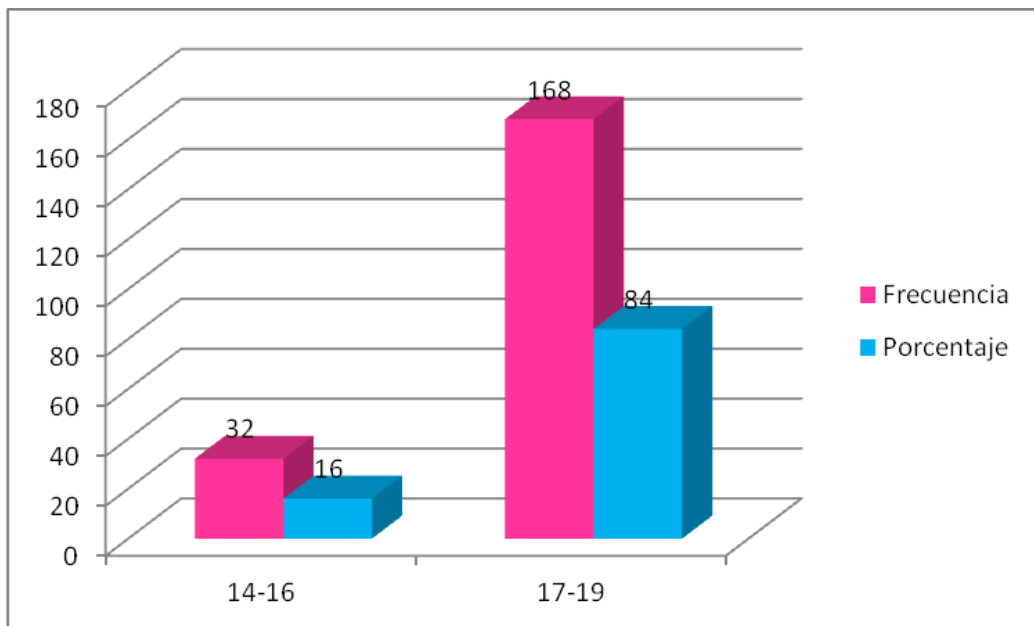
EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

EDAD DE LAS ADOLESCENTES			
	14-16	17-19	Total
Frecuencia	32	168	100
Porcentaje	16	84	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO 2

EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 2

CUADRO 3

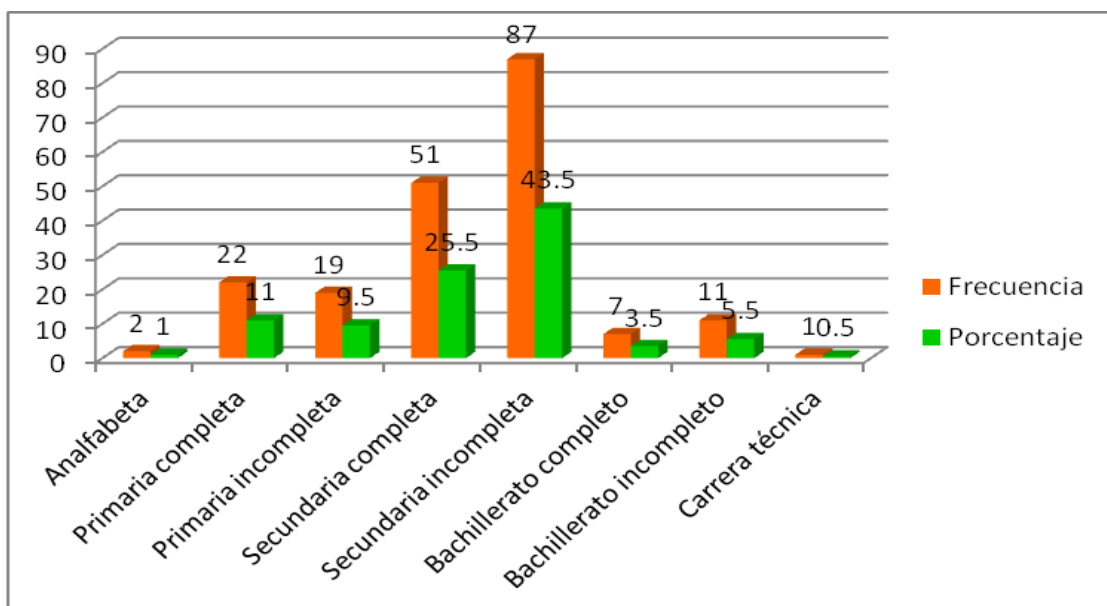
ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	2	1.0
Primaria completa	22	11.0
Primaria incompleta	19	9.5
Secundaria completa	51	25.5
Secundaria incompleta	87	43.5
Bachillerato completo	7	3.5
Bachillerato incompleto	11	5.5
Carrera técnica	1	0.5
Total	200	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO 3

ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 3

CUADRO 4

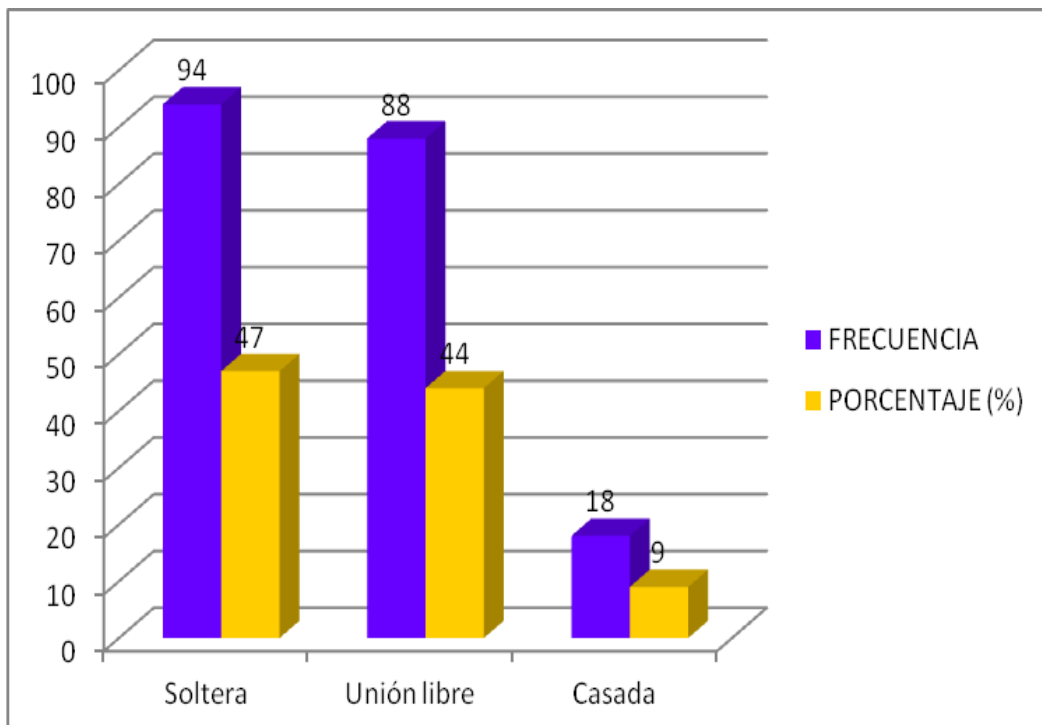
ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	94	47
Unión libre	88	44
Casada	18	9
Total	200	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO 4

ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 4

CUADRO 5

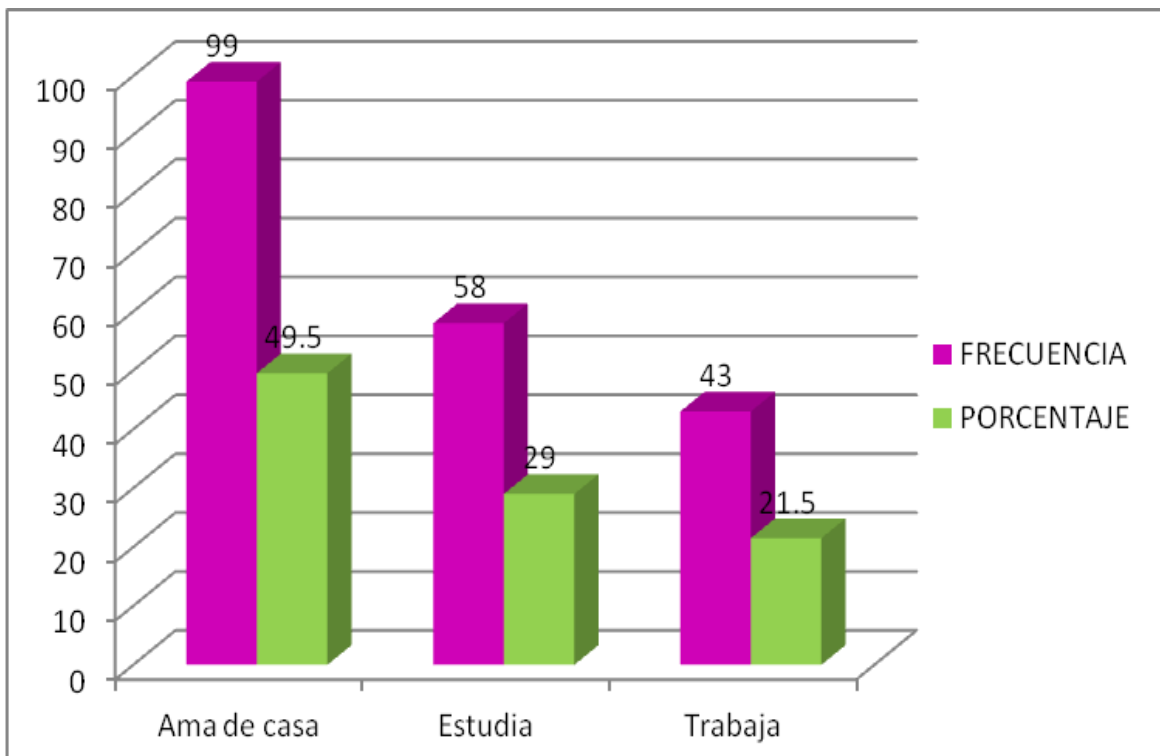
OCUPACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	99	49.5
Estudia	58	29
Trabaja	43	21.5
Total	200	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO 5

OCUPACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 5

CUADRO 6

MOTIVO DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

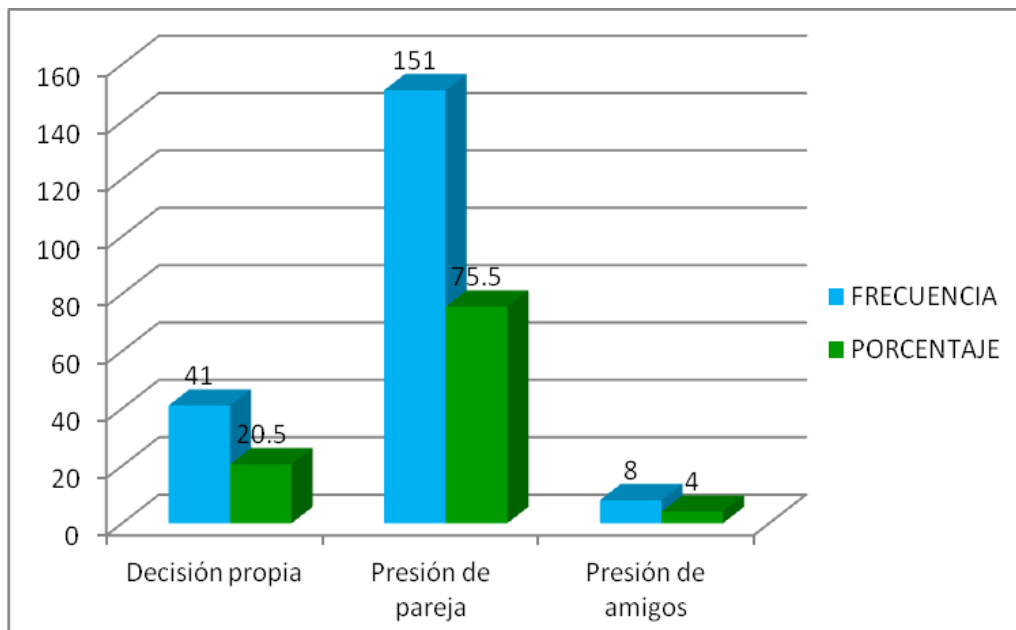
MOTIVO DE IVSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Decisión propia	41	20.5
Presión de pareja	151	75.5
Presión de amigos	8	4
Total	200	100

