



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



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, CIUDAD VICTORIA
TAMAULIPAS**

**“CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES Y FAMILIARES DE
LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL RURAL
IMSS OPORTUNIDADES NUMERO 80 SOTO LA MARINA,
TAMAULIPAS”**

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

PRESENTA:

DRA. MA GUADALUPE BRAMBILA CARDENAS





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES Y FAMILIARES DE LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL RURAL IMSS
OPORTUNIDADES NUMERO 80 SOTO LA MARINA, TAMAULIPAS"**

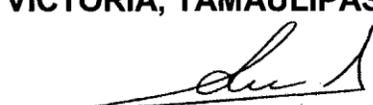
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MA GUADALUPE BRAMBILA CARDENAS

A U T O R I Z A C I O N E S:


DR. RODRIGO RAMÍREZ MUÑIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1, CIUDAD
VICTORIA, TAMAULIPAS


DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA
ASESOR METODOLÓGICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, COORDINADOR DE LA UNIDAD DE
EDUCACIÓN CONTINUA "DR. FRANCISCO J. BALMIS" SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO, FACULTAD
DE MEDICINA, UNAM


DRA. ANA LILIA MEDINA ZARAGOZA
ASESOR CLINICO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 77 DEL IMSS, CIUDAD
MADERO, TAMAULIPAS


DR. FELIPE GUÁRNEROS SÁNCHEZ
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD.

**CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y FAMILIARES DE LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL RURAL IMSS
OPORTUNIDADES NÚMERO 80 SOTO LA MARINA, TAMAULIPAS**

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

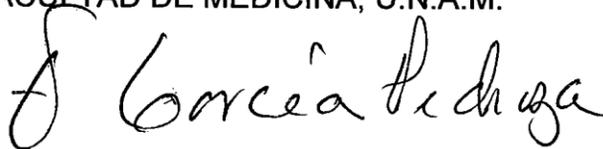
PRESENTA

DRA. MA. GUADALUPE BRAMBILA CÁRDENAS

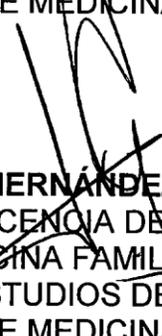
AUTORIZACIONES



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



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



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

**“CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES Y FAMILIARES DE LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL RURAL IMSS
OPORTUNIDADES NUMERO 80 SOTO LA MARINA, TAMAULIPAS”**

DEDICATORIA

Está Tesis la dedico a aquellas personas que en algún momento de mi vida cruzaron en ella dando su apoyo en la elaboración de la misma para ellos DIOS LOS BENDIGA POR SIEMPRE..., a ustedes con quien se que siempre puedo contar, por su apoyo incondicional Gracias.

A mi esposo, mis hijas Ximena, Frida Sofia y Edna Jehazul, quienes son el motor que me impulsa día con día, que me dan la sonrisa y el latir de mi fuerza, Gracias, a mi familia, hermanos, en especial a mi hermano el Lic. José Trinidad, su esposa Erika Duarte por su apoyo, para mis padres (q.e.p.d.) me dieron todo lo que soy como persona, ... pero sobre todo Gracias a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”. Thomas Chalmers

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar quiero agradecer al tiempo que he secuestrado de los seres que ocupan mi corazón que de alguna manera jamás recuperare con ellos, Esposo, hijas, hermanos.

A mi esposo que desde nuestro noviazgo estuvo cerca, dando su mirada y su sonrisa en cada temor de mi camino, que solo él vio en mí quien soy realmente y que confió en mi poder de realizar cada proyecto que nace en mis sueños más altos.

A mis hijas que aun en su distancia escuchar tan solo su hermosa y melódica voz diciendo "mami te amo y te extraño, ya no te vayas " generaba una luz dentro de mis ojos y un fuego en mi corazón de amor una descarga infinita, una fuerza inmensa para continuar.... Y del ejemplo que genera de responsabilidad en mí en todo sentido para que en un futuro se sientan orgullosas de su madre que soy y seré toda su vida...

A mis padres con quien siempre he contado en mis mayores proezas y locuras, por su amor infinito y eterno q.e.p.d. gracias a su educación soy la mujer que soy porque sin darse cuenta generaron esta conexión con ellos esta lealtad este amor y este agradecimiento eterno hoy y siempre los amare.....Madre gracias por ser mi amiga y mi cómplice, tu amor que jamás nadie entenderá, pero que yo sé.... Siento y está dentro de mí ese amor que te hace apoyarme cuando todo el mundo deja de hacerlo, ese amor que confía en mí, que perdona, que resiste cualquier prueba y que crece...Padre palabras faltan para expresar lo orgullosa que me hace sentir ser tu hija, Gracias Padre mío...

A mis buenos amigos Dra. Ana Graciela Morales y su esposo Prof. Ernesto Chávez Reynaga que me brindaron su confianza y apoyo en este nuevo caminar.

A la Sra. Teresa Garza Lucio quien me brindo su confianza, apoyo, su paciencia y ser parte de mi familia al cuidado de mis hijas. Mis amores de cariño le llaman Abuelita" gracias por mostrar ese gran corazón.

Al Dr. Apolinar Membrillo Luna y la Dra. Ana Lilia Medina Zaragoza por su confianza en mí que realmente se tomaron su tiempo y conocimiento para sentarse a mi lado y dar su opinión más sincera y real de mi proyecto que en verdad derramaron su experiencia gracias por todos sus detalles académicos y sonreír a mi felicidad de avance en cada escalón de este y mostrar el amor a la profesión real gracias por marcar la diferencia y demostrar que no todos tenemos el egoísmo al enseñar y mostrar nuestro interés en todo aquel que inicia y que desea superación gracias.....

Y a todas aquellas personas que no está su nombre pero si mi agradecimiento ante su mano dentro de esta tesis a ellas aunque haya sido un instante gracias...

INDICE

No.	Contenido	Pag.
I	Introducción	01
II	Resumen	04
III	Marco Teórico	06
IV	Justificación	25
V	Planteamiento del problema	26
VI	Objetivos	28
	Objetivo General	28
	Objetivos Específicos	28
VII	Material y Métodos	29
	1. Tipo de estudio	29
	2. Tipo de muestra y tamaño de la misma	29
	3. Criterios de selección	30
	a. Inclusión	30
	b. Exclusión	30
	c. Eliminación	31
	4. Variables del estudio	32
	5. Método o procedimiento para captar la información	36
	6. Análisis estadístico	36
VIII	Aspectos éticos	37
IX	Recursos	38

X	Resultados	39
	1. Descripción de los resultados (análisis estadístico)	39
	2. Tablas y gráficas	41
XI	Discusión de los resultados	54
XII	Conclusiones	56
XIII	Bibliografía	59
XIV	Anexos	64

I. INTRODUCCIÓN

Los significados atribuibles al embarazo en la adolescencia son múltiples, heterogéneos y hasta contradictorios, por un lado, puede hacerse referencia al significado subjetivo que tiene para la adolescente, conscientemente percibido y manifiestamente expresado. 7

Pero hay otros significados que se infieren a partir de pistas e indicios y que se refieren no sólo a las vivencias y a la subjetividad de las adolescentes, incluidos los aspectos inconscientes, sino también a diferentes aspectos del contexto familiar y social.

Intentar descifrar el significado del embarazo adolescente conduce a la comprensión del comportamiento reproductivo en la adolescencia y, por ende, de sus posibles consecuencias, como el embarazo en esa etapa de la vida, lo cual ha llevado a profundizar en el conocimiento de dichos comportamientos considerando las dimensiones simbólicas, sociales y culturales que promueven el inicio de la vida sexual y la trayectoria reproductiva.

La toma de decisiones sexuales y reproductivas de los adolescentes se inscribe en un complejo entramado que articula, entre otros aspectos, la pertenencia de clase, género y religión y las condiciones de socialización y subjetivación. Por otra parte, dichas decisiones se inscriben en contextos familiares con distintos grados

de sostén familiar que brindan marcos más o menos seguros para un adecuado desarrollo intelectual y afectivo.

Además, esas decisiones se enmarcan en las configuraciones sociales, culturales y simbólicas que prevalecen en la sociedad acerca de la sexualidad y la maternidad.

Las imágenes de género, los estereotipos de roles que éstas asignan a las personas según sexo y las relaciones entre los género basadas en el desequilibrio de poder, contribuyen a explicar las modalidades que adquieren los vínculos sexuales y los comportamientos reproductivos de los adolescentes.

Es conocido el papel de la familia en la socialización de género ya que en ella emergen distintas expectativas acerca de los roles femeninos y masculinos que están condicionadas socioculturalmente. Ya desde el embarazo existen expectativas respecto al que nacerá según su sexo y a partir del nacimiento se da un trato diferencial a niños y niñas que va estructurando y reforzando la identidad de género. El problema es que la diferencia sexual se convierte en desigualdad social en que la mujer ocupa un lugar de subordinación.

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.

Los adolescentes, ya sea que estudien o trabajen, encontrarán en las relaciones sexuales una fuerza biológica que los llevará a la búsqueda de pareja y a desempeñar papeles de adultos.

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

II. RESUMEN

CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES Y FAMILIARES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL RURAL IMSS OPORTUNIDADES NUMERO 80 SOTO LA MARINA, TAMAULIPAS

Ma Guadalupe Brambila Cárdenas* Ana Lilia Medina Zaragoza** Apolinar Membrillo Luna***

Introducción: En los últimos años ha ocurrido un incremento en el número de embarazos en las adolescentes, siendo actualmente un problema médico-social. Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional. Los factores de riesgo descritos son individuales como problemas gineco-obstétricos y psicosociales. Las principales consecuencias psicosociales son la deserción escolar, familias disfuncionales, y problemas económicos.

Objetivo: Conocer las características socioculturales y familiares de las adolescentes embarazadas del Hospital Rural de IMSS-OPORTUNIDADES No 80 de Soto La Marina, Tamaulipas.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo; en una muestra de 100 embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital Rural IMSS Oportunidades No 80 de Soto La Marina Tamaulipas, en el periodo de 6 meses, a las cuales se les aplicó un cuestionario con variables demográficas, socio-familiares y gineco-obstétricos. Para los resultados se

utilizaron estadísticas descriptivas: media aritmética, mediana, moda y desviación estándar con tablas de doble entrada para su presentación tabular y gráfica.

Resultados: El rango de edad encontrado fue de 13 a 19 años con un promedio de 16 años, (23%). El mayor porcentaje se encontraba en unión libre con un 53%, las casadas el 25% y las solteras el 22%. En cuanto a la ocupación la mayoría se dedicaba al hogar en un 87%. Tenían secundaria completa o más, el 75%, el mínimo grado de estudios fue primaria incompleta (2%). El 76% es de religión católica. Las adolescentes estudiadas provenían de una familia tradicional en un 91%, perteneciendo a un medio rural en un 71%. La tipología de la familia de origen fue extensa con un 57%, de las cuales las el 63% eran familias extensas ascendentes. En cuanto a la etapa del ciclo vital familiar se encontró la de dispersión con un 65%. La familia de origen en base a su ocupación es obrera con un 89%. El factor de riesgo más identificado fue tener un familiar directo con antecedente de embarazo adolescente, ya sea madre o hermana, con un 87%.

Conclusiones: El estudio muestra que el antecedente familiar de embarazo adolescente se lee como una identificación con los modelos maternos. La edad, escolaridad y ocupación, así como la tipología familiar tradicional, extensa y rural, y el grado de escolaridad de los padres son factores que podrían determinar esta situación.

Palabras clave: Embarazo en adolescentes, tipología familiar, características socioculturales.

* Tesista, ** Asesor Metodológico. *** Asesor de contenido

III. MARCO TEORICO

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (1970) menciona que la palabra adolescencia deriva del latín “adolescens” que significa hombre joven, siendo el participio activo de “adolescere” que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. También tiene relación con la palabra latina “dolescere” que significa padecer alguna enfermedad o estar sujetos a afectos, pasiones, vicios o malas cualidades.

Es una etapa de transición de entre la niñez y la adultez, caracterizada por procesos específicos, propios e irrepetibles, con una gran intensidad de los afectos y vivencias; de transformaciones importantes y de presión social para lograr metas específicas estos dependiendo de las características culturales lo que define sus características y duración ¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la presentación de la adolescencia predominantemente en la segunda década de la vida, abarca de los 10 a los 19 años y la define como una etapa durante la cual se producen cambios fisiológicos, mentales, afectivos y sociales profundos, en donde los cambios ocurren con rapidez y por lo que se requieren continuas readaptaciones ^{2,3}.

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, ya sea que

estudien o trabajen, encontraran en las relaciones sexuales una fuerza biológica que los lleva a la búsqueda de pareja y a desempeñar papeles de adulto.

