



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA  
**UMF No. 15 MONTERREY, N.L.**



**FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN LA  
UMF No.26 MONTERREY N.L.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**MARIA DOLORES SANCHEZ LUNA**

Monterrey. Nuevo. León.

Febrero del 2010.



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.


**FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN LA UMF  
No. 26 MONTERREY N.L.**


**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:**

**MARIA DOLORES SANCHEZ LUNA**

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

**DRA. MARIA LUISA HERNANDEZ VALDEZ**  
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS**  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15 MONTERREY, N. L

  
**DRA. LUISA ISABEL MORTERA SANCHEZ**  
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS  
MEDICINA INTERNA CONSULTA EXTERNA HGZ No. 33 Y  
PROFESOR AUXILIAR CEDEFPD

  
**DRA. MARIA ISABEL CRUZ**  
ASESOR DE TEMA DE TESIS  
MEDICO FAMILIAR  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA EN SALUD  
UMF CON MODULOS DE ENFERMERIA No. 66

**DRA. SARA MARIA ESTEVANÉ DÍAZ**  
MEDICO FAMILIAR  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
UMF No.15

Monterrey, N. L.

Febrero del 2010.

**FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN  
LA UMF No.26 DE MONTERREY N.L.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**MARIA DOLORES SANCHEZ LUNA**

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

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN LA UMF  
No. 26 MONTERREY N.L.**

## **INDICE GENERAL**

**Págs.**

I. MARCO TEÓRICO	6
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
III. JUSTIFICACIÓN	10
IV. OBJETIVOS GENERALES	11
V. HIPÓTESIS	12
VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	13
-TIPO DE ESTUDIO	
- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN	
- VARIABLES RECOLECTADOS	
- MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	
- CONSIDERACIONES ÉTICAS	
VII. RESULTADOS	18
VIII. DISCUSION DE LOS RESULTADOS	27
IX. CONCLUSIONES	28
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29
XI. ANEXOS	31

## **I.-MARCO TEORICO**

La adolescencia se define de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la etapa de desarrollo del ser humano que abarca desde los 10 a los 19 años de edad. También se considera como el periodo en el cual el individuo progresa desde el punto de la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual y reproductiva. Del mismo modo, la definición demográfica de la adolescencia ha sido concretada como el período de la vida que abarca la transición desde la niñez a la etapa adulta. En la segunda década de la vida de un individuo, los procesos psicológicos y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño hasta los de un adulto y se hace la transición de un estado de dependencia socioeconómica total a otro de dependencia relativa.<sup>1,2</sup>

Datos internacionales señalan que desde la segunda guerra mundial a la mitad del siglo veinte, el tema de embarazos en adolescentes ha cobrado gran importancia y que su presencia puede ser multifactorial, como los factores psicológicos, destacando entre ellos el estado de la familia y su influencia en el comportamiento general del adolescente.<sup>3</sup>

El embarazo en adolescentes es considerado un problema de salud pública en países industrializados y no industrializados.<sup>4,5</sup> La OMS y en países como los Estados Unidos y Canadá se han efectuado desde 1980 campañas de prevención de embarazos en adolescentes:

En el año 2000 el número total de embarazos en adolescentes en los Estados Unidos fue de 821,814 (184 embarazos por cada 1,000 personas). En Canadá la tasa fue de 38,600 (38 embarazos por cada 1,000 personas). En otros países occidentales industrializados como Suecia y Francia, las tasas de embarazos de adolescentes son más bajas que las de Canadá. En Estados Unidos se estima que cada año se embarazan entre medio y un millón de adolescentes.<sup>6,7</sup> Al comparar estas tasas con las de otros países, es fácil comprender la razón por lo que es considerado uno de los países con mayores problemas. En países de Latino América se estima que los embarazos en adolescentes representan cerca del 20 % de todos los embarazos.

Los principales cuestionamientos sobre las causas de los embarazos en adolescentes se basan en aspectos socio demográfico, entre ellos la inmadurez de la madre para educar a su hijo, la pobre educación del individuo y el aumento de los costos económicos de atención en salud.

Entre los datos nacionales tenemos la Encuesta Nacional de la Juventud del 2005 que reveló que la mayoría de las adolescentes inician su vida sexual entre los 15 y 19 años con casos en la etapa de los 12 a los 14 años.<sup>8,9</sup>

En los últimos años ha aumentado la preocupación por el embarazo en adolescentes en México y América Latina, existen varios factores que han estimulado el interés en el tema de la fecundidad adolescente, entre ellos el hecho de que tienen mayores problemas de salud para la madre y su hijo.<sup>10,11</sup> El Día de la Prevención de Embarazos en los Adolescentes fue instaurado por primera vez en Uruguay en el año 2003 y en el Ecuador en el 2005. En ambos países, gracias a la iniciativa del Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM) y el auspicio de los ministerios de salud correspondientes, se declaró como fecha para esta conmemoración el día 26 de septiembre.

El embarazo en adolescentes y sus repercusiones en la salud y la calidad de vida de las mujeres muestra niveles preocupantes, el porcentaje de nacimientos registrados de madres entre 15 y 19 años disminuyó entre 1990 y 1997 ubicándose en el 16.35%. En 2004 vuelve a exhibir un crecimiento el índice ubicándose en el 17.2%. En 2005 fue de 18% y en el 2006 se encuentra en el 21% del total de nacimientos. En la Unidad de Medicina Familiar No.26 existe una población de 58,644 adolescentes hijas de derechohabientes, de las cuales han presentado en el último año un total de 6,450 embarazos, sin embargo una cantidad similar se pierde al no tener derecho a la seguridad social.<sup>12,13</sup>



Del mismo modo los nacimientos tempranos pueden conducir a que las adolescentes tengan limitaciones en su desarrollo psicosocial y económico. La gran mayoría de las adolescentes declaran no utilizar un método anticonceptivo. Los estudios existentes indican que hay seis factores importantes que influyen en la fecundidad de la adolescente como la edad, el ingreso familiar, la escolaridad, la disfunción familiar y el uso de métodos anticonceptivos, entre otros.<sup>14-23</sup>

## **II.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la práctica diaria he observado el inicio cada vez más precoz de la actividad sexual, lo cual propicia la presentación de embarazos no planeados en mujeres adolescentes siendo un fenómeno complejo por los factores ya mencionados. Un embarazo, al no ser planeado, conlleva a múltiples complicaciones físicas y psicosociales de la madre adolescente y el producto. Como resultado, los embarazos son motivo de discusión y análisis lo que más se ha observado es la disfunción familiar, el cual se define como un sistema que debe de realizar acciones en cada una de las etapas de desarrollo pero que no cumple eficazmente con estas funciones y otros factores como el ingreso familiar, la escolaridad o la información sobre métodos anticonceptivos, siendo una temática de trascendencia social en la mayor parte del mundo y aumentado las posibilidades de riesgo. En países o regiones con mas avance de transición demográfica la presentación de embarazos en este grupo se considera un marcador de subdesarrollo para un país, por lo que debemos saber cuales son las causas socio demográficas más frecuentes que se presentan.