Fuente: Concentrado de datos

Nota aclaratoria: IVSA = Inicio de Vida Sexual Activa

GRÁFICO 6

MOTIVO DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 6

CUADRO 7

UTILIZACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

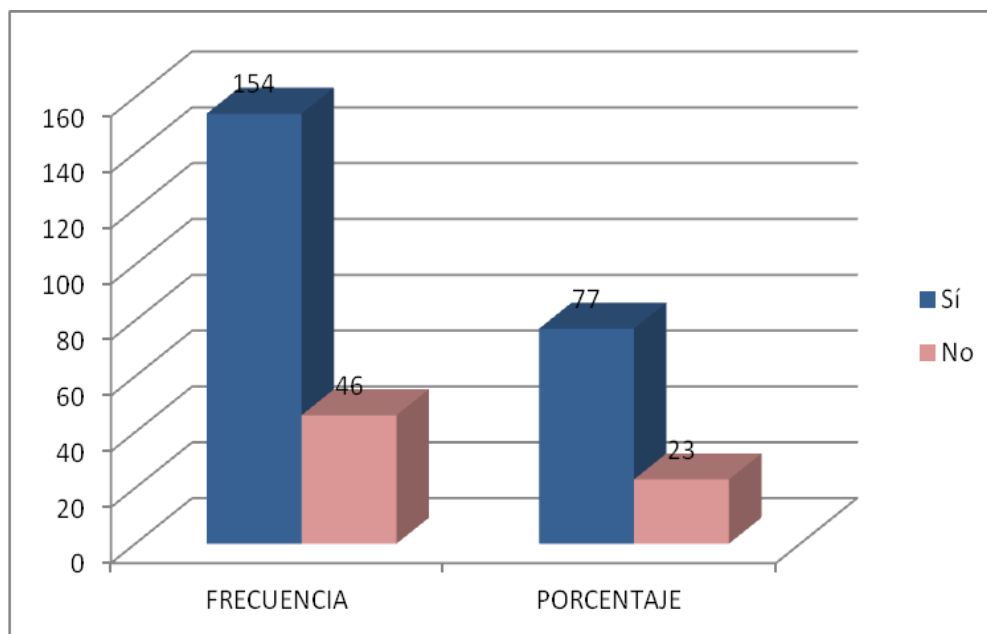
UTILIZACIÓN DE MPF	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	154	77
No	46	23
Total	200	100

Fuente: Concentrado de datos

Nota aclaratoria: MPF= Método de Planificación Familiar

GRÁFICO 7

UTILIZACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 7

CUADRO 8

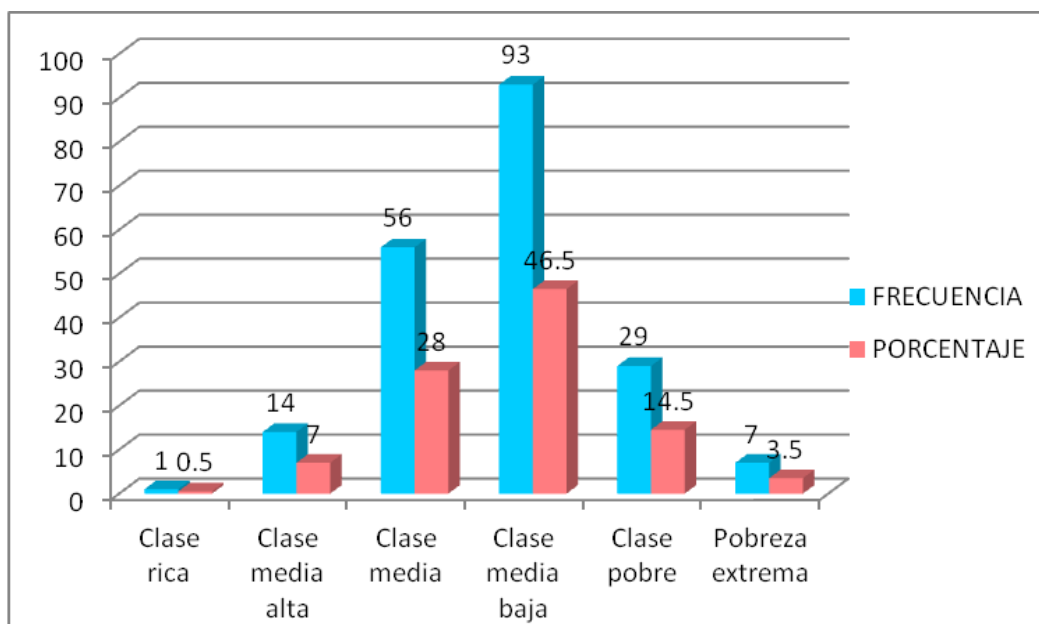
**NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO
DE MÉXICO 2012**

NIVEL SOCIOECONÓMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Clase rica	1	0.5
Clase media alta	14	7
Clase media	56	28
Clase media baja	93	46.5
Clase pobre	29	14.5
Pobreza extrema	7	3.5
Total	200	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO 8

**NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO
DE MÉXICO 2012**



Fuente: Cuadro 8

CUADRO 9

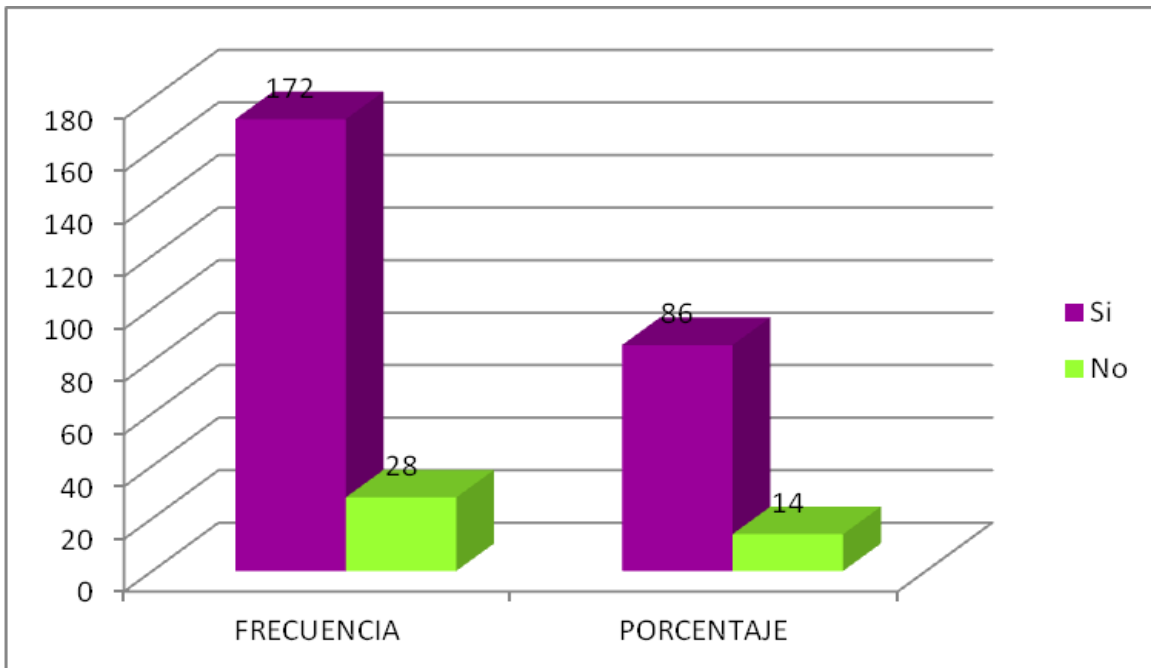
ANTECEDENTE DE FAMILIAR EMBARAZADA EN LA ADOLESCENCIA EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

FAMILIAR EMBARAZADA EN LA ADOLESCENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	172	86
No	28	14
Total	200	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO 9

ANTECEDENTE DE FAMILIAR EMBARAZADA EN LA ADOLESCENCIA EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 9

CUADRO 10

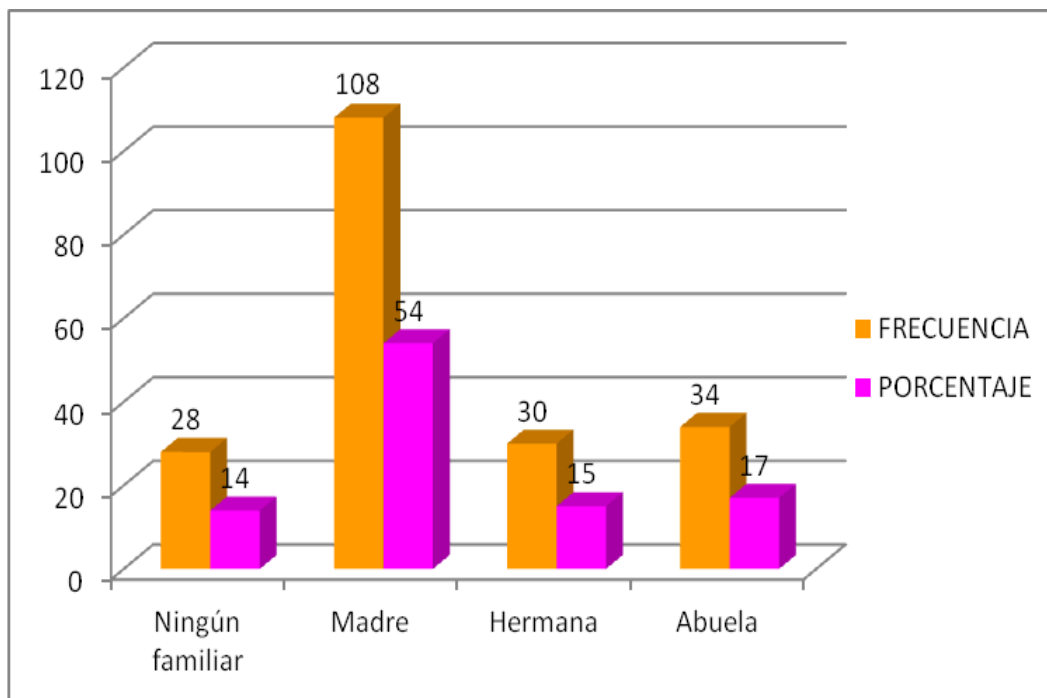
FAMILIAR EMBARAZADA EN LA ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

FAMILIAR CON EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ningún familiar	28	14
Madre	108	54
Hermana	30	15
Abuela	34	17
Total	200	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO 10

FAMILIAR EMBARAZADA EN LA ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 10

CUADRO 11

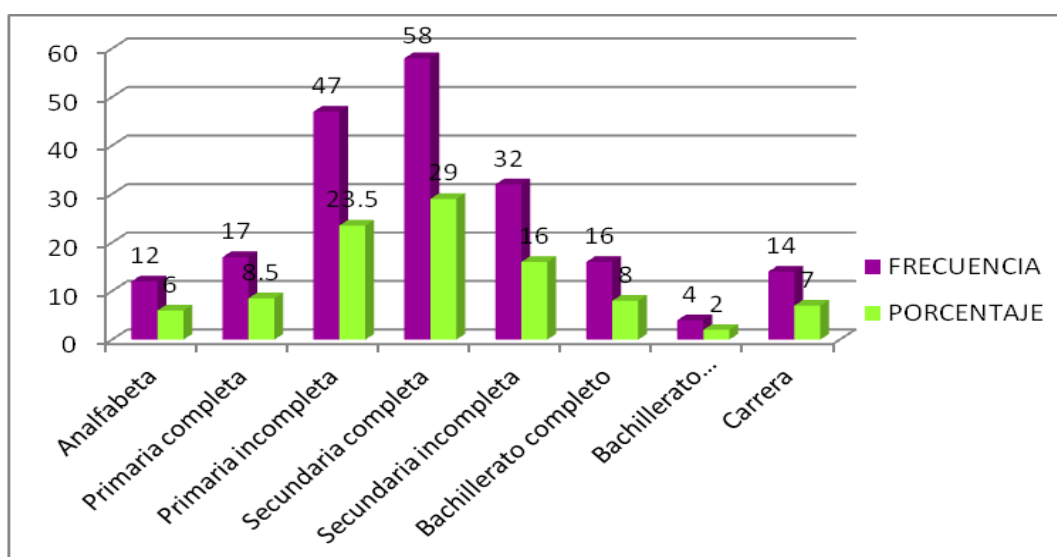
ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