Cuando surge el embarazo en una adolescente, la familia se ve obligada a la reestructuración de las funciones de sus miembros, pues aparecen nuevas necesidades en torno a este binomio; hay una movilización inmediata de todos los integrantes para encontrar un nuevo estado de homeostasis familiar, el cual puede ser inicialmente rechazado o causar sorpresa o frustración ^{4,5}.

Según cifras obtenidas del Fondo para la Población de las Naciones Unidas, el embarazo en la adolescencia representa poco más del 10% de todos los nacimientos en el mundo. En EUA se presentan más de medio millón de embarazos en adolescentes, en 1996 en Canadá se embarazaron alrededor de 40,000 adolescentes.

Para 1989, en México se reportó una proporción de adolescentes de 15 a 19 años, casi la cuarta parte de la población nacional. En el 2000 ocurrieron más de 500 mil embarazos en adolescentes menores de 19 años y de 366 mil llegaron a término, lo que represento 17% del total de nacimientos del país ⁴.

La familia es la responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique, también es el eje fundamental para el funcionamiento de nuestra sociedad, sus creencias, sus valores y sus mitos. Estos determinaran la conducta familiar, misma que puede ser

transformadora de las actividades cotidianas del individuo, del país y del mundo entero, por lo cual es importante conocer el contexto social, cultural y familiar para identificar algún patrón a seguir en el embarazo adolescente ⁶.

La adolescencia es un fenómeno biológico, donde inician los cambios endocrinos y sus efectos somáticos, su término es psicosocial, determinado por el momento en que el adolescente estabiliza su definición y vocación de pareja (Florenzano, 1988). La pubertad involucra los aspectos biológicos de la adolescencia, durante ella aparecen los caracteres sexuales secundarios, adquiere la talla adulta y se adquiere la capacidad de procrear⁷.

Los cambios puberales son por la reactivación de 2 ejes endocrinos, uno formado por el hipotálamo, hipófisis adrenal, originando la llamada adrenarquia y el sistema hipotálamo hipófisis gónada, que constituye la gonadarquia. En la mujer la menarca marca el inicio de la vida fértil, existiendo además cambios anatómicos uterinos y corporales. ⁷.

Sociológicamente la adolescencia es el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma, tanto en los aspectos económicos como sociales.

Psicológicamente “la adolescencia es un período crucial del ciclo vital, en el cual los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzando su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron

en su crecimiento previo, recuperando para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propia."(Krauskopf, 1982, en Montenegro & Guajardo, 1994) ^{1,7}.

El principal criterio para señalar el final de la adolescencia y el comienzo de la vida adulta es romper con los lazos de dependencia infantil para poder lograr una identidad propia suponiendo la independencia de los padres, es decir, que la persona llegue a ser autónoma, independiente, autodirigida, capaz de tomar sus propias decisiones y aceptar las consecuencias de ellas, tener una identidad clara de sí misma, saber quién es, cómo pedir y aceptar ayuda de otros y posteriormente, ser capaz de tener un trabajo y formar un hogar, se producen grandes transformaciones psicológicas, la estabilidad emocional del escolar sufre una desintegración, lo que permite una reconstrucción durante la adolescencia. La evolución de la persona en su contexto familiar y social y las condiciones actuales de vida favorecen las relaciones sexuales de las estudiantes,

Dentro de los factores individuales, se plantea que las adolescentes que se embarazan tienen baja autoestima, han fracasado en sus estudios, sentimientos de soledad y conflictos con sus padres, dificultad para establecer metas personales apropiadas y para gratificarse a sí mismas con sus propios logros, poca tolerancia a la frustración, tendencia a la impulsividad y a la inestabilidad emocional, dificultad para anticipar consecuencias y para aprender de la experiencia; además son frecuentes los antecedentes de abuso sexual ^{1,8}.

Es importante conocer las características de esta etapa, por las que todos pasan con sus variantes individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante el embarazo, sabiendo que una adolescente se comportara como corresponde al momento de la vida que esta transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada. Aún dentro de los cambios que se generan en el proyecto de vida en las adolescentes embarazadas, le dan mayor prioridad al apoyo de los padres que al de la pareja^{8,9}.

Se puede decir que el embarazo en adolescentes adquiere distintos significados que implican distintos riesgos, proyectos, reproducción de modelos maternos, transgresión, respuesta a carencias afectivas, etc.

En las familias negligentes se encuentran las situaciones más preocupantes, violencia familiar y escolar, drogas y alcohol, fuga del hogar, actos delictivos, abortos, etc., en estos casos el embarazo puede leerse-escucharse como gritos de adolescentes que carecen de apoyo y afecto.

Es conocido el papel de la familia en la socialización de género ya que en ella emergen distintas expectativas acerca de los roles femeninos y masculinos que están condicionadas socioculturalmente. La diferencia sexual se convierte en desigualdad social en la cual la mujer ocupa un lugar de subordinación (Vielma 2003, Castoriadis y Aulagnier 1988).

La experiencia sexual adolescente se sitúa en el campo de lo prohibido y de la transgresión, de este modo, los comportamientos que serían deseables en el campo de la prevención se asocian a una transgresión de las normas aun mayor (Quintana Sánchez, 2003), por lo que es importante analizar la sexualidad adolescente como un hecho heterogéneo con diferentes factores determinantes, en este sentido el embarazo en la adolescencia es producto de un conjunto de inequidades ligadas a las condiciones de precariedad y pobreza en la que viven los jóvenes (Stern 2001, Weller 2000, Gogna 2005).

En los sectores menos privilegiados, los adolescentes tienen a menudo la necesidad de asumir responsabilidades de cuidados de sí mismos y de sus hermanos, o en algunos casos de los hijos y hasta de los padres así como contribuir al sustento.

Las madres adolescentes se ven enfrentadas a vivir simultáneamente diversas crisis personales y familiares estresantes, lo que incide en desarrollo de sintomatología angustiosa y depresiva, agregándose crisis del embarazo, de la relación de pareja, duelo del abandono de los ideales y metas trazados, etc. Las familias de las adolescentes, en general tienden a mantener una actitud condenatoria, con diferencias de criterio de los adultos en cuanto a la aceptación o rechazo del embarazo y a la actitud que deben tener con la hija¹⁰.

Por otro lado, la familia es el eje fundamental para el funcionamiento de nuestra sociedad, sus creencias, sus valores y mitos, son los que determinan la conducta

familiar, misma que puede ser transformadora de las actividades cotidianas del individuo, del país y del mundo entero, esto se debe centrar en la especial situación de una adolescente con un embarazo, pues debemos tomar en cuenta que una adolescente "no se transforma necesariamente en adulto debido a su embarazo"^{10, 11}.

La familia ha sido motivo de estudio de las más diversas disciplinas, en épocas recientes la medicina a tomado parte activa en el estudio de esta dando importancia a los factores psicológicos y sociales en la salud. Por tanto para llegar a comprender esta relación debemos analizar los cambios y las características históricas de la familia para así tener un panorama amplio de su evolución, así como de las principales modificaciones que han surgido dentro de ésta, desde sus orígenes hasta la actualidad^{12, 13}.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define a la familia como grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas, conjunto de ascendentes, descendientes, colaterales y afines de un linaje¹⁴.

La Organización Mundial de la Salud en 1976, definió a la familia como a los miembros del hogar emparentados entres si hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio¹⁵.

De acuerdo al Consenso Mexicano de Medicina Familiar en el 2005 la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo

lugar, vinculados por lazos ya sea consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique ¹¹.

La evolución de la sociedad ha generado cambios en la familia, dentro de los cambios más impactantes que la están afectando, principalmente en los países desarrollados y en el momento actual, se relacionan con la disminución de la natalidad, el aumento de la tasa de divorcio y de cohabitación, el incremento de las madres solteras, el aumento de los padres solos y de personas que viven solas en general, y la postergación del matrimonio.

En Estados Unidos América Latina y El Caribe la institución familiar está viviendo un rápido proceso de transformación que está cambiando en forma concreta la estructura y formación de la misma, las principales tendencias que se observan son: la reducción del tamaño de la unidad familiar, el descenso y retraso de la nupcialidad, los aumentos de la maternidad precoz, el aumento de las nuevas uniones, aumento de las rupturas conyugales, aumento de los hogares monoparentales, unipersonales y de las familias reconstruidas. ^{16, 17}

El enfoque antropológico-histórico, para el abordaje de la familia ha sido punto de partida para la elaboración de diversas clasificaciones, que se basan fundamentalmente en la relación de parentesco de las familias; incluyendo además otros aspectos relacionados con procesos vinculados a la cultura y desarrollo económico.

Uno de los aspectos que mejor refleja las condiciones de vida de un ámbito territorial es la tipología de los hogares, en cuanto a su tamaño y composición, teniendo en cuenta las diferentes generaciones que conviven en él y las estructuras internas determinadas por variables socioeconómicas como el sexo, la edad, la situación de actividad y el nivel de estudios de sus miembros.

En España, Portugal e Irlanda el modelo familiar que predomina es el de pareja con hijos que representa el 48,8 % de las familias; en Alemania, Dinamarca y Países Bajos se encuentran entre los países con mayor porcentaje de hogares unipersonales ^{16, 19}.

En México, los especialistas en medicina familiar y los residentes de la especialidad se basan en los diferentes autores que estudian a la familia para tipificarla entre ellos se mencionan a De la Revilla, Minuchin, Leñero, etc. ²⁰.

En nuestro país se define al hogar basándose en los criterios de gasto común en alimentación y co-residencia además del parentesco con el jefe del hogar (INEGI 1999); el parentesco en el lazo conyugal y/o filiación, el cual es el criterio esencial y obligatorio para constituir una familia ²¹.

La inserción en los procesos productivos puede propiciar la tipificación de familias con base en sus medios de subsistencia; familias dependientes de los recursos

que se generan en las áreas agrícolas y pecuarias, industrial, comercial y de servicios ²².

Leñero plantea que la familia mexicana se encuentra en un proceso continuo de transformación, lo cual da lugar a una tipología plural que obedece a múltiples factores (subcultura a la que pertenece, clase social, ubicación ecológica, tipo de autoridad, etapa, tamaño, etc.), lo cual denota un reconocimiento mayor a las modalidades informales de la organización de la familia. Las familias informales (unión libre, separación, madres solteras, etc.) aumentan a más de la cuarta parte.

El modelo de familia nuclear conyugal (sólo padres e hijos solteros en el hogar) es el vigente en su ideal, adoptado en un 58% del total de las familias con una mayor incidencia en las familias de clase media. Un 33% está formado por familias extensas o mixtas; predominando estas en el estrato popular. Al respecto la amplitud procreativa entre el primer hijo y el menor, es de casi 8 años, lo cual esta se correlaciona en forma directa con la edad de los padres; a mayor edad, mayor amplitud de este periodo procreativo, siendo indicadores clave de los diversos tipos de familia, determinados rasgos socioculturales como el nivel de escolarización de los padres, la mayor o menor exposición a los medios masivos de comunicación, el grado de religiosidad.

Además resalta el hecho de que la escolaridad de la anterior generación es notablemente más baja que la de sus hijos, y mucho más que la de sus nietos, siendo la adscripción nominal católica mayoritaria.

También existe una baja incidencia de unidades domésticas en las cuales la madre de familia es la jefa del hogar, pero la norma machista opera de manera formal. En el caso de las madres solteras, como conformación familiar, no deja de considerarse “anormal”.

La familia seminuclear es registrada en un 9% de los casos, pero su proporción es presumiblemente mayor, debido a la sanción social que implica. Al igual sucede lo mismo en hogares de divorciados o separados^{23, 24}.

Para Minuchin y Fishman (1994), la estructura familiar puede alterarse por distintos motivos, como el cambio natural que se vive a lo largo del desarrollo de su ciclo de vida, el que marca según van creciendo los hijos, la necesidad de adecuarse, de fijar nuevas reglas, de poner límites, negociar los requerimientos que van surgiendo, pero no sólo los niños crecen y evolucionan, también en los padres y en los abuelos, hay transformaciones. De igual manera puede darse la pérdida de alguno de sus miembros, el rompimiento del matrimonio, la unión de nuevas parejas, o la integración de nuevas familias, entre otras causas²⁵.

La evaluación de la familia se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento, planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial^{6, 25}.

De acuerdo con el Informe 2010 de los objetivos de desarrollo del milenio, el uso de métodos anticonceptivos es cuatro veces mayor entre las mujeres que cuentan con la educación secundaria, que entre aquéllas que carecen de educación.

Por otra parte, la OMS estimó que en el mundo existen 16 millones de mujeres de entre 15 y 19 años que dan a luz cada año, de las cuales el 95% viven en países pobres o en desarrollo; adicionalmente, estos embarazos dan como resultado el 11% del total de nacimientos en el planeta.

