

**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**



TESIS

**“RELACIONES INTRAFAMILIARES EN LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75 DEL
IMSS NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO”**

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

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

M.C. NANCI CARBAJAL MARTÍNEZ

DIRECTOR DE TESIS

E.M.F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES

REVISORES DE TESIS

DRA. EN HUM. MARIA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ

E.M.F. OLIVA REYES JIMENEZ

M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTES

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2014

**“RELACIONES INTRAFAMILIARES EN LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 75 IMSS
NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO”**

AUTORIZACIONES

El presente proyecto fue aprobado por el Comité de investigación No. 1408 del IMSS Asignándole el número _____

Dra. Alma Luisa Lagunés Espinosa
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

Dra. Nora Beatriz León Ojeda.
Coordinador Clínico de Educación e Investigación
en Salud UMF No. 75

Dr. Edgar Rubén García Torres.
Coordinador de Residencia en Medicina familiar UMF No 75.

Dra. Patricia Navarrete Olvera
Director UMF No 75.

ÍNDICE

Cap.	Pág.
I. MARCO TEÓRICO	5
I.1.- Definiciones	5
I.2.- Embarazo adolescente	6
I.2.1 factores de riesgo del embarazo adolescente	6
I.2.2 Consecuencias del embarazo en la adolescencia	7
I.3.- Aspectos sociodemográficos del embarazo en la adolescencia	8
I.3.1 Aspectos sociodemográficos de las adolescentes embarazadas en México	9
I.4.- Relaciones familiares y adolescencia	10
I.4.1 algunas dimensiones importantes de las relaciones entre padres y adolescentes	11
I.4.2 Familia y embarazo en la adolescencia	12
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
II.1 Argumentación	15
II.2 Pregunta de Investigación	15
III. JUSTIFICACIONES	16
III.1 Académica	16
III.2 Científica	16
III.3 Social	16
III.4 Económica	17
IV. HIPÓTESIS	18
IV.1 Elementos de la hipótesis	18
IV.1.1 Unidades de observación	18
IV.1.2 Variables	18
IV.1.2.1 Dependiente	18
IV.1.2.2 Independientes	18
IV.1.3 Elementos lógicos de relación	18

V. OBJETIVOS	19
V.1 General	19
V.2.Específicos	19
VI. MÉTODO	20
VI.1 Tipo de estudio	20
VI.2.Diseño del estudio	20
VI.3 Operacionalización de variables	21
VI.4 Universo de Trabajo	23
VI.4.1 Criterios de inclusión	23
VI.4.2 Criterios de exclusión	23
VI.4.3 Criterios de eliminación	23
VI.5. Instrumento de Investigación	24
VI.5.1 Descripción	24
VI.5.2 Validación	26
VI.5.3 Aplicación	26
VI.6 Desarrollo del proyecto	26
VI.7 Límite de espacio	26
VI.8 Límite de tiempo	26
VI.9 Diseño de análisis	27
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS	28
VIII. ORGANIZACIÓN	29
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
X.- CUADROS Y GRÁFICOS	34
XI.- CONCLUSIONES	47
XII.- RECOMENDACIONES	50
XIII. BIBLIOGRAFÍA	52
XIV. ANEXOS	55

I. MARCO TEÓRICO.

I.1 DEFINICIONES

La adolescencia es la edad de transición que sucede en la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo (diccionario de la real academia española).

También se define como un periodo vital de transición entre la infancia y la edad adulta; es tanto una construcción social como un atributo del individuo.¹

El término de adolescencia deriva de *adolescere*, que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez. Desde el punto de vista biológico, se inicia cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción, y termina con el cierre de los cartílagos epifisarios y del crecimiento.

Socialmente la adolescencia es el periodo de transición, que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma, económica y socialmente.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años, con dos fases, la adolescencia temprana entre los 10 a 14 años y la adolescencia tardía entre los 15 y 19 años.²

El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen.³

I.2 EMBARAZO ADOLESCENTE

Desde la mitad del siglo XX, el tema de embarazo adolescente ha cobrado importancia a nivel mundial, está determinado por una gran variedad de factores; entre ellos destaca el estudio de la familia y su influencia en el comportamiento general del adolescente para iniciar una práctica sexual sin las medidas que reduzcan el riesgo de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual.⁴

I.2.1 FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

El 80% de las adolescentes embarazadas pertenecen a un medio socio-económico desfavorable, a una familia desintegrada, numerosa, monoparental, afectada por el desempleo. Las madres de 76% de estas adolescentes también fueron madres adolescentes.⁵

Otros factores de riesgo son: el inicio de práctica sexual a edades tempranas, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO 2010), las personas adolescentes en México inician su vida sexual a edades tempranas, la edad promedio en las mujeres adolescentes del rango entre 15 y 19 años era de 15.7 en 1987 y para 2009 se desplazó apenas unos meses para quedar en 15.9 años.

La práctica de relaciones sexuales sin protección, uso y acceso de los métodos anticonceptivos y demanda insatisfecha: según CONAPO (2010) aunque las mujeres adolescentes tienen un nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos (97.4% de las mujeres entre 15 y 24 años declararon conocer al menos un método anticonceptivo en 2009), ello no se ha traducido en la posibilidad real de acceder a ellos, ni si esto ocurre, conocer la forma correcta de su uso o contar con la posibilidad efectiva de negociar su utilización con la pareja sexual.

Falta de calidad y/o accesos a los servicios de salud: según la encuesta Gente Joven 2002, 80% de la población adolescente adquieren los métodos anticonceptivos; sobre todo, en las farmacias, ello implica queden desprotegidos otros aspectos de la salud sexual y reproductiva como la asesoría por parte del personal especializado, que oriente la adquisición y el uso correcto del método que resulte más adecuado para cada caso.

Pobreza: los embarazos en adolescentes se concentran donde hay pobreza, malas condiciones económicas y desnutrición crónica, en la población rural, en comunidades indígenas y en grupos urbanos marginales. En estos contextos hay escasos servicios médicos, de mala calidad y falta de servicios educativos para la población. ⁶

I.2.2 CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en la adolescencia supone riesgos. Estudios en la materia muestran que es la causa principal de mortalidad en las mujeres que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto y los abortos mal practicados realizados en condiciones de riesgo. Todos los años pierden la vida alrededor de 70,000 mujeres adolescentes entre los 15 y 19 años de edad por causas relacionadas con la maternidad reporta el Fondo Internacional de Emergencia de las Unidas para la Infancia (UNICEF 2010).

Una posible consecuencia del embarazo en la adolescencia es la deserción escolar, la cual ocurre por varios motivos, entre ellos: la vergüenza y el temor al rechazo; y el segundo, la experiencia de un ambiente hostil y algunas veces violento que sanciona y juzga sus actos. Por tal motivo, para las estudiantes adolescentes que experimentan un embarazo, la deserción escolar se puede presentar como un paso obligado.

El hecho de asumir responsabilidades en momentos inadecuados, así como actitudes propias de la adolescencia frente a la maternidad, puede provocar desequilibrios y crisis físicas, emocionales o sociales. Entre las consecuencias psicológicas del comportamiento sexual de las jóvenes se encuentran: represión, restricciones, sensación de aprisionamiento y disfuncionalidad familiar.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que la edad en la que nace el primer hijo tiene una estrecha relación con el nivel educativo que se manifiesta por una marcada tendencia *a menor escolaridad corresponden edades más tempranas la maternidad. Entre las mujeres con más años de estudio el uso de métodos anticonceptivos ha sido siempre más frecuente que entre las mujeres con menores niveles de escolaridad.*⁷

I.3 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

UNICEF reporta que 18% de la población mundial se encuentra entre los 10 y 19 años de edad. Dicha cifra varía entre las diferentes regiones.⁸ Así en países como Estados Unidos corresponde a un 12.8% del total de embarazos, mientras en países con menor desarrollo como el salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos.⁹

El número de nacimientos de madres adolescentes asciende a 16 millones cada año en el mundo. La UNICEF reporta en el estado mundial de la Infancia 2011 una tasa de 5.1, con un notable contraste entre los países desarrollados (23) y los subdesarrollados (123). En América Latina y el Caribe se tiene una tasa de 55 y en México una tasa notablemente alta de 90.⁸

I.3.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN MÉXICO

La población adolescente en México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba el 11.4 por ciento de la población nacional; hoy representa el 21.3 por ciento. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años.¹⁰

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.¹⁰

La tasa de embarazo adolescente en México ha ido disminuyendo a lo largo de los últimos veinte años, pero aun es relativamente alta, de 81 por mil (Menkes y Suarez, 2002). Se estima que aproximadamente 40 por ciento de estos embarazos no son deseados (Zuñiga, 2000). Existen evidencias de grandes diferencias entre datos sociodemográficos del perfil epidemiológico. En 1997, la tasa de fecundidad para adolescentes de entre 15 y 19 años por nivel de escolaridad fue de 216.6 entre mujeres no escolarizadas, 158.6 para mujeres con instrucción primaria incompleta, 87.8 entre aquellas con secundaria, y solo 27.1 por ciento entre mujeres con preparatoria y educaciones universitarias (INEGI, 2002, CONAPO 2000).¹¹

La tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 19 años de edad, en el 2005 fue de 79 por cada mil mujeres. Mientras la tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 15 años fue de 6 embarazos por cada mil, el número aumentó en las jóvenes de 16 a 17 años a 101 embarazos por cada mil, y el mayor incremento se observó en las adolescentes de 18 y 19 años, entre quienes se alcanzó una tasa de 225 embarazos por cada mil mujeres de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006).¹²

De acuerdo a ENSANUT 2012, la tasa de fecundidad en 2011 de las mujeres de 12 a 19 años de edad fue de 37.0 nacimientos por cada 1 000 mujeres.¹³

De acuerdo con las proyecciones del Consejo Estatal de Población (COESPO), para el 2010 en el estado de México se estiman 2 millones 838mil 630 adolescentes. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI), las mujeres de 15 a 19 años que procrearon al menos un hijo en el 2007, fueron 58 mil 248 nacimientos, de los cuales:

* 35, 270 ocurrieron en unión libre

* 11, 887 de mujeres casadas

* 10, 101 de solteras.¹⁴

De acuerdo a cifras del censo INEGI 2010, en Nezahualcóyotl habitan poco más de 190 mil adolescentes de ambos sexos, de los cuales se estima que poco más de 14 mil son madres o están en período de gestación, cuyas edades comprenden de 12 a los 19 años de edad.¹⁵

I.4 RELACIONES FAMILIARES Y ADOLESCENCIA

Las relaciones intrafamiliares son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. La dimensión de unión y apoyo mide la tendencia de la familia a realizar actividades en conjunto, de convivir y apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar. La dimensión de dificultades se refiere a los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. Finalmente la dimensión de expresión mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.¹⁶

Las relaciones familiares durante la adolescencia se han convertido en uno de los tópicos que suscitan más interés, probablemente porque uno de los mitos asociados a la imagen negativa sobre esta etapa se refiere al clima del deterioro familiar a partir de la llegada de la pubertad.