ESCOLARIDAD DE LAS MADRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	12	6
Primaria completa	17	8.5
Primaria incompleta	47	23.5
Secundaria completa	58	29
Secundaria incompleta	32	16
Bachillerato completo	16	8
Bachillerato incompleto	4	2
Carrera	14	7
Total	200	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO 11

ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 11

CUADRO 12

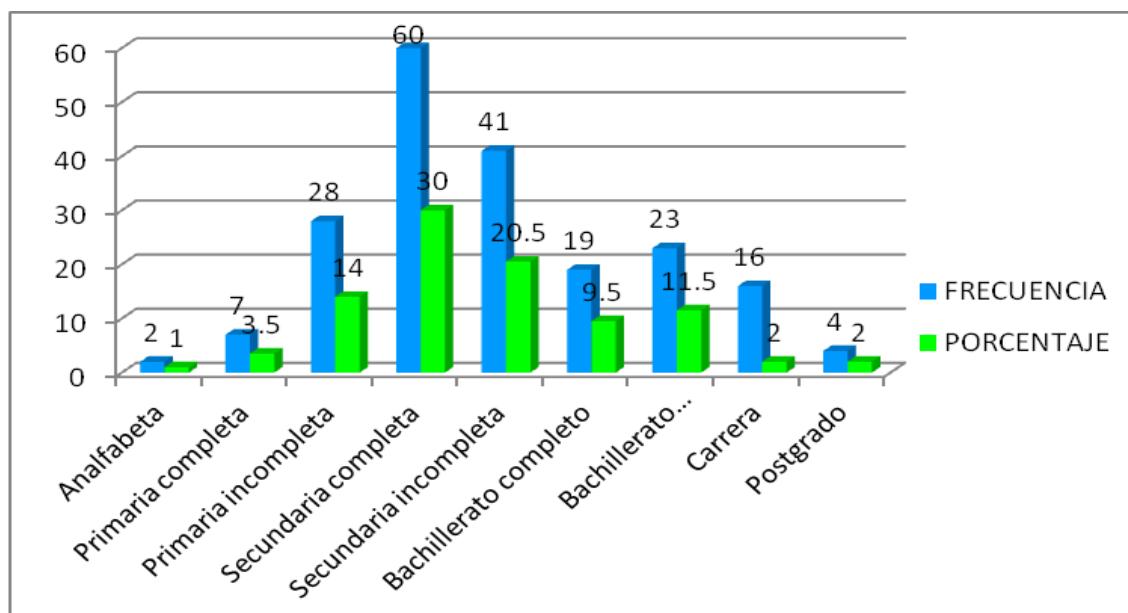
**ESCOLARIDAD DEL PADRE DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO
DE MÉXICO 2012**

ESCOLARIDAD DEL PADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	2	1
Primaria completa	7	3.5
Primaria incompleta	28	14
Secundaria completa	60	30
Secundaria incompleta	41	20.5
Bachillerato completo	19	9.5
Bachillerato incompleto	23	11.5
Carrera	16	2
Postgrado	4	2
Total	200	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO 12

**ESCOLARIDAD DEL PADRE DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO
DE MÉXICO 2012**



Fuente: Cuadro 1

CUADRO 13

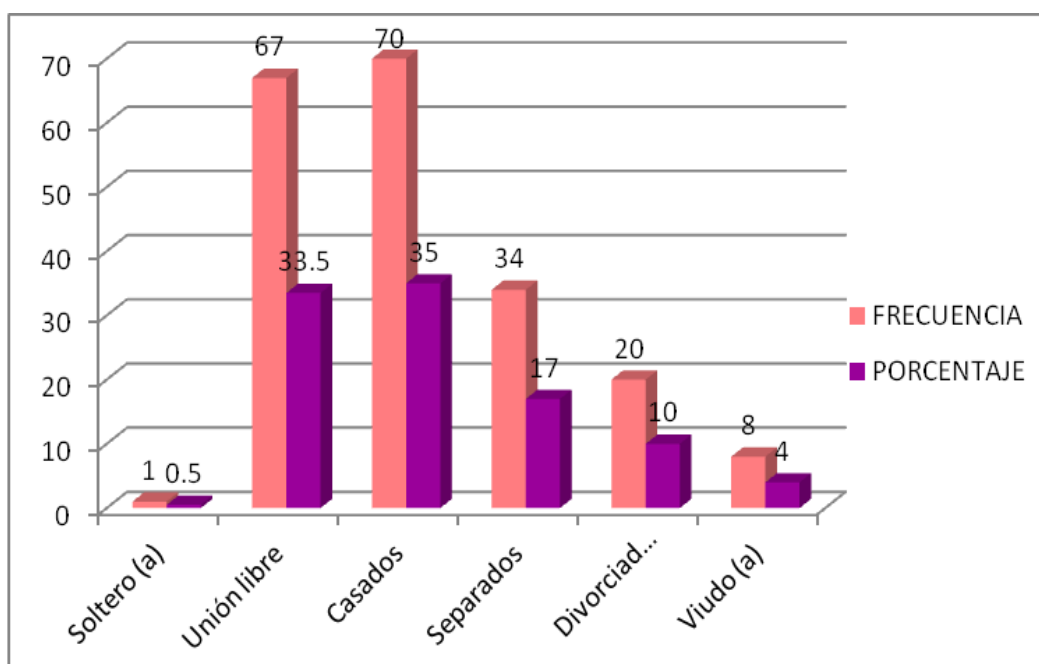
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero (a)	1	0.5
Unión libre	67	33.5
Casados	70	35
Separados	34	17
Divorciados	20	10
Viudo (a)	8	4
Total	200	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO 13