Una de las principales preocupaciones en el embarazo adolescente, según la OMS, es que los cuerpos más jóvenes no están plenamente desarrollados para pasar por el proceso del embarazo y el parto sin consecuencias adversas.

Ante ello, la disminución de las tasas de embarazo en adolescentes presenta una evolución lenta, especialmente en países pobres o en vías de desarrollo. De acuerdo a cifras de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en América Latina, 74 de cada mil mujeres que dieron a luz durante 2007 tenían entre 15 y 19 años, para el año 2000 la cifra era de 80 mujeres por cada mil, lo que muestra una muy lenta reducción.

América Latina es la segunda región a nivel mundial en la que la tasas de embarazo en adolescentes se ubica en un nivel alto -80 de cada mil-, pues sólo es superada por África con 116 embarazos de cada mil; así lo indican las cifras del Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010, publicado por Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Los cinco países latinoamericanos con mayor número de casos de embarazo en adolescentes son Nicaragua, Honduras, Ecuador, República Dominicana y Colombia con 102 embarazos en promedio; en México la cifra es de 82 embarazos de adolescentes por cada mil.

Por el contrario los países con menor tasa de natalidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad fueron Trinidad y Tobago, Cuba; Barbados y Chile con menos de 49 registros por cada mil.

Respecto a las relaciones familiares en la región de Latinoamérica, en diversas publicaciones de México, Chile, Cuba, Colombia y Argentina, se ha señalado que la comunicación que hay entre madres e hijas embarazadas, difiere de la comunicación que existe entre madre e hijas no embarazadas, en un estudio se analizó la influencia de la estructura y el funcionamiento familiar concluyéndose que en el proceso de transmisión de actitudes dentro de la familia están involucrados diversos factores, como el compromiso de los padres, la respuesta afectiva positiva, y la comunicación intrafamiliar ²⁶.

De acuerdo a los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, en México la cifra de embarazos en mujeres menores de 20 años, aumenta cada año, así lo indican los datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2011 (INEGI), los cuales refieren que del total nacimientos registrados en 2008 el 18.3% fue en madres de ese grupo de edad. Durante los últimos diez años la cifra se ha incrementado en casi un 2%.

Las entidades federativas que registraron el mayor porcentaje de nacimientos en madres adolescentes en 2008 fueron, Chihuahua con 22.8%; Nayarit con 21.6%;

Baja California y Durango con 20.7%; Coahuila con 20.6%; Baja California Sur y Guerrero con 20%.

Por el contrario los estados con menor porcentaje de nacimientos en adolescentes, en el año referido, fueron el Distrito Federal (15.3%); Jalisco (16.3%); Querétaro y Nuevo León (16.6%) y Guanajuato (16.9%).

De acuerdo con cifras del INEGI, del total de nacimientos registrados en 2008 (2,636,110) 11,530 fueron en niñas menores de 15 años, de ellas 358 tenían diez años; 353 tenían 11 años; 563 tenían 12 años; 1,808 tenían 13 años; 8,448 tenían 14 años y 25,963 tenían 15 años.

En el caso de las adolescentes que en 2008 tenían entre 16 y 17 años, la cifra fue de 59,372 y 93,756, respectivamente. Para el grupo etáreo de 18 y 19 años la cifra fue de 267,308 alumbramientos.

Las entidades federativas que tuvieron una incidencia mayor de embarazos en adolescentes menores 15 años durante 2008, fueron: Estado de México (1,136); Veracruz (946); Chiapas (917); Guerrero (795) y Puebla (670).

Por el contrario las entidades con el menor registro de nacimientos en madres menores de 15 años fueron Colima (70); Baja California Sur (74); Tlaxcala (82); Aguascalientes (94) y Querétaro (112).

En síntesis, a lo largo de 2008, 11,530 niñas menores de 15 dieron a luz en el país, con todas las implicaciones y retos que esa cifra implica.

Según este censo, en Tamaulipas 48.2% de los residentes tiene 26 años o menos y la proporción de niños (de 0 a 14 años de edad) es de 27.6 por ciento. La proporción de uno y otro sexo es semejante, con un leve predominio de mujeres, pues por cada 100 de ellas hay 98 hombres. Esta relación varía conforme la edad, antes de los 19 años se presenta un número mayor de hombres respecto al de mujeres (103.2), después de esa edad la relación se invierte al ganar paulatinamente mayor peso el grupo de mujeres.

En Tamaulipas existe una tendencia gradual hacia la urbanización que se confirma al observar la distribución de la población a nivel de localidades (el censo 2010 revela que 12.2% de la población total del estado vive en localidades de menos de 2 500 habitantes, mientras el 71.3% reside en asentamientos de 100 mil personas o más).

En nuestro estado para el 2009, de acuerdo a la residencia habitual de la madre, se registraron 72 921 nacimientos, de estos, la mayoría de sus madres (52.4%) tiene entre 20 y 29 años, a su vez el grupo de madres menores de 20 años concentra también un porcentaje importante de nacimientos (17.9%). Este último dato es de particular atención, debido a las implicaciones que el inicio temprano de la maternidad tiene para las adolescentes, y en especial para aquellas que se encuentran en condiciones sociales desfavorables.

La tasa de analfabetismo en la población de 15 y más años en nuestro país es de 6.9, siendo 5.6 en hombres y 8.1 en mujeres. En Tamaulipas 3.6% de la población

de 15 años y mas no saben leer ni escribir, esta proporción es de 3.3 en hombres y 3.9 en mujeres ²⁷.

Contrario a lo referido en los Informes de la ONU, en México, el porcentaje de nacimientos en las madres sin escolaridad ha disminuido considerablemente en los últimos diez años, ya que en 1998 la cifra ascendía a 9.4% y para 2008 se ubicó en 5.1%.

En este censo, se determinó que de las 6,421 niñas de menores de 15 años que registraron a sus hijos, 3,534 vivían en unión libre; 1,835 eran solteras; 618 estaban casadas; 35 se habían separado; 6 eran viudas y 2 se habían divorciado.

Para el grupo etáreo de 15 a 19 años de las 388,525 mujeres que registraron a sus hijos, 204,249, vivían en unión libre; 98,988 estaban casadas; 62,578 eran solteras; 1,403 se habían separado; 154 se habían divorciado y 152 eran viudas.

En México, de acuerdo a cifras del INEGI, los métodos anticonceptivos más usados entre mujeres de 15 a 49 años es la salpingoclasia con una recurrencia del 49%; el segundo método más utilizado es el dispositivo intrauterino con 20.6%; y las pastillas anticonceptivas con un 10.4%.

El uso de las pastillas anticonceptivas es de 15.7% en mujeres jóvenes que utilizan método de prevención del embarazo, y de 7.6% para mujeres adultas.

En abril del año 2007, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó la ley que permite a las mujeres la Interrupción Legal del Embarazo, durante las primeras 12 semanas de gestación, convirtiendo al D.F. en la única entidad en la

que se garantizan a las mujeres embarazadas la opción de la interrupción legal del embarazo.

Estudio realizado sobre conducta sexual y riesgo de embarazo en Cd Victoria Tamaulipas a 1212 adolescentes reporta la proporción de relaciones sexuales ha ido incrementando y la edad de inicio va disminuyendo, sin embargo la capacidad para evitar el embarazo no acompaña este comportamiento.

En la jurisdicción de Sanitaria núm.1 de dicha ciudad, en el año 2008 se atendieron 15,137 embarazadas y de estas el 22.0% son menores de 20 años, afectándoles sus planes de vida y futuro, donde el 50% tiene más de una pareja²⁸.

Los que iniciaron su vida sexual a más temprana edad 12 a 15 años presentaron menor porcentaje de uso de método de planificación familiar.

En este estudio el 98.5% de los participantes vivía con sus padres o familiares, no se especifica tipología familiar²⁸.

En otro artículo las participantes en un 85% tenían el antecedente de madre adolescente embarazada. 50% padres casados con bajo nivel de escolaridad,

En el último informe integral hospitalario del segundo trimestre del año en curso del Hospital IMSS oportunidades número 80 se reporta un total de 3813 adolescentes, mujeres de 10 a 14 años 911, y de 15 a 19 años 966, durante la consulta se atendieron 10 aceptantes de planificación familiar de primera vez y acumulados 67 (lo acumulado de este año), durante el postparto 10 aceptantes de primera vez y 57 en el acumulado, los partos atendidos en menores de 20 años fueron en total 100, acumulados 76, Consultas médicas a menores de 15 años

primera vez 1 y acumulado 5, subsecuentes fueron 5 y acumulado 22, de 15 a 19 años consulta de primera vez 5 acumulado 50, subsecuentes 41 y acumuladas 342. Totalidad de primera vez 52 y 419 subsecuentes.

Algunos autores coinciden al mencionar que el embarazo en la adolescencia implica frustración de sueños, planes y estudios venideros, por lo que la joven embarazada pasa a depender completamente de su familia o de la familia del conyuge²⁸.

En la adolescencia los jóvenes generalmente tienen poca información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad incrementando de esta manera el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de esta información es aportada por sus padres, sin embargo la funcionalidad de las familias se encontró alterada en la mayoría de artículos revisados, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia^{1,4,5,8,29-32}.

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad: factores de riesgo individuales, factores de riesgo familiares, disfunción familiar, antecedente de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres, factores de riesgo sociales bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcohol, trabajo no calificado, vivir en área rural, ingreso precoz al trabajo^{4,5,31,32}.

Las familias de las adolescentes, aunque les den apoyo material, en general tienden a mantener una actitud condenatoria que la adolescente vive con mucha

culpa y de autodesprecio. Por otra parte la familia puede desencadenar una crisis por las diferencias de criterio en cuanto a la aceptación o rechazo del embarazo y a la actitud que deben tener con la hija. Pese que el 97.3% de los adolescentes saben cómo evitar el embarazo, y el 66% sabe cómo se usan los métodos correctamente no los utilizan ³³.

Claudio Stern hace una observación, a mayor información y acceso a la metodología anticonceptiva entre los y las adolescentes probablemente tendrán poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo ³⁴.

Ante esta problemática se plantea como objetivo de este estudio identificar las características socioculturales económicas y familiares de las adolescentes embarazadas, a fin de contar con información útil para toma de decisiones responsables de la atención de la adolescente embarazada²⁸. Datos que se recopilarán por medio de la denominada hoja de recopilación de datos, “TEST PARA CONOCER LA TIPOLOGIA DE LAS FAMILIAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS” la cual se describe en el apartado correspondiente.

IV. JUSTIFICACIÓN

En las últimas dos décadas ha aumentado significativamente la preocupación de diversos sectores sociales en México por el fenómeno del embarazo de la adolescente, el cual ya es considerado una problemática biopsicosocial, debido a que interrumpe y desequilibra el proceso de desarrollo biológico, psicológico y social de la madre joven, interfiere en su dinámica social con el mundo social y afecta el desarrollo integral de su hijo, lo cual se ha traducido en políticas y programas, en los cuales tienden a invertirse recursos humanos y económicos crecientes, a pesar de ello distamos mucho de tener una comprensión clara de este fenómeno, por lo que es necesario reformular la investigación a fin de proponer medidas más adecuadas para enfrentarlo ^{8,9,32 y 34}.

El conocer las características socioculturales y familiares de la adolescente embarazada se puede concebir como un proceso fundamental que nos permite realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de su salud, así como planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial dentro de la atención de la medicina familiar ^{4, 29 y 32}.

Es por eso que esta investigación surge con el objetivo de conocer la problemática en nuestra comunidad y para proponer alternativas de solución que os permitan tomar medidas claras de prevención y/o contención de dicha problemática.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México la cifra de embarazos en mujeres menores de 20 años, aumenta cada año, en base a lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática en el 2011, donde se refiere que total de nacimientos registrados en 2008, el 18.3% corresponde a madres de ese grupo de edad. Durante los últimos diez años la cifra se ha incrementado casi un 2%²⁷.

El embarazo en la adolescencia tiene una repercusión a nivel mundial, diariamente se comenta, tanto por médicos, sociólogos, educadores, psicólogos como en la prensa escrita y otros medios de casos específicos en diferentes partes del planeta⁹.

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual y consecuentemente el embarazo, por lo que en la adolescente, esto debe ser considerado como un problema de la sociedad que nos compete a todos, en donde el médico de familia debe jugar un papel activo, ya que este hecho trunca, la mayoría de las veces, el proyecto de vida de las adolescentes y afecta el desarrollo integral del hijo²⁸.

Existen numerosos estudios donde describen como factores predisponentes a las familias disfuncionales, la falta de comunicación con los padres, bajo nivel escolar de los padres, y en un estudio realizado a adolescentes embarazadas el 85% tiene antecedente de madre adolescente^{1, 4, 5, 8, 28-32}.