A partir de la pubertad los cambios intrapersonales en padres e hijos van a representar una perturbación del sistema familiar, que se tornará más inestable y propiciara un aumento de la variedad de patrones de interacción diádicos posibles, de forma que las discusiones y enfrentamientos convivirán con momentos de armonía y expresión de afectos positivos. Así, incluso en las familias en las que las relaciones se caracterizaron por comunicación, el apoyo y el afecto mutuo, comenzarán a aparecer situaciones de hostilidad o conflicto.¹⁷

I.4.1 ALGUNAS DIMENSIONES IMPORTANTES DE LAS RELACIONES ENTRE PADRES Y ADOLESCENTES

El afecto se utiliza para hacer referencia a aspectos como la cercanía emocional, el apoyo, la armonía o la cohesión. Es la enorme continuidad de su presencia que se observa en las relaciones parentofiliales durante la infancia y la adolescencia, ya que aquellos niños y niñas que sostienen intercambios cálidos y afectuosos con sus padres son quienes mantienen una relación más estrecha cuando llegan a la adolescencia (Flouri y Buchanan, 2002).¹⁷

Los conflictos han recibido mucha atención por parte de los investigadores, probablemente porque el aumento de la conflictividad familiar es uno de los rasgos más característicos de la presentación social existente sobre la adolescencia.

El control se refiere a estrategias socializadoras por parte de los padres, incluyendo el establecimiento de normas y límites, la aplicación de sanciones, la exigencia de responsabilidades y monitorización o conocimiento por parte de los padres de las actividades que realizan sus hijos.

El fomento de la autonomía se refiere a las prácticas parentales que van encaminadas a que niños y adolescentes desarrollen una mayor capacidad para pensar, formar opiniones propias y tomar decisiones por sí mismos, sobre todo mediante las preguntas, los intercambios de puntos de vista y la tolerancia ante las ideas y elecciones discrepantes, y pueden considerarse fundamentalmente para el desarrollo de la competencia del adolescente.¹⁷

I.4.2 FAMILIA Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Parece que la familia juega un papel importante en la vida de una adolescente ya que la formación del individuo comienza desde el núcleo familiar (Vargas, 1997) Sánchez (1976) citado en Soria, Montalvo & Arizpe (1998) define a la familia como el núcleo primario fundamental para promover la satisfacción de las necesidades básicas del hombre, y sobre todo de los hijos. Así mismo Estrada (1991) citado en Soria, Montalvo & Arizpe (1998) habla de la familia nuclear y se refiere a ella como un conjunto de seres que viven bajo un mismo techo y que tiene un peso emotivo significativo entre ellos, dice también que es una unidad de personalidades interactuantes que forman un sistema de emociones y necesidades conectadas entre sí, de la más profunda naturaleza. Al igual Castellán (1992) define a la familia como la reunión de individuos por vínculos de sangre que viven bajo el mismo techo o en un mismo conjunto de habitaciones como una comunidad de servicios.¹⁸

Olson, Russel y Sprenkle (1979) describen la funcionalidad familiar en cuanto a la adaptabilidad y cohesión, definiendo la adaptabilidad o cambio como la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y reglas en función de las demandas situacionales o de desarrollo, es decir la capacidad que posee el sistema familiar para cambiar sus relaciones en respuesta a una situación o a una evolución estresante. La cohesión la define como la vinculación emocional entre los miembros de la familia, e incluye cercanía, compromiso familiar, individual y tiempo compartido.

Para Moos (1974) el ambiente es un determinante decisivo del bienestar del individuo; asume que el rol del ambiente es fundamental como formador del comportamiento humano ya que este contempla una compleja combinación de variables organizacionales y sociales, así como también físicas, las cuales influirán sobre el desarrollo del individuo.

La llegada de la adolescencia es uno de los momentos más cruciales en donde la familia tiene que cambiar su organización y amoldarse a las nuevas necesidades de sus integrantes. El contexto familiar es un factor esencial en el proceso de la adolescencia considerada como un proceso psicológico y sociocultural del cual un individuo experimenta la transición de la niñez al estado adulto.¹⁸

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. 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.¹⁹

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 ese binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que inicialmente puede ser rechazo, crear sorpresa y frustración.

El seguimiento de la gestación debe contemplar no solo la asistencia obstétrica como tal, sino adoptar un enfoque integral que atienda además, las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia.

Existen ciertas condiciones riesgosas que pueden considerarse contribuyentes al embarazo adolescente como son la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación familiar, sobre todo con la figura materna, el abandono de la escuela, la menarquía precoz, baja autoestima, con la consiguiente carencia de proyectos de vida, el poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos, familias disfuncionales, madre o hermana embarazada en la adolescencia, padre ausente, nivel socioeconómico bajo, integración precoz al área laboral, amigas que ha iniciado vida sexual.¹⁹

La prevención primaria, tanto del embarazo adolescente como de las complicaciones, es una asignatura pendiente en el ejercicio de la medicina familiar y en general en el ámbito de la atención primaria. El médico familiar debe iniciar acciones preventivas desde una atención integral a niños y adolescentes, procurando una eficaz educación en valores, fortalecimiento de la autonomía, autoestima, forma correcta de decisiones y en la construcción de un proyecto de vida, sin dejar de lado la educación sexual a fin de disminuir la tasa de embarazo en adolescentes y la deserción escolar de estas pacientes. Magill mencionó el fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares, la modulación de las diferentes experiencias negativas y el desarrollo de una adecuada paternidad, como factores protectores.²⁰

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación

El embarazo adolescente es un problema de salud pública por las repercusiones que este tiene en la salud de la madre como del producto. Como se ha mencionado en los antecedentes sigue persistiendo una alta tasa de embarazos adolescentes en México, como consecuencia los programas de planificación familiar en adolescentes no han sido lo suficientemente efectivos, por la gran cantidad de variables existentes en el problema, a lo que se pretende subsanar en específico la relacionada al entorno familiar de la adolescente embarazada.

Debido a la escasa información con respecto a la relaciones intrafamiliares en las adolescentes embarazadas; la importancia de este estudio radica en identificar las relaciones intrafamiliares en sus tres dimensiones: la expresión de emociones, unión y apoyo, y la percepción de dificultades, que existen entre las adolescentes embarazadas. Dado lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación.

II.2 Pregunta de Investigación.

- ¿Qué tipo de relaciones intrafamiliares presentan las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75 Nezahualcóyotl?

III. JUSTIFICACIONES

III.1 Académica

Como médicos familiares nos es de gran importancia este tema para hacer mayor énfasis en la prevención de los embarazos durante la etapa de adolescencia, es por ello que el presente estudio tiene la finalidad de proporcionar conocimientos sólidos que puedan ser aplicados en el área laboral como médico familiar.

III.2 Científica

El embarazo adolescente es un tema de impacto social y de salud debido que a pesar de los programas de sexualidad y métodos de planificación familiar, aún persiste un alta prevalencia de embarazo en las adolescentes principalmente en países de bajos recursos económicos como el nuestro.

III.3 Social

El embarazo adolescente repercute en forma social debido a que se presenta la deserción escolar y el ingreso a edades muy tempranas al campo laboral con bajos salarios, y a pesar de existir una gran variedad de métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo a edades tempranas aún se siguen presentando este fenómeno en nuestra sociedad.

Al presentarse el embarazo en una adolescente ocasiona que la familia se reestructure para recibir al nuevo integrante, por lo que produce una crisis familiar, además la adolescente por el embarazo en ocasiones deja sus proyectos a un lado tomar el rol de madre y tener mayor responsabilidad que antes de embarazarse, por lo que repercute en su entorno familiar, además de que en ocasiones con la presencia del embarazo en la adolescente existe rechazo por parte de los integrantes de la familia.

III.4 Económica

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo afirma que “las madres adolescentes enfrentan un riesgo superior al riesgo general de perder la vida debido al embarazo y el parto y sus hijos tiene niveles más altos de morbilidad y mortalidad”. ²¹

Por lo que es de gran importancia implementar estrategias para la prevención del embarazo en adolescente para así disminuir los costos en salud que estos problemas generan.

IV. HIPÓTESIS

En las adolescentes embarazadas de la Unidad de Medicina familiar No. 75 existen deficientes relaciones intrafamiliares.

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de Observación.

Adolescentes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 75

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

Relaciones Intrafamiliares

IV.1.2.2 Independientes.

Adolescentes embarazadas

IV.1.3 Elementos lógicos de relación.

En las, de la, existen.

V. OBJETIVOS

V.1 General

- Identificar las relaciones intrafamiliares que presentan las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75.

V.2 Específicos

- Identificar mediante un censo el grupo de adolescentes embarazadas de la UMF No. 75 ambos turnos (censo nominal).
- Identificar el tipo de relaciones intrafamiliares que presentan las adolescentes embarazadas (mediante la escala de evaluación de relaciones intrafamiliares).

VI. MÉTODO

VI.1 Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal.

VI.2.Diseño del estudio

Se identificaron a las adolescentes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 75 de ambos turnos en el periodo comprendido de marzo del 2013 a agosto del 2013, mediante un censo nominal. Se piloteo el instrumento para recolectar las características socio-demográficas y determinar el grado de dificultad para responder el cuestionario.

Se les aplico el cuestionario de cedula de identificación y Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I) versión breve (ANEXO 2), previo a consentimiento informado (ANEXO 1).

Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos diseñada en el programa Microsoft Office Excel 2013 y la presentación de los resultados se realizó en tablas y gráficas del sistema Microsoft Office Word 2013.

