



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NORTE DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN
SALUD
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR



TESIS

**FACTORES DE RIESGO FAMILIARES ASOCIADOS A EMBARAZO EN
ADOLESCENTES DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 33, "EL ROSARIO"**

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

PRESENTA

DR. ENRIQUE AGUILAR CONTRERAS

Médico Residente de tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario"

ASESORA

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL

Médico especialista en Medicina familiar
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario"

**CIUDAD DE MÉXICO
FEBRERO 2017.**



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.

AUTORIZACIONES

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL

Encargada de la coordinación clínica de educación e investigación en salud
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario"
Asesora de tesis

DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO

Profesora Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario"

DR. ENRIQUE AGUILAR CONTRERAS

Residente de tercer año del curso de especialización en medicina familiar
Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario"

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa Angela Maricela Rodriguez Teno, por todo su apoyo, tiempo, amor y comprensión desde el principio de este gran esfuerzo.

A mis padres Enrique Aguilar y Marcelina Contreras, quienes demostraron su gran ayuda hacia mí cuando más los necesite, por siempre estar presentes y enseñarme el mejor camino hasta hoy.

A mi hermana Lluvia Paola Aguilar Contreras, porque el amor de hermana no tiene sustituto, porque me conoces tal y como soy, porque me aceptas a pesar de todas mis faltas, porque posiblemente pensarás que “no te queda de otra”, pero siempre estás conmigo. Por todo eso: Gracias.

A mi profesora y gran maestra, la Dra. Haydee Alejandra Martini Blanquel, quien en sus enseñanzas me guio y aporto todo lo necesario para la elaboración y culminación de este gran proyecto.

INDICE

PORTADA	01
AUTORIZACIONES	02
AGRADECIMIENTOS	03
RESUMEN	05
INTRODUCCION	06
ANTECEDENTES	08
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
OBJETIVOS	12
MATERIAL Y MÉTODOS	13
RESULTADOS	14
DISCUSION	26
CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFIA	28
ANEXOS	30

RESUMEN

Factores de riesgo familiares asociados a embarazo en adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, "El Rosario". IMSS. Ciudad de México 2016. Martini Blanquel Haydee Alejandra¹, Aguilar Contreras Enrique².

Introducción: La familia puede contribuir en mayor o menor medida a que los adolescentes inicien tempranamente su actividad sexual y con ello puedan tener un embarazo. **Objetivo:** identificar los factores de riesgo familiares asociados a embarazo en adolescentes del área de influencia de la unidad de medicina familiar no. 33, "El Rosario". **Material y métodos:** estudio observacional, transversal, prolectivo y descriptivo en 372 adolescentes entre 14 y 19 años, en quienes se buscaron factores familiares relacionados a embarazo adolescente, como la escolaridad de los padres, familia monoparental, inicio de vida sexual y nivel socioeconómico; las variables de las relaciones intrafamiliares se midieron a través del instrumento E.R.I. El análisis de los resultados se realizó a través de estadística descriptiva, utilizando el programa estadístico SPSS versión 21. **Resultados:** de los 372 adolescentes, 59.1% fueron mujeres. Un 23.7% de la muestra refirió bajo nivel de escolaridad del jefe de familia, 25.3% tiene familia monoparental, el 42.5% ya inició vida sexual y el 0.8% pertenece a un nivel socioeconómico bajo. En cuanto a las otras variables familiares, 19.4%, 3% y 1.9% tuvieron un nivel alto en dificultades familiares, nivel bajo en unión y apoyo familiar y un nivel bajo en expresión-comunicación familiar respectivamente. **Conclusiones:** existen otros factores de tipo familiar que pueden ser un riesgo para un embarazo adolescente, sin embargo en nuestro estudio la incidencia de éstos fue baja; probablemente lo anterior se relacione con otras situaciones ajenas al núcleo familiar, como factores individuales y sociales que deben tomarse en cuenta en futuras investigaciones.

Palabras claves: embarazo adolescente, factores familiares, relaciones intrafamiliares.

¹Medico Familiar y Profesora titular del CEMF de la UMF No. 33 "El Rosario"

²Medico Residente de Tercer año del CEMF de la UMF No. 33 "El Rosario"

INTRODUCCION

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema no en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Entre ellas se han observado condiciones psicosociales de pobreza, poco apoyo social y familiar, así como problemas de salud, pues muchas embarazadas son portadoras de enfermedades sistémicas o crónicas degenerativas que se manifiestan o complican con el embarazo como son: la hipertensión arterial, la diabetes y otras enfermedades metabólicas.^{1,2}

El embarazo adolescente es la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente (De acuerdo con la OMS de 10 a 19 años), independiente de su edad ginecológica (Routi). De acuerdo a Stern (1997), el embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años.^{1,2} Es importante subrayar el hecho de que el embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de riesgo, en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo. Las implicaciones de riesgo obstétrico en la adolescencia temprana incluyen un incremento en la frecuencia de desproporción céfalo-pélvica, condición que amerita la realización de operación cesárea para la resolución del evento obstétrico y cuando el embarazo ocurre en una adolescente con desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad.^{1,2,3,4}

Dentro de los factores de riesgo aunados al embarazo adolescente tenemos algunos relacionados con resultados gineco-obstétricos y psicosociales adversos. Dentro de estos se encuentran retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro y complicaciones del parto. Por otro lado las principales consecuencias psicosociales son la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos. Sin embargo una compilación reciente de los estudios realizados en México sobre parturientas adolescentes tampoco muestra que estas corran riesgos significativamente superiores a las de las adultas (Román Pérez y otros).^{1,2,3,4}

A pesar de la controversia acerca de la relación entre un embarazo a temprana edad y la presencia de problemas de salud, referidos estrictamente a condiciones biomédicas, en la madre y el niño, si hay consenso de que un embarazo en la adolescencia, puede traer consecuencias psicosociales negativas a la joven y al bebé, principalmente cuando este evento se presenta en poblaciones con desventaja socioeconómica. Sin embargo, otros enfoques reconocen que el embarazo temprano debe entenderse como un problema de salud pública, en el que interactúan múltiples factores biológicos y sociales, como lo es la influencia de la familia.¹³

Pero no podemos otorgarle a la familia el total de los créditos en cuanto al embarazo adolescente, pues la planificación familiar es un pilar fuertemente asociado a este tema, ya que de tener un adecuado conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos puede detenerse la creciente ola de embarazos adolescentes, sin embargo este apartado no puede analizarse solo desde el punto de vista individual del adolescente, sino también debemos hacer coparticipe a las instituciones de salud y al propio gobierno como elementos necesarios para llevar de manera adecuada estos programas de anticoncepción. El hecho de que una sociedad regule sus índices de natalidad, no significa necesariamente que se construyen y estructuran mejores familias y que se ejercita una paternidad y una maternidad más responsable y exitosa.⁵

Los factores sociales que influyen en el embarazo y la fecundidad adolescente pueden concebirse como una serie de círculos concéntricos o niveles de análisis, desde el más alejado el nivel macrosocial, al más próximo, la conducta, o el nivel de los conocimientos, actitudes y percepciones individuales. En el nivel macrosocial se pueden mencionar las pautas culturales, la estructura socioeconómica o estratificación social, la estratificación por género o por etnia, y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva adolescente. El contexto social abarca también factores importantes más “próximos” al individuo, entre otros, el lugar de residencia, la estructura familiar y los grupos de sociabilidad integrados por docentes y grupos de pares, así como la existencia de servicios de prevención y atención en salud, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva, y la disponibilidad, de recursos anticonceptivos. Las siguientes características de los sujetos determinan grados de “vulnerabilidad” a una fecundidad precoz: su edad, su situación económica, sobre todo su nivel de educación, y su grupo étnico. En último lugar, las percepciones, actitudes y conocimientos relativos a los roles de género, al ejercicio de la sexualidad y a la prevención del embarazo influyen en la opción de conductas reproductivas conducentes o no a una fecundidad temprana.^{1,2,3.}