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 13

CUADRO 14

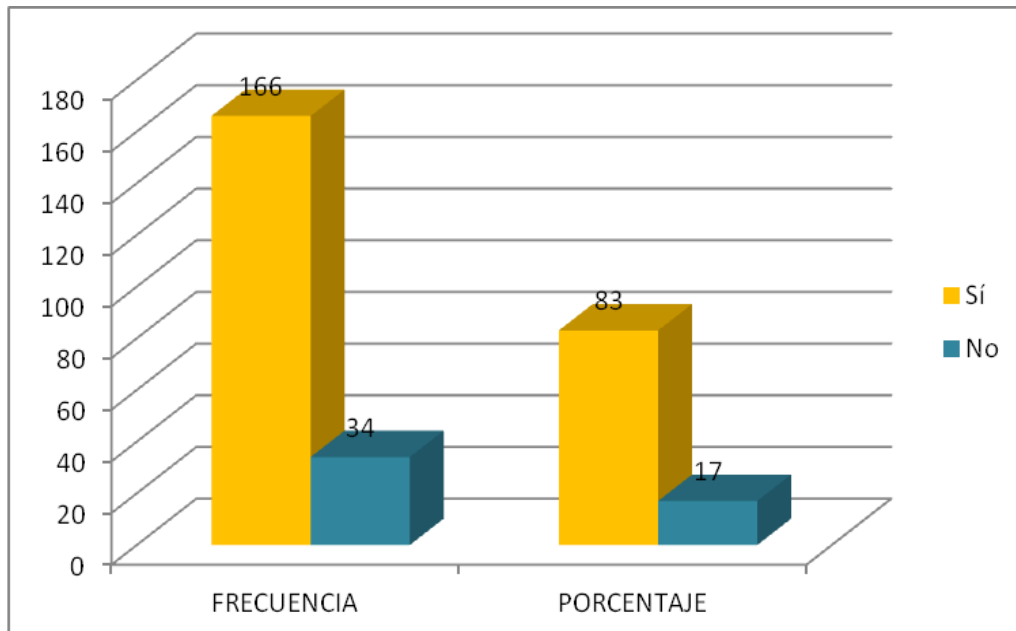
PRESENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

VIOLENCIA FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	166	83
No	34	17
Total	200	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO 14

PRESENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 14

CUADRO 15

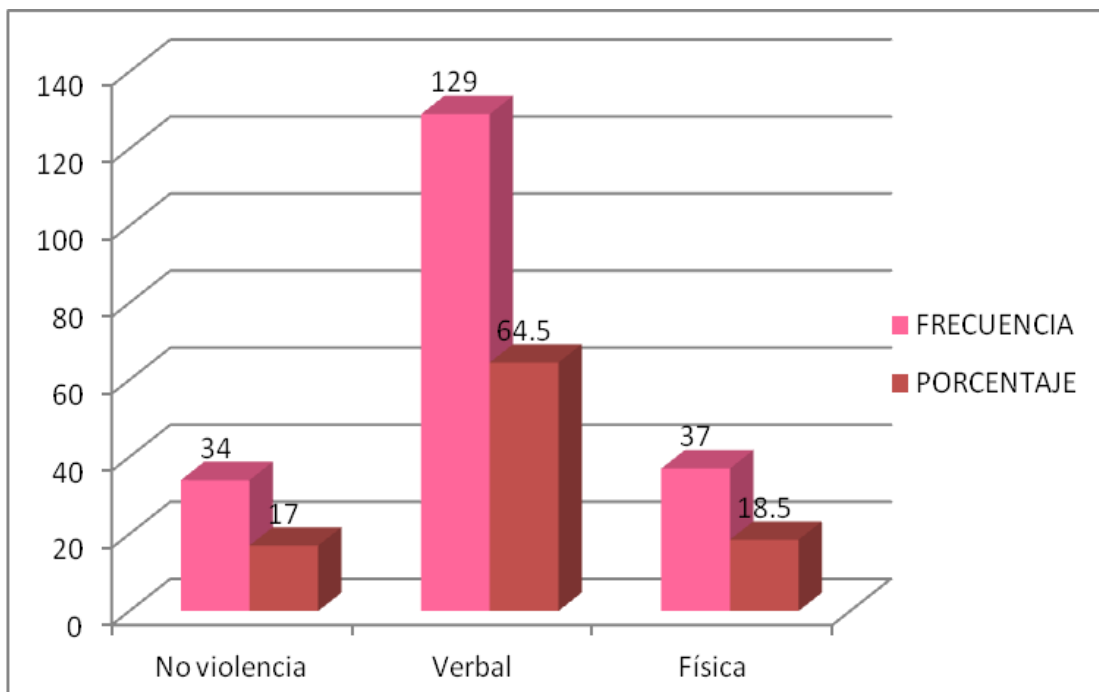
**TIPO DE VIOLENCIA FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL
ESTADO DE MÉXICO 2012**

TIPO DE VIOLENCIA FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No violencia	34	17
Verbal	129	64.5
Física	37	18.5
Total	200	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO 15

**TIPO DE VIOLENCIA FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL
ESTADO DE MÉXICO 2012**



Fuente: Cuadro 15

XI. CONCLUSIONES

El embarazo en adolescentes es considerado como un embarazo de alto riesgo, en donde la mayoría de las veces no es planeado y con ello se compromete de manera importante tanto la vida de la madre como la del producto por lo cual se deben establecer conductas perfectamente bien establecidas para tratar de prevenir o en su defecto diagnosticar y tratar a tiempo para evitar estas complicaciones.

Esta investigación es un anclaje del fenómeno social asociado al embarazo en adolescentes, pretendemos contribuir a tener un acercamiento multidisciplinario a la problemática del embarazo adolescente sin perder de vista la visión del médico familiar.

Cabe mencionar que la UMF donde se realizó el presente estudio se encuentra en Ciudad Nezahualcóyotl, la cual tiene una población en dinámica creciente con predominio en las edades de adolescentes, es por eso que el presente estudio de investigación pretende resaltar cuales son algunos de los factores que predisponen a la generación de un embarazo en la adolescencia.

Dentro de los hallazgos más relevantes de este estudio encontramos que la utilización de MPF no se comprobó que sea un factor protector, ya que a pesar que las adolescentes refirieron haber utilizado algún MPF, aún así presentaron embarazo, lo cual nos habla de la falta de información y capacitación sobre la utilización correcta de los MPF.

Confirmamos además que la baja escolaridad, el nivel socioeconómico bajo, la baja escolaridad de ambos padres, el motivo de IVSA, el antecedente de embarazo en algún familiar y sobre todo si es la madre la que presentó el embarazo durante la adolescencia y la presencia de algún tipo de violencia son factores que se encuentran íntimamente asociados para generar un embarazo en este rango de edad.