VI.3 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ITEM
Embarazo Adolescente	Embarazo en la adolescencia se define como la gestación en mujeres cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica.	Estado fisiológico de la mujer adolescente en el que de acuerdo a las semanas de gestación en las que se encuentre, se ubicara en trimestres.	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Primer trimestre - Segundo trimestre - Tercer trimestre 	6
Relaciones intrafamiliares	Son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio (9)	Son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio, que influyen en las adolescentes embarazadas.	Cualitativa Intervalo	<p>De acuerdo a la escala de E.R.I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo con puntajes bajos - Grupo con puntajes intermedios - Grupo con puntajes altos <p>Unión y apoyo</p> <p>Expresión</p> <p>Dificultades</p>	<p>1, 4, 7 y 10</p> <p>2, 5, 8 y 11</p> <p>3, 6, 9 y 12</p>
Edad	Tiempo en que ha vivido una persona	Número de años vividos por la mujer embarazada en etapa de adolescencia, la cual debe oscilar entre 10 a 19 años.	Cuantitativa Discreta	<p>Edad en años clasificada por intervalos (2)</p> <p>10 a 14</p> <p>15 a 19</p>	2
Escolaridad	Máximo grado de estudios aprobado por las personas en cualquier nivel del Sistema educativo nacional, o su equivalente, en el caso de estudios realizados en el extranjero.	Niveles de instrucción que ha cursado hasta el momento, en cualquier nivel del Sistema Educativo Nacional.	Cualitativa Ordinal	<p>Escolaridad medida en grados académicos completados de acuerdo a escala de ENSANUT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sin escolaridad 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Licenciatura 	3

Estatus civil	Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo	Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., en que se encuentra la adolescente embarazada	Cualitativa Nominal	Estatus civil de acuerdo a la clasificación de ENSANUT 1) Soltera 2) Vive con su pareja 3) Casada	4
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en determinado tiempo.	Actividad a la que se dedica la adolescente embarazada	Cualitativa Nominal	Referir de acuerdo a la escala de actividades de acuerdo a Encuesta Nacional de empleo 2011 a) Sólo ocupados b) Ocupados y quehaceres domésticos c) Ocupados y estudian d) Ocupados, quehaceres domésticos y estudian e) Sólo estudian f) Sólo Quehaceres domésticos g) Quehaceres domésticos y estudian	5

VI.4 Universo de Trabajo.

Adolescentes embarazadas derechohabientes del IMSS de la UMF No. 75, Nezahualcóyotl, en el periodo comprendido de marzo del 2013 a agosto del 2013.

VI.4.1 Criterios de inclusión.

- Mujeres con dx. De embarazo y cuya edad oscile entre los 10 a 19 años.
- Adscritas a la UMF No. 75, ambos turnos.
- De cualquier paridad.
- Que pertenezcan a un núcleo familiar.
- Que acepten participar en el estudio previo consentimiento por escrito.

VI.4.2 Criterios de exclusión.

- Con comorbilidades.

VI.4.3 Criterios de eliminación.

- Cuestionarios incompletos.
- Con alguna complicación en el embarazo.
- Que realice cambio de domicilio y/o de unidad de medicina familiar.

VI.5. Instrumento de Investigación.

VI.5.1 Descripción.

El instrumento de evaluación consta de una cedula de identificación, así como factores sociodemográficos y el siguiente instrumento, Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (E.R.I) el cual se describe a continuación:

Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I) su origen es consecuencia del resultado de una investigación realizada por Rivera-Heredia y Padilla-Barraza (1992) quien en su tesis de licenciatura encontraron que el instrumento que habían utilizado para medir el ambiente familiar tenia niveles de confiabilidad en extremo bajos en algunas de sus dimensiones .Se confirmó la carencia de instrumentos adecuados para la población mexicana que evaluara diferentes aspectos de la familia. De ahí surge el interés y el reto de desarrollar un instrumento confiable y valido para conocer que ocurre dentro de un sistema familiar, de manera tal que permitiera identificar diferentes elementos de las relaciones familiares que pudieran relacionarse con el bienestar psicológico de sus integrantes, o por el contrario que fueran factor de riesgo ante diferentes conductas problemáticas.

Se trata de una escala autoaplicable con cinco opciones de respuesta que varían: Totalmente de acuerdo a Totalmente en desacuerdo, contando con 3 versiones (larga, intermedia y breve). Los puntajes que obtienen las personas que responden la Escala de ERI en sus tres dimensiones proporcionan información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la expresión de emociones, a la unión y apoyo y a la percepción de dificultades y conflictos.

Definición de los componentes:

Unión y apoyo: es la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar.

Expresión: se refiere a la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.

Dificultades: esta dimensión evalúa los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. Permite identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia.

Reactivos que integran cada dimensión en las 3 dimensiones de la escala de E.R.I.

DIMENSIONES	VERSION LARGA 56 REACTIVOS	VERSION INTERMEDIA 37 REACTIVOS	VERSION BREVE 12 REACTIVOS
UNION Y APOYO	5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55.	5, 10, 15, 20, 25, 30, 35	1, 4, 7, 10
EXPRESION	1, 3, 6, 11, 13, 16, 18, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 36, 38, 41, 43, 46, 48, 51, 53.	1, 3, 6, 11, 13, 16, 18, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 36	2, 5, 8, 11
DIFICULTADES	2, 4, 7, 9, 12, 14, 17, 19, 22, 24, 27, 29, 32, 34, 37, 39, 42, 44, 47, 49, 52, 54, 56.	2, 4, 7, 9, 12, 14, 17, 19, 22, 24, 27, 29, 32, 34, 37	3, 6, 9, 12

Procedimiento para calificar a la prueba:

1. Elegir la versión del E.R.I. que se utilizara
2. Identificar los reactivos que integraran cada dimensión.
3. Sumar el total de reactivos que integran cada dimensión sacar el promedio de dimensión (dividir el total entre el número de reactivos)
4. Este es el puntaje final de la dimensión.

VI.5.2 Validación.

Validez estadística: mediante el análisis factorial realizado cuando se elaboró este instrumento. Participaron 671 estudiantes de nivel medio superior de instituciones del sector público de la ciudad de México.

Validez concurrente: se ha realizado análisis de correlación entre los puntajes de diferentes dimensiones del E.R.I. con otras escalas de ambiente emocional o de apoyo familiar que evalúan dimensiones semejantes (Almanza 2007; Delgadillo, 2008).

VI.5.3 Aplicación.

El instrumento previamente descrito fue aplicado por la investigadora a 141 adolescente embarazadas derechohabientes en los diferentes consultorios de medicina familiar de la UMF No. 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México.

VI.6 Desarrollo del proyecto.

Se elaboró el protocolo y una vez aprobado por el comité local, se seleccionó a la población en estudio; se les explicaron sus características y finalidad para luego, aplicar el instrumento de investigación, previo consentimiento informado. Se elaboró una base de datos para el análisis y posteriormente se interpretó, analizo y grafico los resultados obtenidos.

VI.7 Límite de espacio.

El presente estudio se realizó con las pacientes de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 75 Nezahualcóyotl.

VI.8 Límite de tiempo.

El presente estudio se realizó en Marzo de 2012 a Noviembre de 2013.

VI.9 Diseño de análisis.

Una vez obtenidos los resultados de la aplicación de cuestionarios, se procedió a analizar y presentar lo obtenido mediante gráficas y tablas con el programa Microsoft Office Excel 2013 y el sistema Microsoft Office Word 2013. Se realizó estadística descriptiva mediante el cálculo de frecuencias simples, media, mediana y moda.

VII IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apega a la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial que establece la investigación ética 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, 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 como se menciona en el 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 I)

VIII. ORGANIZACIÓN

Para fines de tesis la organización será la siguiente:

Director de tesis: E.M.F Edgar Rubén García Torres.

Tesista: M.C Nanci Carbajal Martínez

Para fines de publicación y/o presentación en foros, congresos o cartel.

Los créditos serán:

AUTOR: E.M.F Edgar Rubén García Torres

COAUTORES: M.C Nanci Carbajal Martínez

IX.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se efectuó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo de marzo del 2012 a noviembre del 2013, proyectada en 180 adolescentes embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 75 del IMSS.

Sin embargo, se aplicó el cuestionario E.R.I a un total de 141 (n=180) sujetos en estudio (los 39 restantes se excluyeron porque en el momento de la aplicación de la encuesta tenían resuelta su situación obstétrica) obteniéndose en la dimensión de unión y apoyo 97 (69%) de las adolescentes embarazadas obtuvieron un puntaje alto y 44 (31%) obtuvieron un puntaje medio. (Cuadro 2 y gráfica II)

En la dimensión de expresión 192 (79.4%) de las adolescentes embarazadas obtuvo un puntaje alto, 27 (19.2%) puntaje medio y solo 2 (1.4%) puntaje bajo. (Cuadro 3 y gráfica III).

En la dimensión de dificultades 109 (77.3%) de las adolescentes embarazadas obtuvieron un puntaje medio, seguido de 23 (16.3%) las cuales obtuvieron un puntaje alto y 9 (6.4%) un puntaje bajo. (Cuadro 4 y gráfica IV)

Se obtuvo un rango de edad de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años donde se encuentra 140 (99.3%) de la población en estudio y solo 1 (0.7%) corresponde al rango de edad entre 10 y 14 años. (Cuadro 5 y gráfica V)

En cuanto a escolaridad el 5.7% tiene primaria, 60.3% tiene secundaria, 31.2% presenta preparatoria y 2.8% se encuentran en licenciatura. (Cuadro 6 y gráfica VI)

El estatus civil de las adolescentes embarazadas fue el siguiente: viven en pareja 89 (63.1%), casadas 30 (21.3%) y solteras 22 (15.6%). (Cuadro 7 y gráfica VII)

La ocupación de las adolescente embarazadas fue la siguiente: 83 (58.9%) se dedican solo a quehaceres domésticos, 21 (14.9%) solo estudian, 21 (14.9%) se dedican a quehaceres domésticos y estudian, 9 (6.4%) son ocupadas y realizan quehaceres domésticos, 6 (4.2%) son solo ocupadas y 1 (0.7%) son ocupadas, realizan quehaceres domésticos y estudian. (Cuadro 8 y gráfica VIII)

De las adolescentes embarazadas estudiadas 77 (55%) se encontraban en el tercer trimestre del embarazo, 57 (40%) en el segundo trimestre y 7 (5%) en el primer trimestre. (Cuadro 9 y gráfica IX)

El número de embarazos que presentaban las adolescentes incluyendo el actual fue de uno el 83.7% y dos embarazos el 16.3%. (Cuadro 10 y gráfica X)

En cuanto al conocimiento del uso correcto de métodos anticonceptivos 119 (84.4%) respondieron que si tenían conocimiento y 22 (15.6) que no tenían conocimiento. (Cuadro 11 y gráfica XI)

En relación al antecedente de haber tenido embarazo en la adolescencia las madres de las pacientes 77 (54.6%) afirmaron el antecedente y 64 (45.4%) no negaron presentar este antecedente. (Tabla 12 y gráfico XII)

La edad de inicio de vida sexual activa fue la siguiente: 40 (28%) iniciaron a los 15 años, 28 (20%) a los 14 años, 24 (17%) a los 16 años, 22 (16%) inició a los 18 años y 6 (4%) iniciaron su vida sexual a los 13 años. (Tabla 13 y gráfico XIII)

En relación a la discusión de los resultados: encontramos en nuestro estudio que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen buenas relaciones intrafamiliares en la dimensión de unión y apoyo, expresión y dificultades lo que nos indica que las familias de nuestras pacientes se han adaptado a la situación de cambio en este caso el embarazo de la adolescente.