En particular, se ha postulado que el tipo de familia en que el o la adolescente ha socializado o con la que habita tiene una importante influencia sobre sus conductas sexuales y reproductivas. Así, las familias “bien constituidas”, con ambos padres biológicos presentes, en teoría, ofrecerían un ámbito protector. Los adolescentes provenientes de esas familias tendrían una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener una iniciación sexual temprana y relaciones sexuales sin protección y por lo tanto, de quedar embarazada o embarazar a su pareja.³

También, siendo que la vida sexual de los jóvenes está atravesada por componentes culturales, sociales, étnicos y económicos, los datos con que se diseñan intervenciones desde el nivel nacional pueden no estar dando cuenta de las particularidades locales, e incluso no recoger las diversidades entre las regiones. Por ello, gana relevancia la realización de estudios de carácter local que contribuyan a contrastar o validar lo que el nivel nacional expone y sobre todo a orientar las intervenciones en salud con base en evidencia local, sin perder la perspectiva nacional.¹³

Por lo anterior, vemos que la familia es un punto clave en la prevención o riesgo ante un embarazo adolescente. De este modo, es importante que el médico familiar amplíe su conocimiento con respecto a los factores familiares asociados al embarazo y así realizar mejores y más oportunas acciones de prevención del embarazo en las familias con hijos adolescentes.

ANTECEDENTES

En varios países se han realizado investigaciones con la finalidad de conocer qué factores contribuyen a que las y los adolescentes inicien tempranamente en su actividad sexual, entre los cuales se consideran básicamente los factores individuales, familiares y sociales (Brewster, Bill y Grady, 1993; Capaldi, Crosby y Stoolmiller, 1996; Miller, Forehand y Kotchick, 2000). Por lo que respecta a las variables familiares, algunos estudios se han enfocado en la estructura familiar y señalan que los adolescentes que viven con ambos padres biológicos, presenta menor probabilidad de iniciarse sexualmente de manera temprana que aquellos que viven en familiar de un solo padre o reconstituidas (Upchurch, Aneshensel, Sucoff y Levy-Storms, 1999). Estos resultados se atribuyen a situaciones como la permisividad de los padres que no viven con su pareja, como consecuencia de sus propias interacciones sexuales con otras parejas o a la poca supervisión que tiene el adolescente por parte de sus padres (Small y Luster, 1994). Algunos estudios (Miller, Norton, Curtis, Hill, Schvaneveldt y Young, 1997) reportaron como factor importante el nivel educativo de los padres, es decir, que a bajos niveles educativos de los padres aumenta la probabilidad de inicio precoz de la vida sexual en los adolescentes.^{7, 17}

Si bien las jóvenes que viven con un solo progenitor – en la inmensa mayoría de los casos, con la madre – exhiben una mayor frecuencia de conductas de riesgo que aquellas que viven con el padre y la madre, es significativamente más baja que la manifestada por las adolescentes que no conviven con ninguno de los dos (Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez, 1995). En el mismo trabajo se muestra que el 83.3% de las jóvenes encuestadas que no viven con ninguno de sus progenitores ya se había iniciado sexualmente, en comparación con 55.2% de las que viven con uno de los padres y 50% de las que viven con ambos. Di Silvestre Paradiso coincide en señalar la importancia de la presencia de los padres en el hogar; en su estudio afirma que “las adolescentes no embarazadas viven con mayor frecuencia en familias intactas y menos probablemente en familias uniparentales que las adolescentes embarazadas”.³

El control y la supervisión de los padres es un aspecto del ambiente familiar que se relaciona con la sexualidad de los adolescentes. Hovell, Sipan, Blumberg, Atkins, Hofstetter y Kreitner (1994) encontraron que los hijos de padres que ejercen mayor control y supervisión estableciendo límites y reglas acerca de las actividades de noviazgo, presentan mayor probabilidad para demorar el inicio de su actividad sexual. Autores como Caffery (2000), Upchurch, Aneshensel, Sucoff y Levy-Storms (1999) señalan que cuando las técnicas disciplinarias son extremas (pocas o muchas reglas) existe mayor probabilidad para tener relaciones sexuales precoces.⁷

Por su parte, Longmore, Manning y Giordano, (2001) examinaron el efecto de tres prácticas parentales: el apoyo, la coerción y el monitoreo sobre la conducta sexual de 538 adolescentes. Los autores encontraron que el monitoreo es una estrategia parental que resulta ser predictor del inicio de la primera relación sexual; los padres que monitorean a su hijos retrasaron el comienzo de la actividad sexual de éstos. De manera contraria a lo que se esperaba, el apoyo y el control coercitivo no influyeron en el comienzo de la vida sexual. En cuanto al apoyo parental, Meschke, Bartholomae y Zentall (2002) refieren que altos niveles de conexión entre padres y adolescentes, se asocia con una menor probabilidad de embarazo en mujeres. Sobre todo el control y el apoyo parental se relacionan con una reducida actividad sexual y un incremento en el uso de métodos anticonceptivos. Caffery (2000) encontró que ante una relación pobre o nula entre el adolescente y sus padres, el adolescente puede presentar conductas de riesgo como el sexo no protegido, o bien, puede

resentirse y rebelarse debido a que percibe un sobrecontrol y sobremonitoreo por parte de sus padres, por lo cual posiblemente se involucre en conductas sexuales. Por el contrario, si las relaciones son sólidas, pueden establecer acuerdos con respecto a este tópico, lo que conducirá a la demora del inicio de la conducta sexual (Fisher, 1986; Upchurch, Aneshensel, Sucoff y Levy-Storms, 1999). Por lo que respecta a la comunicación sobre temas de sexualidad algunos autores (Fisher, 1986; Fox, 1981; Fox y Inazu, 1980; Kastner, 1984; Moore, 1985; Newcomer et. al. 1987; Voydanoff y Donnelly, 1990) reportan que los padres que discuten abiertamente temas sexuales con sus hijos retrasan el inicio de su vida sexual y cuando tienen una vida sexual activa utilizan métodos anticonceptivos. En México, Pick, Díaz-Loving, Andrade y Gribble, (1993) encontraron que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales reportan una relación favorable con sus padres.⁷

El intento de escapar a situaciones conflictivas en el hogar también es un detonante del embarazo temprano (Climent y otros, 1998). En testimonios aislados se menciona el deseo de tener hijos propios para no seguir cuidando de los hermanos pequeños, tarea comúnmente asignada a las adolescentes mujeres en los estratos más pobre, o para ser tratada como adulta por los padres.³

En una investigación con mujeres de 12 a 19 años residentes en la ciudad de México se encontró que aquellas que habían dialogado con sus madres sobre temas de sexuales era más probable que no se hubieran iniciado sexualmente respecto a aquellas que no lo habían hecho (Pick de Weiss y otros, 1991). La madre, sin embargo, suele brindar mensajes parciales. “Al ejercer el rol precautorio, las madres tratan de proteger a las adolescentes de los riesgos que acarrea una vida sexual activa, procurando que las hijas adopten el modelo sexual que ellas consideran más beneficioso – que por lo general implica una concepción tradicional de los roles de género. Para alcanzar esos objetivos, la madre fundamentalmente transmite valores e impone límites. La transmisión de contenidos instrumentales para favorecer el ejercicio de una sexualidad responsable y protegida es, en cambio, mucho más limitada...” (Geldstein, Infesta Domínguez y Delpino, 2000).³

En un estudio realizado por Román, Carrasco, Abril y Cubillas (1996) en jóvenes embarazadas, a las cuales les preguntaron los problemas que percibían con sus padres; reportaron que tenían conflictos de diferente índole con ellos, por ejemplo, abuso físico, abandono, acoso sexual y además informaron de conflictos entre sus padres como: infidelidades de la madre o del padre y una mínima interacción con el padre. Por su parte, Palacios (2005) encontró que los adolescentes que perciben menos autonomía y mayor imposición del papá, así como, menor apoyo, autonomía, reconocimiento, supervisión, motivación y una mayor imposición y control por parte de la mamá, son adolescentes que presentan una vida sexual activa en comparación de los que no son sexualmente activos. Lo anterior señala la importancia de las relaciones familiares que establece el adolescente con relación a su actividad sexual, de ahí que el propósito de la presente investigación fue determinar las diferencias en los factores familiares de adolescentes que han y no han iniciado su actividad sexual.⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Distintos grupos sociales ejercen influencia en la conducta adolescente. En este sentido tenemos a la familia como un grupo que puede constituir un factor protector o de riesgo para el embarazo adolescente, pues en ella se forman valores, tradiciones y costumbres; por algo se repiten las conductas de generación en generación.^{5,6} En particular, se ha postulado que el tipo de familia en la que el adolescente ha socializado o con la que habita tiene una importante influencia sobre sus conductas sexuales y reproductivas.³

Existen investigaciones a nivel nacional como la de Ramires, Marquillo y Diaz (2009), en la cual se estudiaron los factores que influyen en el embarazo de las adolescentes en los centros de salud CNOP, IMA y Tatagildo. En dicho estudio se concluye que 64.1% de las adolescentes manifestaron haber recibido información sobre orientación sexual en el hogar y en cuanto a la presencia de antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia se obtuvo un 38.5% por parte de la madre y con el 23.1% la hermana. Otro factor encontrado relacionado con embarazo adolescente es la baja escolaridad de los padres; en los resultados que se obtuvieron, tanto el padre como la madre contaban sólo con la primaria en un 33.3% y 38.5%, respectivamente.⁸

Andrade, Betancourt, Palacios (2006) realizaron otro estudio sobre factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes, utilizando la Escala de Relaciones Intrafamiliares de Andrade en una población de 1942 jóvenes de entre 14 a 24 años de la Ciudad de México, encontraron los siguientes datos: 55.3% de su población era de predominio mujeres. El 21.9% de su población provenía de una familia monoparental, con 30.1% tenía padres de familia con un nivel académico nulo o básico y un 34.6% ya habían iniciado vida sexual con una tasa de inicio de vida sexual por edad de 13 a 15 años de 22.2%, de 16 a 17 años de 61.25% y de 18 a 19 años de 16.25%. De los resultados en el ambiente familiar, 14.23% de la población estudiada refirieron tener aspectos indeseables, negativos, problemáticos o de conflicto dentro de su familia, con una $p = 0.07$, lo cual a pesar de no ser significativo los autores concluyen que si debería tomarse en cuenta, ya que también se considera un factor de riesgo para tener un embarazo adolescente, lo cual invita a realizar más estudios a profundidad con respecto a esta dimensión. Otros resultados relevantes es que el 3.3% de su muestra refirió poco sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar y 2.59% señaló no tener la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.⁷

En varios países se han realizado investigaciones con la finalidad de conocer qué factores contribuyen a que los adolescentes inicien tempranamente en su actividad sexual, entre los cuales se consideran básicamente los factores individuales, familiares y sociales (Brewster, Bill y Grady, 1993; Capaldi, Crosby y Stoolmiller, 1996; Miller, Forehand y Kotchick, 2000). Un ejemplo de ello es el estudio de Alarcón, Coello, Cabrera y Monier (2009), donde se estudiaron los factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. En dicho estudio se encontró que el 36% de la muestra tenía un tipo de familia monoparental⁹, lo cual coincide con investigaciones internacionales como la realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Damian, Huarcaya (2008), donde se buscaron los factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes. En éste se reportó que el 55% de la población estudiada provenía de un tipo de familia monoparental. Hay que considerar que esta investigación, toda la población fue del género femenino, considerando el factor “género” como de riesgo implícito.¹³

Por otro lado, estudios como el de Miller, Norton, Curtis, Hill, Schvaneveldt y Young (1997) reportaron como factor de riesgo el nivel educativo de los padres, es decir, que a bajos niveles educativos de los padres aumenta la probabilidad de inicio precoz de la vida sexual en los adolescentes.⁶ Lo anterior resulta similar a otro estudio realizado en el municipio de Buenaventura, Colombia de Mosquera (2007), que tuvo como propósito analizar los factores asociados al embarazo en una muestra de 316 adolescentes de 13 a 19 años; en esta investigación se reportó que el 10.1% de los padres tenían un bajo nivel de escolaridad; por otro lado, un 2.4% de su muestra se encontraba en un nivel socioeconómico bajo. Por otra parte, en dicho estudio se reportó que un 34.5% de su muestra expresó mala comunicación dentro de la familia.¹²

Con base en lo anterior podemos señalar la importancia del estudio de la familia y su relación tanto en el inicio temprano de relaciones sexuales como en el embarazo adolescente. En este sentido, existen estudios realizados previamente en la Unidad de medicina familiar No. 33 sobre la sexualidad de los adolescentes derechohabientes, como la educación sexual informal en adolescentes embarazadas. Sin embargo, no existe un estudio que se haya enfocado a la detección de factores de riesgo para embarazo adolescente, lo cual es primordial para el médico familiar, el cual tiene como principal función la prevención. Por lo anterior, nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores familiares asociados a embarazo en adolescentes del área de influencia de la Unidad de medicina familiar No. 33 “El Rosario”?

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar los factores de riesgo familiares asociados a embarazo en adolescentes del área de influencia a la UMF No. 33, “El Rosario”.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de escolaridad bajo de los padres como factor de riesgo asociado a embarazo en adolescentes del área de influencia a la UMF No. 33, “El Rosario”.
- Identificar la presencia de una familia monoparental como factor de riesgo asociado a embarazo en adolescentes del área de influencia a la UMF No. 33, “El Rosario”.
- Identificar el nivel de socioeconómico bajo como factor de riesgo asociado a embarazo en adolescentes del área de influencia a la UMF No. 33, “El Rosario”.
- Identificar el nivel bajo de apoyo y unión familiar, el nivel bajo de expresión-comunicación y el nivel alto de dificultades familiares como factores de riesgo asociados a embarazo en adolescentes en adolescentes del área de influencia a la UMF No. 33, “El Rosario”.
- Identificar el inicio de vida sexual como factor de riesgo asociado a embarazo en adolescentes del área de influencia a la UMF No. 33, “El Rosario”.
- Identificar las características sociodemográficas adolescentes del área de influencia a la UMF No. 33, “El Rosario” (edad y sexo).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, prolectivo, transversal y descriptivo en población adolescente del área de influencia (Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Azcapotzalco) de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual, es una unidad de primer nivel de atención, cuya afluencia es la población derechohabiente a dicho instituto. La Unidad de Medicina Familiar pertenece a la Delegación Norte del distrito Federal del I.M.S.S., ubicada en la zona noreste del distrito Federal entre las Avenidas Aquiles Serdán, Avenida de las Culturas y Avenida Renacimiento S/N, Colonia El Rosario, Azcapotzalco.

Previa autorización por parte de los directivos del Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Azcapotzalco ubicado en Avenida Aquiles Serdán No. 2060, Ex hacienda del Rosario, Azcapotzalco y tras obtener el consentimiento informado de las y los adolescentes, así como de los padres de familia, se llevó a cabo la aplicación del instrumento a 372 adolescentes (mujeres y hombres) de 14 a 19 años, adscritos al turno matutino y vespertino, obtenidos mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se excluyeron aquellos adolescentes que cursaran con embarazo actual o que su pareja cursara con embarazo.

A los adolescentes se les aplicó un cuestionario ex profeso para identificar variables sociodemográficas (edad, género), así como factores relacionados con el embarazo en adolescentes, como el bajo nivel de instrucción del jefe de familia, la presencia de familia monoparental y el inicio de vida sexual. Para medir la variable de bajo nivel socioeconómico se utilizó el instrumento AMAI 10x6, que mide 6 dimensiones de posesiones y capacidades de hogar, dentro de las cuales está el capital humano, planeación y futuro, tecnología y entretenimiento, infraestructura práctica, infraestructura sanitaria e infraestructura básica, obteniendo una puntuación desde 15 a 366, con lo que se les asignará un nivel socioeconómico alto (A/B, C+) de 192 a 366 puntos, nivel medio (C, D+) de 102 a 191 puntos y nivel bajo (D, E) de 15 a 101 puntos. Se considerará como factor de riesgo para embarazo en adolescentes, aquellos que tengan un nivel socioeconómico bajo de 15 a 101 puntos.

En cuanto a las variables de unión y apoyo familiar, expresión familiar y dificultades familiares se midieron a través del instrumento E.R.I. (Escala de Relaciones Intrafamiliares de Andrade) que es un instrumento autoaplicado que sirve para realizar la evaluación de las relaciones intrafamiliares en su versión breve de 22 enunciados, los cuales se contestan utilizando una escala tipo Likert con las siguientes opciones de respuesta: totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutral, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Se considerará como factor de riesgo aquellos adolescentes que presenten un puntaje de 11 a 28, (nivel bajo y medio bajo) en la variable de unión y apoyo familiar, un puntaje de 22 a 55 (nivel bajo y medio bajo) en la variable de expresión-comunicación familiar y un puntaje mayor a 80, (nivel medio alto y alto) en la variable de dificultades familiares.

La información obtenida del cuestionario y los instrumentos se vaciaron en una base de datos de Excel utilizando estadística descriptiva, obteniendo medias, porcentajes y frecuencias. Su representación gráfica se realizó mediante graficas de sectores por ser variables cualitativas, para mostrar proporciones.

El presente estudio se realizó en concordancia con los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación en humanos a nivel internacional, nacional e institucional, tomando como base los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

RESULTADOS

De los 372 adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Azcapotzalco, que participaron en el estudio, se obtuvieron los siguientes resultados:

La distribución de la muestra de acuerdo a la edad de los 372 adolescentes, se encontraron 98 adolescentes de 14 a 15 años (26.3%), 115 adolescentes de 16 a 17 años (41.7%), 119 adolescentes de 18 a 19 años (32.0%). (Tabla y grafica 1).

Con respecto al género de los 372 adolescentes, 220 fueron femeninos (59.1%) y 152 adolescentes fueron masculinos (40.9%). (Tabla y grafica 2).

En relación a la distribución de acuerdo a la presencia de familia monoparental, 94 adolescentes refieren tener tipología familiar "b" que corresponde a vivir solo con mamá o solo papa con o sin hermanos (25.3%), 278 adolescentes refieren tener otra tipología familiar distinta a la "b" (74.7%). (Tabla y grafica 3).

En cuanto a la variable clínica de inicio de vida sexual de los 372 adolescentes, 158 refieren haber iniciado su vida sexual (42.5%) contra 214 adolescentes que no presentan esta condición (57.5%). (Tabla y grafica 4).

De acuerdo al nivel escolar del jefe de familia, 88 (23.7%) de las y los adolescentes refieren jefe la presencia de bajo nivel (desde jefe de familia sin instrucción, con primaria o secundaria completa o incompleta). El resto (284 adolescentes) refieren jefe de familia con carrera técnica o superior (76.3%). (Tabla y grafica 5).

En relación a la distribución por nivel socioeconómico de acuerdo a la escala de AMAI 10x6, de los 372 adolescentes solo 3 obtuvieron un nivel socioeconómico bajo (0.8%) y 369 adolescentes obtuvieron un nivel mayor al bajo (99.2%). (Tabla y grafica 6).

Con respecto a las variable de unión y apoyo familiar de acuerdo a la Escala de relaciones intrafamiliares (E.R.I.) de los 372 adolescentes 11 obtuvieron un nivel bajo y medio bajo (3.0%), 361 adolescentes obtuvieron un nivel medio, medio alto y alto (97%). (Tabla y grafica 7).

En cuanto a la variable de expresión-comunicación familiar medida con la Escala de relaciones intrafamiliares (E.R.I.), únicamente 7 adolescentes obtuvieron un nivel bajo y medio bajo (1.9%), mientras que 365 adolescentes obtuvieron un nivel medio, medio alto y alto (98.1%). (Tabla y grafica 8).

Con respecto a la presencia de dificultades familiares según la Escala de relaciones intrafamiliares (E.R.I.), de los 372 adolescentes, 300 refirieron un nivel bajo, medio bajo y medio (80.6%). En este sentido, la presencia de esta variable como factor de riesgo se encontró en 72 adolescentes, quienes obtuvieron un nivel medio alto y alto (19.4%). (Tabla y grafica 9).

Finalmente, al realizar el análisis de los 372 adolescentes que presentaron algún factor de riesgo familiar para embarazo adolescente, observamos que los factores de riesgo familiar para embarazo adolescente en nuestra población fueron, en orden de frecuencia: inicio de vida sexual (42.5%), familia monoparental (25.3%), bajo nivel de escolaridad del jefe de familia (23.7%), nivel alto en la variable de dificultades familiares (19.4%), nivel bajo en la

variable de unión y apoyo (3%), nivel bajo en variable de expresión-comunicación familiar (1.9%) y nivel socioeconómico bajo (0.8%). (Tabla 10 y grafica 10).

TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1.

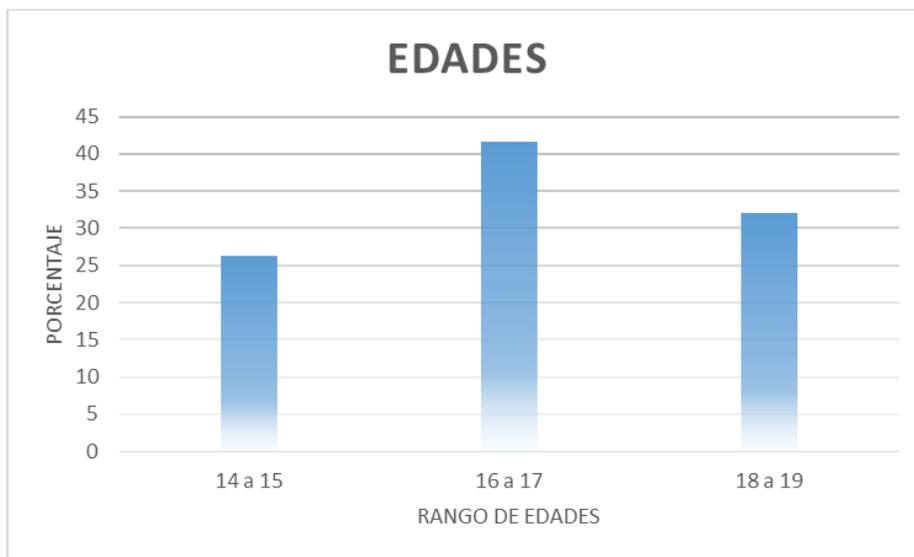
Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo a la edad.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14 a 15	98	26.3
16 a 17	155	41.7
18 a 19	119	32

*Fuente: cuestionario diseñado ex profeso para identificar factores sociodemográfico en adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Grafica 1.

Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo a la edad.



* Fuente: cuestionario diseñado ex profeso para identificar factores sociodemográfico en adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Tabla 2.

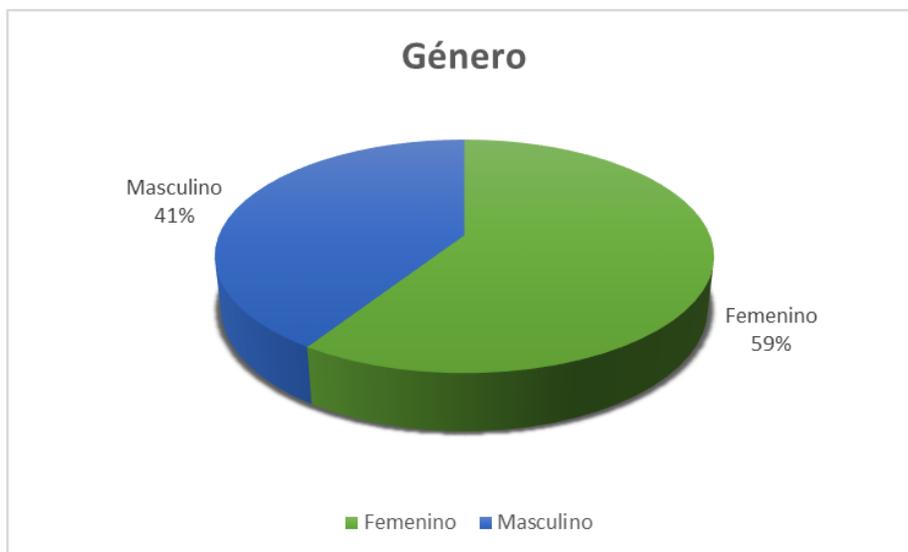
Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo al género.

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	220	59.1
Masculino	152	40.9

* Fuente: cuestionario diseñado ex profeso para identificar factores sociodemográficos en adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Grafica 2.

Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo al género.



* Fuente: cuestionario diseñado ex profeso para identificar factores sociodemográficos en adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Tabla 3.

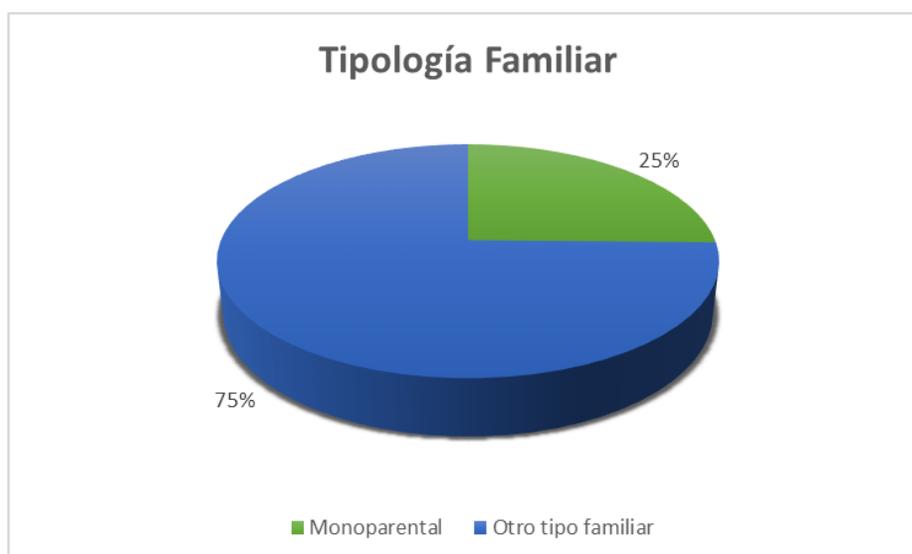
Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo a la presencia de familia monoparental como factor de riesgo para embarazo adolescente.

FAMILIA MONOPARENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Presente	94	25
Ausente	278	75

* Fuente: cuestionario diseñado ex profeso para la identificación de factores de riesgo familiares asociados a embarazo en adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Grafica 3.

Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo a la presencia de familia monoparental como factor de riesgo para embarazo adolescente.



* Fuente: cuestionario diseñado ex profeso para la identificación de factores de riesgo familiares asociados a embarazo en adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Tabla 4.

Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo al inicio de vida sexual como factor de riesgo para embarazo adolescente.

INICIO VIDA SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Presente	158	42.5
Ausente	214	57.5

* Fuente: cuestionario diseñado ex profeso para la identificación de factores de riesgo familiares asociados a embarazo en adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Grafica 4.

Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo al inicio de vida sexual como factor de riesgo para embarazo adolescente.



* Fuente: cuestionario diseñado ex profeso para la identificación de factores de riesgo familiares asociados a embarazo en adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Tabla 5.

Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo al bajo nivel de escolaridad del jefe de familia como factor de riesgo para embarazo adolescente.

NIVEL ESCOLARIDAD BAJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Presente	88	24
Ausente	284	76

* Fuente: cuestionario diseñado ex profeso para la identificación de factores de riesgo familiares asociados a embarazo en adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Grafica 5.

Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo al bajo nivel de escolaridad del jefe de familia como factor de riesgo para embarazo adolescente.



* Fuente: cuestionario diseñado ex profeso para la identificación de factores de riesgo familiares asociados a embarazo en adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Tabla 6.

Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo a la presencia de bajo nivel socioeconómico como factor de riesgo para embarazo adolescente.

NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Presente	3	0.8
Ausente	369	99.2

* Fuente: cuestionario AMAI 10x6 para medir el nivel socioeconómico en adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Grafica 6.

Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo a la presencia de bajo nivel socioeconómico como factor de riesgo para embarazo adolescente.



* Fuente: cuestionario AMAI 10x6 para medir el nivel socioeconómico en adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Tabla 7.

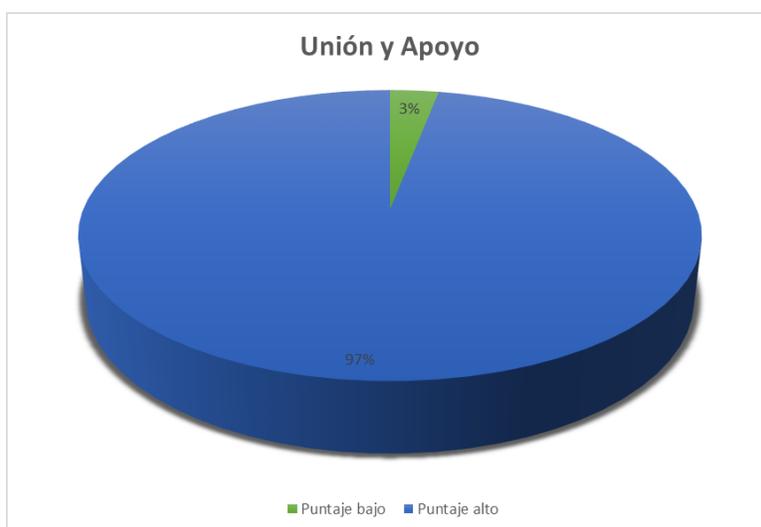
Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo al nivel de unión y apoyo familiar.

DIMENSION DE UNION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel bajo	11	3
Nivel alto	361	97

* Fuente: Escala de Relaciones Intrafamiliares de Andrade (E.R.I.) aplicado a adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Grafica 7.

Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo al nivel de unión y apoyo familiar.



* Fuente: Escala de Relaciones Intrafamiliares de Andrade (E.R.I.) aplicado a adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Tabla 8.

Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo al nivel de expresión-comunicación familiar.

DIMENSIÓN DE EXPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel bajo	7	1.9
Nivel alto	365	98.1

* Fuente: Escala de Relaciones Intrafamiliares de Andrade (E.R.I.) aplicado a adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Grafica 8.

Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo al nivel de expresión-comunicación familiar.



* Fuente: Escala de Relaciones Intrafamiliares de Andrade (E.R.I.) aplicado a adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Tabla 9.

Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo al nivel de dificultades familiares.

DIMENSIÓN DE DIFICULTADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel bajo	300	80.6
Nivel alto	72	19.4

* Fuente: Escala de Relaciones Intrafamiliares de Andrade (E.R.I.) aplicado a adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Grafica 9.

Distribución de una muestra de 372 adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo al nivel de dificultades familiares.



* Fuente: Escala de Relaciones Intrafamiliares de Andrade (E.R.I.) aplicado a adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Tabla 10.

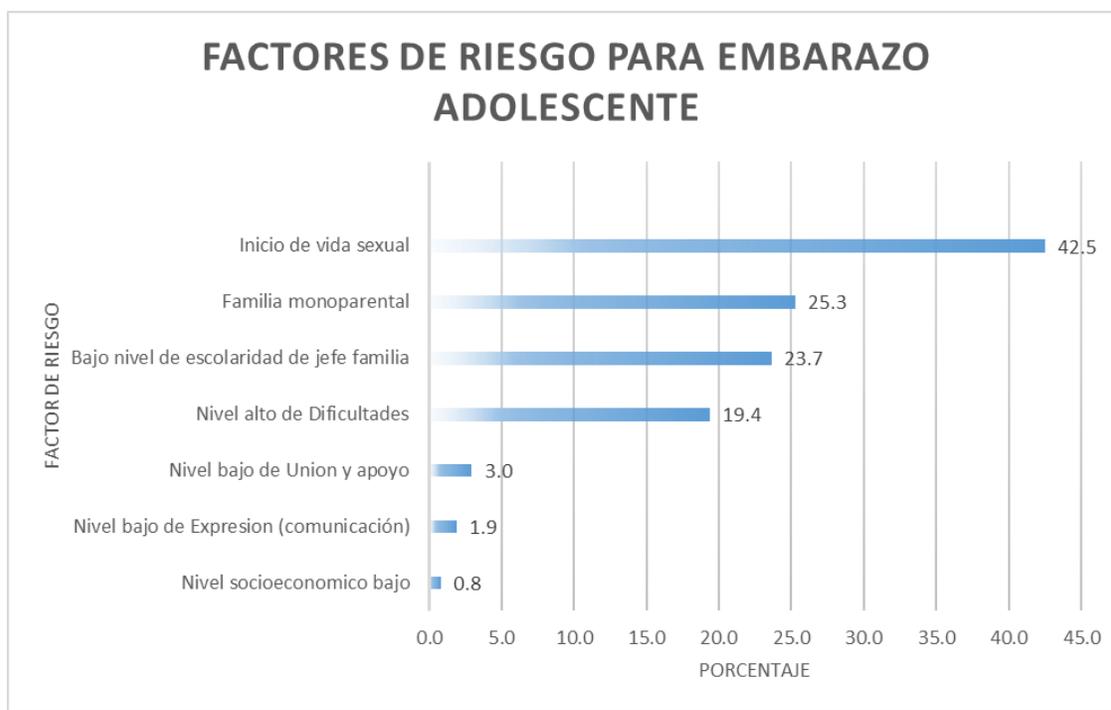
Distribución de una muestra de 372 alumnos del plantel CCH Azcapotzalco, correspondientes al área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo a la frecuencia de factores de riesgo familiares para embarazo adolescente.

FACTOR DE RIESGO	AUSENTE	PRESENTE	PORCENTAJE
Familia monoparental	278	94	25.3
Inicio de vida sexual	214	158	42.5
Bajo nivel de escolaridad de jefe familia	284	88	23.7
Nivel socioeconómico bajo	369	3	0.8
Nivel bajo de Unión y apoyo familiar	361	11	3.0
Nivel bajo de Expresión-comunicación familiar	365	7	1.9
Nivel alto de Dificultades familiares	300	72	19.4

*Fuente: cuestionario diseñado ex profeso para la identificación de factores de riesgo familiares asociados a embarazo en adolescentes, cuestionario AMAI 10x6 para medir el nivel socioeconómico y Escala de Relaciones Intrafamiliares de Andrade (E.R.I.) aplicado a adolescentes del aérea de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Grafica 10.

Distribución de una muestra de 372 alumnos del plantel CCH Azcapotzalco, correspondientes al área de influencia de la UMF No. 33, “El Rosario” de acuerdo a la frecuencia de factores de riesgo familiares para embarazo adolescente.



* Fuente: cuestionario diseñado ex profeso para la identificación de factores de riesgo familiares asociados a embarazo en adolescentes, cuestionario AMAI 10x6 para medir el nivel socioeconómico y Escala de Relaciones Intrafamiliares de Andrade (E.R.I.) aplicado a adolescentes del aérea de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”.

DISCUSION

En el presente estudio se identificaron los factores de riesgo familiares para embarazo en adolescentes del área de influencia de la UMF No. 33 “El Rosario”. Al comparar nuestros resultados con otras investigaciones observamos lo siguiente: con respecto al tipo de familia, se encontró que de los 372 adolescentes, 94 (25.3%) provienen de familias monoparentales, lo cual resulta similar a lo reportado en el estudio de Andrade, Betancourt y Palacios (2006) donde 21.9% de la población incluida en su estudio presentó esta condición.¹³ Asimismo, esto difiere con otros estudios, como el realizado en Buenaventura, Colombia de Mosquera (2007) donde se investigaron los factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años, donde el 48.73% de su población pertenecía a este tipo de familias. Inclusive, marcan a la presencia de madre y padre como un factor protector.¹² Por otro lado, la frecuencia de este factor también resultó superior en el estudio de Damian, Huarcaya (2008), el cual reportó que el 55% de la población estudiada tuvo un tipo de familia monoparental⁵. Con un resultado menor pero aún superior a lo encontrado en nuestro estudio, tenemos en primer lugar a la investigación de Alarcón, Coello, Cabrera y Monier, donde se indagaron los factores que influyen en el embarazo en la adolescencia (2009), registrando que un 36% de la muestra incluida pertenecía a una familia monoparental.⁹ En segundo lugar, tenemos al estudio de Penagos Velásquez (2007), que tuvo como propósito evaluar los cambios en la vida de las mujeres adolescentes a consecuencia de los embarazos y partos de sus hijas/jos nacidos entre los años 2002 y 2004 en Medellín, reportando un 39.2% de familias monoparentales en su muestra de estudio.¹⁴

De acuerdo con lo relacionado a la escolaridad del jefe de familia, en nuestro estudio encontramos que de los 372 adolescentes, 88 (23.7%) tienen un bajo nivel de escolaridad, siendo este nulo o básico (primaria o secundaria completa o incompleta). Lo anterior se asemeja a lo reportado por Andrade, Betancourt y Palacios (2006), en la cual el 30.1% de su población de adolescentes tenía padres de familia con un nivel académico nulo o básico.¹³ Por su parte en el estudio de Mosquera (2007) reporta este factor de riesgo con un porcentaje del 10.1% presente en su población.¹² Asimismo, el estudio de Ramires, Marquillo y Díaz (2009), donde se estudiaron los factores que influyen en el embarazo de las adolescentes en los centros de salud CNOP, IMA y Tatagildo, se reportó un porcentaje similar, donde 35% de los padres de la población estudiada tuvieron baja escolaridad, lo cual representa un factor de riesgo para el embarazo en la adolescencia.⁸

En cuanto al inicio de vida sexual, encontramos que de los 372 adolescentes, 158 (42.5%) ya la habían iniciado, porcentaje ligeramente diferente a lo reportado por Andrade, Betancourt, y Palacios (2006), en el cual se reporta que un 34.6% de su muestra tenían presente este factor¹³, a comparación de lo obtenido por Ramires, Marquillo y Díaz (2009) quienes reportaron 51.3% de adolescentes con inicio de vida sexual como factor de riesgo para embarazo adolescente.⁸