Por último en cuanto a la funcionalidad familiar comprobamos que a menor funcionalidad familiar mayor es el riesgo de la generación del embarazo en la adolescencia como ya se ha referido en la literatura.

XII. RECOMENDACIONES

- ❖ Proponer la creación de centros de consejería para adolescentes en donde exista exclusividad de atención e información sexual orientada a las necesidades de cada uno de ellos.
- ❖ Proponer la creación de nuevas estrategias de intervención, orientación y difusión sobre el uso adecuado de MPF.
- ❖ Promover la unión familiar para evitar desintegraciones familiares, ya que el núcleo familiar es la principal fuente de apoyo de los adolescentes, para así disminuir o erradicar conductas de riesgo en los mismos y sobre todo prevenir o disminuir la incidencia de embarazo durante la adolescencia.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Menkes C, Suárez L. Sexualidad y embarazo adolescente en México. CIEAP/UAEM 2003.
- (2) ASOCIACIÓN MEXICANA DE INVESTIGACIÓN DEMOGRÁFICA Y MÉDICA/ CTRO ERIENTACIORA ADOLESCENTS, 1986, Encuesta sobre la información sexual y reproductiva de los jóvenes, 1985, AMIDEM, CORA, México.
- (3) El embarazo en la adolescencia como un problema público: una visión crítica. Salud Pública Méx 1997; 39; 137-143).
- (4) Grupo de Información en Reproducción Elegida. Embarazo adolescente. Hoja Informativa. México: Gire, 2003.
- (5) Instituto Alan Guttmacher. "Risk and Realitiesof Early Childbearing" en <http://www.agi-usa.org/pubs/ib10.html> (Fecha de consulta 16 Marzo 2012)
- (6) http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/censos/cpv2000/definitivos/Nal/tabulados/00Fe01_1.pdf (Fecha de consulta 26 Marzo 2012)
- (7) Secretaría de Salud, *Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas, México*, 2006, p. 158.
- (8) Sobre la íntima relación entre aborto y salud, ver GIRE, Aborto, salud y bienestar, México, marzo 2007, [Hoja informativa]
- (9) Rodríguez Gabriela. Interrupción Legal del Embarazo para Adolescentes. GIRE, Octubre 2007, [Hoja informativa]
- (10) Cruells J. Prevención del embarazo adolescente. Editorial Alfil, México, primera impresión, 2004, 3-89.
- (11) Cueva V, Olvera JF, Chumacera RM. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Rev Med IMSS 2005; 43 (3): 267-271.
- (12) Díaz V. El embarazo de las adolescentes en México. Gac Med Méx 2003; Vol. 139, Suplemento No. 1: 23-28.

- (13) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- (14) Baeza B, Poo A, Vázquez O, Muñoz S. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Rev SOGIA 2005; 12 (1): 17-24.
- (15) http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm
- (16) Casas D, Alcázar L, Resendiz S. Propuesta de creación de consultorios de consejería para adolescentes en Planificación Familiar. Archivos de Medicina Familiar, Abril-Junio 2010; Vol. 12, Núm. 2, p. 39-42.
- (17) <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/SaludReproductiva/2009/5.%20Mujeres%20sexualmente%20activas.pdf> (Fecha de consulta 18 Abril 2012)
- (18) Stern C. Embarazo adolescente; significados e implicaciones para distintos grupos sociales. Demos. Carta demográfica de México 1995 (8).
- (19) García-Baltazar J, Figueroa-Perea JG. Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. Salud Publica Mex 1992;34:(4):413-426.
- (20) Secretaría de Salud. El entorno de la regulación de la fecundidad en México. Serie: resultados de investigación. México, D.F.: SSA, 1993:189-215.
- (21) Secretaría de Salud. Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM 1988). México, D.F.: Dirección General de Planificación Familiar, 1989.
- (22) Baeza B, Poo A, Vázquez O, Muñoz S. Comprendiendo los factores asociados al embarazo precoz, desde la perspectiva de adolescentes nuligestas. Rev SOGIA 2005; 12 (2): 41-48.
- (23) Rangel JL, L Valerio. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM, Enero-Febrero 2004; 47 (1): 24-27).
- (24) Embarazo y adolescencia: factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. Rev cubana obstet ginecol 2001; 27 (2): 158-64.

- (25) Díaz EC, Rodríguez ML, Mota C, Espíndola JG, Meza P, Zárate TA. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2006; 20: 80-90.
- (26) Huerta JL. La familia en el proceso salud-enfermedad. México, Editorial Alfil, 2005 pp 34-40 y 87-89.
- (27) Lauro I. La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública* 2003; 29(): 48-51.
- (28) Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996; 18(6): 289-96.
- (29) Martínez AM. Funcionalidad familiar asociada al estado civil. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana/ Enero-Junio 2008; Suplemento 1 Vol. 8, Núm. 1, p. 60-62.*
- (30) Laura R. Tipos y Características de la Familia de las adolescentes embarazadas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
- (31) Luna A, Gómez V. Disfunción Familiar en Adolescentes Embarazadas: VII Foro Delegacional de Investigación en Salud del IMSS en Nuevo León. México: Unidad de Medicina Familiar. 2003; 32(2): 15 – 22.
- (32) Zarate I. Factores Psicosociales en escolares de educación secundaria de Lima Cercado. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
- (33) Marquardt E. Efectos del Divorcio en los Hijos. Nueva York: 2001.
- (34) Molina L. Apgar Familiar y Adolescencia. Venezuela: 1999.
- (35) Cueva V, Olvera JF, Chumacera RM. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. *Rev Med IMSS* 2005; 43 (3): 267-271.
- (36) <http://sancosmecentrodosalud.files.wordpress.com/2010/08/exposicion-apgar-familiar.pdf> (Fecha de consulta 22 Abril 2012)
- (37) <http://www.oocities.org/trabajocomunitario6/index/APGAR.pdf> (Fecha de consulta 22 Abril 2012)

- (38) Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996;18 (6): 289-295.
- (39) Huertas JL. *Medicina familiar: La familia en el proceso salud-enfermedad*. Ed., Alfil, 1ra. ed., 2005; p. 95-96.
- (40) Forero LM, Avendaño MC, Duarte ZJ, Campos A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. XXXV / No. 1 / 2006, p. 23-29.
- (41) Bellón SJA, Delgado SA, Luna del CJD, Lardelli CP. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria* 1996; 18 (6): 289-295 en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/bol45/bmf45-6.htm> (Fecha de consulta 24 Abril 2012)
- (42) Nivel Socioeconómico
<http://www.inegi.org.mx/rne/docs/Pdfs/Mesa4/20/HeribertoLopez.pdf> (Fecha de consulta 01 Mayo 2012)
- (43) López H. Los Niveles Socioeconómico y la distribución del gasto. Instituto de Investigaciones Sociales S.C Noviembre 2009; p. 1-44.