Existen cambios socio demográficos en la población industrializada como esta ciudad de Monterrey, N.L. , en nuestra unidad con una población adscrita en este grupo de edad en el censo del 2006 de 16,052 adolescentes, de los cuales se presentaron 1,459 embarazos representa una prevalencia arriba del 9%. Dado los antecedentes el resultado de esta investigación nos sirvió para detectar los factores de riesgo mas frecuentes para la presentación de embarazos en este grupo de la población, con la finalidad de poder crear programas educativos con información para las adolescentes y sus familias, beneficiándolos en su desarrollo físico y psicosocial.

**PREGUNTA: ¿Cuáles son los principales factores asociados a embarazo en adolescentes en la UMF No. 26 de Monterrey, N.L.?**

### **III.-JUSTIFICACIÓN**

Según estadísticas registradas se ha observado un aumento considerable en el porcentaje de embarazos a nivel mundial así como en nuestro medio de un 9% en 1993 a un 21% en el 2006.

Por lo tanto, en la consulta externa de Medicina Familiar, también se ha observado un aumento de la consulta prenatal en adolescentes, pero dada las circunstancias de este embarazo, donde muchas pacientes no tienen o pierden el derecho a la atención médica dentro del régimen ordinario, la mayoría de las ocasiones se queda sin atención por lo cual presenta complicaciones físicas y psicosociales, por lo anterior es importante determinar cuáles son los factores socio demográficos más frecuentes que influyen para poder desarrollar acciones o programas encaminados a disminuir el número de embarazos no planeados, lo que a su vez influirá en la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil.

#### **IV.-OBJETIVOS**

##### *Objetivo General*

Determinar los principales factores asociados a embarazos en adolescentes.

##### *Objetivo Especifico*

Identificar cual de los factores asociados se presenta con más frecuencia para a embarazos en adolescentes.

## **V.-HIPOTESIS**

### *Hipótesis Alterna*

Son los factores socio-demográficos asociados a la presentación de embarazos en adolescentes de la UMF No. 26 de Monterrey, N.L.

### *Hipótesis Nula*

Los factores socio-demográficos no están asociados a la presentación de embarazos en adolescentes de la UMF No. 26 de Monterrey, N.L.

## VI.-METODOLOGIA.

### *Tipo de estudio, población, lugar y tiempo de estudio*

Se efectuó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo de casos y controles de mujeres adolescentes entre 14 y 19 años de edad primigestas (casos) y mujeres pareadas en edad sin diagnóstico de embarazo (controles) que acudieron a la consulta externa de la UMF No. 26 de julio a septiembre de 2009.

### *Tipo de muestra y tamaño de la muestra*

Se determinó el tamaño de la muestra utilizando una fórmula para casos y controles con una muestra pareada de 2 controles por un caso aplicando un intervalo de confianza de 95%, RM 3.5, con una significancia alfa de poder del 80%.

### **Fórmula para calcular el tamaño de la muestra.**

$$n = \frac{\{Z\alpha (RM+1) + Z\beta \sqrt{(RM+1)^2 - (RM-1)^2 Pdisc^2}\}}{(RM - 1)^2 Pdisc}$$

RM = razón de momios que se espera encontrar

*P disc* = proporción de discordancia entre los casos y controles

$Z\alpha$  = Distancia de la media que tendrán los valores de probabilidades de  $\alpha$ .

$Z\beta$  = Distancia de la media que tendrán los valores de probabilidades de  $\beta$ .

Se calculó con:

RM = 3.5

*P disc* = 0.20 tomando en cuenta una prevalencia de 11% de embarazadas adolescentes.

$Z\alpha$  = 1.96.             $Z\beta$  = 0.84.

Se obtuvo una  $n = 71$  casos y 142 controles.

## **CRITERIOS DE INCUSION, EXCLUSION Y DE ELIMINACION.**

Los criterios de inclusión para los casos eran adolescentes embarazadas entre 14–19 años de edad que se presentaron a la consulta de medicina familiar de la UMF No. 26 que fueran primigestas y que acudieran a consulta en el periodo de estudio.

Aquellas mujeres con embarazos por violación, mujeres con retraso mental o que no aceptaran participar en la encuesta fueron excluidas.

En el caso de los controles fueron incluidas adolescentes no embarazadas entre 14–19 años de edad que se presentaron a la consulta de medicina familiar de la UMF No. 26.

El criterio de la eliminación del estudio el que no contestaran en forma completa el instrumento utilizado con la información solicitada.

## **VARIABLES DEL ESTUDIO**

Para fines de este estudio se utilizaron las siguientes definiciones:

La variable dependiente fue la adolescente embarazada: una mujer de entre 14 y 19 años de edad que cursaba su primera gesta. Operacionalmente fueron pacientes primigestas de entre 14 y 19 años de edad que acudieron a control prenatal de la consulta de la UMF No. 26 del IMSS en el período de julio a septiembre del 2009

### *Definición de variables:*

*Adolescencia* – etapa del desarrollo que inicia entre los 10 y los 14 años.

*Embarazo* – estado fisiológico de la mujer que produce un ser vivo.

*Primigesta* – una mujer con su primer embarazo.

Los variables independientes fueron: *edad, escolaridad, ingreso familiar, disfunción familiar, y nivel de información sobre métodos de planificación familiar.* La edad medido en años, agrupándose de 10 a 13, 14 a 16 y de 17 a 19 años; el nivel de escolaridad medido fue primaria, secundaria o preparatoria; el nivel de ingreso familiar fue de

acuerdo al salario mínimo clasificándose como bajo de 1 a 4 salarios mínimos, medio de 5 a 15 salarios mínimos y alto de 16 salarios mínimos o más. La disfunción familiar fue medido con el FF-Sil (validado y consistente) considerándose funcional de 57–70 puntos y disfuncional menos de 56 puntos. En el caso de la información sobre métodos de planificación familiar, se les preguntó si habían recibido información sobre los diferentes métodos disponibles y su uso siendo la escala de medición afirmativa o negativa. Fue validado como una información suficiente si respondían más del 70% de los reactivos.

### *DEFINICIONES*

*Disfunción familiar* – la falta de capacidad de la familia para cubrir las etapas vitales del desarrollo de los miembros medido con el FF-Sil.

*Edad* – tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta la actualidad, medido en años.

*Escolaridad* – nivel de educación al momento del embarazo.

*Ingreso familiar* – el ingreso económico para cubrir las necesidades básicas de la familia según el Ceval (ingreso mínimo diario de \$49.00 pesos MN).

*Métodos de planificación familiar* – productos que evitan la fecundación del óvulo y el espermatozoide (hormonales orales, inyectables o en parches; el dispositivo intrauterino; métodos locales como el condón, ritmo, coito interupto; métodos definitivos como salpingoplastia o vasectomía).