En cuanto a la etapa de la adolescencia donde se presenta con mayor frecuencia el embarazo en nuestro estudio fue en la adolescencia tardía de acuerdo a la

clasificación de la OMS, lo cual concuerda con lo reportado por Panduro y Cols. (2012) quien reporta en su estudio una edad promedio de las adolescentes embarazadas de 16.65 años de edad.

El grado de escolaridad de los sujetos en estudio fue nivel secundaria en un 60.3%, lo que concuerda con lo reportado por Díaz y Cols. (2006) en su estudio donde las adolescentes incluidas en el mismo, tenían como nivel de escolaridad predominante el medio básico (secundaria).

Derivado de la aplicación del instrumento de medición, se determinó que dentro del estatus civil de las adolescentes embarazadas, 63.1% refirió vivir en pareja, lo cual contrasta con lo reportado por INEGI 2007 donde el número de nacimientos se presentó con mas frecuencia en mujeres entre los 15 y 19 años que se encontraban en este estatus civil.

La ocupación de las adolescente embarazadas fue la siguiente: 58.9% se dedican solo a quehaceres domésticos lo cual concuerda con lo reportado por Panduro y Cols.

El 83.7% de las adolescentes embarazadas en el estudio eran primigestas un poco mayor al reportado por Panduro y Cols. (2012) el cual fue de 72.2% el número de pacientes primigestas.

En cuanto al conocimiento del uso correcto de métodos anticonceptivos 119 (84.4%) respondieron que si tenían conocimiento, lo que concuerda con lo reportado en ENSANUT (2012) donde el 90% de la población de 12 a 19 años de edad a nivel nacional reporto conocer o haber escuchado hablar de alguno de los métodos anticonceptivos.

Cabe destacar que un gran porcentaje de nuestras pacientes cuenta con el antecedente de que su mamá también presentó embarazo en la adolescencia lo cual concuerda con lo reportado por Panduro y Cols. (2012) donde las madres de 76% de estas adolescentes también fueron madres adolescentes.

Concluimos que la edad de inicio de vida sexual activa de nuestras pacientes en promedio fue alrededor de los 16 años lo que corresponde con lo encontrado con las estadísticas nacionales.

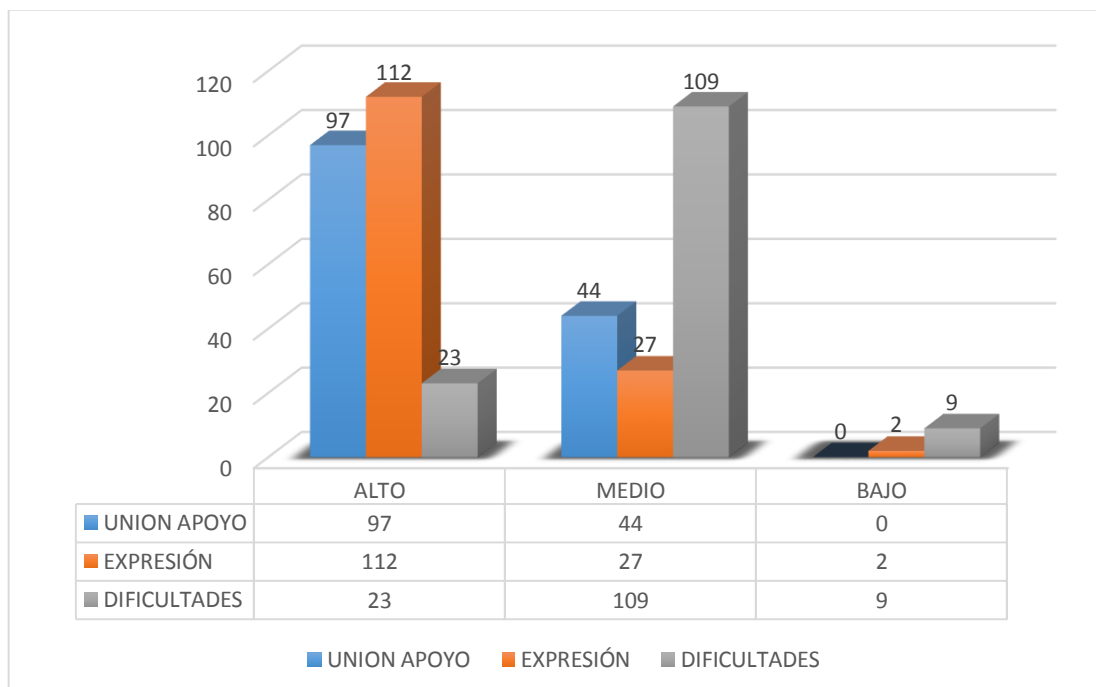
X.- CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO 1. DIMENSIONES DE LA ESCALA DE RELACIONES
INTRAFAMILIARES EN LAS ADOLESCENTE EMBARAZADAS DE LA UMF
No. 75, AÑO 2013**

DIMENSIÓN	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
UNION APOYO	97	44	0	141
EXPRESIÓN	112	27	2	141
DIFICULTADES	23	109	9	141

FUENTE: Escala de evaluación de Relaciones Intrafamiliares (Rivera-Heredia y Padilla Barraza 1992) aplicada a adolescentes embarazadas de UMF No. 75, octubre 2013.

**GRÁFICA I. DIMENSIONES DE LA ESCALA DE RELACIONES
INTRAFAMILIARES EN LAS ADOLESCENTE EMBARAZADAS DE LA UMF
No. 75, AÑO 2013**



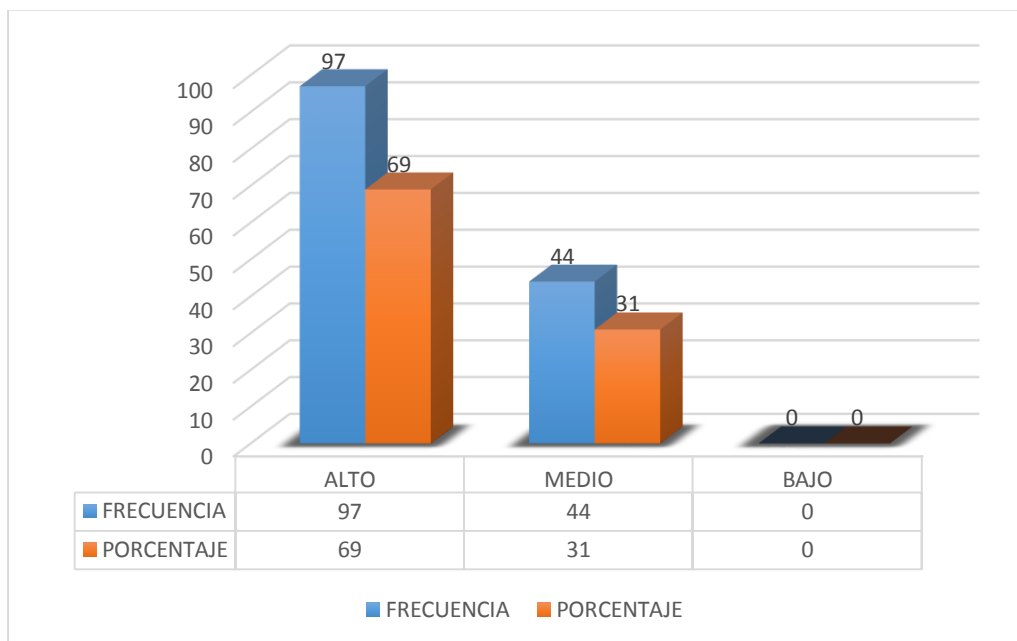
FUENTE: Escala de evaluación de Relaciones Intrafamiliares (Rivera-Heredia y Padilla Barraza 1992) aplicada a adolescentes embarazadas de UMF No. 75, octubre 2013.

CUADRO 2. DIMENSIÓN DE UNIÓN Y APOYO EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013

Dimensión de unión y apoyo	Frecuencia	Porcentaje
Alto	97	69
Medio	44	31
Bajo	0	0
Total	141	100

FUENTE: Escala de evaluación de Relaciones Intrafamiliares (Rivera-Heredia y Padilla Barraza 1992) aplicada a adolescentes embarazadas de UMF No. 75, octubre 2013.

GRÁFICA II. DIMENSIÓN DE UNIÓN Y APOYO EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013



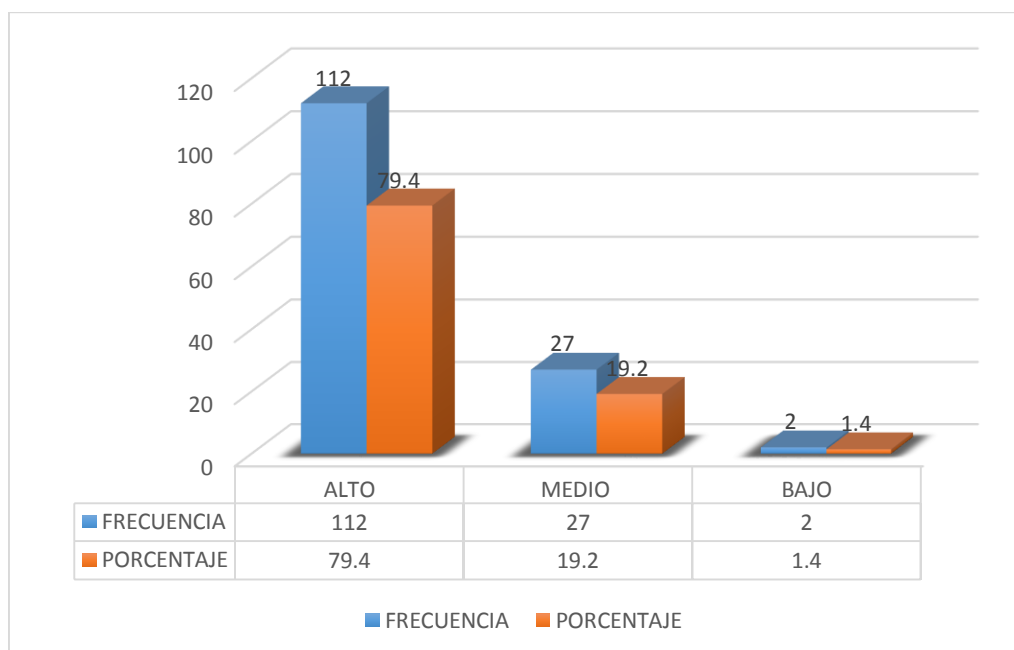
FUENTE: Escala de evaluación de Relaciones Intrafamiliares (Rivera-Heredia y Padilla Barraza 1992) aplicada a adolescentes embarazadas de UMF No. 75, octubre 2013.