Por todo lo anterior y después de haber revisado la literatura, además de haber reflexionado sobre este asunto llegamos a la conclusión de que distamos mucho de tener una comprensión clara de este fenómeno, por lo que es necesario reformular la investigación y el conocimiento a fin de proponer medidas más adecuadas para enfrentarlo, por tanto nos surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características socioculturales y familiares de las adolescentes embarazadas del Hospital Rural IMSS oportunidades número 80 de Soto La Marina, Tamaulipas?

VI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer las características socioculturales y familiares de las adolescentes embarazadas del Hospital Rural de IMSS-OPORTUNIDADES No 80, de Soto La Marina, Tamaulipas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar a la población de embarazadas adolescentes del Hospital Rural Número 80 de Soto La Marina, Tamaulipas.
2. Clasificar a la familia en base al parentesco, a la presencia física y convivencia, con base a su ocupación, en base a su desarrollo y a su demografía.
3. Determinar el grado de escolaridad de los padres y de la adolescente embarazada.
4. Describir la etapa del ciclo de vida familiar en el que se encuentra la familia.
5. Mencionar el antecedente de madre adolescente en la familia.
6. Señalar la religión de la embarazada adolescente.
7. Analizar el promedio de edad del primer embarazo

VII. METODOLOGIA

MATERIAL Y METODOSOS

1.- Tipo de Estudio

Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

Población, lugar y tiempo de estudio

Características del lugar donde se desarrolla el estudio: En el Hospital Rural IMSS-OPORTUNIDADES numero 80 ubicado en la calle Antonio Casso y Díaz Mirón s/n. ejido Lázaro Cárdenas. C.P. 87670 Soto la Marina Tamaulipas.

Donde se ofrece atención medica de primer nivel con un área de 20,027 usuarios, con un total de 5 consultorios en el turno matutino, un consultorio de dental, un consultorio de psicología, un departamento de nutrición, archivo clínico, farmacia, laboratorio, radiología y un departamento de Trabajo Social donde se ofrece atención integral, a la adolescente y a la adolescente embarazada.

Para la realización del presente estudio se tomo a la población de adolescentes embarazadas que asistió a la consulta en el hospital en el periodo comprendido de del 15 de enero al 16 de agosto del 2012.

2.- Tipo de muestra y Tamaño de la misma

Técnica muestral y cálculo del tamaño de la muestra: Se tomó en cuenta a todas las adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años en el periodo comprendido del quince de enero al quince de agosto del 2012, que acudan a la consulta externa

del al Hospital Rural IMSS oportunidades numero 80 de Soto La Marina Tamaulipas, siendo una muestra por conveniencia.

3.- Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

1. Adolescentes embarazadas que cuenten con atención médica en el Hospital Rural IMSS oportunidades numero 80 de Soto la Marina Tamaulipas en el periodo comprendido del quince de enero al quince de agosto del 2012.
2. mujeres embarazadas mayores de 10 años y menor de 19 años.
3. Que acepten participar en el estudio mediante consentimiento informado firmado por los padres o tutores de la paciente (cuando sea el caso)
4. Que acudan a su control prenatal.
5. De cualquier edad gestacional.

Criterios de exclusión

1. Embarazadas con una edad menor a 10 años y mayor de 19 años.
2. Embarazadas en las cuales sus padres o tutores no acepten participar en el estudio.
3. Embarazadas atendidas solo por el servicio de urgencia.
4. Que no pertenezca a la población adscrita del Hospital Rural IMSS Oportunidades número 80 de Soto La Marina.

Criterios de eliminación

1. Que retire el permiso para participar en el estudio.
2. Que no acuda a su control prenatal.
3. Que la encuesta esté incompleta.

4.- Variables del Estudio

Variable	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operativa	Escala de medición
Adolescente Embarazada	Dependiente	Es la gestación en mujeres cuyo rango de edad se considera adolescente independientemente de su edad ginecológica.	Paciente con una prueba de embarazo positiva que curse con edad entre 10 y 19 años.	Cualitativa nominal
Clasificación Familiar en base al parentesco	Independiente	El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.	Clasificación del consenso 2005 en: nuclear, n. simple, n. numerosa, reconstruida, mono parental, mono parental extendida, mono parental extendida compuesta, extensa, extensa compuesta, no parental, y sin parentesco en mono parental extendida sin parentesco, grupos similares a familias.	Cualitativa ordinal.

Clasificación en base a la presencia física en el hogar	Independiente	La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. También está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias	De acuerdo al consenso 2005 se clasifica en núcleo integrado, núcleo no integrado, extensa ascendente, extensa descendente, extensa colateral.	Cualitativa ordinal
Clasificación en base a la ocupación	Independiente	Esta clasificación considera la actividad que desarrolla y el entorno geográfico de la familia	Se clasifican en: fam. Campesinas, fam. obreras, familias profesionales	Cualitativa ordinal
Clasificación en base a su desarrollo	Independiente.	El concepto de desarrollo en función de cómo la familia ha evolucionado, especificidad de las funciones de la propia familia. Lo cual recae básicamente en la situación socioeconómica de la familia	La subdividen en tres tipos; moderna, tradicional y arcaica o primitiva.	Cualitativa ordinal
Clasificación en base a su demografía	Independiente	Las poblaciones urbanas están en las grandes capitales y con un número poblacional	Se divide en urbana y rural.	Cualitativa ordinal.

		mayor de 2500 habitantes. Las poblaciones rurales pueden ser o encajar en las familias arcaicas o primitivas, y se encuentran en poblaciones menores a 2500 habitantes		
Clasificación en base a su escolaridad	Independiente	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza, se clasifica en analfabeta, Primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa bachillerato incompleto, bachillerato completo, licenciatura	Cualitativa ordinal.
Clasificación en base a su ciclo de vida (Geyman)	Independiente	la palabra ciclo del latín significa círculo, la palabra hace referencia a la vida humana, implica pensar que la realidad de nuestra especie pasa por una serie de etapas ordenadas en las cuales se presentan fenómenos particulares que se	Consideramos la hecha por Geyman; etapa de matrimonio (inicia con el vínculo matrimonial y concluye con la llegada del primer hijo), expansión (momento en que se	Cualitativa ordinal

		repiten por generaciones	incorporan nuevos miembros en la familia), de dispersión (corresponde a la edad escolar e inicio adolescencia en los hijos), de independencia (los hijos mayores se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen), de retiro y muerte (se enfrentan a retos y situaciones críticas, desempleo, jubilación, viudez, abandono).	
Antecedente familiar	Independiente	Antecedente: que antecede. Familiar: perteneciente o relativo a la familia.	Madre, hermanas, con embarazo adolescente	Cualitativa dicotómica presente o ausente.
Religión	Independiente	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y	La clasificamos en atea, cristiana católica evangelista, testigo de Jehová, otros.	Cualitativa ordinal

		de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.		
Edad	Independiente	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	Edad en la cual se embaraza	Cuantitativa no cualitativa.

5.- Método o procedimiento para captar la información

La fuente de información es a través de un cuestionario aplicado en una entrevista directamente con la paciente. En toda embarazada que llegue a solicitar atención prenatal en consulta de medicina familiar y/o ginecología al Hospital Rural IMSS oportunos, el investigador se presenta a la paciente se le informa sobre el proyecto de estudio se entrega consentimiento informado, en su caso las mayores de 10 años y menores de 19 años se solicitara autorización de un adulto una vez aceptado se procede a realizar el cuestionario. Los cuales se almacenan en una libreta de datos para después procesarse y hacer el análisis estadístico. Se vació la información recolectada en una hoja electrónica de Microsoft Excel, donde se identificó cada una de las variables a estudiar y se llevó a cabo su comparación estadística mediante variables descriptivas como la media aritmética, moda, mediana y desviación estándar, así como tablas de doble entrada, presentación tabular y gráfica

6.- Análisis Estadístico

Se realizó estadística descriptiva, con presentación en porcentajes, tablas de doble entrada, tabulares y gráficas.

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto cumple con todas las normas éticas establecidas en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con lo establecido en la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 con los códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación.

Se respetaran cabalmente los principios contenidos en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki y sus enmiendas, el informe Belmont, el código de Reglamentos Federales de estados Unidos.

La información obtenida del estudio, será estrictamente confidencial y no se identificara a ninguna persona en las publicaciones o presentaciones que deriven de este estudio.

Las usuarias embarazadas tendrán el derecho de retirar su autorización para no participar en el estudio en cualquier momento, sin que ello afecte la atención que recibe en el Instituto. El investigador principal tendrá la obligación de dar alguna información adicional si es necesario, a las personas participantes o aquellas que se encuentren interesados en el proyecto.

IX. RECURSOS

HUMANOS	NOMBRE	FUNCION
ASESOR METODOLOGICO	DRA. ANA LILIA MEDINA ZARAGOZA	ASESORIA METODOLOGICA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS	DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA	ASESORIA DEL TEMA
TESISTA	MA GUADALUPE BRAMBILA CARDENAS	REALIZAR LA INVESTIGACION
MATERIALES	PRECIO UNITARIO	COSTO SUBTOTAL
Computadora	9,400.00	9,400.00
Impresora	1,540.00	1,540.00
Cartucho tinta negra para impresora	450.00	450.00
Plumas, lápiz hojas blancas, carpetas.	150.00	150.00
Financiamiento	El tesista asume el costo total del proyecto.	11,540.00

X. RESULTADOS

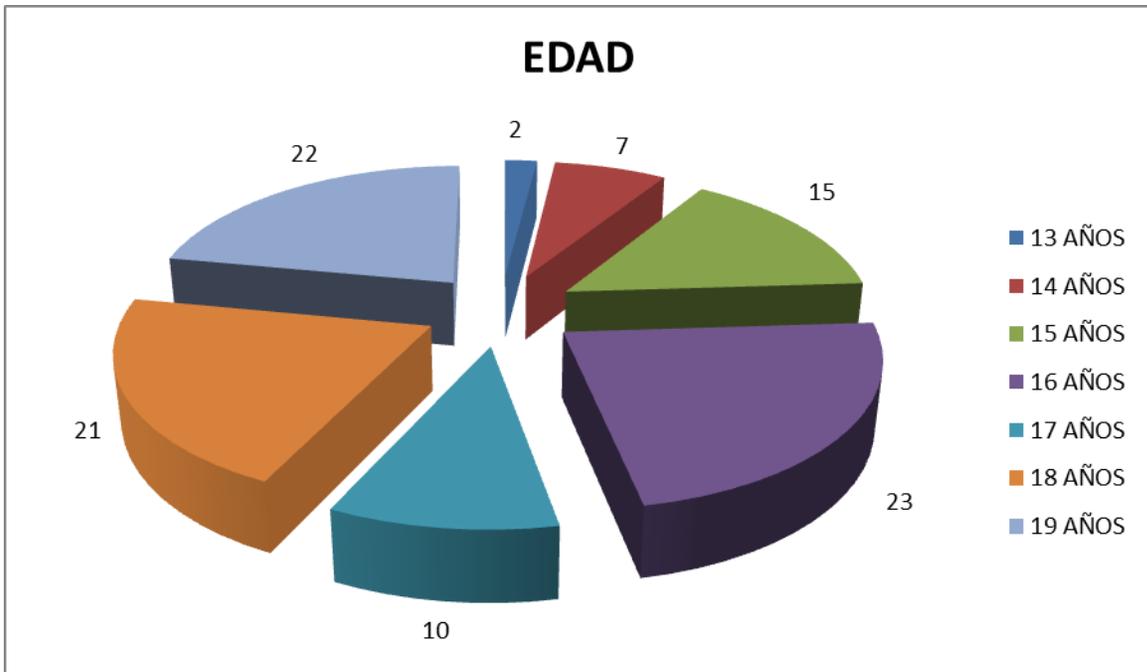
De las 100 encuestas aplicadas a las adolescentes embarazadas se encontró un rango de edad de 13 a 19 años con un promedio de edad de 16 años, con mayor porcentaje del 23%. El Estado civil de las adolescentes; el mayor porcentaje se encontraba en unión libre con un 53%, las casadas el 25% y las solteras representaron el 22% de la población de estudio, En cuanto a la ocupación la mayoría se dedicaba al hogar en un 87%. Escolaridad de la adolescente al momento del embarazo. El mayor porcentaje de las embarazadas adolescentes tenían secundaria completa o más, con un 75% en total, el mínimo grado de estudios fue primaria incompleta pero sólo en el 2%, con un pico máximo en secundaria completa con un 48%. Escolaridad de los padres de la embarazada adolescente al hacer un comparativo, se encontró que hay un mayor grado de preparación académica en las madres, que en los padres. En cuanto a la religión, son católicas en su mayor porcentaje con un 76%. En cuanto al antecedente familiar de embarazo en adolescente, el mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas contaba con un familiar directo con antecedente de embarazo adolescente, ya sea madre o hermana en un 87%. Familia de origen en base al desarrollo en el mayor porcentaje las embarazadas adolescentes provenían de una familia tradicional en un 91%. Familia de acuerdo a su Demografía, por la ubicación del Hospital, la mayoría de las personas que acuden son de ejidos cercanos, por lo que el contexto en el que se ubican en su mayoría es en el rural en un 71%. Tipología familiar de la familia al momento del embarazo adolescente.