## *MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN*

Se auto aplicó el Test de Funcionalidad Familiar (FF-Sil), el cual consiste en 14 ítems con una escala de Likert que mide el funcionamiento familiar en base a los siguientes tópicos: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Junto con esto se aplicaron dos encuestas que contenían variables socio demográficos y de información de métodos de planificación familiar (Ver anexo II).

Para la realización de las encuestas los casos que reunían los criterios de inclusión eran referidas de la consulta prenatal al modulo de captura para el llenado de las encuestas.

En el caso de los controles, se captaban de la población presente en ese momento en la UMF que reunían los criterios de inclusión. Previo consentimiento informado por escrito se aplicaron 71 encuestas a los casos. De acuerdo al criterio de muestro se aplicaron un total de 142 encuestas a los controles. Tanto en casos como controles se revisaba la encuesta y en caso de que no tuviera los datos completos se devolvía a la participante para que los incluyera en ese momento.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

Previo al inicio del estudio y de acuerdo al Reglamento de la Ley Federal de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos en los artículos 14 fracción V, se solicitó el consentimiento informado por escrito (Ver anexo I). De acuerdo al artículo 17 fracción 1 se considera que la presente investigación es sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencional en variables físicas, psicológicas y sociales y de acuerdo al artículo 21 se le permitió al participante retirarse del estudio en el momento que lo decidía.

## VII.-RESULTADOS

### *Descripción (análisis estadístico) de los resultados*

Se determino un tamaño de muestra estadístico de 71 casos y 142 controles, pareada utilizando una prueba de razón de momios (odds ratio) y  $X^2$  que se vacio a una base de datos aplicando el programa estadístico SPSS versión 17 obteniendo los siguientes resultados:

Como resultado del análisis de la prueba de ji-cuadrada para esta variable se rechazó la hipótesis nula y se concluyó que al menos uno de los grupos de edades fue diferente entre las adolescentes embarazadas y las no embarazadas, la mayor parte de las adolescentes embarazadas incluidas en el estudio se ubicaron en las edades de 17, 18 y 19 años, mientras que la mayor proporción de las edades de las adolescentes no embarazadas se ubicó entre las edades de 14, 15 y 16 años. La media codificada de la variable edad para el grupo de embarazadas fue de 4.26, lo que correspondió a una edad real de entre 17 y 18 años. Para el grupo de las no embarazadas la media codificada fue de 3.41, lo que correspondió a una edad real de entre 16 y 17 años (Tabla 1 y grafica 1-2)

### Inicio de Vida Sexual Activa:

Los datos del grupo de las adolescentes no embarazadas mostraron que el 58% de las entrevistadas no habían iniciado su vida sexual activa. Por si mismo este dato refleja la importancia de los valores personales para evitar la problemática tratada en este estudio. Al comparar el resto del grupo de embarazadas y no embarazadas, la prueba de ji-cuadrada detectó una diferencia significativa ( $P<.005$ ) en este análisis. Las modas de esta variable fueron de 17 y 19 años para el grupo de las embarazadas y de 16 años para el grupo de controles. (Tabla 2 y grafica 3-4).

Nivel de Escolaridad de las Adolescentes:

Esta variable resultó no significativa entre los grupos de adolescentes embarazadas y no embarazadas (Tabla 3 y grafica 5-6).

Ingreso Familiar:

Al igual que la variable anterior, esta variable no mostró un resultado significativo entre los grupos de adolescentes embarazadas y no embarazadas (Tabla 4 y grafica7-8).

Conocimiento de los Métodos de Planificación Familiar:

El conocimiento sobre los métodos de planificación familiar fue la variable que mostró mayor significancia entre los grupos de adolescentes ( $P < .005$ ). El porcentaje de adolescentes embarazadas que conocía los métodos de planificación familiar fue de un 21.1%, menos de la mitad del 44% del grupo de las adolescentes no embarazadas. Por lo que se observa la importancia de las campañas de información en los grupos de adolescentes. (Tabla 5 y grafica 9-10 y grafica 11-12)

Funcionalidad Familiar:

La funcionalidad familiar también fue una variable que mostró una diferencia significativa entre los grupos de adolescentes ( $P < .05$ ). El 50.7% del grupo de adolescentes embarazadas pertenecía a familias disfuncionales mientras que en el grupo de adolescentes no embarazadas fue de un 35.2%, siendo menor que el grupo de los casos. (Tabla 6)

Prueba de Hipótesis:

Hipótesis nula:  $p_1 = p_2 = \dots = p_k$

Hipótesis alternativa: al menos una proporción es diferente.

Nivel de Significancia: evaluar  $\chi^2 = 0.05$  y posteriormente calcular el nivel del valor **p** de significancia (nivel de significancia observado). (Tabla 7)

Criterio de Prueba:

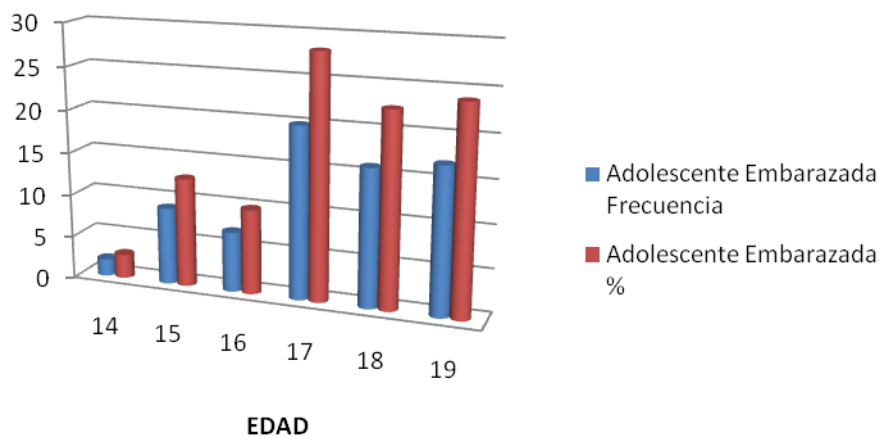
Si  $\chi^2$  (valor calculado)  $>$   $\chi^2$  (valor tabulado) para  $(r-1)(c-1)$  grados de libertad se rechaza  $H_0$  de lo contrario no se rechaza  $H_0$ .

TABLAS Y GRAFICAS.

Tabla 1. Distribución de Frecuencias de la Variable Edad.

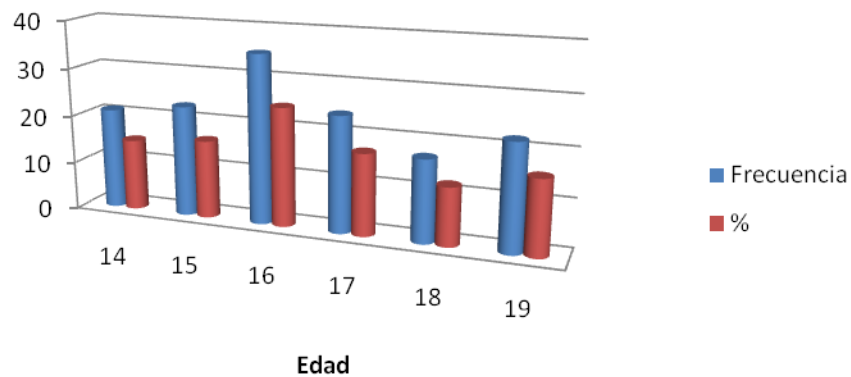
Edad (años)	Adolescente Embarazada		Adolescente No Embarazada	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
14	2	2.8	21	14.8
15	9	12.7	23	16.2
16	7	9.9	35	24.6
17	20	28.2	24	16.9
18	16	22.5	17	12.0
19	17	23.9	22	15.5
Total	71	100	142	100

**Edad de adolescentes embarazadas**



Grafica 1.

**Edad de adolescentes NO embarazadas**

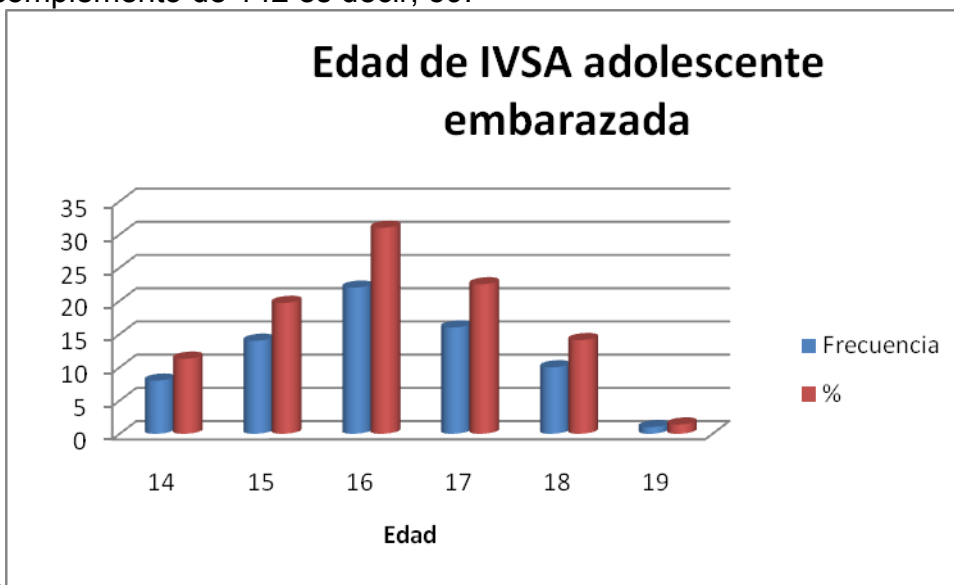


Grafica.2.

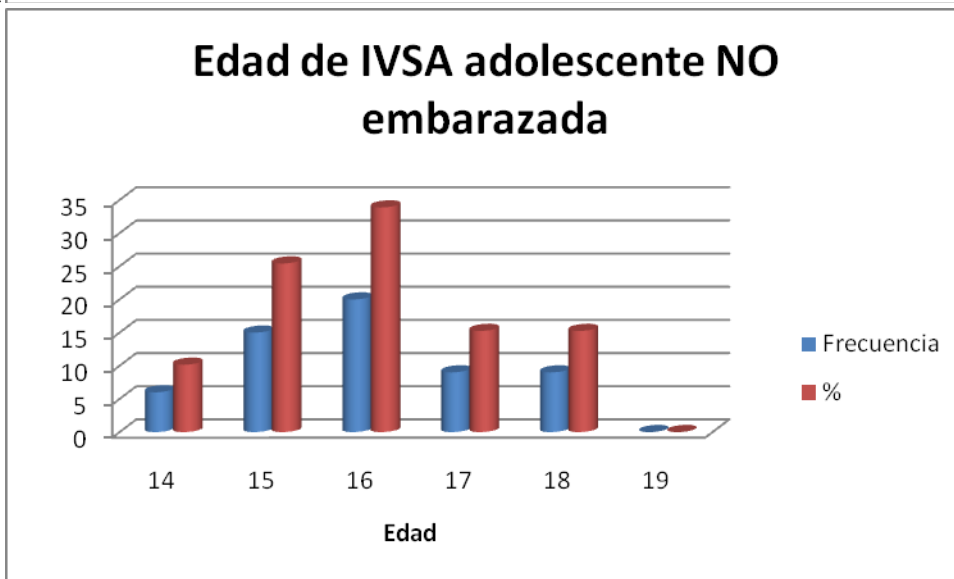
Tabla 2. Distribución de Frecuencias de la Variable Inicio de Vida Sexual Activa.

Edad de IVSA	Adolescente Embarazada		Adolescente No Embarazada	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
14	8	11.3	6	10.16
15	14	19.7	15	25.42
16	22	31	20	33.88
17	16	22.5	9	15.25
18	10	14.1	9	15.25
19	1	1.4	0	0
Total	71	100	59	100

Nota: de las 142 adolescentes no embarazadas, 83 respondieron no haber iniciado su vida sexual activa, por lo que el análisis comparativo para esta variable solo se realizó con el complemento de 142 es decir, 59.



Grafica.3.

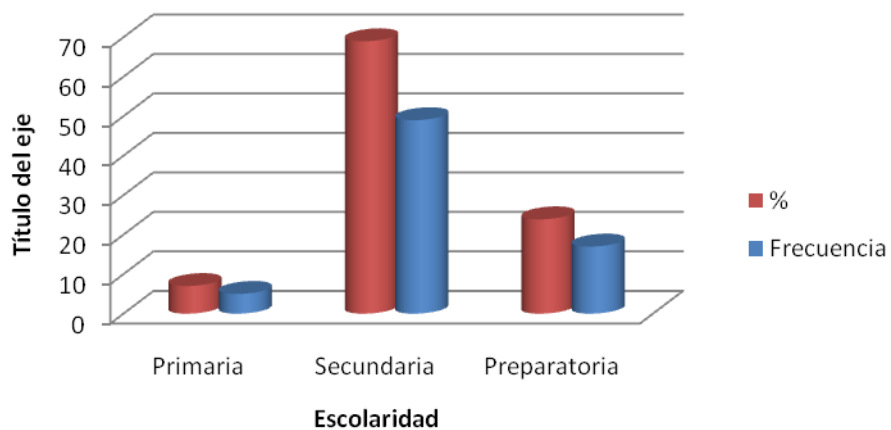


Grafica.4.

Tabla 3. Distribución de Frecuencias del Nivel de Escolaridad de las Adolescentes.