Con respecto al nivel socioeconómico, en nuestro estudio encontramos que 3 de los 372 adolescentes (0.8%) tienen un nivel de ingresos bajo, lo cual es similar a lo reportado por Mosquera (2007), quien tuvo como resultado que un 2.4% de la población estudiada contaba con este factor de riesgo.² Por su parte, Pantelides (2004) en su trabajo “Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina” reporta también un índice socioeconómico bajo, que va desde el 3.7% hasta un 73.4% en diferentes poblaciones; sin embargo, por esta heterogeneidad en los datos obtenidos sobre este factor, concluyó que no es determinante o de riesgo para un embarazo adolescente.³

En cuanto a la variable de dificultades familiares, nuestro estudio encontró que 72 adolescentes (19.4%) refirieron tener aspectos indeseables, negativos, problemáticos o de conflicto dentro de su familia, lo cual apoya lo reportado en el estudio de Damian, Huarcaya (2008) quienes en su estudio “Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes-Instituto Nacional Materno Perinatal, 2008”, encontraron situaciones de conflicto con los padres en 16.25% de la muestra estudiada.⁵ Este porcentaje resulta cercano al obtenido en el estudio de Andrade, Betancourt y Palacios (2006), en el cual se dio en 14.23% de la población estudiada, aunque en el análisis inferencial se obtuvo un valor de $p = 0.07$, determinando que a pesar de dichos resultados, concluyen que se debe tomar en cuenta como un condicionante para embarazo adolescente, invitando a realizar más estudios a profundidad.¹³ Por otro lado, en la investigación “Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia” de Alarcón, Coello, Cabrera y Monier (2009) se obtuvieron resultados superiores en porcentaje al nuestro, pues reportan que el 34% de su población refirió una relación conflictiva con los padres, lo que consideraron como un factor determinante para embarazo en adolescentes, que requiere medidas que puedan modificarlo de manera prioritaria.⁹

En relación a la variable de unión y apoyo familiar, encontramos que 11 de los 372 adolescentes (3.0%) refirieron poco sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar, lo que apoya lo reportado por Andrade, Betancourt, Palacios (2006), quienes obtuvieron que un 3.3% tenía alteraciones en esta dimensión.¹³ Es importante señalar que a pesar de la baja proporción encontrada, sería necesario tomar en cuenta que sigue siendo un factor de riesgo para el embarazo durante la adolescencia, lo cual debería tomarse en cuenta para la elaboración de programas de prevención y plantear nuevas líneas de investigación.

Por otro lado, en la variable de expresión-comunicación familiar, nuestros resultados arrojaron que sólo 3 de los 372 adolescentes (0.8%) refirieron no tener la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto, lo que apoya con un porcentaje ligeramente mayor el estudio de Andrade y colaboradores (2.59%).¹³ Por otra parte, Mosquera (2007) reportó una frecuencia de mala comunicación en 34.5% de su población estudiada, considerándola por ello como factor de riesgo para el embarazo adolescente.¹²

CONCLUSIONES

De los resultados anteriores se puede concluir que los factores que mayormente afectan a las y los adolescentes para un embarazo son: iniciar una vida sexual durante esta etapa, tener una familia de conformación de tipo monoparental, un bajo nivel de escolaridad del jefe de familia (papá o mamá).

Ciertamente existen otros factores de tipo familiar que pueden ser un riesgo para un embarazo adolescente, sin embargo en nuestro estudio la incidencia de estos fue baja, probablemente lo anterior se relacione con otras situaciones ajenas al núcleo familiar, como factores individuales e inclusive sociales que deben tomarse en cuenta en próximas líneas de investigación, ya que es probable que las relaciones intrafamiliares no sean el detonante primario de un embarazo adolescente.

Por otro lado, cabe aclarar que los resultados encontrados dentro de este estudio fueron obtenidos de adolescentes que viven en zonas urbanas, por lo que valdría la pena explorar estas variables en zonas rurales para poder generalizar los resultados obtenidos.

De igual forma es importante realizar nuevas investigaciones que enfatizaran dentro de los instrumentos y evaluaciones el nivel de comunicación, dificultades y apoyo por cada figura paterna de manera individual, de esta forma podría realizarse con mayor profundidad el análisis de dichos factores.

Finalmente, es de importancia considerar que este es el primer acercamiento para valorar factores de riesgo asociados a embarazo adolescente en nuestra población, por lo que es propicio que se lleven a cabo otras investigaciones de seguimiento o en su defecto estudios retrospectivos (de casos y controles) con población sin embarazo y con embarazo, lo cual podría ayudarnos a hacer inferencias y comparaciones con estudios similares a nivel nacional e internacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaria de Salud. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. 2ª ed. Dirección General de Salud Reproductiva; 2002.
2. Bastida Jiménez I. Asociación de las características sociodemográficas y de la educación sexual informal en adolescentes embarazadas adscritas a la UMF No. 33. [tesis doctoral]. México, Distrito Federal; 2010.
3. Pantelides EA. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. *Notas de Población*; 2004; (78): 7-35.
4. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *Rev. Ped. Elec.* 2008; 5(1): 42-51.
5. Diego Damian P, Huarcaya Conislla G. Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo recurrente en adolescentes-Instituto Nacional Materno Perinatal, 2008. [tesis doctoral]. Lima, Perú. 2008.
6. Ramírez Hernández M. Conocimientos sobre sexualidad que tienen los adolescentes derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF 33 El Rosario. [tesis doctoral]. México, Distrito Federal. 2011.
7. Delgado AI, Marcillo BN, Valenzuela AS, Erazo EM. Factores familiares y socioculturales que influyen en los embarazos en adolescentes en la ciudad de Pasto. Nariño. Colombia. *Axioma.* 2012; 2(9): 26-30.
8. Ramires CF, Marquillo UA, Díaz MY. Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes en los centros de salud CNOP, IMA y Tatagildo. *CONACYT*; 2009: 1-6.
9. Alarcón AR; Coello LJ; Cabrera GJ; Monier DG. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Rev Cub Obst Ginecol* 2009; 25(1):2-9
10. Olvera Rosas A. coordinador. Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven. 1ª ed. Secretaria de Educación Pública; 2012.
11. Beltrán ML. Embarazo en Adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social. [revista en Internet] 2006 Agosto. [acceso 23 abril de 2016]. Disponible en: www.gerenciasocial.org.ve
12. Mosquera Becerra J. Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del municipio de Buenaventura, Colombia. [tesis doctoral]. Santiago de Cali, Facultad de salud, escuela de salud Pública; 2007.
13. Andrade PP, Betancourt OD, Palacios DJ. Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista colombiana de psicología.* 2006; (15):91-101.
14. Penagos Velásquez G. Cambios en la vida de las mujeres adolescentes a consecuencia de los embarazos y partos de sus hijas/jos nacidos entre los años 2002 y 2004 en Medellín. [tesis doctoral]. Alcaldía de Medellín, Colombia; 2007.
15. The Alan Guttmacher Institute. Early Childbearing in Honduras: A Continuing Challenge. Guttmacher Institute; 2006.
16. Trinidad NK, Chávez MV, Carrasco PB, Sánchez VE. Percepción de la relación afectiva con los padres como principal factor que influye sobre el embarazo en adolescentes en Veracruz, México. *Revista sobre la infancia y la adolescencia.* 2015; (8):75-83.

17. Baeza WB, Póo FA, Vásquez PO, Muñoz NS, Vellejos VC. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Rev chil obstet ginecol.* 2007; 72(2):76-81.
18. Rivera HM, Andrade PP. Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.). *Uaricha Revista de Psicología.* 2010; (14):12-29.
19. Merino EI; Rosales IE. Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud Altavista, Enero a Junio 2010. [Tesis doctoral]. San Salvador, El Salvador; 2011.
20. Hidalgo-San Martín A, Caballero-Hoyos R, Celis-de la Rosa A, Rasmussen CB. Validación de un cuestionario para el estudio del comportamiento sexual, social y corporal, de los adolescentes escolares. *Salud Pública Mex.* 2003; 45 suppl 1:S58-S72.
21. Colegio de Ciencias y Humanidades. Población Estudiantil del CCH ingresos, tránsito y egreso, trayectoria escolar: siete generaciones 2006-2012. México, UNAM; 2012.
22. WordReference.com. [sede Web]. Acceso 15 febrero 2017. Disponible en URL: <http://www.wordreference.com/definicion/escolaridad>
23. Wikipedia la enciclopedia libre. [sede Web], actualizada el 26 de noviembre de 2016 a las 15:26; acceso 15 febrero de 2017. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Familia_monoparental
24. NSE Niveles Socioeconómicos AMAI [sede Web]. Acceso 23 agosto 2016. Disponible en: <http://www.amai.org/congreso/2008/memorias/ponencias/lopezromo.pdf>
25. Wikipedia la enciclopedia libre. [sede Web], actualizada el 26 de febrero de 2017 a las 20:35; acceso 26 febrero de 2017. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Edad>
26. Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C. [sede Web], acceso 14 abril 2016. Disponible en: <http://www.amssac.org/biblioteca/definiciones-basicas>
27. SlideShare [sede Web]. Acceso 26 febrero 2017. Disponible en: <https://es.slideshare.net/huerta105/sexo-y-sexualidad-cs-2>
28. Ley General de Salud. Última modificación enero 2014. Disponible en URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>. Acceso 14 de octubre de 2016.
29. Declaración de Helsinki. Asociación Médica Mundial. Acceso 14 de octubre de 2016. Disponible en URL: <http://www.wma.net/es/20activities/10ethics/10helsinki/>
30. Código Nacional de Bioética. Disponible en URL: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatividad/1._NAL._Cxdigo_de_Bioetica_del_Personal_de_Salud.pdf. Acceso 14 de octubre de 2016.
31. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A.C. Código de bioética en medicina familiar. *Arch Med. Fam* 2005; 7 Suppl. 1: 21-23.
32. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. [acceso el 28 enero 2017]. Disponible en: <http://latindex.org/latindex/inicio>

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADOLESCENTES)	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	"Factores de riesgo familiares asociados a embarazo en adolescentes del área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, El Rosario".
Lugar y fecha:	UMF No. 33 "EL ROSARIO", CIUDAD DE MÉXICO, D.F.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El presente estudio tiene por objetivo el poder identificar los factores de riesgo familiares que pudieran verse involucrados en un embarazo adolescente como son: la percepción que tiene el adolescente de la relación que lleva con su papa y mama, tipo de familia, nivel socioeconómico, la escolaridad de los padres y el inicio o no de vida sexual. Con la finalidad de elaborar mejores y más oportunas acciones de prevención y control familiar para postergar el embarazo en los adolescentes.
Procedimientos:	El adolescente contestara el cuestionario para identificar los factores de riesgo familiares asociados a embarazo en adolescentes del área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, El Rosario.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al finalizar la encuesta el investigador le informara sobre los factores de riesgo familiares asociados a embarazo que tiene el adolescente.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se darán a conocer a todo aquel participante que solicitara sus resultados. Además el investigador principal se compromete a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
Participación o retiro:	El adolescente puede conservar el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte su atención dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social o bien tenga alguna repercusión académica en la Universidad Autónoma de México.
Privacidad y confidencialidad:	En ninguna fase del estudio se les solicitara información confidencial al adolescente, como: dirección, teléfono o cualquier otro dato que pudiera llevar a su localización. Del mismo modo los datos obtenidos serán manejados en forma estrictamente confidencial.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Haydee Alejandra Martini Blanquel Matricula: 99354204
Colaboradores:	Dr. Enrique Aguilar Contreras Matricula 98351756 Médico residente de tercer año del curso de Especialización en Medicina Familiar Teléfono: 53 82 51 10 Ext. 21407 o 21435. Coordinación clínica de educación e investigación en salud.
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	Dra. Haydee Alejandra Martini Blanquel Matricula: 99354204 Teléfono 53 82 51 10 Ext. 21407 o 21435. Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

Anexo 2. Instrumento para valoración de factores de riesgo familiares asociados a embarazo en adolescentes.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"**

**CUESTIONARIO
FACTORES DE RIESGO FAMILIARES ASOCIADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL AREA DE INFLUENCIA
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33, "EL ROSARIO"**

El presente estudio tiene por objetivo investigar condiciones para presentar un embarazo durante la adolescencia. Algunas de estas condiciones pueden estar relacionadas con situaciones familiares o socioeconómicas. Por ello, te pedimos tu apoyo para contestar este cuestionario, recordándote que toda la información que nos proporciones será estrictamente CONFIDENCIAL, por lo que no es necesario que pongas tu nombre o algún dato que te pueda identificar.

1. ¿Qué edad tienes?

a) _____

2. Genero

- a) Femenino
- b) Masculino

Señala con una "X" la respuesta que consideres es la correcta de acuerdo a tu situación actual y la de tu familia.

3. Personas que viven en casa contigo

- a) Mamá y papá con o sin hermanos
- b) Solo mamá o solo papá con o sin hermanos
- c) Otros familiares (tíos, abuelos, etc.)
- d) Amigos
- e) Vives solo

4. ¿Ya iniciaste vida sexual?

- a) Si
- b) No

5. ¿Cuántas televisiones a color tiene tu casa?

- a) No tenemos
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4

6. ¿Cuántos automóviles tiene tu familia?

- a) No tenemos
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4

7. ¿Cuántos baños tiene tu casa?

- a) No tenemos
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4

8. ¿Cuántas computadoras tiene en tu casa?

- a) No tenemos
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4

9. ¿Cuántos cuartos hay en tu casa?

- a) 0 a 4
- b) 5 a 6

- c) 7 o más
10. ¿Cuántos focos hay en tu casa?
- a) 6 a 10
 - b) 11 a 15
 - c) 16 a 20
 - d) 21 o más
11. ¿De qué material es el piso de tu casa?
- a) De tierra
 - b) De cemento
12. ¿Tu casa tiene regadera?
- a) No
 - b) Si
13. ¿Tu casa tiene estufa?
- a) No tiene
 - b) si tiene
14. ¿Qué nivel de escolaridad tiene el jefe de familia (papá o mamá)?
- a) Sin instrucción
 - b) Primaria o secundaria completa o incompleta
 - c) Carrera técnica o preparatoria completa o incompleta
 - d) Licenciatura completa o incompleta
 - e) Posgrado

INSTRUCCIONES

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

TA = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = DE ACUERDO

N = NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)

D = EN DESACUERDO

TD = TOTALMENTE EN DESACUERDO

15. Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos
- a) TA
 - b) A
 - c) N
 - d) D
 - e) TD
16. Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista
- a) TA
 - b) A
 - c) N
 - d) D
 - e) TD
17. En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás
- a) TA
 - b) A
 - c) N
 - d) D
 - e) TD
18. Mi familia es cálida y nos brinda apoyo
- a) TA
 - b) A
 - c) N
 - d) D
 - e) TD
19. En mi familia es importante para todos expresar nuestras opiniones
- a) TA
 - b) A
 - c) N

- d) D
 - e) TD
20. La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable
- a) TA
 - b) A
 - c) N
 - d) D
 - e) TD
21. Nuestra familia acostumbra a hacer actividades en conjunto
- a) TA
 - b) A
 - c) N
 - d) D
 - e) TD
22. Mi familia me escucha
- a) TA
 - b) A
 - c) N
 - d) D
 - e) TD
23. Cuando tengo algún problema no se lo cuento a mi familia
- a) TA
 - b) A
 - c) N
 - d) D
 - e) TD
24. Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros
- a) TA
 - b) A
 - c) N
 - d) D
 - e) TD
25. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño
- a) TA
 - b) A
 - c) N
 - d) D
 - e) TD
26. Los conflictos en mi familia nunca se resuelven
- a) TA
 - b) A
 - c) N
 - d) D
 - e) TD