La tipología familiar de la familia de origen, en el que se ve con mayor frecuencia el embarazo adolescente es en las extensas con un 57%. Tipología familiar de acuerdo a la presencia física en el hogar. En su mayor porcentaje las familias eran extensas ascendentes con un 63%. Fase del ciclo vital en el que se encontraba la familia de origen al momento del embarazo adolescente, en su mayor porcentaje en dispersión con un 65%. Familia en base a la ocupación, en su mayor porcentaje la familia de origen en base a su ocupación es Obrera con un 89%.

Como consecuencia de la aplicación de los cuestionarios se consideraron los siguientes resultados derivados de las 100 encuestas aplicadas:

Grafica 1. Edad de las adolescentes embarazadas

El rango de edad encontrado fue de 13 a 19 años con un promedio de edad de 16 años, encontrándose en este grupo el mayor porcentaje, con el 23%.

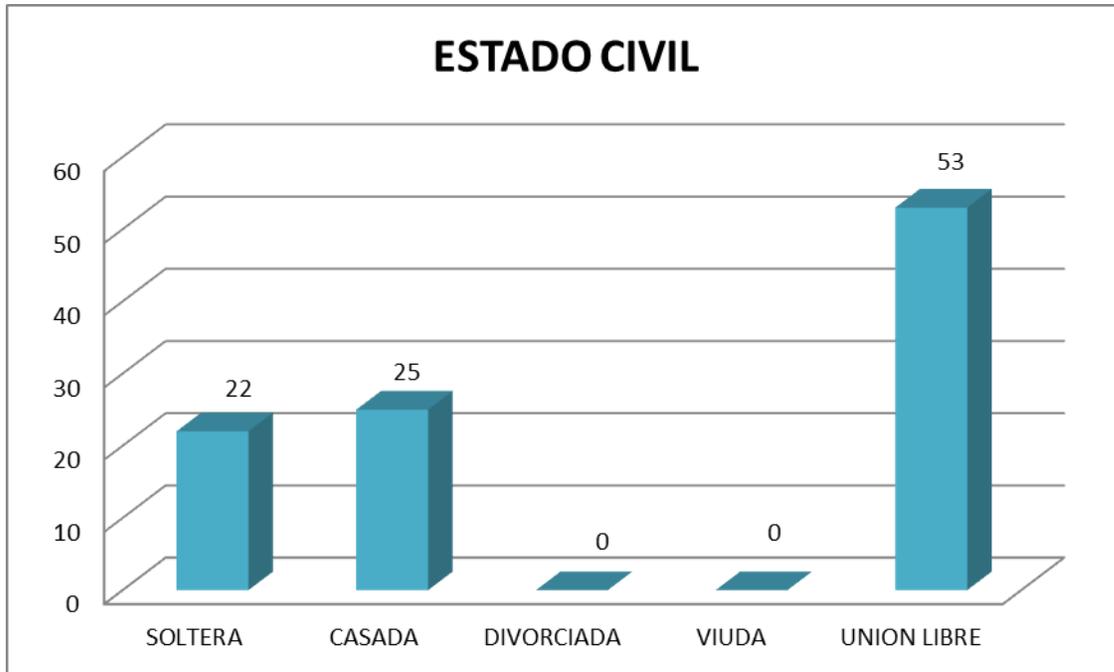


13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años
2	7	15	23	10	21	22

Fuente: Cuestionarios aplicados

Grafica 2. Estado civil de las adolescentes

El mayor porcentaje se encontraba en unión libre con un 53%, las casadas el 25% y las solteras representaron el 22% de la población de estudio.

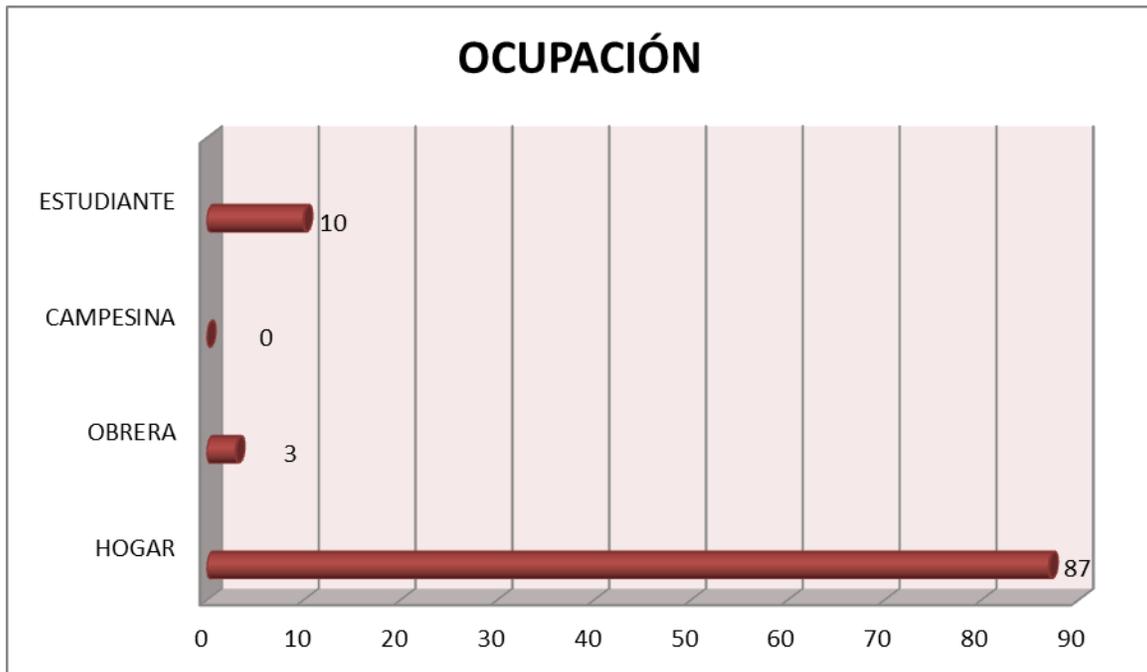


SOLTERA	CASADA	DIVORCIADA	VIUDA	UNION LIBRE
22	25	0	0	53

Fuente: Cuestionarios aplicados

Grafica 3. Ocupación

En cuanto a la ocupación la mayoría se dedicaba al hogar en un 87%.

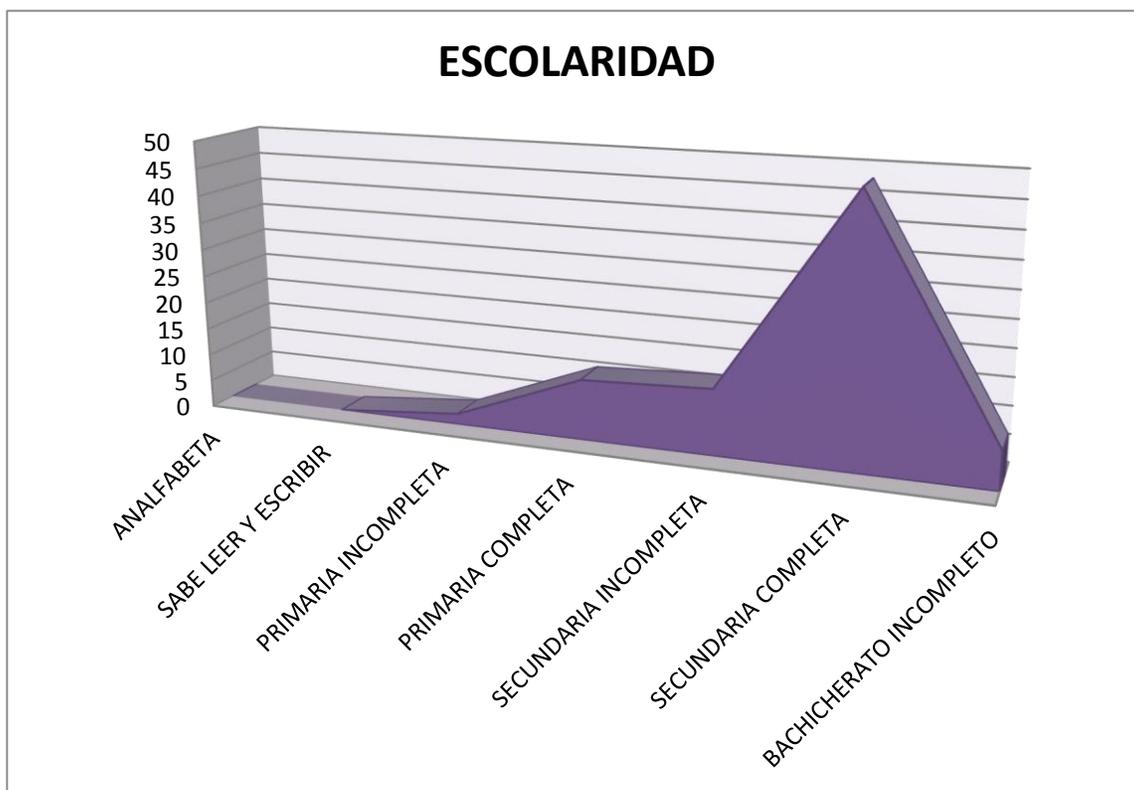


HOGAR	OBRERA	CAMPESINA	ESTUDIANTE
87	3	0	10

Fuente: Cuestionarios aplicados

Grafica 4. Escolaridad de la adolescente al momento del embarazo.

El mayor porcentaje de las embarazadas adolescentes tenían secundaria completa o más, con un 75% en total, el mínimo grado de estudios fue primaria incompleta pero sólo en el 2%, con un pico máximo en secundaria completa con un 48%.

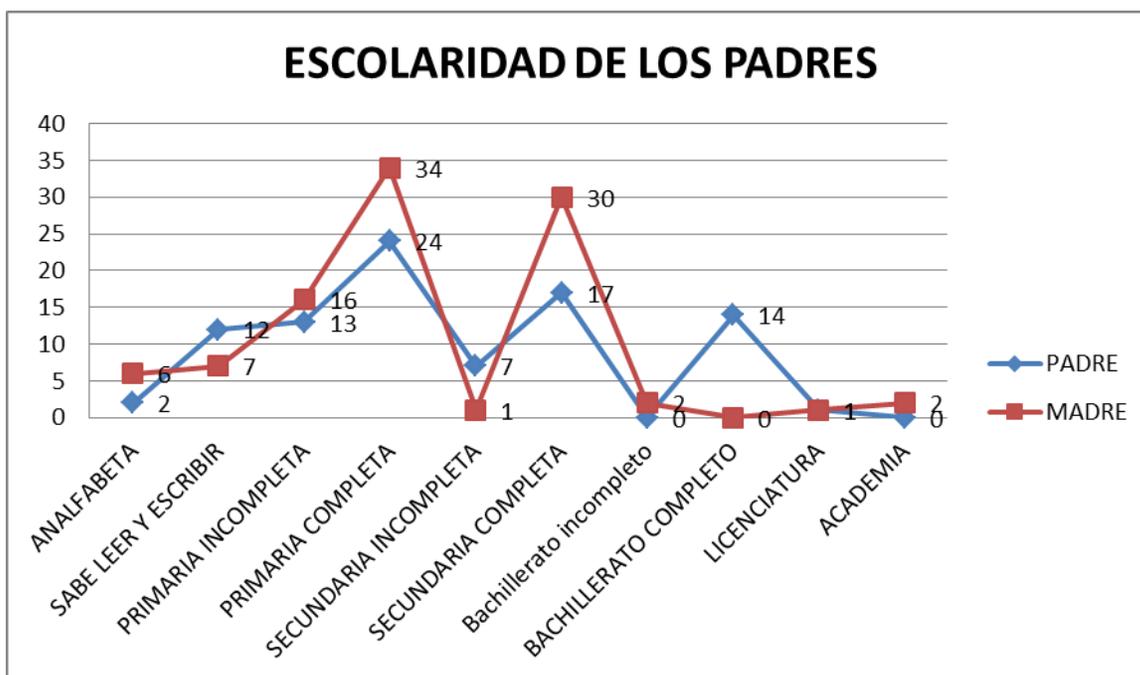


Analfabeta	0
Sabe leer y escribir	0
Primaria incompleta	2
Primaria Completa	11
Secundaria incompleta	12
Secundaria completa	48
Bachillerato incompleto	7
Bachillerato completo	18
Licenciatura incompleta	1
Academia	1

Fuente: Cuestionarios aplicados

Grafica 5. Escolaridad de los padres de la embarazada adolescente.