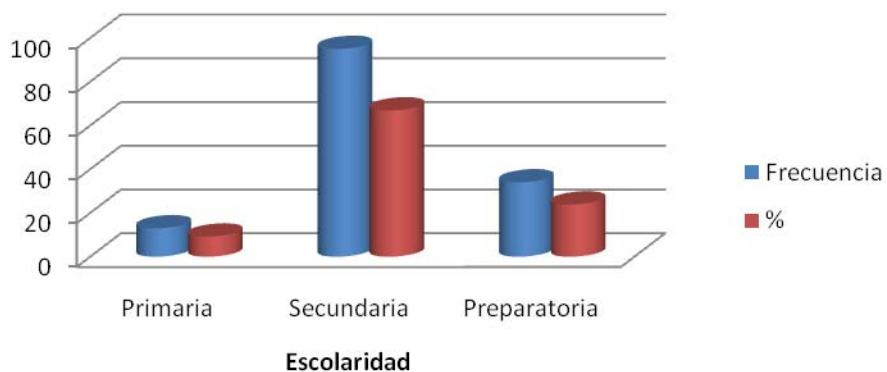
Escolaridad	Adolescente Embarazada		Adolescente No Embarazada	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Primaria	5	7	13	9.2
Secundaria	49	69	95	66.9
Preparatoria	17	23.9	34	23.9
Total	71	100	142	100

### Escolaridad Adolescente embarazada



Grafica.5.

### Escolaridad de Adolescente NO embarazada

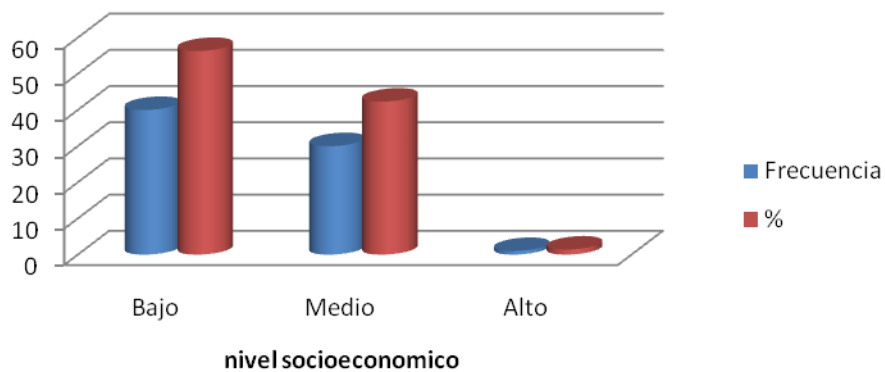


Grafica.6.

Tabla 4. Distribución de Frecuencias del Nivel de Ingreso Familiar.

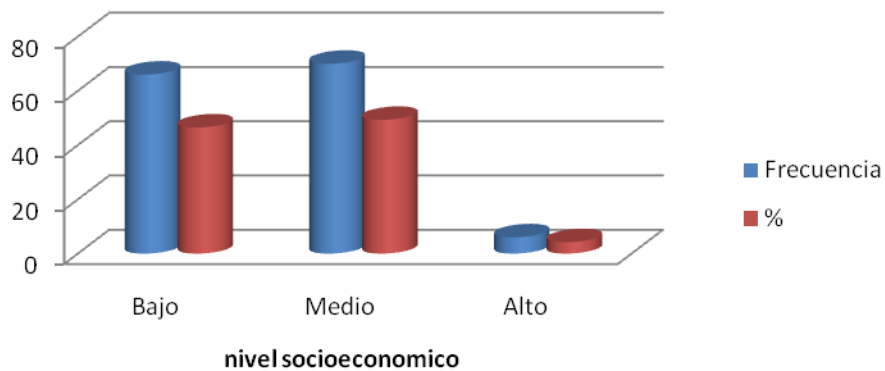
Ingreso Familiar	Adolescente Embarazada		Adolescente No Embarazada	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Bajo	40	56.3	66	46.5
Medio	30	42.3	70	49.3
Alto	1	1.4	6	4.2
Total	71	100	142	100

**Ingreso familiar de adolescentes embarazadas**



Grafica.7.

**Ingreso familiar de adolescentes NO embarazadas**

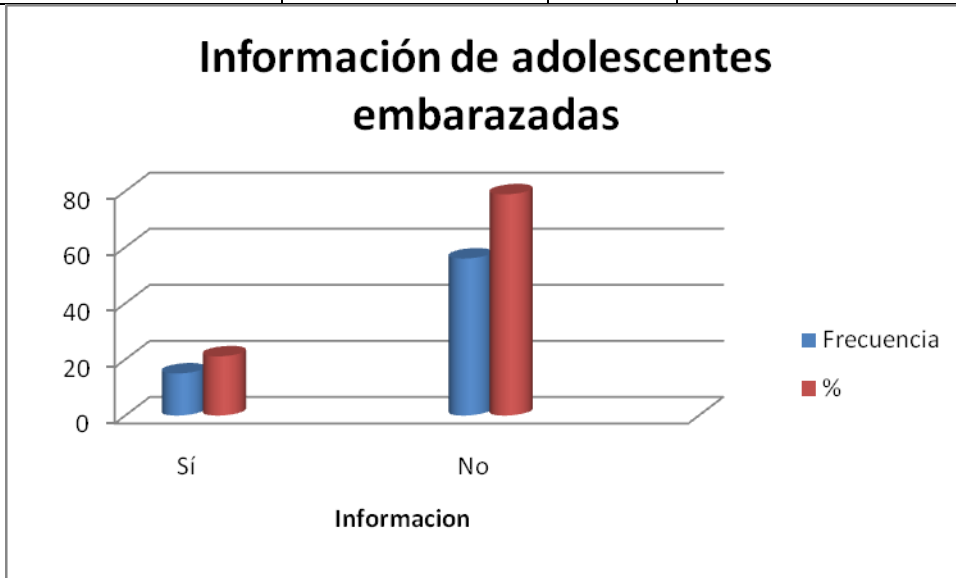


Grafica.8.

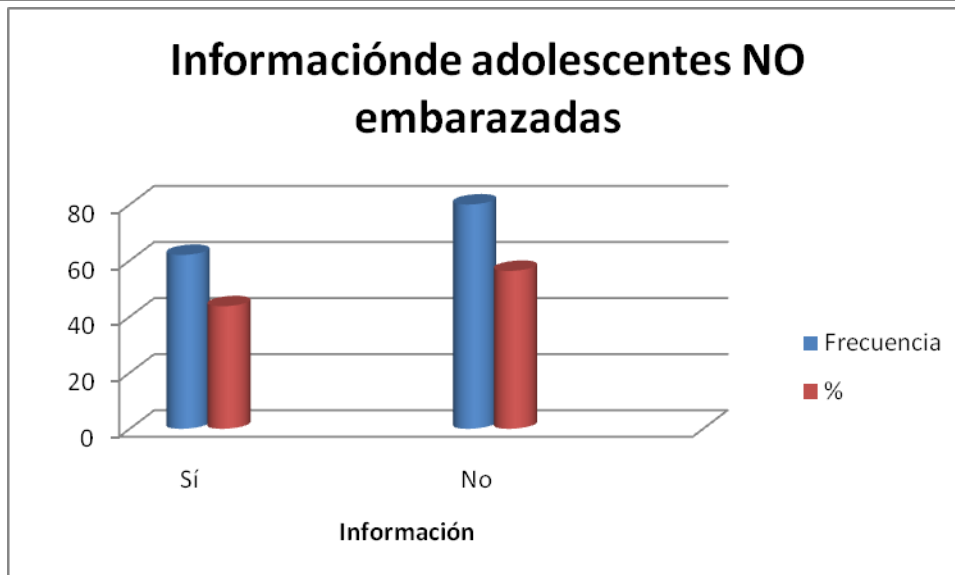


Tabla 5. Frecuencias de la Variable información de los Métodos de Planificación Familiar.

Información	Adolescente Embarazada		Adolescente No Embarazada	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	15	21.1	62	43.7
No	56	78.9	80	56.3
Total	71	100	142	100



Grafica.9.

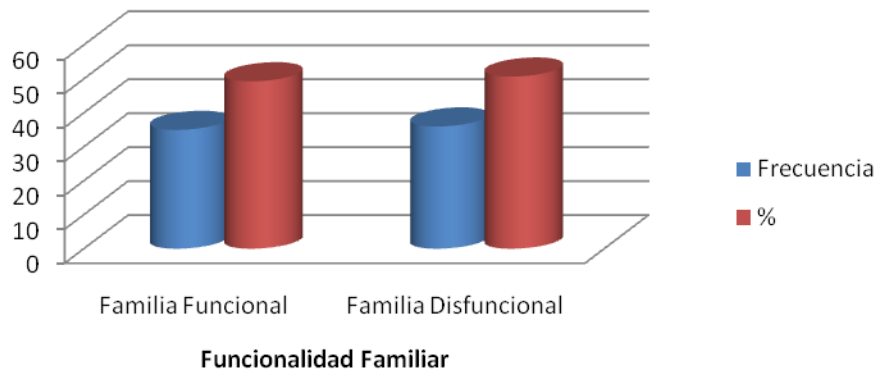


Grafica.10

Tabla 6. Distribución de Frecuencias de la Condición de Funcionalidad Familiar.

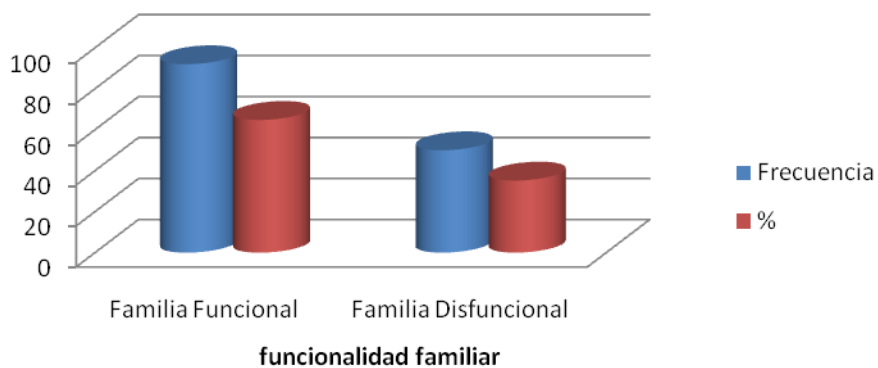
Funcionalidad Familiar	Adolescente Embarazada		Adolescente No Embarazada	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Familia Funcional	35	49.3	92	64.8
Familia Disfuncional	36	50.7	50	35.2
Total	71	100	142	100

### Funcionalidad familiar de adolescentes embarazadas



Grafica.11.

### Funcionalidad familiar de adolescentes NO embarazadas



Grafica.12.

Resultado del Análisis Estadístico:

Tabla 7. Nivel de Significancia Estadística de las Variables Analizadas.

Variable	Valor de $X^2$	Nivel de Significancia
Edad	18.79	$P < 0.025$
Inicio de Vida Sexual Activa	32.33	$P < 0.005$
Escolaridad	0.281	N.S.
Ingreso Familiar	2.57	N.S.
Conocimiento sobre Métodos de Planificación	10.37	$P < 0.005$
Funcionalidad Familiar	4.71	$P < 0.05$

## VII. DISCUSION

Con los resultados obtenidos al ser comparados con los otros estudios realizados, vemos que existe relación con la falta de información de los métodos de planificación familiar ha sido una de la causas para la presentación de embarazos en adolescentes, así como la existencia de disfunción familiar, por lo anterior es importante determinar en forma temprana incluir dentro de la educación, información sobre los programas de planificación familiar pero no sólo al adolescentes sino a la familia, así como determinar la existencia de disfunción familiar para poder otorgar alternativas a manejar en el núcleo familiar con problemas dentro de la consulta externa, aplicando algún test para detectar esta problemática y así dar información y orientación familiar preventiva para tratar de disminuir las complicaciones que se pueden generar .

También se tomaron en la encuesta otros datos sociodemograficos como religión, tabaquismo, alcoholismo, actividad de los padres, no hubo diferencias importantes ya que un porcentaje similar tenían las mismas características entre embarazadas y no embarazadas, y por lo cual no consideramos incluirlas en este reporte ya que la bibliografía incluida no hizo énfasis en esta variables.

## **IX. CONCLUSIONES**

Los resultados de este estudio nos muestra una deficiente información sobre el uso de los métodos de planificación familiar, lo que indica la necesidad de un programa que verifique que la información que se les ofrece a los adolescentes tanto en las instituciones de salud como en los centros escolares.

Otra problemática que se observó en este estudio fue la disfunción familiar, esto nos hace reflexionar en la falta de comunicación, roles, afectividad, armonía que existe entre padres e hijos. Debido a ello, las adolescentes buscan en la vida sexual prematura estas carencias antes mencionadas que en la familia debería darse, con el riesgo de un embarazo, entre otros problemas. Esto lleva a una sociedad en desarrollo al estancamiento y al aumento de problemas individuales, familiares y sociales. A nivel de instituciones de salud, esto conduce a un aumento en la morbi-mortalidad materna, así como la infantil por la falta de recursos que presenta este grupo de la población al no tener la madurez psicológica necesaria como el ingreso suficiente para un desarrollo adecuado de la madre y el hijo. Debemos crear programas en todas las formas de comunicación para aumentar los valores familiares e individuales.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. González, G.C., Riojas, M. R., Hernández, S.M., Oláis, F.G. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000, Salud Pública de México, 2005; 47 (3): 209-218.
2. Ortiz, A. E. Factores demográficos y socio-económicos de la fecundidad adolescente en México, 2000. 2006; Tesis de maestría. Universidad de Costa Rica.
3. Florenzzano, U.R. La familia como factor de riesgo, Adolescentes y familia en Chile. *Creces*.1992; 7: 24-34.
4. Huerta, M.N., Valdés, R. B., Sánchez, E. L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en la ciudad de México. *Arch. Med. Fam.* 2003; (4): 95–98.
5. Juárez, M. S. Murillo, G. Y., Ávila, J.L. Factores familiares asociados al embarazo en un grupo de adolescentes mexicanas *Revista Archivos en Medicina Familiar*. México: Asociación latinoamericana de profesores de Medicina Familiar. 2003; 5 (4): 118-22.
6. Pérez, V.R., Cid, A.M., Lepe, O.Y., Carrasco, C.C. Conocimientos, actitudes y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes chilenos. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18 (4): 225.-230.
7. Carreón, V. J. Mendoza, S. H., Pérez, H.C., Gil, A.I., Soler, H.E., González, S.R. Factores socio-económicos asociados al embarazo en adolescentes. 2004; 6 (3): 70-73.
8. Centro latinoamericano salud y mujer. Día nacional para la prevención del embarazo no planificado en las adolescentes; 2009. En: [http://www.celsam.org/home/noticiaPres.asp?cve\\_not=16](http://www.celsam.org/home/noticiaPres.asp?cve_not=16).
9. Reyes, T.N.R. Factores que predisponen la ocurrencia en embarazos en adolescentes. Colonia Flor del Campo. Comayagua. Honduras; 2005; Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
10. Núñez, R. G.M., Alanís, A. M. J. Alanís, S.J., Salinas, M.A.M., Garza, E. M., Villarreal, R. E. Diferencias en la utilización de métodos de planificación familiar por mujeres adolescentes en Monterrey, México, según el modelo de educación sanitario utilizado. Madrid 2005; *Salud Pública* 79 (1) 69-77.
11. Cueva, A.V., Olvera, G.J.F., Chumacera, L.R.M. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. *Rev Med IMSS* 2005; 43 (3). 267-271.
12. Torres, C.C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas: un estudio epidemiológico en dos hospitales de Lima, Perú, 1999. *La Ventana* 16, 2002; 98,99.
13. Estadísticas de la unidad. UMF 26 Monterrey, N.L. 2007. Sistema de Información Nacional de Derechos y Obligaciones (SINDO).

14. Soto, M.O., Franco, B.A., Franco, B.A., Silva, V.J., Machado, T.J.R.. Embarazo en la adolescente y factores socio demográficos en Guantánamo en 1998; Rev. Cuba.Med.Gen.Integr.2004;(1).En: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20\\_1\\_04/mgi02104.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_1_04/mgi02104.htm).
15. Núñez, U.R.M., Hernández, P. B., García, B.C., González, D., Walker, D. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto; Salud Pública de México 2003; 45(1) 592-602.
16. Ovalle, M., Panchi, R., Lenin, L. Embarazo en adolescentes que acudieron al Hospital GinecoObstetricia Isidro Ayara Quito; 2007: 8
17. OMS. Contribución de la OMS, a la aplicación de la estrategia para salud y desarrollo del niño y del adolescente. 59ª asamblea mundial de la salud. A 59/14. 4 de mayo del 2006. 1-6
18. Thongzhi, Q.R.W., Thongzhi,Q.R.A., Thongzhi, Q.R.G. Conocimientos, Actitudes y prácticas sobre sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepata- Cusco SITUA 2003; 13(1): 49-55
19. Sepúlveda, G. Conocimientos y creencias sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de noveno a once grado de un colegio de Bogotá. Bogotá 2008; Universidad del Bosque Facultad de enfermería. 1-108
20. León, P., Minassian, M., Borgoño,R., Bustamante, F. Embarazo Adolescente. Revista pediatría electrónica 2008; 5(1) 32-41 ISSN 0718-0918. 42-51
21. Miranda, P.R. Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del centro materno infantil Juan Pablo II de Villa El Salvador. 2005. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana, Lima Perú. 1-10
22. Díaz, E. C., Rodríguez, P. M. L., Mota, G. C., Espíndola, H.J.G., Meza, R.P., Zárate, T.T.A. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. Perinatol Reprod Hum. México 2006; 20: 80-90
23. Climent, G.I. . Relaciones familiares y el enfrentamiento de la maternidad en la adolescencia. VIII Jornadas nacionales de debate interdisciplinario en Salud y Población. 2009; Instituto de Investigaciones "Gino Germani". Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. En: <http://www.iigg.fsoc.uba.ar/saludypoblacion/viii Jornadas/principal.php?resumenid=163> .

## XII. ANEXOS. I – CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Folio:

Carta de Consentimiento Informado para Participación en Proyectos de Investigación Clínica

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente carta acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Factores socio demográficos asociados a la presentación de embarazos en adolescentes en la UMF No 26 de Monterrey, N.L.  
". El cual está registrado ante el comité local de investigación.

Información que se obtendrá por medio de tres encuestas de aplicación en un solo momento.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar verbalmente un par de cuestionarios que aplicará un encuestador, el cual me explicará aquellos cuestionamientos que yo pudiera tener con relacionadas a las preguntas aplicadas.

Declaro que se me ha informado ampliamente que la información es confidencial y de los beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

1. Confidencialidad de la información.
2. Confidencialidad de mi persona, no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
3. La información podrá ser utilizada para mejorar la atención a los pacientes que utilizan este servicio médico.

Nombre y firma: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del investigador

Dra. María Dolores Sánchez Luna. Matrícula 11268565 \_\_\_\_\_



## ANEXO II – FORMATO DE ENCUESTAS

### ENCUESTA SOCIO- DEMOGRÁFICA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMF NO 26 IMSS MONTERREY N.L.

Encuesta socio- demográfica

ADOLESCENTES

NO AFILIACION

IMSS \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

AGO: NO. DE EMBARAZOS \_\_\_\_\_

EDAD DE INICION DE VIDA SEXUAL \_\_\_\_\_

FECHA DE ULTIMA MESTRUACION \_\_\_\_\_

FECHA PROBABLE DE PARTO \_\_\_\_\_

CONTROL MEDICO DE EMBARAZO SI \_\_\_ NO \_\_\_

USO DE ALGUN METODO DE PLANIFICACION \_\_\_\_\_ TIEMPO DE USO \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES SI \_\_\_ NO \_\_\_

CUAL \_\_\_\_\_

TABAQUISMO SI \_\_\_ NO \_\_\_; ALCOHOLISMO SI \_\_\_ NO \_\_\_; DROGAS SI \_\_\_ NO \_\_\_

ORIGINARIA \_\_\_\_\_ INGRESO MENSUAL \$ familiar \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD MAXIMA \_\_\_\_\_

¿PRACTICAS ALGUNA RELIGION? SI \_\_\_ NO \_\_\_

TRABAJA: SI \_\_\_ NO \_\_\_ ACTIVIDAD \_\_\_\_\_

EDAD DE LA PAREJA \_\_\_\_\_ ESOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

TABAQUISMO \_\_\_\_\_ ALCOHOLISMO \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

HOGAR: VIVES CON: AMIGOS \_\_\_\_\_ FAMILIA \_\_\_\_\_ PAREJA \_\_\_\_\_

CASA DE RENTA \_\_\_\_\_ PROPIA \_\_\_\_\_ No. DE HABITANTES: \_\_\_\_\_

No. DE CUARTOS \_\_\_\_\_

SERVICIOS SANITARIOS; AGUA\_\_\_\_ LUZ\_\_\_\_ DRENAJE\_\_\_\_  
GAS\_\_\_\_TELEFONO\_\_\_\_\_.