FOLIO: _____

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ORIENTE ESTADO DE MÉXICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75

Por medio de la presente autorizo: Para participar en el proyecto de investigación título **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012”** Registrada y aprobada por el comité local de investigación. El objetivo de este estudio es determinar cuáles son los factores más comunes asociados a la presencia de embarazo en adolescentes.

Se me ha explicado que mi participación consiste en la aplicación de una encuesta.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre la participación en este estudio, que tiene una duración aproximada de 20 minutos, que no intervendrá con mi consulta y que no recibiré ninguna remuneración económica. El investigador se ha comprometido a darme información y a aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de justicia, de no maleficencia, de respeto y de beneficencia. El derecho de poder retirarme del estudio en cualquier momento en lo que considere conveniente, sin que ello se vea afectada la asistencia médica que recibo en el instituto.

El investigador me ha dado la seguridad y confianza de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio y de que los datos relacionados serán manejados en forma confidencial.

Cabe mencionar que se ha informado previamente a los padres de las adolescentes sobre su participación en este estudio y una vez que han dado su consentimiento se ha proporcionado esta carta de consentimiento informado a la adolescente.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL TESISISTA

ANEXO (2)



“ INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL “

FOLIO:

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

Unidad de Medicina Familiar No. 75

El presente cuestionario es anónimo y tiene como finalidad estudiar la funcionalidad y algunos otros factores involucrados en la presencia de embarazo en adolescentes para así poder contribuir a crear estrategias de intervención ante este problema de Salud Pública.

Tiene una duración aproximada de 20 minutos.

INSTRUCCIONES

A continuación te presentamos una serie de preguntas, las cuales deberás por favor:

- ✓ Leer detenidamente y responder todas las preguntas.
- ✓ Escribir claramente en los espacios en blanco de modo que sea posible leerlas, y
- ✓ Marcar con una “X” una sola respuesta por pregunta (salvo excepciones, que se indican claramente en el cuestionario).

A. DATOS GENERALES DE LA ADOLESCENTE (CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN)

1. ¿Cuántos años cumplidos tienes actualmente?

- 1) De 10 a 13 años ()
- 2) De 14 a 16 años ()
- 3) De 17 a 19 años ()

2. ¿Qué escolaridad tienes?

- 1) Analfabeta ()
- 2) Primaria completa ()
- 3) Primaria incompleta ()
- 4) Secundaria completa ()
- 5) Secundaria incompleta ()
- 6) Bachillerato completo ()
- 7) Bachillerato incompleto ()
- 8) Carrera técnica ()
- 9) Otro ()

Especifica: _____

3. ¿Cuál es tu estado civil?

- 1) Soltera ()
- 2) Unión libre ()
- 3) Casada ()
- 4) Otro (Especificar) _____

4.- ¿Cuál es tu ocupación actual?

- 1) Ama de casa ()
- 2) Estudiante ()
- 3) Trabajas ()
- 4) Otro (Especificar) _____

5. ¿Qué te motivó a tener relaciones sexuales?

- 1) Decisión propia ()
- 2) Presión de pareja ()
- 3) Presión de amigos ()
- 4) Abuso sexual ()

C. DATOS EN RELACIÓN A TUS PADRES

Las siguientes preguntas son en relación a tus padres:

23. ¿Qué escolaridad tiene tu madre?

- | | | |
|----------------------------|--------------------------------|------------------|
| 1) Analfabeta () | 5) Secundaria incompleta () | 9) Postgrado () |
| 2) Primaria completa () | 6) Bachillerato completo () | 10) Maestría () |
| 3) Primaria incompleta () | 7) Bachillerato incompleto () | 11) Otro () |
| 4) Secundaria completa () | 8) Carrera () | |

24. ¿Qué escolaridad tiene tu padre?

- | | | |
|----------------------------|--------------------------------|------------------|
| 1) Analfabeta () | 5) Secundaria incompleta () | 9) Postgrado () |
| 2) Primaria completa () | 6) Bachillerato completo () | 10) Maestría () |
| 3) Primaria incompleta () | 7) Bachillerato incompleto () | 11) Otro () |
| 4) Secundaria completa () | 8) Carrera () | |

25. ¿Cuál es el estado civil de tus padres?

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1) Soltero (a) () | 4) Separados () |
| 2) Unión libre () | 5) Divorciados () |
| 3) Casados () | 6) Viudos () |

26. En tu familia ¿existe algún tipo de violencia? Si tu respuesta es NO por favor pasa a la pregunta 61:

- | | |
|-----------|-----------|
| 1) Sí () | 2) No () |
|-----------|-----------|

27. ¿De qué tipo?

- | | |
|---------------|----------------------------|
| 1) Verbal () | 3) Otra (Especifica) _____ |
| 2) Física () | 0) No Violencia |

28. APGAR FAMILIAR

	Casi siempre (2)	Algunas veces (1)	Nunca (0)
Adaptabilidad: ¿Estás satisfecha con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes algún problema o pasas por alguna situación crítica?			
Participación: ¿Te satisface la manera e interés con que tu familia discute sus problemas y la forma en que participa contigo en la resolución de ellos?			
Crecimiento ¿Tu familia respeta tus decisiones y acepta tus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en tu estilo de vida?			
Afecto ¿Está satisfecha de la forma en que tu familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
Resolución ¿Te satisface la cantidad de tiempo que tú y tu familia pasan juntos?			

Puntuación total: _____ **Evaluación:** _____

POR SU COOPERACIÓN Y TIEMPO: MUCHAS GRACIAS