Al hacer un comparativo, se encontró que hay un mayor grado de preparación académica en las madres, que en los padres.

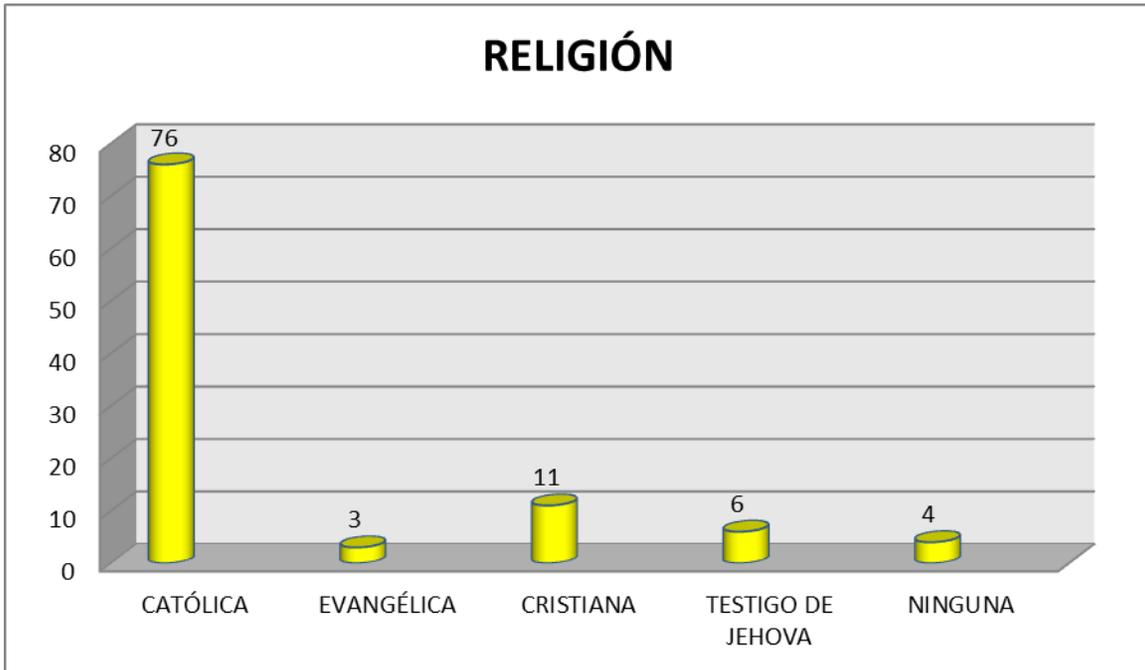


PADRE	TOTAL	MADRE	TOTAL
Analfabeta	2	Analfabeta	6
Sabe leer y escribir	12	Sabe leer y escribir	7
Primaria incompleta	13	Primaria incompleta	16
Primaria Completa	24	Primaria Completa	34
Secundaria incompleta	7	Secundaria incompleta	1
Secundaria completa	17	Secundaria completa	30
Bachillerato incompleto	0	Bachillerato incompleto	2
Bachillerato completo	14	Bachillerato completo	0
Licenciatura	1	Licenciatura	1
Desconoce	10	Academia	2

Fuente: Cuestionarios aplicados

Grafica 6. Religión de la adolescente embarazada.

En cuanto a la religión, son católicas en su mayor porcentaje con un 76%

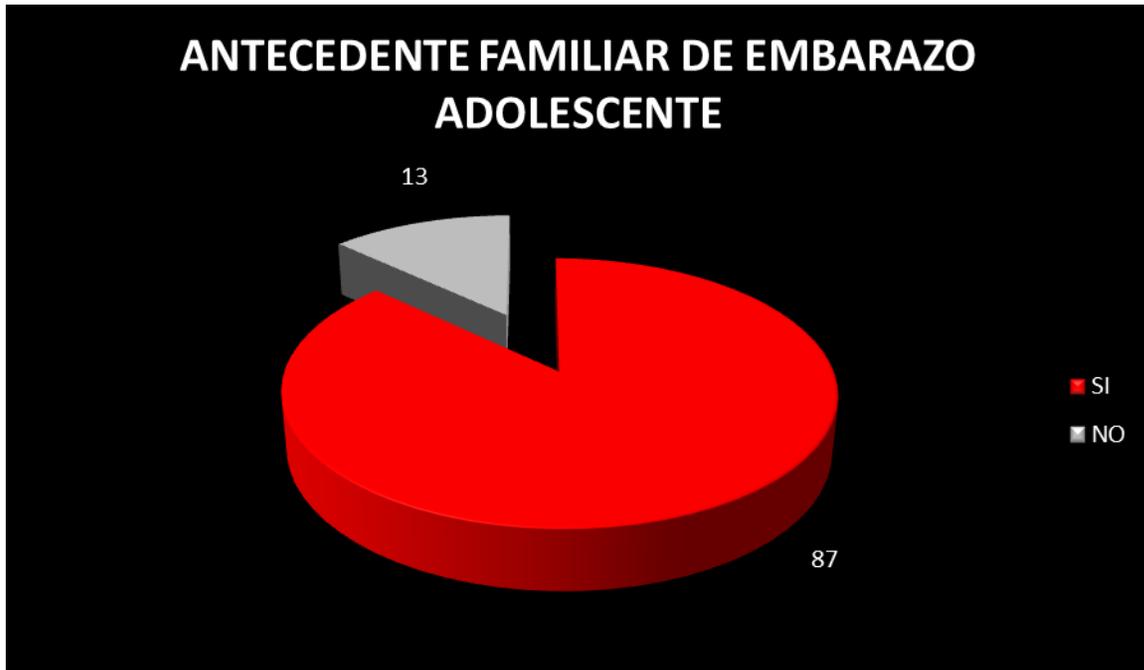


Católica	Evangélica	Cristiana	Testigo de Jehová	Ninguna
76	3	11	6	4

Fuente: Cuestionarios aplicados

Grafica 7. Antecedente familiar de embarazo en adolescente.

El mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas contaba con un familiar directo con antecedente de embarazo adolescente, ya sea madre o hermana en un 87%.

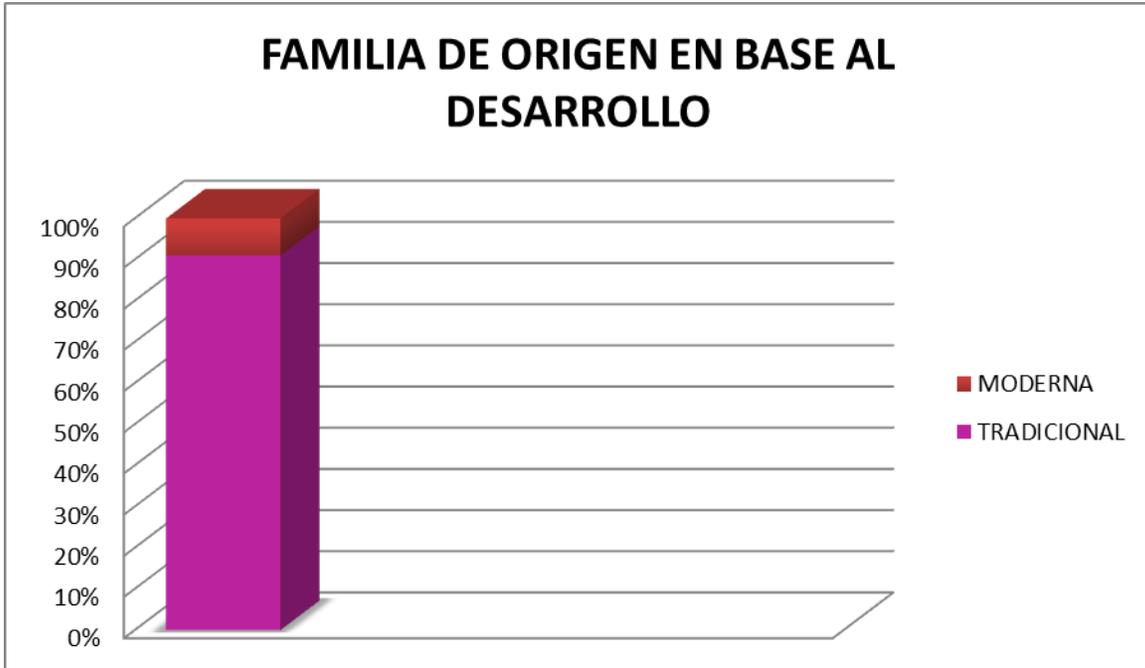


Si	No
87	13

Fuente: Cuestionarios aplicados

Grafica 8. Familia de origen en base al desarrollo.

En el mayor porcentaje las embarazadas adolescentes provenían de una familia tradicional en un 91%.

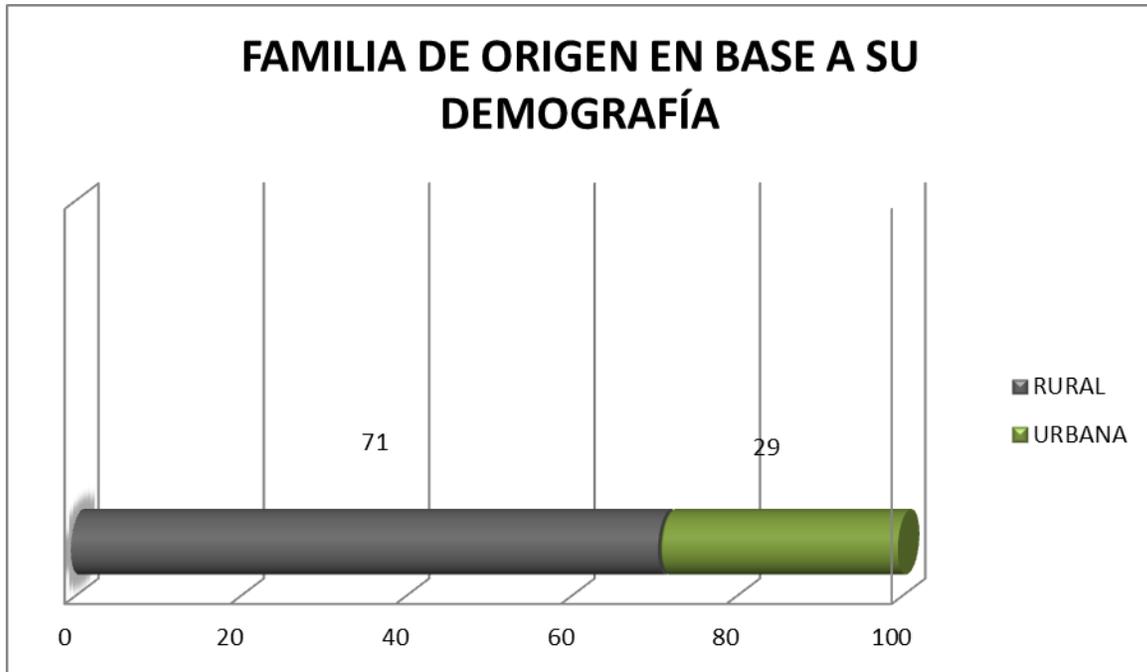


Tradicional	Moderna
91	9

Fuente: Cuestionarios aplicados

Grafica 9. Familia de acuerdo a su Demografía.

Por la ubicación del Hospital, la mayoría de las personas que acuden son de ejidos cercanos, por lo que el contexto en el que se ubican en su mayoría es en el rural en un 71%.