AHF: **MADRE**

VIVE SI\_\_ NO\_\_ VIVES CON ELLA\_ SI\_\_ NO\_\_

EDAD\_\_\_\_ESCOLARIDAD\_\_\_\_\_OCUPACION\_\_\_\_\_

NO. DE EMBARAZOS\_\_\_\_ ¿QUE LUGAR DE HIJO ERES?\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO\_\_\_\_TABAQUISMO\_\_\_\_DROGAS\_\_\_\_\_

**PADRE**

VIVE SI\_\_ NO\_\_ VIVES CON EL SI\_\_ NO\_\_ EDAD \_\_\_\_

ESCOLARIDAD\_\_\_\_\_OCUPACION\_\_\_\_\_

ACOHOLISMO\_\_\_\_TABAQUISMO\_\_\_\_DROGAS\_\_\_\_\_

TUS PADRES VIVEN JUNTOS SI\_\_ NO\_\_

### ANEXO III. ENCUESTA PARA ADOLESCENTES.

INFORMACION DE METODOS DE PLANIFICACION (MARCA CON UNA X)

1.- ¿Has recibido información acerca de cómo evitar un embarazo? SI \_\_\_ NO \_\_\_

2.- ¿Donde has recibido esta información?

Casa \_\_\_ escuela \_\_\_ iglesia \_\_\_ amigos \_\_\_ institución de salud \_\_\_ libros \_\_\_

Televisión \_\_\_ radio \_\_\_ periódicos \_\_\_ revista \_\_\_ Internet \_\_\_ otro \_\_\_ cual \_\_\_

- ¿Podrías recordar que información has recibido sobre la necesidad de prevenir un embarazo?

3.- Prevenir un embarazo hasta que las condiciones de salud de la madre sean adecuadas. SI \_\_\_ NO \_\_\_

4.- Prevenir un embarazo para planificar el número de hijos. Si \_\_\_ NO \_\_\_

5.- Evitar un embarazo hasta que estés preparada para tener un hijo. SI \_\_\_ NO \_\_\_

6.- Sabes cómo usar como mínimo 3 de los métodos de planificación familiar (indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios, fallas, riesgos,). SI \_\_\_ NO \_\_\_

7.- Has acudido a un servicio o consulta de planificación familiar. SI \_\_\_ NO \_\_\_

8.- ¿Que métodos de planificación familiar se te han informado para prevenir un embarazo?

CONDÓN \_ SI \_\_\_ NO \_\_\_ RITMO SI \_\_\_ NO \_\_\_

PARCHES SI \_\_\_ NO \_\_\_ Pastillas \_\_\_ SI \_\_\_ NO \_\_\_

Píldora del siguiente día: si \_\_\_ no \_\_\_

Inyectables SI \_\_\_ NO \_\_\_ Implante SI \_\_\_ NO \_\_\_ Diu si \_\_\_ no \_\_\_

Definitivos – Salpingoplastia SI \_\_\_ NO \_\_\_; Vasectomía SI \_\_\_ NO \_\_\_

9.- ¿Has utilizado un método anticonceptivo para prevenir un embarazo? Si \_\_\_ no \_\_\_

10.- ¿Que método has utilizado?

Condón\_\_pastillas\_\_inyección\_\_implante \_\_parche\_\_ritmo \_\_DIU\_\_  
Píldora del siguiente día\_\_ coito interrumpo\_\_\_\_otro\_\_cual\_\_

11.- Si no has utilizado un método de planificación cual fue la causa  
(Marca las que aceptes puede ser más de una).

- a) No tenía suficiente información \_\_\_\_\_
- b) No aclararon mis dudas e inquietudes \_\_\_\_\_
- c) Pienso que daña mi salud \_\_\_\_\_
- d) Mi familia no lo permite \_\_\_\_\_
- e) No sabía cual usar \_\_\_\_\_
- f) Mi pareja no quiere usar uno \_\_\_\_\_
- g) No pienso tener relaciones \_\_\_\_\_
- h) Buscaba un embarazo \_\_\_\_\_
- i) Mi religión no lo permite \_\_\_\_\_
- j) Otra \_\_\_\_\_

=Si estas embarazada contesta las siguientes.-

12.- ¿Estabas usando algún método de planificación cuando te embarazaste?

SI\_NO\_ (si contestas **si** contesta 13 y 14).

13.- ¿Cual? Condón\_\_pastillas\_\_parche\_\_\_\_inyectables\_\_ritmo\_\_coito  
interrumpo\_\_\_\_ Diu\_\_ Píldora del siguiente día\_\_ otro cual\_\_\_\_\_.

14. Cual crees que fue la falla del método al salir embarazada ?

- a) falta de información. \_\_\_\_\_
- b) falla en la forma de uso \_\_\_\_\_
- c) olvido del método \_\_\_\_\_
- d) Otra \_\_\_\_\_

15. ¿Crees que es importante tener un método de planificación familiar para tu futuro?

Si\_\_\_no\_\_\_\_\_

16.- Crees necesitar mayor orientación sobre el uso de los métodos?

SI\_\_\_ NO\_\_.

## ANEJO IV. ENCUESTA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

TECNICA DE MEDICION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. FF-SIL. Escala de percepción funcionamiento familiar que mide:

- 1 y 8 ..... Cohesión
- 2 y 13..... Armonía
- 5 y 11.....Comunicación
- 7 y 12.....Permeabilidad
- 4 y 14..... Afectividad
- 3 y 9.....Roles
- 6 y 10 ..... Adaptabilidad

Las 14 preguntas tienen un valor de puntuación del 1 al 5.

- CASI NUNCA.....1
- POCAS VECES.....2
- A VECES.....3
- MUCHAS VECES.....4
- CASI SIEMPRE.....5

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el numero indicado.

- \_\_\_\_\_ 1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.
- \_\_\_\_\_ 2. En mi casa predomina la armonía.
- \_\_\_\_\_ 3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.
- \_\_\_\_\_ 4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.
- \_\_\_\_\_ 5. Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa.
- \_\_\_\_\_ 6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.
- \_\_\_\_\_ 7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.
- \_\_\_\_\_ 8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.

- \_\_\_\_\_ 9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.
- \_\_\_\_\_ 10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.
- \_\_\_\_\_ 11. Podemos conversar diversos temas sin temor.
- \_\_\_\_\_ 12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.
- \_\_\_\_\_ 13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.
- \_\_\_\_\_ 14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.

Escala de medición:

Familia funcional.....70 – 57 puntos  
Familia moderadamente funcional..... 56 – 43 puntos  
Familia disfuncional..... 42 -28 puntos  
Familia severamente disfuncional..... 27 – 14 puntos