CUADRO 3. DIMENSIÓN DE EXPRESIÓN EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013.

Dimensión de expresión	Frecuencia	Porcentaje
Alto	112	79.4
Medio	27	19.2
Bajo	2	1.4
Total	141	100%

FUENTE: Escala de evaluación de Relaciones Intrafamiliares (Rivera-Heredia y Padilla Barraza 1992) aplicada a adolescentes embarazadas de UMF No. 75, octubre 2013.

GRÁFICA III. DIMENSIÓN DE EXPRESIÓN EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013.



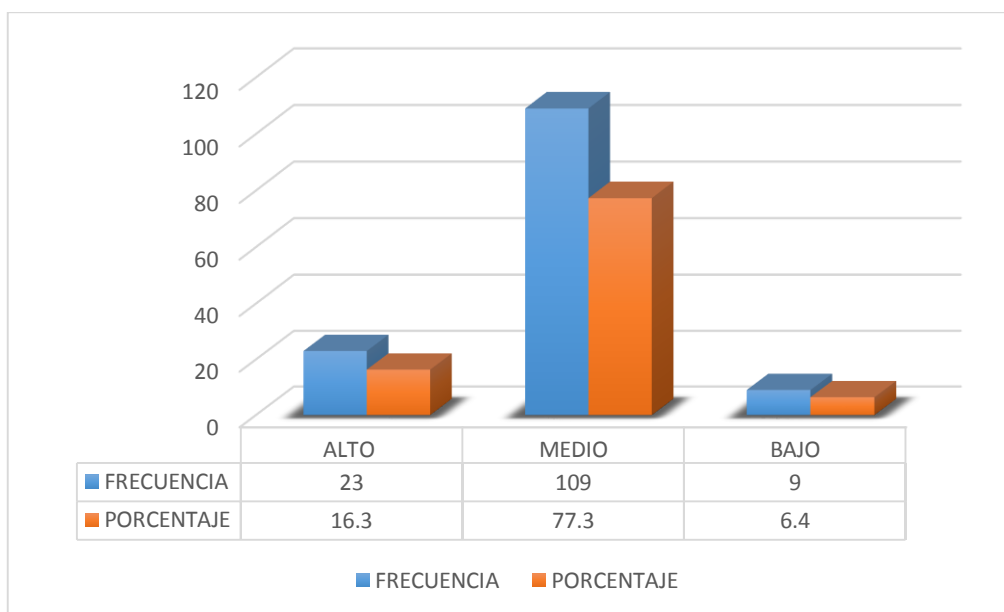
FUENTE: Escala de evaluación de Relaciones Intrafamiliares (Rivera-Heredia y Padilla Barraza 1992) aplicada a adolescentes embarazadas de UMF No. 75, octubre 2013.

CUADRO 4. DIMENSIÓN DE DIFICULTADES EN LAS ADOLESCENTE EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013.

Dimensión de dificultades	Frecuencia	Porcentaje
Alto	23	16.3
Medio	109	77.3
Bajo	9	6.4
Total	141	100

FUENTE: Escala de evaluación de Relaciones Intrafamiliares (Rivera-Heredia y Padilla Barraza 1992) aplicada a adolescentes embarazadas de UMF No. 75, octubre 2013.

GRÁFICA IV. DIMENSIÓN DE DIFICULTADES EN LAS ADOLESCENTE EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013.



FUENTE: Escala de evaluación de Relaciones Intrafamiliares (Rivera-Heredia y Padilla Barraza 1992) aplicada a adolescentes embarazadas de UMF No. 75, octubre 2013.

CUADRO 5. RANGO DE EDAD DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10-14	1	0.70
15-19	140	99.30
TOTAL	141	100

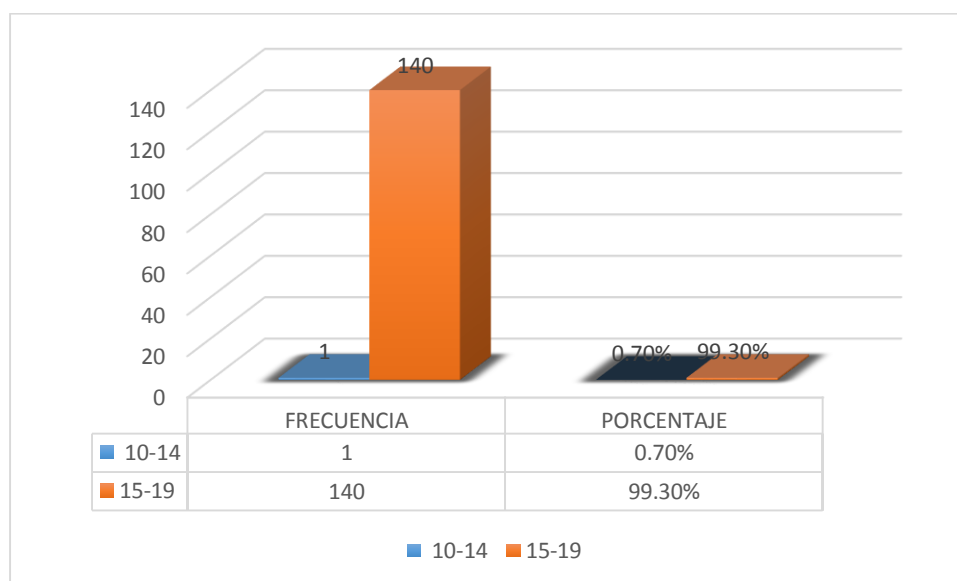
Media=17.14

Mediana= 17

Moda= 17

FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

GRÁFICA V. RANGO DE EDAD DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013.



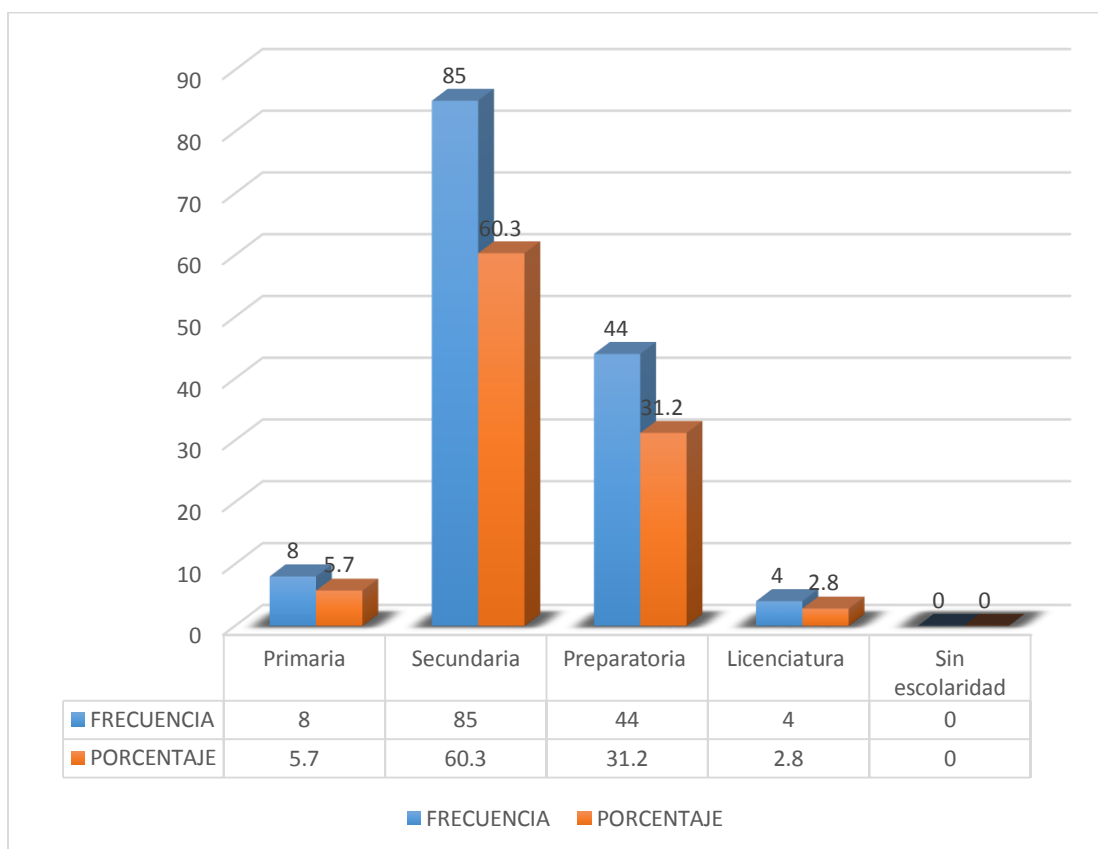
FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

CUADRO 6. ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTE EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	8	5.7
Secundaria	85	60.3
Preparatoria	44	31.2
Licenciatura	4	2.8
Sin escolaridad	0	0
Total	141	100

FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

GRÁFICA VI. ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTE EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013.



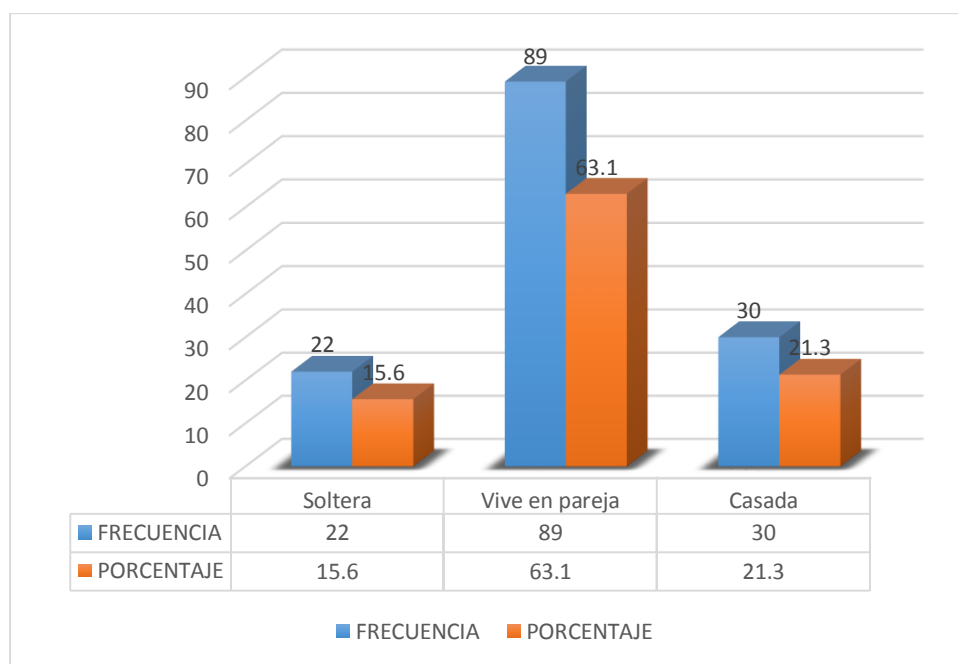
FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

CUADRO 7. ESTATUS CIVIL EN LAS ADOLESCENTE EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013.

Estatus civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	22	15.6
Vive en pareja	89	63.1
Casada	30	21.3
Total	141	100%

FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

GRÁFICA VII. ESTATUS CIVIL EN LAS ADOLESCENTE EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013.



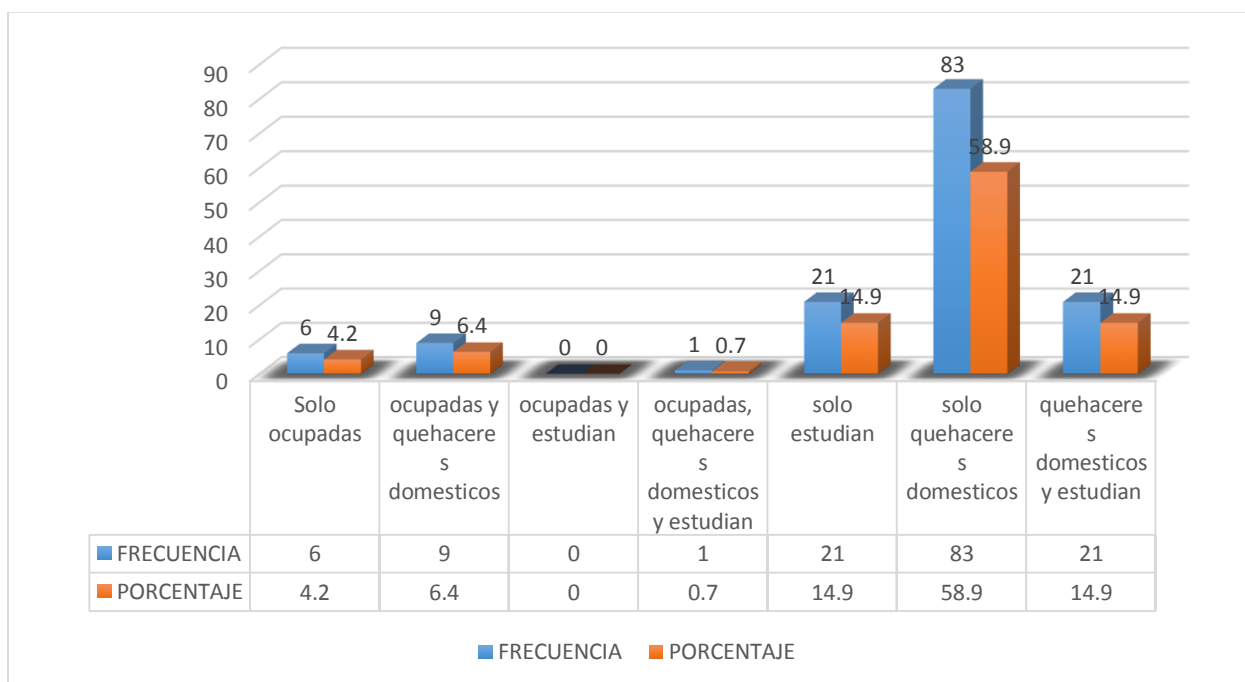
FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

CUADRO 8. OCUPACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013.

Ocupación de las adolescentes embarazadas	Frecuencia	Porcentaje
Solo ocupadas	6	4.2
Ocupadas y quehaceres domésticos	9	6.4
Ocupadas y estudian	0	0
Ocupadas, quehaceres domésticos y estudian	1	0.7
Solo estudian	21	14.9
Solo quehaceres domésticos	83	58.9
Quehaceres domésticos y estudian	21	14.9
Total	141	100%

FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

GRÁFICA VIII. OCUPACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013.



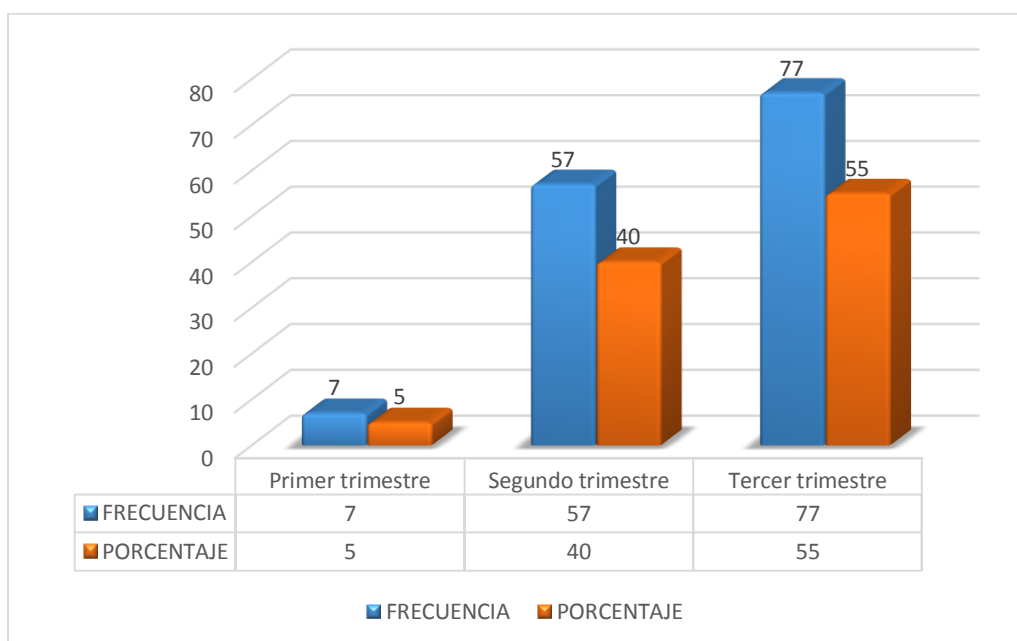
FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

**CUADRO 9. EDAD GESTACIONAL DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013**

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
Primer trimestre	7	5
Segundo trimestre	57	40
Tercer trimestre	77	55
Total	141	100%

FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

**GRÁFICA IX. EDAD GESTACIONAL DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013**



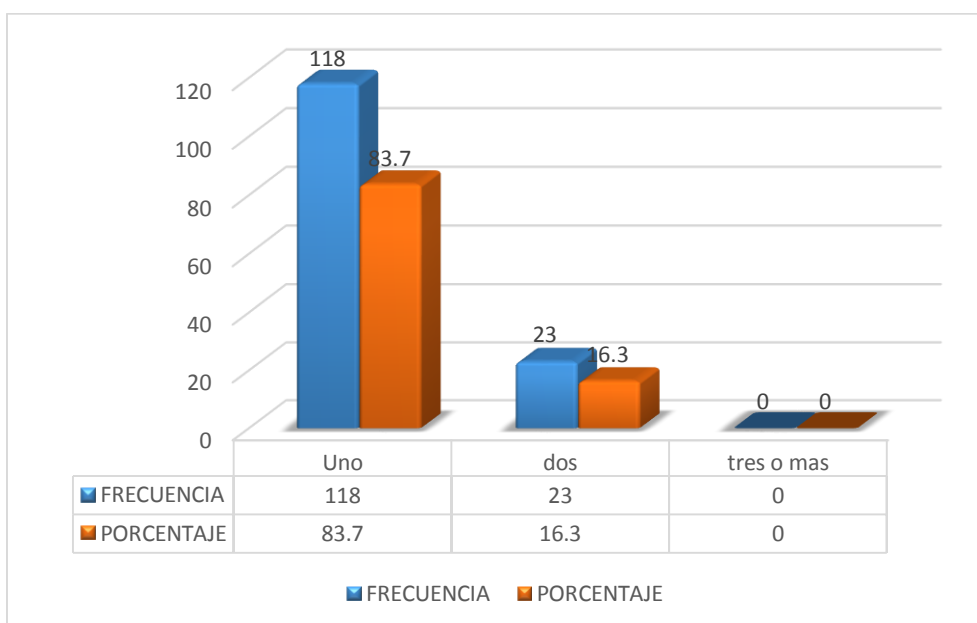
FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

**CUADRO 10. NÚMERO DE EMBARAZOS EN LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013**

Número de embarazos	Frecuencia	Porcentaje
Uno	118	83.7
dos	23	16.3
tres o mas	0	0
Total	141	100%

FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

**GRÁFICA X. NÚMERO DE EMBARAZOS EN LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013**



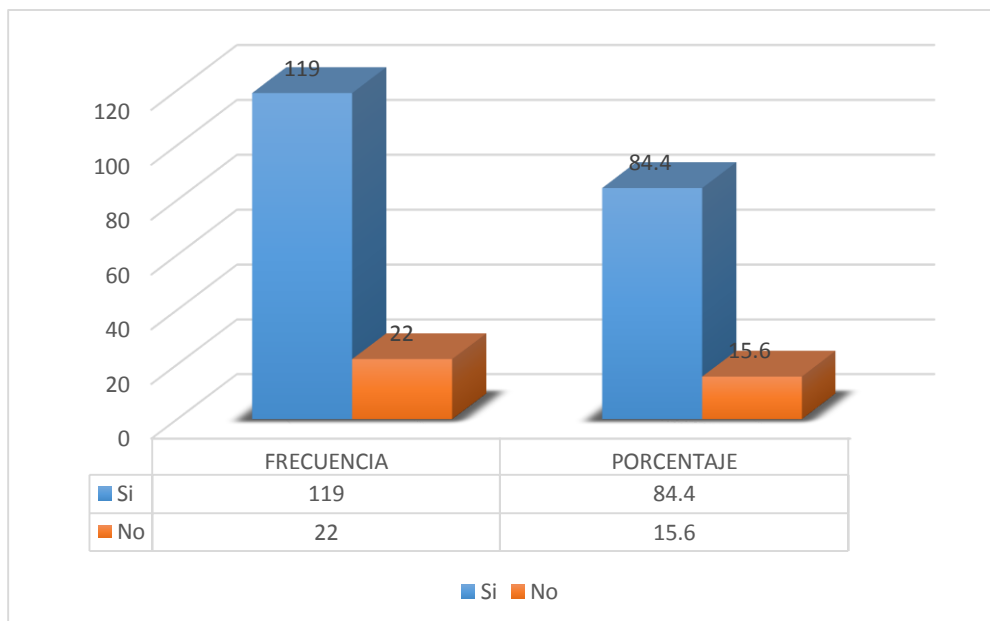
FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

CUADRO 11. CONOCIMIENTO DE USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013

Conocimiento del uso de métodos de planificación familiar	Frecuencia	Porcentaje
Si	119	84.4
No	22	15.6
Total	141	100%

FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

GRÁFICA XI. CONOCIMIENTO DE USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013



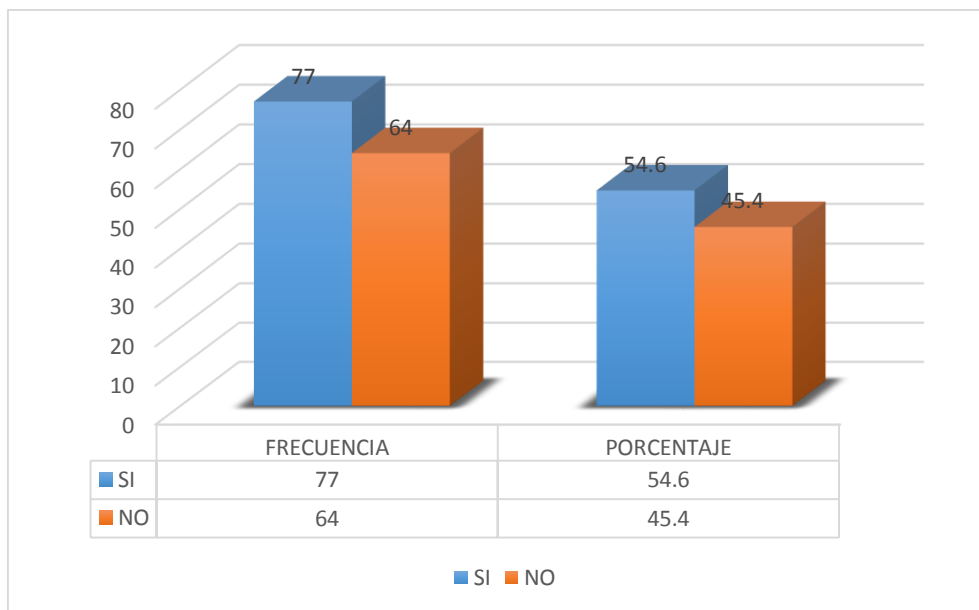
FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

**CUADRO 12. ANTECEDENTE DE MADRE CON EMBARAZO
 ADOLESCENTE, EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF
 No. 75, AÑO 2013.**

Antecedentes de madre con embarazo adolescente	Frecuencia	Porcentaje
SI	77	54.6
NO	64	45.4
Total	141	100%

FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

**GRÁFICA XII. ANTECEDENTE DE MADRE CON EMBARAZO
 ADOLESCENTE, EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF
 No. 75, AÑO 2013.**



FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

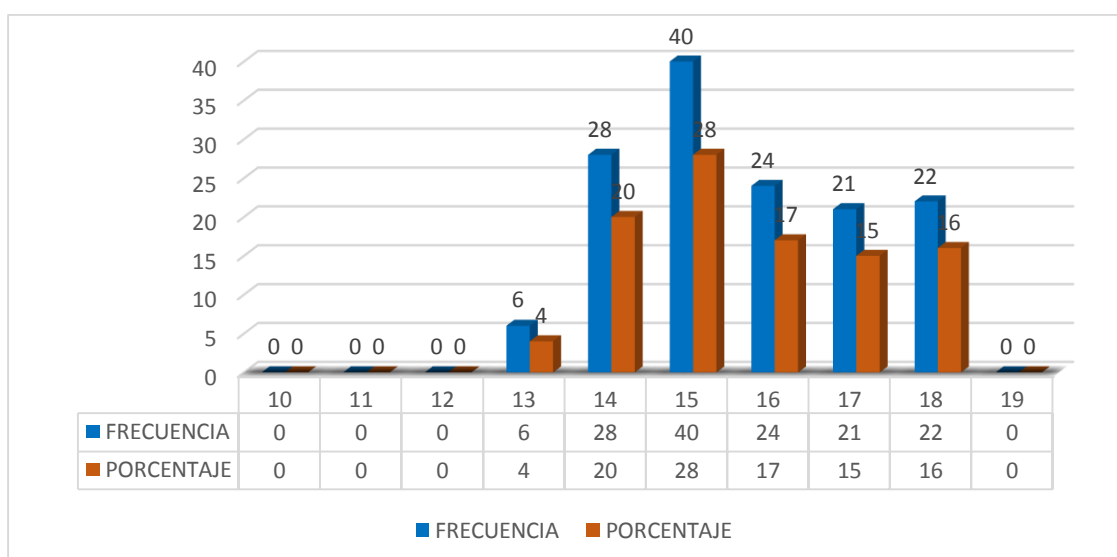
CUADRO 13. EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013.

Edad de inicio de vida sexual	Frecuencia	Porcentaje
10	0	0
11	0	0
12	0	0
13	6	4
14	28	20
15	40	28
16	24	17
17	21	15
18	22	16
19	0	0
TOTAL	141	100

Media= 16
 Mediana= 15
 Moda=15

FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

GRÁFICA XIII. EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 75, AÑO 2013.



FUENTE: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, Octubre 2013

XI.- CONCLUSIONES

El embarazo adolescente es un problema de salud pública que se presenta en nuestro país a pesar de los programas de planificación familiar y educación sexual que se han implementado, ya que no se observa solo un contexto en este problema sino que es de origen multicausal, en donde la familia juega un papel importante para la aparición o no del embarazo adolescente, y si se presenta, modifica la dinámica familiar generando adaptación a la nueva situación.

Por lo tanto, la presencia de embarazo adolescente, interfiere de manera activa en el contexto familiar ya que ocasiona una crisis paranormativa la cual puede superarse; y en caso contrario, persistir, ocasionando con esto un conflicto a la adolescente embarazada en sus relaciones intrafamiliares, las cuales generalmente se consideran una red de apoyo para que la adolescente culmine satisfactoriamente su embarazo presentando así menos complicaciones al llevar un adecuado control prenatal sin tener que ocultarse por miedo y discriminación social y/o familiar.

En la investigación realizada acerca de las relaciones intrafamiliares en las adolescentes embarazadas de la UMF No. 75, se concluyó que existen buenas relaciones intrafamiliares en dos de sus tres dimensiones (expresión, unión y apoyo) al mostrar puntajes altos en los resultados, a diferencia de la dimensión de dificultades donde las adolescentes embarazadas obtuvieron la mayoría un puntaje medio lo que nos traduce un grado de percepción negativa frente a los conflictos dentro de la familia. Sin embargo se encuentran otros factores que se asocian a la presencia del embarazo a edades tempranas en estas adolescentes, como el antecedente de que las madres de estas hayan sido también madres adolescentes, lo que nos indica que se repite un patrón cultural, así como el grado de instrucción educativa que presenta la mayoría de nuestra población estudiada que fue nivel secundaria, lo cual hace referencia a que pudieran carecer de información adecuada en relación a educación sexual y métodos de planificación familiar.

Otro dato a enfatizar es el inicio de vida sexual activa, en promedio inician a los 16 años lo cual indica que muchas de ellas presentan deserción escolar debido a la condición obstétrica, lo que condiciona que tengan menos oportunidad de aspirar a empleos bien remunerados por el grado de instrucción que presentan.

Por otra parte, la hipótesis inicialmente planteada, se descartó, ya que las adolescentes embarazadas no presentaron relaciones intrafamiliares deficientes, por el contrario, presentan un buen sentido de solidaridad y de pertenencia en el sistema familiar, así como buena comunicación verbal de las emociones, ideas y acontecimientos de los integrantes de la familia dentro de un ambiente de respeto. Este fenómeno pudo ser un resultado secundario a una buena adaptación de la familia ante los cambios que genera el recibir un nuevo integrante en la familia así como el rol de madre que ahora asumirá la adolescente. Sin embargo esto no excluye que en algún momento de la adolescencia hayan presentado malas relaciones intrafamiliares y que por ende haya condicionado la presencia de embarazo a edad temprana, dando como resultado de este, una mejora de la relación entre la adolescente y su familia, por lo que sigue siendo de gran importancia estudiar el contexto familiar, social y cultural a las adolescentes para así tener más elementos para prevenir embarazos a temprana edad y evitar las complicaciones del mismo.

Los resultados ponen de manifiesto la necesidad de adquirir una cultura de prevención de los embarazos adolescentes en la población vulnerable a partir de una sólida formación sobre educación sexual, que incluya tópicos básicos como:

- 1.- proyecto de vida
- 2.- anticoncepción
- 3.- sexualidad responsable
- 4.- comunicación y autoestima
- 5.- infecciones de transmisión sexual

El por qué los mismos resultados ponen de manifiesto que parte de la génesis del problema no radica en una dinámica familiar afectada, sino en la deficiencia de instrucción, capacitación y educación en materia de sexualidad. Los resultados mostraron un bajo nivel educativo en las adolescentes que cursan con un embarazo (educación media básica: secundaria). Esta situación conlleva a analizar el plan educativo del propio nivel de educación media. No existen materias o asignaturas dirigidas a la revisión significativa de estos temas en el ámbito escolar; de aquí la necesidad de implementar estas asignaturas en niveles inferiores, por ejemplo desde el 4º o 5º año de la escuela primaria. Los resultados lo sustentan: el promedio de inicio de vida sexual se presenta en las adolescentes embarazadas a los 15 años de edad. De aquí que el problema se deba analizar al menos 5 años atrás de su etapa formativa. Una suficiente capacitación y formación sobre educación sexual en niñas que tienen 10 años de edad, les proporcionará los elementos teóricos y de madurez emocional necesarios para decidir en forma libre y voluntaria el iniciar su vida sexual o no, y en caso de iniciarla, hacerlo con las mejores medidas de protección, no solo para evitar embarazos no planeados, sino también infecciones de transmisión sexual.

XII.- RECOMENDACIONES

La prevención primaria es uno de los pilares de la medicina familiar, mediante acciones preventivas se puede evitar el embarazo adolescente.

- Las acciones primordiales que el médico familiar debe realizar incluyen una atención integral de la adolescente, el fortalecimiento de las buenas relaciones intrafamiliares, promoción familiar para una participación activa en el proceso formativo del adolescente en cuanto a educación sexual.
- Una vez que se presenta un embarazo adolescente, el médico familiar debe proporcionar información completa a la adolescente embarazada y su familia sobre las complicaciones inherentes del embarazo, signos de alarma, así como reforzar la importancia de llevar a cabo un adecuado control prenatal.
- Implementar en las unidades de primer nivel un módulo específicamente de salud del adolescente con el objetivo de proporcionar información adecuada con énfasis en los temas de salud sexual y reproductiva, evitando así que se difunda información errónea e incompleta.
- Establecer un conjunto de medidas dirigidas para generar cambios conductuales y en las relaciones sociales entre las personas y en la comunidad en materia de embarazo en adolescentes, mediante pláticas a padres y adolescentes en sus comunidades.
- Educar e informar a las y los adolescentes en los programas tanto de educación como de salud, enfatizando las ventajas de retardar el inicio de la vida sexual activa para evitar en las mujeres riesgo obstétrico en el embarazo y la adquisición de enfermedades sexualmente transmitidas.

- Dar información correcta y educación en el primer nivel de atención sobre la forma de evitar las infecciones sexualmente transmitidas reduciendo la exposición al riesgo, mediante trípticos y demostraciones del uso correcto del preservativo.
- Canalizar a los jóvenes que requieren información y atención en materia de salud sexual y reproductiva a los módulos de salud en el adolescente.
- Establecer estrategias integrales para dar información respecto a sexo con protección, así como las consecuencias del embarazo adolescente en el ámbito, social, escolar, económico y familiar por medios de trípticos, los cuales se proporcionarían en diferentes centros educativos, desde cuarto año de primaria hasta nivel secundaria.
- Articular los diferentes programas de salud existentes, desde los encaminados a las y los niños como el de arranque parejo en la vida y demás de salud infantil pasando por los de Salud sexual y Salud reproductiva y el de prevención de enfermedades infectocontagiosas así como el del VIH/SIDA, manejo de la mujer embarazada y del Cáncer cérvico-uterino ya que existe una relación franca entre ellos e instruir en todas las campañas.
- Generar un plan de capacitación para el personal de salud enfocado a la actualización de los temas de salud sexual y reproductiva que ayude a prevenir la presencia de embarazo adolescente.

Es importante continuar la presente línea de investigación con respecto al tema de embarazo adolescente, con la finalidad de establecer acciones prioritarias de intervención oportuna en la prevención primaria disminuyendo así la morbimortalidad materno fetal.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Trillo MV, Loreto QN, Figueroa VC. Embarazo en adolescentes: problema de salud pública o intervención social. CULCyT. 2013; 49(1):51-59.
2. Poo A, Baeza B, Capel P, Llano M, Tuma D, Zúñiga D. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Rev SOGIA. 2005; 12(1):17-24.
3. Ulanowicz MG, Parra KE, Wendler GE, Monzón LT. Riesgo en el embarazo adolescente. Rev. de posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2006 ene; 153:13-17.
4. Díaz EC, Rodríguez ML, Mota C, Espindola JG, Meza P, Zarate TA. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. Rev. Perinatol Reprod Hum. 2006; 20(4):80-90.
5. Panduro BJ, Jiménez CP, Pérez MJ, Panduro ME, Peraza MD, Quezada FN. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. Ginecol Obstet Mex. 2012; 80(11):694-704.
6. El embarazo en edades tempranas en México. Políticas públicas para su atención. Disponible en:
http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/informacion_analitica_2010/Doc_28.pdf
7. Embarazo adolescente y madres jóvenes en México. Disponible en:
http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo_Adolescente.pdf
8. Mancilla J. Embarazo en adolescentes. Vidas de riesgo. Rev. Perinatol Reprod Hum. 2012; 26(1):5-7.


9. León P, Minassian N, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev Ped Elec. 2008; 5(1):42-51.
10. Díaz V. El embarazo de las adolescentes en México. Gac Méd Méx. 2003; 139(1):S23-S28.
11. Stern C. Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. Papeles de Población. 2004; 39:129-158.
12. Salud adolescente. Disponible en:
[http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_download
&gid=507&Itemid=](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=507&Itemid=)
13. Encuesta Nacional de Salud y nutrición 2012. Disponible en:
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
14. Adolescentes en el estado de México. Disponible en:
[http://qacontent.edomex.gob.mx/idc/groups/public/documents/edomex_archivo/
coespo_pdf_adolmx.pdf](http://qacontent.edomex.gob.mx/idc/groups/public/documents/edomex_archivo/coespo_pdf_adolmx.pdf)
15. Jornada de atención para madres adolescentes. Disponible en:
<http://neza.gob.mx/notas.php?val=0148>
16. Rivera ME, Andrade P. Escala de Evaluación de Relaciones Intrafamiliares (E.R.I). Uaricha Rev. de Psicología. 2010; 14:12-29.
17. Oliva DA. Relaciones Familiares y desarrollo adolescente. Anuario de psicología. 2006; 37(3):209-223.
18. Marín LR, Villafañe A. La relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente. Revista electrónica de Psicología Iztacala. 2006; 9 (3):24-42.

19. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev. Fac Med UNAM. 2004 Ene-Feb; 47(1):24-27.

20. Baena RA, Alba A, Jaramillo MC, Quiroga SC, Luque L. Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. Aten Fam. 2012; 19(4):82-85.

21. Embarazo Adolescente. Disponible en:
<https://gire.org.mx/publica2/embarazoact03.pdf>

XIV. ANEXOS
ANEXO 1

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
Nombre del estudio:	“Relaciones intrafamiliares en las adolescentes embarazadas de la unidad de medicina familiar n° 75 del IMSS Nezahualcóyotl, Estado de México”
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA.
Lugar y fecha:	Avenida López Mateos. Esquina Avenida Chimalhuacán s/n. Col. El Palmar, Nezahualcóyotl, Estado de México, 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar las relaciones intrafamiliares de las adolescentes embarazadas de la UMF N° 75
Procedimientos:	APLICACIÓN DE ESCALA DE EVALUACION D ELAS RELACIONES INTRAFAMILIARES Y CUESTIONARIO DE FICHA DE IDENTIFICACIÓN
Posibles riesgos y molestias:	RIESGO: NINGUNO. MOLESTIAS: INVERTIR APROXIMADAMENTE 15 MINUTOS.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los participantes conocerán los resultados obtenidos del estudio.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	SE DARAN A CONOCER LOS RESULTADOS GLOBALES DEL ESTUDIO A LOS PARTICIPANTES.
Participación o retiro:	LA PARTICIPACION ES VOLUNTARIA.
Privacidad y confidencialidad:	EL CUESTIONARIO ES ANONIMO. SE GARANTIZA LA AUTONOMIA Y PRIVACIDAD DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS ETICO-MEDICOS.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Carbajal Martínez Nanci Residente de tercer año de Medicina Familiar
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 15 ESTADO DE MEXICO ORIENTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 75
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR



CUESTIONARIO

FOLIO: _____

INSTRUCCIONES: A continuación encontrara una serie de preguntas, lea detenidamente cada una de ellas y responda con la mayor honestidad posible. Este cuestionario es anónimo, pero si usted lo desea puede anotar su nombre. Es muy importante que **NO DEJE ENUNCIADOS SIN RESPONDER.**

1 NOMBRE: _____

2. EDAD: _____

3. ¿Cuál es su escolaridad?

- 1) Sin escolaridad
- 2) Primaria
- 3) Secundaria
- 4) Preparatoria
- 5) Licenciatura

4. ¿Cuál es su estado civil actual?

- 1) Soltera
- 2) Vive con su pareja
- 3) Casada

5. ¿Cuál es su ocupación actual?

- 1) Sólo ocupada
- 2) Ocupada y quehaceres domésticos
- 3) Ocupada y estudia
- 4) Ocupada, quehaceres domésticos y estudia
- 5) Sólo estudia
- 6) Sólo Quehaceres domésticos
- 7) Quehaceres domésticos y estudia

6. ¿Cuántos meses de embarazo tiene? _____

7. Número de embarazos que ha tenido incluido el actual: _____

8. ¿Conoces el uso adecuado de los métodos de planificación familiar?:

- 1) Si
- 2) no

9. ¿Tienes antecedente de embarazo adolescente en tu familia (madre)?:

- 1) Si
- 2) no

10. ¿Tus padres viven juntos?

- 1) si
- 2) no

11. ¿Edad en que inicio vida sexual? _____

**ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA RELACIONES
INTRAFAMILIARES (E.R.I.)
INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN**

Ayúdanos a conocer cómo funcionan las familias en México, con base en la experiencia y opinión que tienes sobre tu propia familia. La información que tú proporciones será estrictamente confidencial. Recuerda que lo importante es conocer TU punto de vista. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible. Gracias por tu colaboración.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = 4 = DE ACUERDO

N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)

D = 2 = EN DESACUERDO

TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

EVALUACION DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES (12 REACTIVOS)		TA	A	N	D	TD
1	Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos	5	4	3	2	1
2	Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	5	4	3	2	1
3	En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás	5	4	3	2	1
4	Mi familia es cálida y nos brinda apoyo	5	4	3	2	1
5	En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones	5	4	3	2	1
6	La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable	5	4	3	2	1
7	Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto	5	4	3	2	1
8	Mi familia me escucha	5	4	3	2	1
9	Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia	5	4	3	2	1
10	Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros	5	4	3	2	1
11	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	5	4	3	2	1
12	Los conflictos en mi familia nunca se resuelven	5	4	3	2	1