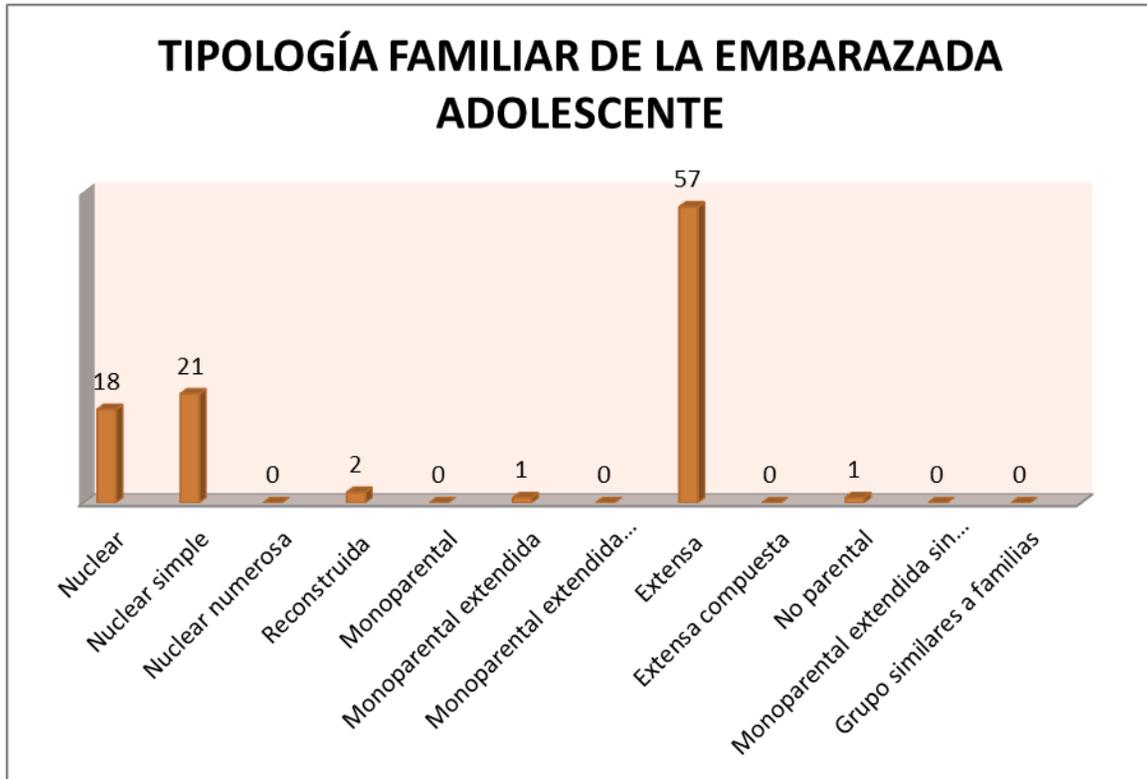


Rural	Urbana
71	29

Fuente: Cuestionarios aplicados

Grafica 10. Tipología familiar de la familia al momento del embarazo adolescente.

La tipología familiar de la familia de origen, en el que se ve con mayor frecuencia el embarazo adolescente es en las extensas con un 57%.

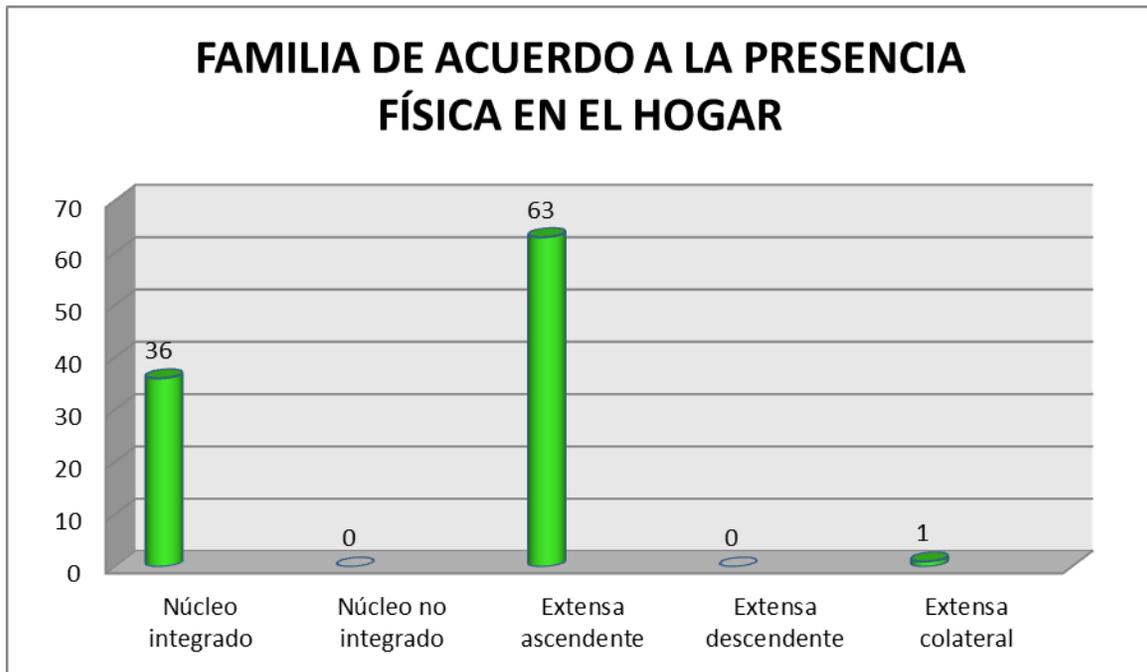


Nuclear	18
Nuclear simple	21
Nuclear numerosa	0
Reconstruida	2
Monoparental	0
Monoparental extendida	1
Monoparental extendida compuesta	0
Extensa	57
Extensa compuesta	0
No parental	1
Monoparental extendida sin parentesco	0
Grupo similares a familias	0

Fuente: Cuestionarios aplicados

Grafica 11. Tipología familiar de acuerdo a la presencia física en el hogar.

En su mayor porcentaje las familias eran extensas ascendentes con un 63%.

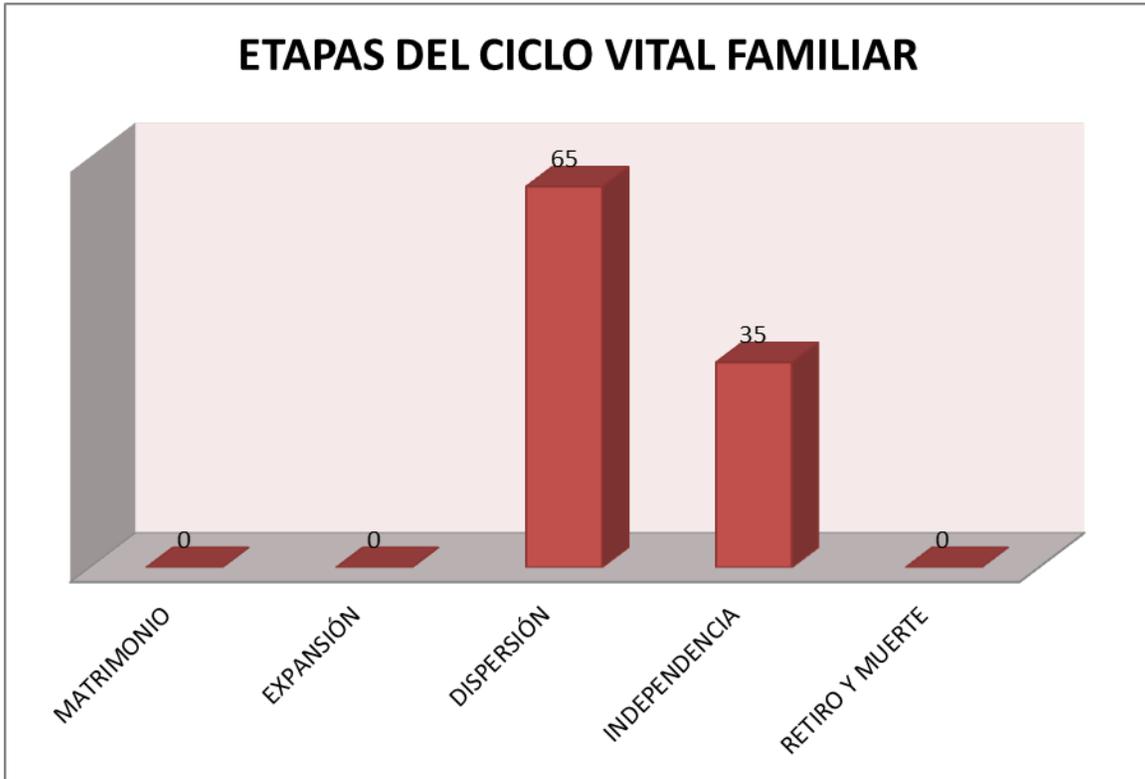


Núcleo integrado	Núcleo no integrado	Extensa ascendente	Extensa descendente	Extensa colateral
36	0	63	0	1

Fuente: Cuestionarios aplicados

Grafica 12. Fase del ciclo vital en el que se encontraba la familia de origen al momento del embarazo adolescente.

En su mayor porcentaje en dispersión con un 65%.

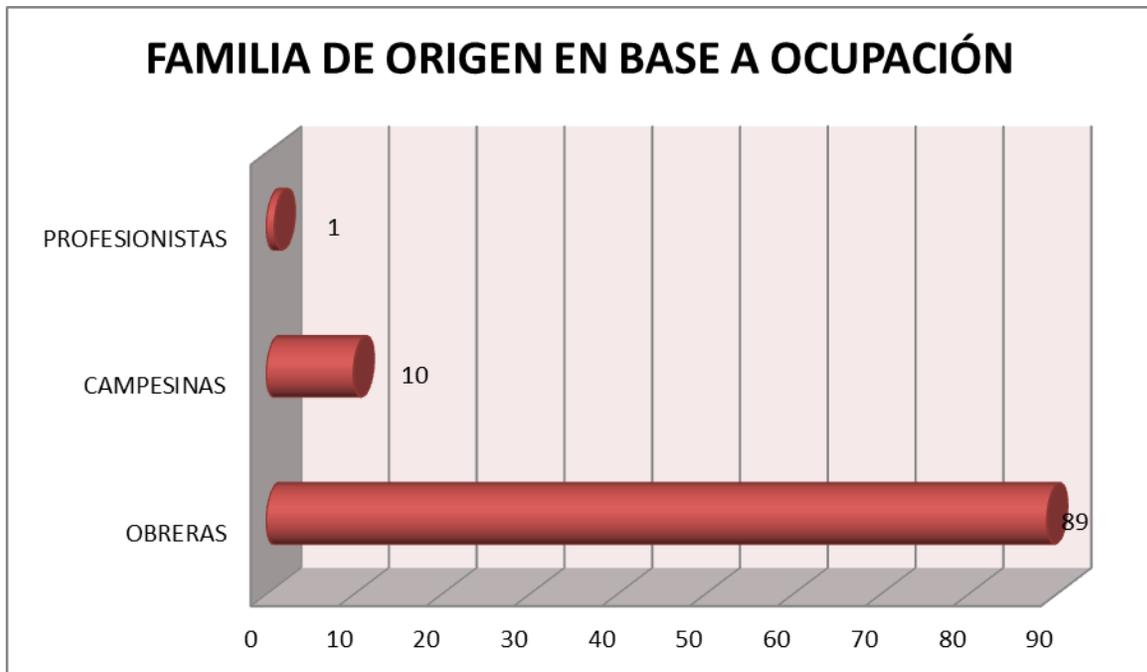


Matrimonio	Expansión	Dispersión	Independencia	Retiro y muerte
0	0	65	35	0

Fuente: Cuestionarios aplicados

Grafica 13. Familia en base a la ocupación.

En su mayor porcentaje la familia de origen en base a la ocupación es Obrera con un 89%.



Campesinas	Obreras	Profesionistas
10	89	1

Fuente: Cuestionarios aplicados

XI. DISCUSION

Al comparar trabajos realizados sobre la edad de las embarazadas Paula León en el 2000, determino una edad promedio de 18.6 años, sin embargo Matías Minassian en el 2001 determino edad promedio de 14.5 años, en el 2005 Victoria Cueva Arana encontró que la edad promedio de la embarazada es 17 años, mientras que Burgos P. 2002, determino que la edad promedio era de 16 años de edad, lo cual se corresponde con nuestro estudio como se muestra en los resultados.

José Luis Rangel en el año 2004 refiere que el 78% provenían de padres casados, Victoria Cueva Arana en el 2005 reporta que más del 50% provenía de una familia tradicional en comparación con este estudio que fue de un 91%, lo cual puede estar determinado por el tipo de poblaciones y su demografía.

Gutiérrez e Ibarra ambos en el 2002 encontraron un promedio de escolaridad de 6 años, en nuestro estudio el mayor porcentaje de las embarazadas adolescentes tenían secundaria completa o más, con un 75% en total, el mínimo grado de estudios fue primaria incompleta pero sólo en el 2%, con un pico máximo en secundaria completa con un 48%, no correspondiendo los resultados de la investigación con los datos presentados por la literatura consultada.

Ortigosa en 1999 refirió predominio de solteras y Gutiérrez en el año 2002 indico 52 % en unión libre, datos que se aproximan más a nuestro estudio, ya que

nosotros encontramos un 53% en unión libre, Victoria Cueva 2005 menciona un predominio de casadas.

María I. Ayala-Aguilar en el año 2001 refiere el antecedente de ser hija de madre adolescente como factor que contribuye al embarazo en la adolescente, lo cual también tiene concordancia con los antecedentes encontrados en las familias de las embarazadas investigadas al igual que en el caso de Victoria Cueva Arana destaca que el 85 % tuvo antecedente de madre adolescente con mucha similitud a nuestro estudio con un 87%.

Beatriz Pérez en el 2003 prevalece el tipo de familia nuclear con un 48.5% y en nuestro estudio encontramos la extensa en un 57% hecho significativo, puesto que representa tipo de familia que por su conformación generan conflictos y pueden llevar a disfuncionalidad.

Por lo anterior consideramos que los datos aportados por la presente investigación tienen similitud en algunos aspectos con los referidos por la literatura consultada y en otros casos hay pequeñas diferencias debidas predominantemente al tipo de población en que se estudia y al medio geográfico.

XII. CONCLUSIONES

De los datos relevantes encontrados podemos mencionar la edad de las adolescentes embarazadas, la cual tiene un rango medio de 16 años, lo cual representa el 23% de las encuestadas, además de referir como edad mínima los 13 años y una máxima de 18 años.

Otro dato de relevancia predominantemente de tipo social es el estado civil de las adolescentes encontrándose un 53% de ellas en unión libre, lo que puede verse como resultado de la propia evolución de ellas, el 23% de ellas se consideran a sí mismas como solteras y el 25% realizaron alguna de las uniones matrimoniales

Un dato relevante se encuentra en la escolaridad de las encuestadas al momento de la investigación ya que el 75% de ellas se encontraban con secundaria completa el grado inmediato superior, solo el 2% de ellas refirió primaria incompleta, las embarazadas de esta investigación las podemos situar de acuerdo a este indicador con 48% de secundaria completa, además de que el 86% de ellas se dedican al hogar.

Si consideramos a los padres de estas adolescentes, encontramos que el grado de escolaridad es mucho mayor en las madres de las adolescentes embarazadas que en los papas, además si lo relacionamos con la religión que profesa toda la familia, estas se encuentra con la religión católica en el 76% de los casos.

El 87% de las adolescentes embarazadas refiere antecedentes de embarazo similar en algún familiar directo, siendo estos la madre o una hermana, las cuales de acuerdo a su topología familiar recaen en el 91% en familias tradicionales., estas familias también resultaron ser familias extensas en el 57% de los casos, y extensas ascendentes en el 63%.

Todas las familias de estas mujeres por su ubicación geográfica son de medio rural en el 71% de los casos, a pesar de que nuestra unidad médica se puede considerar como urbana.

También podemos mencionar que estas familias se encontraban en la etapa de dispersión de acuerdo al ciclo de vida familiar mencionado por Geyman, en el 65% de los casos y finalmente comentaremos que el 89% de las familias de estas mujeres embarazadas son consideradas obreras.

Analizando los resultados de la presente investigación podemos identificar que el antecedente familiar de embarazo adolescente, se repite o puede repetirse con las hijas, lo cual puede leerse como una identificación con los modelos maternos y como proyecto de vida fallido, ya que encontramos un alto el porcentaje en relación a este, así como la tipología familiar, tradicional, extensa, rural, grado de escolaridad de los padres constituyen un riesgo que se agrava si está asociado con la edad, escolaridad, ocupación, estado civil actual de la adolescente.

Ahora bien este estudio fue realizado a nivel rural, sería interesante investigar si son las mismas características en una unidad que se encuentre en un área mas

urbanizada, ya que aquí son de origen más humilde, son tradicionalistas, su nivel cultural es más bajo y que esto impacta a nivel estatal en el aumento de morbi mortalidad materna.

Finalmente podemos concluir que se alcanzaron los objetivos planteados y se dio respuesta a la pregunta de investigación.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Gamucio, ME. Desarrollo Psicosocial y Psicosexual en el Adolescente. Departamento de Psiquiatría. Pontificia de Universidad Católica de Chile. Modulo 1: lección 2.
2. Embarazo en la Adolescencia. América latina, (107) agosto/2001.
3. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000 por González Garza C, Rojas Martínez R, Hernández Serrato M, Olaiz Fernández G. Revista Salud Pública de México, (47):209-218, 2005.
4. Cueva Arana V, Olvera Guerra JF, Chumacera López RM, Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un modulo de alto riesgo. Rev. Med. IMSS, 43 (3): 267-271, 2005.
5. Funcionalidad Familiar en la adolescente embarazada por Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Rev. Fac Med UNAM. 47(1) : 24-27. 2001.
6. Conceptos Básicos para el estudio de las Familias. Archivos en medicina familiar. 7 (1): 15-19, 2005.
7. Rodríguez. Endocrinología clínica: México, mediterráneo, 2000.
8. *Cambios en el proyecto de vida de estudiantes embarazadas en el nivel superior* [en línea] México [fecha de consulta 6 junio 2012]. Publicación diaria. Disponible en: dgsa.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/psicologia/article/download/.../123

9. Caracterización social del embarazo en la adolescencia por Quesada Miranda MM, Romero Sánchez MC, Prieto herrera ME, Rodríguez delgado CR. Archivo Medico de Camagüey, 14, (3), mayo-junio 2010.
10. Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. Revista argentina de Sociología, 7, (12-13), mayo-diciembre, 2009.
11. Familia, introducción al estudio de sus elementos por Membrillo Luna A, Fernández Ortega MA, Quiroz Pérez JR, Rodríguez López JL. México, editorial editores de textos mexicanos, 2008; pp. 1.
12. Engels F. Marco Histórico en: Origen de la Familia, la Propiedad y el Estado. 5 edición, México: Editores Mexicanos Unidos, pp; 165-174, 1982.
13. Huerta González JL. Programa de actualización continúa en Medicina Familiar. México: Editorial de Intersistemas S.A. de C.V.; 1999
14. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. 19 edición. España. 1970.
15. OMS. Índices estadísticos de la salud de la familia. Series informes técnicos No 587, Ginebra, 1976.
16. Familis. Montreal Canadá; Quiroz Neira MH. La Matriz Familiar en la Era de la Mundialización; (citado 1998). Disponible en: www.familis.org/francais/conference98/neira.esp.html
17. Stephanie Coontz. La situación actual de la familia Estadounidense. <http://usinto.state.gov/Journals/itsv/0101/ijss/scoontz.htm>.

18. Clasificación demográfica de la familia en la Zona Básica de Salud La Orden de Huelva por Márquez CE, Gascón VJ, Dominguez GB, Gutiérrez MC, Garrido BC. Aten Primaria. 15(1):30-32, 1995.
19. Bisi-EPH-Documentación; Buenos Aires Argentina; Encuesta de Desarrollo Social, SIEMPRO, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente. (actualizado 09-01-02; citado 1997) Disponible en: <http://www.bisi.siempro.gov.ar/bisi/eds/shared/glosario.jsp>.
20. Santacruz VJ. La familia como unidad de análisis. Rev. Med. IMSS 1983; 21:348-57.
21. Conapo; México; Inegi. (Actualizado en marzo 2006; citado 1997). Disponible en www.conapo.gob.mx/encuesta/Enadid/docs/Reporte%20final%20ENADID%202006.pdf
22. UNAM. México; Espinosa Gómez M. Funcionamiento Familiar: Funcional/Disfuncional. www.acatlan.unam.mx/investigación/vasconcelos/catedra/educsolución/actividades/comenta.-4html
23. Leñero Otero L. Familias que cambian. Realidad y perspectivas familiares en la ciudad de México, y pista para su promoción en los programas de apoyo. México: Editorial Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C.; 1994.
24. Rothbaum F, Rosen K, Ujiie T, Uchida N. Family Systems Theory, Attachment theory and culture. Fam Proc, 41: 328-350, 2002.

25. Medalie JH. Medicina Familiar principios y prácticas. México: Editorial Limusa; 1987.
26. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas por Díaz Franco EC, Rodríguez Pérez ML, Mota González CM, Espindola Hernández JG, Meza Rodríguez P, Zarate Tapia TA. Perinatol Reprod Hum, 20: 80-90. 2009.
27. INEGI, Estadísticas a propósito del día mundial de la población, datos de Tamaulipas, Cd Victoria Tam a 11 de julio 2011. <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/español/prensa/default.asp?c=299&e=>.
28. Conducta sexual y riesgo de embarazo en adolescentes de Cd. Victoria Tamaulipas por Banda González OL, Medrano Martínez MR, Ibarra González, Vázquez Salazar MG, Vázquez Treviño GE. Rev. de enfermería Universitaria ENEO-UNAM.vol 7, núm. 1, enero-marzo 2010.
29. Pérez Giraldo B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Aquichan, vol. 3, núm. 003 Universidad de la Sabana Chía, Colombia pp: 21-31. 2003, <http://redalyc.uaemex.mx>.
30. Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz por Fernández-Paredes F, Castro-García MA, Ávila-Reyes MA, Martín-Blanco EM, Godínez-González ME, Fuentes-Aguirre S. Bol Med Hosp Infant Mex. 53 (2), pp: 84-88, febrero 1996.
31. Ayala-Aguilar MI, García-Posada LD, Factores socioeconómicos y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de una comunidad rural. Salud en Tabasco vol. 7, (2), pp 395-397, junio 2001.

32. *Embarazo adolescente* [en línea] 2008, [12 mayo 2012] vol. 5, núm. 1, ISSN 0718-918.pp; 42-51.
33. Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca). Rev. de cienc. Salud. Bogotá (Colombia) 5 (1), abril-junio 2007.
34. Stern C, El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Pública de México/vol. 39. (2), marzo-abril 1997,

XIV. ANEXOS

1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

TEST PARA CONOCER LA TIPOLOGIA DE LAS FAMILIAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 NUMERO DE AFILIACIÓN _____
 EDAD _____ AÑOS, ESTADO CIVIL _____ OCUPACIÓN _____
 IVSA _____ EDAD DEL PRIMER EMBARAZO _____ GRADO DE ESCOLARIDAD _____,
 RELIGIÓN _____, GRADO DE ESCOLARIDAD DEL PADRE _____,
 GRADO DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE _____,
 ANTECEDENTE FAMILIAR DE ADOLESCENTE EMBARAZADA _____
 CLASIFICACION FAMILIAR EN BASE AL DESARROLLO (colocar una x en el rubro correspondiente)
 MODERNA (ambos padres trabajan) _____ TRADICIONAL (el padre trabaja) _____
 EN BASE A LA DEMOGRAFÍA DE LA FAMILIA:
 RURAL (menos de 2500 habitantes) _____ URBANA (más 2500 habitantes) _____

CON PARENTESCO	CARACTERISTICAS	MARCAR CON UNA X
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos	
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos	
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más	
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior	
Monoparental	Padre o madre con hijos	
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco	
Monoparental extendida Compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco	
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco	
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco	
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)	
Sin parentesco		
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco	
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera	
Presencia física en el hogar	Características	
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar	
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar	
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres	
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos	
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera)	
Tipo	Características	
Persona que vive sola	Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital	
Matrimonios o parejas de	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos	

homosexuales		
Matrimonios o parejas homosexuales con hijos adoptivos	de Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos	
Familia grupal	Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo	
Familia comunal	Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales Poligamia Incluye la poliandria y la poliginia	
Clasificación en base al ciclo de vida familiar hecho por Geyman.		
Matrimonio	Etapa que abarca de la unión de la pareja hasta el nacimiento del primer hijo.	
Expansión	Etapa que va del nacimiento del primer hijo hasta el último de los hijos	
Dispersión	Etapa en la cual el primer hijo sale a la escuela hasta el último de ellos.	
Independencia	Etapa en la cual los hijos salen de la casa ya sea por matrimonio, trabajo o escuela, hasta que el último hijo se va.	
Retiro y muerte	La pareja nuevamente queda sola, se da la jubilación y la muerte de alguno de los cónyuges.	
Clasificación en base a la ocupación.		
Familias campesinas	su principal actividad productiva es el cultivo de la tierra	
Familias obreras	Se refiere principalmente a obreros con salario mínimo o hasta tres o cuatro salarios.	
Familias profesionales	Por lo menos hay un elemento con estudios superiores al nivel de técnico profesional o licenciatura, lo cual determina su posición social, su estatus y modo de vida.	

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA	
Lugar y Fecha	Cd. Soto La Marina, Tamaulipas a _____ de _____ de _____
Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES Y FAMILIARES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL RURAL No 80, DE SOTO LAMARINA, TAMAULIPAS.	
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: R-2012-2804-1	
El objetivo del estudio es:	Conocer las características socioculturales y familiares de las adolescentes embarazadas del Hospital Rural No 80, de Soto La Marina, Tamaulipas.
Se me ha explicado que mi participación consistirá en:	Llenar una encuesta, la cual es completamente anónima.
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: Llenar por completo la encuesta.	
<p>El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.</p> <p>Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.</p> <p>El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.</p>	
_____ Nombre y firma del paciente	
_____ Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.	
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:	
_____ Testigos _____	
Clave: 2810 – 009 – 013	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 2804
H GRAL ZONA MF NUM 1, TAMAULIPAS

FECHA **05/01/2012**

DRA. ANA LILIA MEDINA ZARAGOZA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y FAMILIARES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL RURAL IMSS OPORTUNIDADES NUMERO 80 SOTO LA MARINA, TAMAULIPAS

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro R-2012-2804-1

ATENTAMENTE

DR. (A). RODOLFO FAVIO GONZÁLEZ SAN MIGUEL
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 2804

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL