



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

IDENTIFICACIÓN DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR COMO FACTOR DE  
RIESGO PARA EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8  
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

T E S I S

QUE SE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN  
LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:  
LARA DE LA CRUZ JUAN JOSÉ

ASESOR CLÍNICO  
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

ASESOR EXPERIMENTAL  
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO  
ENCARGADO DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF CON HGZ NO. 8  
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO. IMSS

NO. REGISTRO R-2011-3605-14

CD. DE MÉXICO, D.F. MARZO 2012.



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.

IDENTIFICACIÓN DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR COMO FACTOR DE  
RIESGO PARA EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8  
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**

**“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**Dr. Francisco Javier Padilla Del Toro  
Director del Hospital General de Zona/Unidad de  
Medicina Familiar No. 8  
Dr. Gilberto Flores Izquierdo**

**Dr. Gilberto Espinoza Anrubio  
Especialista en Medicina Familiar  
Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital General de Zona/Unidad de  
Medicina Familiar No.8  
Dr. Gilberto Flores Izquierdo**

**Dr. Gilberto Espinoza Anrubio**  
**Especialista en Medicina Familiar**  
**Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de**  
**Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8**  
**Dr. Gilberto Flores Izquierdo**

**Dr. Jesús Andrés González Zepeda**  
**Especialista en Medicina Familiar**  
**Profesor Adjunto de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital**  
**General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8**  
**Dr. Gilberto Flores Izquierdo**

**Dr. Gilberto Espinoza Anrubio**  
**Especialista en Medicina Familiar**  
**Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de**  
**Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8**  
**Dr. Gilberto Flores Izquierdo**  
**Asesor Clínico de Tesis**

**Dr. Gilberto Espinoza Anrubio**  
**Especialista en Medicina Familiar**  
**Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ #8**  
**Dr. Gilberto Flores Izquierdo**  
**Asesor Metodológico de Tesis**

## AGRADECIMIENTOS

Infinitas gracias a **Dios Todopoderoso** por darme la sabiduría para llegar al final de la especialidad, proveerme de todo lo necesario para lograrlo y permitirme completar una meta más en mi vida.

Mil gracias a **Mis Padres** por su incondicional apoyo a lo largo de mi vida personal y profesional, por su Amor que me ha impulsado a terminar una etapa más.

Muchas gracias a **Mis Hermanos** por ser un ejemplo para mi y porque se que siempre estarán ahí para apoyarme

Gracias a **Mi Novia y su Amor** que siempre me acompaño y ha sido un pilar para realizar la especialidad y ésta tesis que sin apoyo no hubiera sido posible.

## **CONTENIDO**

Resumen	1
Marco Teórico	2
Planteamiento del Problema	9
Justificación	10
Objetivo	11
Hipótesis	12
Material y Métodos	13
Consideraciones Éticas	27
Resultados	28
Discusión	43
Conclusiones	44
Bibliografía	45
Anexos	46



## **RESUMEN**

### **IDENTIFICACIÓN DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

AUTORES: Dr. Lara de la Cruz Juan José/Dr. Espinoza Anrubio Gilberto.  
H.G.Z./U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

#### **OBJETIVO.**

Identificar la tipología familiar según su estructura y nivel socioeconómico de mayor predominio en las familias de origen de adolescentes embarazadas que acuden a la UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

#### **MATERIAL Y MÉTODOS.**

Tipo de estudio transversal, descriptivo. Criterios de inclusión: mujeres embarazadas de 15 a 19 años que asistan a la UMF No. 8 durante marzo a septiembre del 2010. Criterios de exclusión: no sean derechohabientes, no firmen consentimiento informado. Criterios de eliminación: mujeres embarazadas que no contesten completo el cuestionario. Muestra: 195 mujeres adolescentes embarazadas, intervalo de confianza de 95%. Variables: edad, estado laboral, religión, estado civil, edad de inicio de vida sexual, tipología familiar y estrato socioeconómico. Test de Graffar para recolección de datos.

#### **RESULTADOS.**

Se estudio a 195 mujeres con una edad media de 17.5 años, moda 19 años y desviación estándar 1.36 años. Se encontró que 65 (33.3%) adolescentes embarazadas pertenecían a una estructura familiar nuclear y el nivel socioeconómico predominante fue medio bajo con 101 (51.8%) adolescentes embarazadas.

#### **CONCLUSIONES.**

Las adolescentes embarazadas de la UMF No. 8 provienen de familias nucleares 33.3% y de nivel socioeconómico medio bajo 51.8%.

**PALABRAS CLAVE:** Embarazo en adolescentes, tipología familiar.

## **MARCO TEÓRICO**

Tanto a nivel mundial como en nuestro país, el embarazo en adolescentes es un asunto fundamental de las políticas de salud y poblacional. La preocupación aumenta por la proporción elevada de jóvenes en la población general. Se define como gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente independiente de su edad ginecológica.

La adolescencia es el periodo de vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica, fija sus límites entre los 10 y 20 años<sup>1</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que la adolescencia se divide en temprana (de los 10 a los 14 años) y tardía (de los 15 a los 19 años) y considera el embarazo en la mujer menor de 19 años como de alto riesgo. El término adolescencia en sentido físico se refiere a todos los cambios somáticos (fenotípicos, hormonales y funcionamiento) con el fin de alcanzar la madurez biológica y con ella la terminación de los procesos básicos de crecimiento y la capacidad de procrear<sup>6</sup>.

En la adolescencia, la madurez biológica y las conductas sociales se combinan para determinar la actividad sexual. A la adolescencia se le puede dividir en tres etapas de acuerdo al desarrollo psicosocial<sup>1</sup> cada una con características diferentes y a su vez con diferentes formas de enfrentar un embarazo. Como se describe a continuación<sup>2,3</sup>.

- Adolescencia temprana (10-13años): Es una etapa donde no se controlan los impulsos, se plantean metas vocacionales irreales, pierde el interés por la relación familiar e inicia la búsqueda de amistades. La adolescente embarazada está ligada a su madre, negación del embarazo, la maternidad provoca depresión y aislamiento, no hay lugar para el padre. El varón está ausente en sus planes.
- Adolescencia media (14-16años): Es la edad promedio de inicio de vida sexual activa, se sienten invulnerables y asumen conductas generadoras de riesgo. La adolescente embarazada presenta dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en la relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento de la afirmación de independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y orgullo. El padre tiene un lugar y se considera importante como una esperanza en el futuro.
- Adolescencia tardía (17-19años): Hay adaptación al impacto de la realidad, sentimientos maternales. Búsqueda de afecto y compromiso por parte del varón y establecimiento como un futuro compañero.

Independientemente de las influencias sociales, culturales y étnicas la adolescencia se caracteriza por los siguientes eventos <sup>4,5,6</sup>: crecimiento corporal dado por aumento de peso ,estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales, aumento de la masa y de la fuerza muscular, más marcado en el varón. Aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico. Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como son: torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, esto puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.

El desarrollo sexual se caracteriza por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva. Desde el punto de vista psicológicos esta etapa se caracteriza por la búsqueda de sí mismos, de su identidad, necesidad de independencia, tendencia grupal, evolución del pensamiento concreto al abstracto, manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual, contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico, relación conflictiva con los padres, actitud social reivindicativa, se hacen más analíticos ,formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias y necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida. Estas características hacen más vulnerables a los adolescentes y están más expuestos a riesgos que afecten la salud.

Existen diferentes factores de riesgos asociados al embarazo en la adolescencia que son:

- Factores individuales: menarca precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas por parte de las adolescentes, impulsividad, poca habilidad de planificación familiar principalmente.
- Factores familiares: disfunción familiar, relaciones intrafamiliares complicadas con o sin violencia, antecedente de hermana o madre embarazada en la adolescencia, abuso físico o sexual en la infancia, pérdida de figuras significativas, baja escolaridad de los padres y deficiente comunicación familiar.
- Factores sociales: bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, alcoholismo, delincuencia, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad y predominio del amor en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

En la literatura se mencionan como factores predictores del inicio de la actividad sexual temprana los siguientes: pubertad precoz, abuso sexual, pobreza, falta de interés de lo padres, baja escolaridad, bajo desempeño académico y abuso de sustancias. En contraste, los factores mencionados como predictores de

inicio tardío de la actividad sexual son: vivir con ambos padres, tener una familia estable, tener un trabajo, ingreso familiar alto, supervisión paterna, establecimiento de expectativas y vínculo entre padres e hijos<sup>14</sup>.

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud reproductiva en el mundo, como panorama mundial tenemos que hay más de mil millones de adolescentes en el mundo, 85% en los países en desarrollo. Más de la mitad de adolescentes han tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. Se ha calculado que alrededor de 15 millones de adolescentes dan a luz cada año, cifra que corresponde a una quinta parte de todos los nacimientos<sup>4</sup>. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo de cada país, así países desarrollados como Estados Unidos tiene una prevalencia de embarazos en adolescentes del 12% del total de embarazos, América Latina 15% a 25% y países africanos cerca del 45% de los nacimientos<sup>2</sup>.

El impacto del embarazo en la adolescencia se ve reflejado en las tasas de mortalidad materna que son 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años<sup>5</sup>. Estudios realizados en países extranjeros señalan que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los primeros 6 meses de inicio de actividad sexual y el 60% tiene un periodo inter genésico menor a 2 años<sup>12</sup>.

En México los individuos entre 15 y 24 años de edad representan cerca del 19% del total de la población mexicana; los adolescentes abarcan una proporción cercana a diez por ciento, mientras que los adultos entre 20 y 24 años representan nueve por ciento<sup>3</sup>. Se estima que 45% de las jóvenes entre 15 y 19 años de edad son sexualmente activas y de éstas 36% quedan embarazadas en un plazo menor de dos años después del inicio de su actividad sexual, cifra que ha disminuido en comparación con años anteriores.

En cuanto al rubro de fecundidad, México tiene una tasa de fecundidad anual de 2.4 hijos por mujer, si bien la fecundidad en la adolescencia tiende a disminuir de manera constante en el tiempo, sigue siendo menor la velocidad a la que disminuye en comparación con otras edades reproductivas, en el 2008 se observó que el 16.4% del total de los nacimientos correspondía a mujeres adolescentes. La edad promedio de embarazo en México es de 19 años<sup>11</sup>.

La edad promedio de la primera relación sexual aumento en el 2005 a 17.3 años para los hombres y 17.6 años para las mujeres. Se ha reportado en estudios que el primer encuentro sexual se da en la propia casa o en la de un amigo cercano, esto cobra importancia por la mayor posibilidad de no contar con un método anticonceptivo por ser una situación no planificada, la supervisión familiar es un factor protector para el inicio temprano de la actividad sexual y esto a su vez, para el embarazo.

Además es preocupante que seis de cada diez mujeres no utilizan métodos anticonceptivos en su primera relación sexual y estudios reportan que hasta un

35% de su población adolescente en estudio no utilizan método anticonceptivo, estos datos contrastan con la elevada proporción de adolescentes entre 15 y 19 años que declaran tener algún tipo de conocimiento sobre métodos anticonceptivos (97%)<sup>3</sup>. Es decir, entre los jóvenes existe un mayor conocimiento del condón y las pastillas (51.8% Y 27.2% respectivamente) como método anticonceptivo, estos son los que con mayor frecuencia se utilizan debido a su accesibilidad para conseguirlos. Por otra parte, un estudio realizado identificó que los adolescentes que pertenecen a familias monoparentales tienen mayor prevalencia a utilizar los métodos anticonceptivos de forma inadecuada<sup>14</sup>.

El embarazo en la adolescencia así como la falta o uso inadecuado de métodos anticonceptivos refleja que no se ha logrado hacer uso sistemático de medidas de prevención o programas de educación sexual eficaces para combatir esta problemática. De acuerdo a las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) del 2009, la educación sexual es impartida en su mayoría por madres, profesores y amigos, no se encuentra participación activa de médicos y padres en temas de educación sexual, que determina por un lado la calidad de información y la falta de interés por parte de los jefes de familia. En áreas rurales se ha encontrado que hasta un 64% de los adolescentes recibieron educación sexual de amigos y hasta 87% de los adolescentes no utilizan algún método anticonceptivo<sup>11</sup>. En las áreas urbanas los adolescentes reportan recibir información de maestros y amigos en un 70% principalmente.<sup>11</sup>

El embarazo en cualquier edad constituye un hecho bio-psicosocial de gran trascendencia, en la adolescencia cobra mayor importancia por los riesgos que conlleva para la salud del binomio madre hijo y por las consecuencias emocionales y económicas que puede acarrear para el futuro. En el campo de la salud son bien conocidos los riesgos maternos fetales del embarazo a edades tempranas, diversos estudios han demostrado que las morbilidades más frecuentes en mujeres adolescentes embarazadas son: prematuridad, bajo peso al nacer, ruptura prematura de membranas y retardo en el crecimiento uterino.<sup>13,14</sup> Otros estudios realizados en población latinoamericana reportan mayor frecuencia de complicaciones obstétricas como: toxemia, anemia, trabajo de parto prolongado, mayor frecuencia de infecciones urinarias y vaginales principalmente. Se ha encontrado también que las adolescentes embarazadas no suelen presentar complicaciones como pre eclampsia y tienen menor posibilidad de culminar el embarazo en cesarea<sup>13</sup>, sin embargo que se relacione como factor protector para pre eclampsia no justifica todos los demás problemas asociados al embarazo en esta etapa de la vida. Estudios recientes realizados por el Instituto de Perinatología en México reportan que estas morbilidades asociadas al embarazo en la adolescencia parecen deberse más a condiciones socioculturales y cuidados médicos que a condiciones fisiológicas propias de la edad<sup>7</sup>. Podemos entender esto, si tomamos en cuenta que la adolescente retarda el tiempo de aceptación del embarazo, difieren la noticia a sus padres lo que retrasa la búsqueda de atención prenatal.

Desde el enfoque psicológico y social, tenemos el impacto que causa el embarazo en la adolescencia en estas dos importantes áreas para el desarrollo humano; estos efectos se traducen en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo o empleos mal remunerados, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. De acuerdo a la clasificación psicosocial de la adolescencia y su respuesta a un embarazo podemos ver la importancia que tiene la estructura y el apoyo familiar ante esta situación de crisis.

Es decir, la adolescente embarazada se comportará como corresponde a su periodo de vida, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son pues embarazadas adolescentes y no embarazadas muy jóvenes. Esto es importante porque el embarazo en la adolescencia es una crisis que se sobrepone a la etapa de la adolescencia, y se debe incidir en disminuir el embarazo en adolescentes no solo por las complicaciones físico biológicas sino también por el impacto psicosocial que tiene. Si bien es cierto que las características de las adolescentes embarazadas no varían en la mayoría de los estudios, ya que una gran proporción son solteras (64%), educación escolar baja (primaria y secundaria), poca importancia se le ha dado al estudio sobre la tipología familiar de origen, las amistades y las parejas de las adolescentes embarazadas.

Respecto a las relaciones familiares en la región latino americana se ha señalado que la comunicación que hay entre madres e hijas embarazadas difiere de la comunicación que existe entre madre e hijas no embarazadas<sup>7</sup>. También se ha descrito que la percepción de una buena relación con la madre disminuye el inicio de la vida sexual activa en las mujeres adolescentes, por lo que el papel activo de los padres es una medida importante para la prevención del embarazo en adolescentes.

De la misma manera se ha reportado en la literatura que en el proceso de transmisión de actitudes dentro de la familia los factores involucrados son el compromiso de los padres, la respuesta afectiva positiva, y la comunicación intrafamiliar. Estas características dan pauta a desarrollar actitudes apropiadas hacia la sexualidad, sobre todo si la comunicación es de forma directa y fácil, lo que disminuye el embarazo y enfermedades de transmisión sexual en la adolescencia. Por lo que es importante estudiar el tipo de familia que tienen las adolescentes embarazadas.

La familia es un sistema abierto en constante interacción con los entornos histórico, social, económico, y cultural; no es una unidad homogénea en su conformación, lo cual indica que no todas están integradas de igual manera. Por lo tanto, hay una gran variedad de ellas; la prevalencia de los distintos tipos de familias, sus características sociodemográficas y las formas de organización hogareña y familiar varía con el tiempo y según las transformaciones económicas, demográficas y culturales del contexto social.

## Familias según su composición o estructura

De acuerdo a su “composición” o característica de sus integrantes y de si hay o no algún grado de consanguinidad, podemos clasificar a la familia en:

- Nuclear: es aquella familia constituida exclusivamente por el padre, la madre y los hijos.
- Monoparental: está estructurada sobre la base y la existencia de una sola figura parental, que puede ser el padre, la madre o un hijo, que asume funciones específicas.
- Extensa: se refiere a la familia conformada por el padre, la madre, los hijos y algún otro familiar consanguíneo (abuelo, abuela materna o paterna, tíos, primos, sobrinos, etc.).
- Extensa compuesta: es la familia compuesta por el padre, la madre, los hijos, algún pariente consanguíneo y alguna otra persona sin parentesco familiar (compadres, amigos).
- Reconstruida: es la familia compuesta por madre y padre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.

## Familias según su ocupación

- Familias campesinas: este tipo de familia considera básicamente la actividad que desarrolla y el entorno geográfico en el que se desempeña; se tiene como principal actividad productiva el cultivo de la tierra.
- Familias obreras: tiene como característica principal contar con un empleo de base y remuneración que les permite el acceso a ciertos satisfactores básicos de vida.
- Familias profesionales: son las familias en las que en su interior hay por lo menos un elemento con estudios superiores al nivel de técnico profesional o licenciatura.

En México existen 1.9 millones de hogares monoparentales, en donde uno de cada cinco están encabezados por una mujer<sup>15</sup>. De acuerdo a la literatura los hijos de familias monoparentales tienen mayor prevalencia de utilizar de forma inadecuada los métodos anticonceptivos con respecto a los hijos adolescentes de familias nucleares, por lo que cobra importancia el estudio de la tipología familiar.

Se ha documentado en estudios que la presencia de una estructura familiar amalgamada, con límites difusos, conflictos maritales importantes y diferentes jerarquías son las principales características de las familias con adolescentes embarazadas, sin embargo se debe mencionar que otros estudios han encontrado que la estructura y contexto familiar cuentan con un impacto mínimo en la

conducta sexual de la adolescente y que este no está asociado a una alta prevalencia en la adolescencia<sup>9,10</sup>. Un estudio realizado en el Instituto de Perinatología, encontró que existe una asociación directa entre la presencia de malestar psicológico de las adolescentes embarazadas con la percepción de la dinámica familiar, así como con la relación entre los padres. Esto toma importancia, al recordar que es la familia donde la adolescente, adquiere los recursos psicológicos con los que enfrenta la etapa de la adolescencia. Estos recursos son los que determinan la capacidad para evaluar situaciones, anticipar y planear la conducta a seguir en el proceso de adaptación, como es en el caso de reconocer y expresar sus reacciones afectivas.

Teniendo en cuenta que la adolescente embarazada debe asumir una multitud de roles adultos, especialmente la maternidad, para lo que no está preparada afectiva, cognitiva ni económicamente, además de enfrentarse al hecho que no viva en la mayoría de los casos con el padre de su hijo. Todo esto disminuye las posibilidades de tener una familia funcional, se ha observado que el apoyo financiero del padre biológico es menor en el hijo de una madre adolescente en comparación con una madre adulta.

En definitiva la preocupación real en el caso del embarazo en adolescentes no está centrada en las condiciones físicas y sus riesgos, sino más bien en las crisis psicológicas y sociales que pueden llegar a producir depresión, intentos suicidas, pérdida de autonomía, sentimientos de desamparo e incapacidad para proyectarse en el futuro. Por eso es necesario trabajar sobre los factores sociales y familiares que funcionan como factor de riesgo para el embarazo en adolescentes. El siguiente trabajo tiene como finalidad conocer la prevalencia de la tipología de origen en adolescentes embarazadas de la UMF No. 8 IMSS.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La reproducción en la adolescencia se ha considerado un problema de salud a través del tiempo por los riesgos de salud que pueden afectar al binomio madre-hijo. Como panorama mundial tenemos que hay más de mil millones de adolescentes en el mundo, distribuidos el 85% en países en desarrollo. Se ha reportado que alrededor de 15 millones de adolescentes (15-19 años) dan a luz cada año, cifra que corresponde a una quinta parte de todos los nacimientos a nivel mundial<sup>4</sup>. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y nivel de desarrollo, América Latina tiene un porcentaje de embarazos en la adolescencia del 15 al 25% del total de nacimientos en esta región; de los cuales el 70% son no planeados.

México tiene una población total de 112, 322, 757 millones de habitantes de los cuales el 51.2% son mujeres, la mujeres entre 15 y 29 años representan el 27%, con una tasa de crecimiento anual de 0.84%. En el 2008 había en nuestro país 5 082 487 millones de mujeres entre 15 y 19 años de edad, en ese mismo año nacieron 1.96 millones de individuos, de los cuales el 15.5% de estos, correspondieron a mujeres entre 15 y 19 años. Esto significa que un total 787, 785 mujeres mexicanas menos de 19 años ya son madres, y que muchas de ellas tienen más de un hijo.

En México hay 24.8 millones de hogares, de los cuales el 23.6% no son nucleares. Diversos estudios han encontrado que los factores socioculturales y la estructura familiar juegan un papel importante como factores para que se presente el embarazo en la adolescencia.

Estudios indican mayor recurrencia de embarazo en adolescentes en sectores de la población que presenta condiciones de precariedad socioeconómica, nivel educativo bajo y hacinamiento, pero no se ha logrado conocer a fondo el impacto y la relación que tiene la tipología familiar en el embarazo en los adolescentes. Por lo anterior se planteó la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la tipología familiar más frecuente en mujeres adolescentes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

## JUSTIFICACIÓN

El embarazo a cualquier edad es un evento sumamente importante no solo por las complicaciones médicas que se presentan para el binomio madre e hijo, sino por el impacto que psico social que tiene el embarazo precoz, desde distintas perspectivas se habla sobre el volumen de población adolescente, sobre su ritmo de crecimiento y reproducción, así como del riesgo biopsicosocial que implica la maternidad adolescente. Sin duda todo esto es cierto, sin embargo, varias investigaciones y políticas dirigidas a mejorar la salud reproductiva de los adolescentes, se olvidan de que la maternidad temprana en nuestro país, responde a un contexto económico, social y cultural, una de las principales consecuencias psicosociales encontradas en diversos estudios fue familias disfuncionales, por lo que es importante conocer la importancia de la relación de la tipología familiar con el embarazo en adolescentes desde esta perspectiva enfocando los conocimientos obtenidos a un mejor práctica en la medicina familiar.

Por lo tanto resulta pertinente efectuar este estudio de investigación con el objetivo de estudiar la tipología familiar de origen de las adolescentes embarazadas, para conocer la importancia que tiene como factor de riesgo para embarazo, que el conocimiento que se derive de esta investigación ayude a los médicos familiares, profesores y padres de familia a conocer que la tipología familiar puede ser un factor de riesgo importante para embarazo en la adolescencia, requiriendo de mayor atención y educación sobre la sexualidad, que es necesario proporcionar una solución integral y que el embarazo no se llegue a percibir como una salida a las relaciones familiares conflictivas. Esta información y los cuidados que se deriven de ella, pueda reflejar de manera indirecta en la disminución de embarazos en las adolescentes y con ello comorbilidades que se presentan en el binomio.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Identificar la tipología familiar con mayor predominio en las familias de origen de adolescentes embarazadas que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” según su estructura, su integración, su desarrollo y su nivel socioeconómico.

### OBJETIVOS PARTICULARES

Identificar la tipología familiar con mayor predominio en las familias de origen de adolescentes embarazadas según su estructura, su ocupación y su nivel socioeconómico.

Conocer la edad de inicio de vida sexual y su asociación con la tipología familiar.

Conocer la escolaridad, así como, la ocupación que presentan con mayor dominio las adolescentes embarazadas.

## HIPOTESIS

Se coloca la hipótesis con fines de enseñanza

### Hipótesis Alterna

El embarazo en las adolescentes que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” es más frecuente en familias monoparentales, extensas, subdesarrolladas o de nivel socioeconómico obrero.

### Hipótesis Nula

El embarazo en las adolescentes que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” no es más frecuente en familias monoparentales, extensas, subdesarrolladas, ni de nivel socioeconómico obrero.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### TIPO DE ESTUDIO

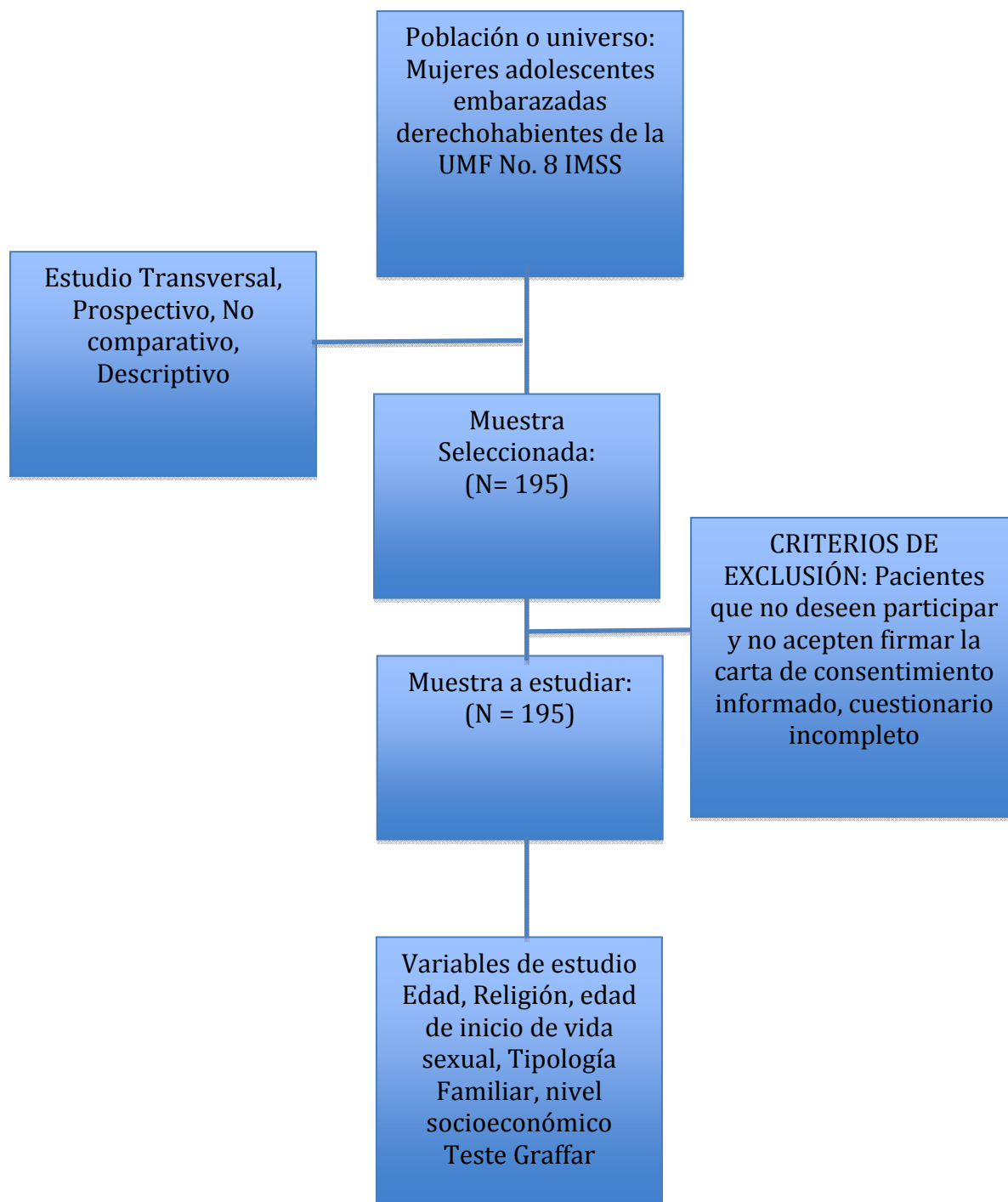
Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO.

Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.

Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO.

Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



ELABORO: DR. JUAN JOSÉ LARA DE LA CRUZ

## POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizó en el área de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal, México. Esta es una población urbana.

Mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad, embarazadas, que se encuentren en el área de espera de la consulta externa de medicina familiar. Las cuales se asignarán de forma aleatoria cumplan con los criterios de inclusión en un periodo comprendido abril a junio de 2010.

## UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA MUESTRA

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social. En la colonia Tizapan San Ángel, que se encuentra en la delegación Álvaro Obregón, en el Distrito Federal, México.

## MUESTRA

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, requirió de 195 pacientes con un intervalo de confianza de 95%. Con una proporción del 0.15, con amplitud total del intervalo de confianza de 0.10.

### DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N = Numero total de individuos requeridos

Z alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P = Proporción esperada

(1 – P) = Nivel de confianza del 95%

W = Amplitud del intervalo de confianza

$$N = 4 \frac{Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$



## CRITERIOS

### Criterios de inclusión.

- Pacientes del sexo femenino de 15 a 19 años de edad con diagnóstico de embarazo en cualquier trimestre que acudan a la consulta externa de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 8.

### Criterios de exclusión.

- Pacientes adolescentes embarazadas que no deseen participar
- Pacientes adolescentes embarazadas que no acepten firmar la carta de consentimiento informado.
- Pacientes adolescentes embarazadas que no sean derechohabientes.
- Pacientes con alguna patología de lenguaje o coeficiente intelectual que le imposibilite responder el cuestionario.

### Criterios de eliminación.

- Pacientes adolescentes embarazadas que no contesten el cuestionario de forma completa.

## ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente

- Embarazo en adolescentes

Variable Independiente

- Tipología familiar

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

*Variable dependiente:*

- Embarazo en adolescentes.

Definición conceptual. Gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente de acuerdo a la OMS (14 a 19 años), independiente de su edad ginecológica.

Definición operacional. Se pregunta directamente a la paciente la edad y se corrobora con la fecha de nacimiento en el carnet de citas.

Variables independientes:

- Nivel socioeconómico.

Definición conceptual. El índice de nivel socio económico se basa en los indicadores de nivel educacional del principal sostén del hogar (indicado de mayor importancia), nivel ocupacional del principal sostén del hogar y patrimonio del hogar. La dimensión social se expresa en la variable de la educación del principal sostén del hogar (el miembro del hogar que más aporta al presupuesto y la economía familiar a través de su ocupación principal, aunque no es necesariamente quien percibe el mayor ingreso).<sup>20</sup>

Definición operacional. Se medirá esta variable por medio de los puntajes obtenidos por el método de Graffar desarrollado en Francia, validado y adaptado para la población mexicana por el Dr. Hernán Méndez Castellanos.

- Tipología Familiar

Definición conceptual. La tipología familiar hace referencia a unas determinadas composiciones que permiten identificar los miembros de una familia según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto.<sup>27</sup> Por estructura: Nuclear,

Monoparental, Extensa, Extensa compuesta y Reconstruida. Por ocupación: Profesionista, Empresario, Obrero y Campesino.

Definición operacional. Se medirá esta variable por medio del genograma familiar para conocer las características y tipología familia.

#### DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS
EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1 = SOLTERO 2 = CASADO 3 = DIVORCIADO 4 = UNION LIBRE
RELIGIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1 = CATOLICO 2 = TESTIGO DE JEHOVA 3 = CRISTIANO 4 = OTRO
EDUCACIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1 = PRIMARIA 2 = SECUNDARIA 3 = PREPARATORIA 4 = LICENCIATURA
OCUPACIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1 = TRABAJADORA 2 = ESTUDIANTE 3 = AMA DE CASA 4 = COMERCIANTE
EDUCACIÓN DE LOS PADRES	CUALITATIVA	NOMINAL	1 = PROFESIONISTA 2 = EMPRESARIO 3 = OBRERO 4 = CAMPESINO
TIPOLOGÍA FAMILIAR	CUALITATIVA	NOMINAL	1 = NUCLEAR 2 = MONOPARENTAL 3 = EXTENSA 4 = EXTENSA COMPUESTA 5 = RECONSTRUIDA

ELABORO: JUAN JOSÉ LARA DE LA CRUZ. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

## DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 17 de Windows. Los resultados se analizarán por medio de medidas de tendencia central (media, mediana y moda), frecuencias, porcentajes y medidas de dispersión (desviación estándar, rango, valor mínimo, y máximo, estimación de medias y proporciones) con intervalo de confianza (IC) del 95%. El tipo de muestra es representativa y se calculo a través de una prevalencia del 15%.

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

A las pacientes adolescentes embarazadas que aceptaron participar se les aplicó un cuestionario foliado, anónimo, de preguntas abiertas y cerradas. Consta de 15 ítems cuenta con los siguientes apartados, genograma familiar para conocer las características y tipología familiar; para conocer el nivel socioeconómico será por el método de Graffar desarrollado en Francia y adaptado a la realidad nacional por el Dr. Hernán Méndez Castellanos. El método de Graffar cada variable se define en cinco categorías, con un puntaje máximo de cinco puntos cada uno. Utilizando los siguientes criterios: profesión del Jefe de Familia, nivel de Instrucción de la Madre, fuente de Ingreso (o Modalidad de Ingreso) y condiciones de Alojamiento. Nivel Socioeconómico: Estrato socioeconómico alto. Puntaje (4-6), Estrato socioeconómico medio alto. Puntaje (7-9), Estrato socioeconómico medio bajo. Puntaje (10-12), Estrato socioeconómico obrero. Puntaje (13-16) y Estrato socioeconómico marginal. Puntaje (17-20).

## MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el estudio participaron pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de medicina familiar de la UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” adolescentes embarazadas. En el estudio se invitó a participar en la investigación a toda mujer con edad aparente de 15 a 19 años de edad embarazadas que acudan a consulta de medicina familiar de lunes a viernes en la UMF no. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, una vez corroborada la edad y que cumplieron con los criterios de inclusión fueron invitadas de forma verbal a participar en el proyecto de investigación, se les informó en qué consistía el estudio sin ocultarles información, haciendo énfasis que se podían retirar en el momento que así lo decidieran. Una vez que aceptaron a participar, firmaron el consentimiento informado.

Posteriormente se realizó la aplicación del cuestionario por interrogatorio directo, por último se procedió a realizar el análisis estadístico del estudio en el programa SPSS.

## MANIOBRAS PARA CONTROLAR Y EVITAR SESGOS

Se debe aplicar el instrumento de recolección de datos en forma individual, se aplicará a todas las mujeres adolescentes embarazadas que puedan responder a las preguntas. Los sujetos deben ser informados de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar, el aplicador no deberá discutir ninguna respuesta que de las mujeres adolescentes embarazadas, se debe aclarar las dudas y en ningún momento se debe emitir juicios de valor por las respuestas. El lenguaje será claro, así como, la manera de plantear las preguntas del cuestionario. Se realizará una prueba piloto del cuestionario que ayudará a reducir cualquier sesgo de obtención de información. De las mujeres adolescentes embarazadas que no decidan participar solo se les tomara datos generales para evitar sesgo de selección.

### PRUEBA PILOTO

Se realizará una prueba piloto a 20 adolescentes que cuenten con las mismas características de la población que se estudiará, aplicándoles el instrumento de recolección de datos para validar el instrumento.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NO. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8

“IDENTIFICACIÓN DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO  
PARA EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA UMF NO. 8”

2009

FECHA	MAR '09	ABR '09	MAY '09	JUN '09	JUL '09	AGO '09	SEP '09	OCT '09	NOV '09	DIC '09	ENE '10	FEB '10
TITULO							X					
ANTECEDENTES							X					
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA								X				
OBJETIVOS								X				
HIPÓTESIS									X			
PROPOSITOS									X			
DISEÑO METODOLÓGICO										X	X	
ANÁLISIS ESTADISTICO												X
CONSIDERACIONES ETICAS												X
RECURSOS												X
BIBLIOGRAFÍA												X
ASPECTOS GENERALES												X
ACEPTACIÓN												X

2010

FECHA	MAR '10	ABR '10	MAY '10	JUN '10	JUL '10	AGO '10	SEP '10	OCT '10	NOV '10	DIC '10	ENE '11	FEB '11
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO		X										
RECOLECCIÓN DE DATOS		X	X	X								
ALMACENAMIENTO DE DATOS				X	X							
ANÁLISIS DE DATOS					X	X						
DESCRIPCIÓN DE DATOS						X	X					
DISCUSIÓN DE DATOS							X	X				
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO								X	X			
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL									X			
REPORTE FINAL										X		
AUTORIZACIONES										X		
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACIÓN											X	

## RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

### Recursos Humanos:

Para la realización de este proyecto se cuenta con un residente de medicina familiar investigador que aplicará los cuestionarios y recolectará los datos. Se contará con la orientación de un asesor de investigación, el cual servirá de guía y orientador.

### Recursos Materiales:

Para la realización de esta investigación se contará con una computadora Mac, en la cual se almacenarán los datos y se realizará el análisis estadístico a través de los programas de Excel y SPSS. Se ocuparán tres paquetes de hojas tamaño carta e impresora para la impresión de la herramienta de recolección de datos. Lápices, borradores, plumas, servicio de fotocopiado.

### Financiamiento:

Todos los gastos que se deriven de esta investigación correrán a cargo del residente de primer año de medicina familiar que realizará el estudio

## CONSIDERACIONES ETÍCAS

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México. Todo paciente participará de manera voluntaria firmando la carta de consentimiento informado.

## RESULTADOS

Se estudió a 195 adolescentes embarazadas, de las cuales 25 (12.8%) tenían 15 años, 34 (17.4%) 16 años, 39 (20%) 17 años, 48 (24.6%) 18 años y finalmente 49 (25.1%) con 19 años de edad. (Ver anexo tabla y gráfica 1)

Se clasificaron en base a su nivel de escolaridad encontrando 8 (4.1%) con primaria, 73 (37.4%) con secundaria, 101 (51.8%) con bachillerato o carrera técnica y 13 (6.7%) con licenciatura. (Ver anexo tabla y gráfica 2)

En base a su ocupación se observó que 34 (17.4%) eran trabajadoras, 45 (23.1%) estudiantes y 116 (59.5%) amas de casa. (Ver anexo tabla y gráfica 3)

En cuanto a la religión que profesan resultó 156 (80%) católicas, 10 (5.1%) testigos de Jehova, 18 (9.2%) cristianas, 11 (5.6%) ateas. (Ver anexo tabla y gráfica 4)

Además se encontró que el inicio de vida sexual 1 (0.5%) a los 13 años, 26 (13.3%) con 14 años, 60 (30.8%) con 15 años, 64 (32.8%) con 16 años, 33 (16.9%) con 17 años y 11 (5.6%) con 18 años de edad. (Ver anexo tabla y gráfica 5)

Se clasificó la Tipología Familiar de las adolescentes entrevistadas en base a su estructura encontrando 65 (33.3%) familias nucleares, 39 (20.0%) familias monoparentales, 56 (28.7%) familias extensas, 26 (13.3%) familias extensas compuestas y 9 (4.6%) familias reconstruidas. (Ver anexo tabla y gráfica 6)

Además la tipología Familiar también se clasificó en base a su ocupación encontrando 38 (19.5%) familias profesionistas, 186 (80%) obreras y 1 (0.5%) campesina). (Ver anexo tabla y gráfica 7)

Por último se clasificó a las familias de las adolescentes entrevistadas en base a su nivel socioeconómico según el test de Graffar encontrando 1 (0.5%) con nivel alto, 30 (15.4%) con medio alto, 101 (51.8%) con nivel medio bajo, 58 (29.7%) obrero y 5 (2.6%) con nivel marginal. (Ver anexo tabla y gráfica 8)

En el componente de la Tipología Familiar según su estructura con el inicio de vida sexual encontrando que de las adolescentes de Familia Nuclear 5 (7.7%) iniciaron su vida sexual a los 14 años, 23 (35.4%) a los 15 años, 18 (27.7%) a los 16 años, 15 (23.1%) a los 17 años y 4 (6.2%) la iniciaron a los 18 años; de las adolescentes de Familia Monoparental 1 (2.6%) inicio su vida sexual a los 13 años, 6 (15.4%) a los 14 años, 11 (28.2%) a los 15 años, 14 (35.9%) a los 16 años, 6 (15.4%) a los 17 años y 1 (2.6%) a los 18 años de edad; de las adolescentes de Familia Extensa 10 (17.9%) iniciaron su vida sexual a los 14 años, 18 (32.1%) a los 15 años, 17 (30.4%) con 16 años, 7 (12.5%) a los 17 años y 4 (7.1%) a los 18 años de edad; de las adolescentes de Familias Extensas Compuestas 4 (15.4%) iniciaron su vida sexual a los 14 años, 5 (19.2%) a los 15 años, 10 (38.5%) a los 16 años, 5 (19.2%) a los 17 años y 2 (7.7%) a los 18 años de edad; por último de las adolescentes de Familias Reconstruidas 1 (11.1%) inicio su vida sexual a los 14 años, 3 (33.3%) a los 15 años de edad, y 5 (55.6%) lo hizo a los 16 años de edad. (Ver anexo tabla y gráfica 9)

En el conjunto donde se analizó según su estructura con el Estado Civil de las adolescentes embarazadas al momento de entrevistarlas encontrando que de las adolescentes de Familia Nuclear 23 (35.4%) eran solteras, 18 (27.7%) casadas, y 24 (36.9%) se encontraban en unión libre; de las adolescentes de Familia Monoparental 20 (51.3%) eran solteras, 6 (15.4%) casadas y 13 (33.3%) se encontraban en unión libre; de las adolescentes de Familia Extensa 27 (48.2%) eran solteras, 0 (0%) casadas, y 29 (51.8%) se encontraban en unión libre; de las adolescentes de Familias Extensas Compuestas 11 (42.3%) eran solteras, 6 (23.1%) casadas, y 9 (34.6%) se encontraban en unión libre; por último de las adolescentes de Familias Reconstruidas 1 (11.1%) era soltera, 1 (11.1%) casada, y 7 (77.8%) se encontraban en unión libre. (Ver anexo tabla y gráfica 10)

En el apartado del nivel socioeconómico con el inicio de vida sexual se observó que de las adolescentes de nivel socioeconómico alto 1 (100%) inicio su vida sexual a los 15 años; de las adolescentes de nivel socioeconómico medio alto 5 (16.7%) inicio su vida sexual a los 14 años, 6 (20.0%) a los 15 años, 10 (33.3%) a los 16 años, 6 (20.0%) a los 17 años y 3 (10.0%) la iniciaron a los 18 años de edad; de las adolescentes de nivel socioeconómico medio bajo 1 (1.0%) inicio su vida sexual a los 13 años, 12 (11.9%) a los 14 años, 33 (32.7%) a los 15 años, 34 (33.7%) a los 16 años, 19 (18.8%) a los 17 años y 2 (2.0%) la iniciaron a los 18 años de edad; de las adolescentes de nivel socioeconómico obrero 8 (13.8%) inicio su vida sexual a los 14 años, 18 (31.0%) a los 15 años, 18 (31.0%) a los 16 años, 8 (13.8%) a los 17 años y 6 (10.3%) la iniciaron a los 18 años de edad; por último de las adolescentes de nivel socioeconómico marginal 1 (20.0%) inicio su vida sexual a los 14 años, 2 (40.0%) a los 15 años, y 2 (40.0%) a los 16 años. (Ver anexo tabla y gráfica 11)

En el componente de nivel socioeconómico con la Tipología Familiar según su estructura, se encontró que la familia de nivel socioeconómico alto 1 (100%) es nuclear; de las familias de nivel socioeconómico medio alto 8 (26.7%) son nucleares, 2 (6.7%) son monoparentales, 11 (36.7%) son extensas, 3 (10.0%) son extensas compuestas y 6 (20.0%) son reconstruidas; de las familias de nivel socioeconómico medio bajo 38 (37.6%) son nucleares, 18 (17.8%) son monoparentales, 32 (31.7%) son extensas, 10 (9.9%) son extensas compuestas y 3 (3.0%) son reconstruidas; de las familias de nivel socioeconómico obrero 16 (27.6%) son nucleares, 16 (27.6%) son monoparentales, 13 (22.4%) son extensas y 13 (22.4.0%) son extensas compuestas; de las familias de nivel socioeconómico marginal 2 (40.0%) son nucleares y 3 (60.0%) son monoparentales. (Ver anexo tabla y gráfica 12)

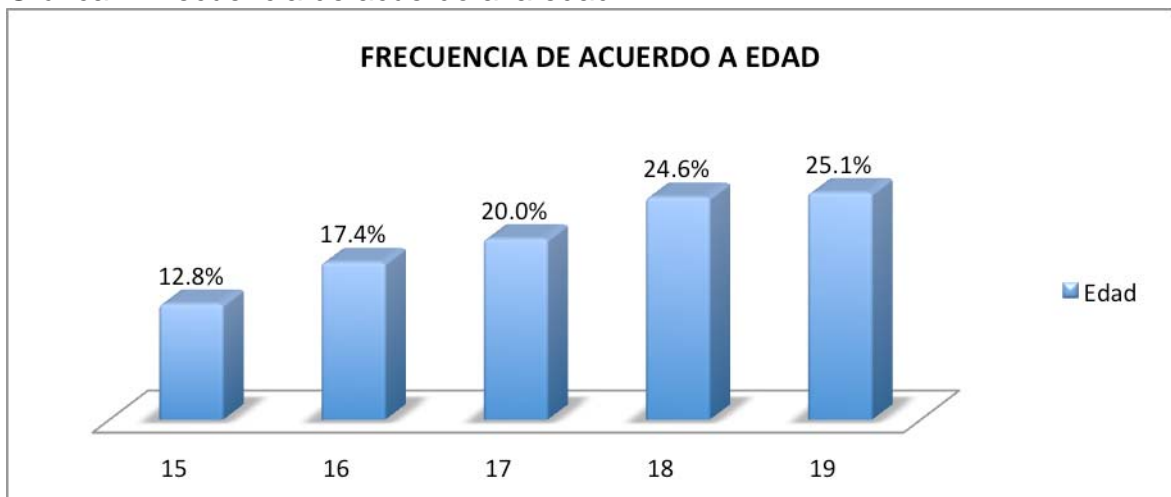
Al comparar la relación entre las variables de nivel socioeconómico y escolaridad se encontró que en el nivel socioeconómico alto 1 (100%) su máximo grado de estudio fue secundaria, del nivel socioeconómico medio alto 11(36.7%) su máximo grado de estudio fue secundaria, 17 (56.7%) fue preparatoria y 2 (6.7%) con licenciatura; del nivel socioeconómico medio bajo 40 (39.6%) su máximo grado de estudio fue secundaria, 53 (52.5%) fue preparatoria y 8 (7.9%)

con licenciatura; del nivel socioeconómico obrero 8 (13.8%) su máximo grado de estudio fue primaria, 19 (32.8%) secundaria, 29 (50.0%) fue preparatoria y 2 (3.4%) con licenciatura. Del nivel socioeconómico marginal 2 (40.0%) su máximo grado de estudio fue secundaria, 2 (40.0%) fue preparatoria y 1 (20.0%) con licenciatura. (Ver anexo tabla y gráfica 13)

Tabla 1. Frecuencia de acuerdo a la Edad		
Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
15	25	12.8
16	34	17.4
17	39	20.0
18	48	24.6
19	49	25.1
Total	195	100

Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010.

Gráfica 1. Frecuencia de acuerdo a la edad

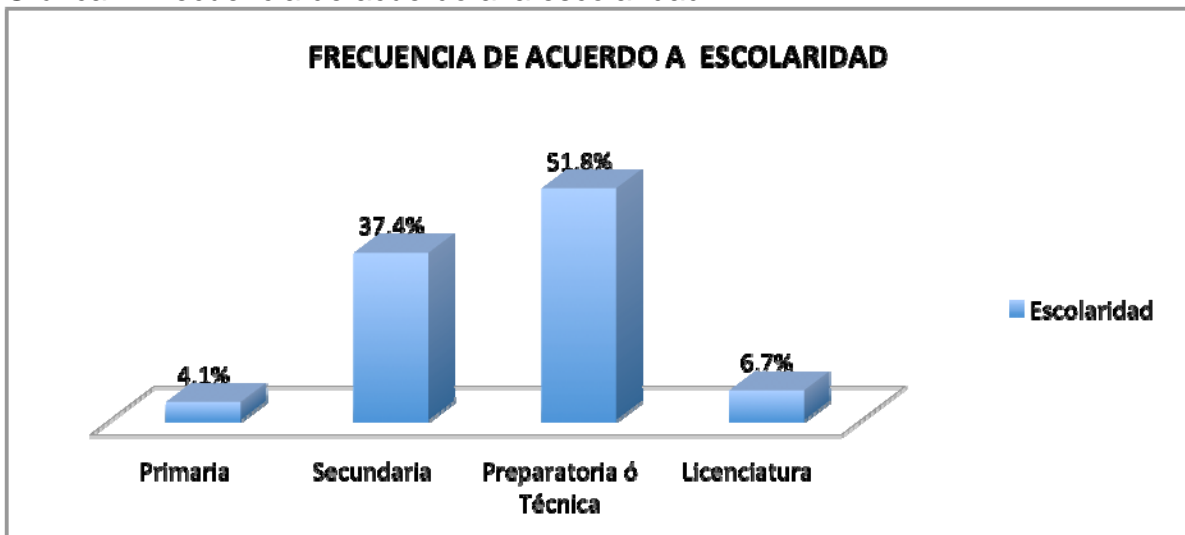


Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Tabla 2. Frecuencia de acuerdo a la Escolaridad		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	8	4.1
Secundaria	73	37.4
Preparatoria ó Técnica	101	51.8
Licenciatura	13	6.7
Total	195	100

Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Gráfica 2. Frecuencia de acuerdo a la escolaridad

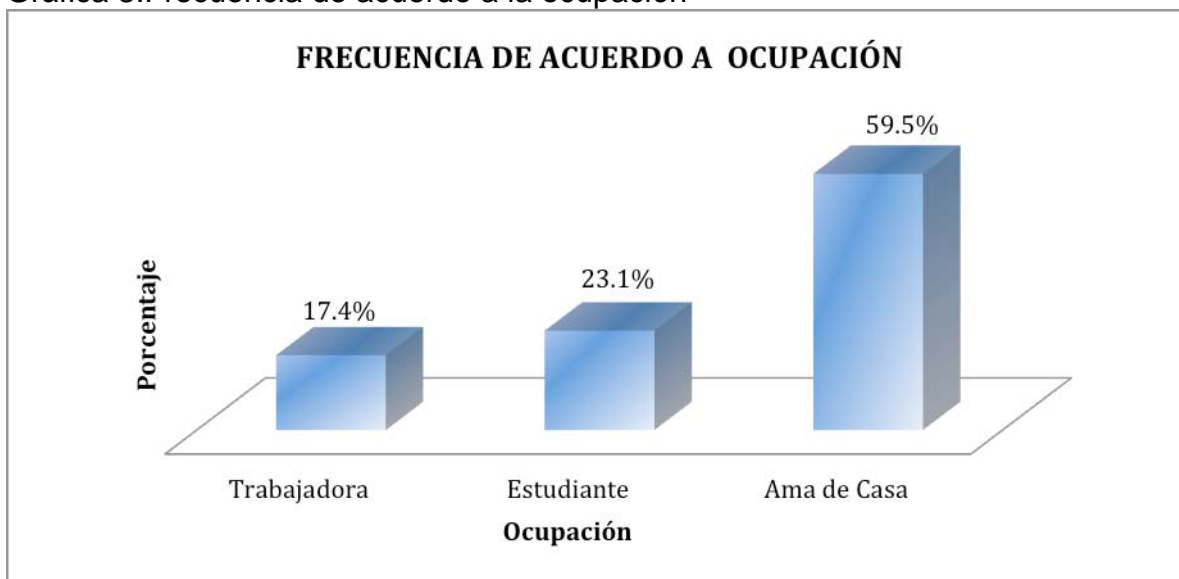


Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Tabla 3. Frecuencia de acuerdo a la Ocupación		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Trabajadora	34	17.4
Estudiante	45	23.1
Ama de Casa	116	59.5
Total	195	100

Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Gráfica 3.Frecuencia de acuerdo a la ocupación



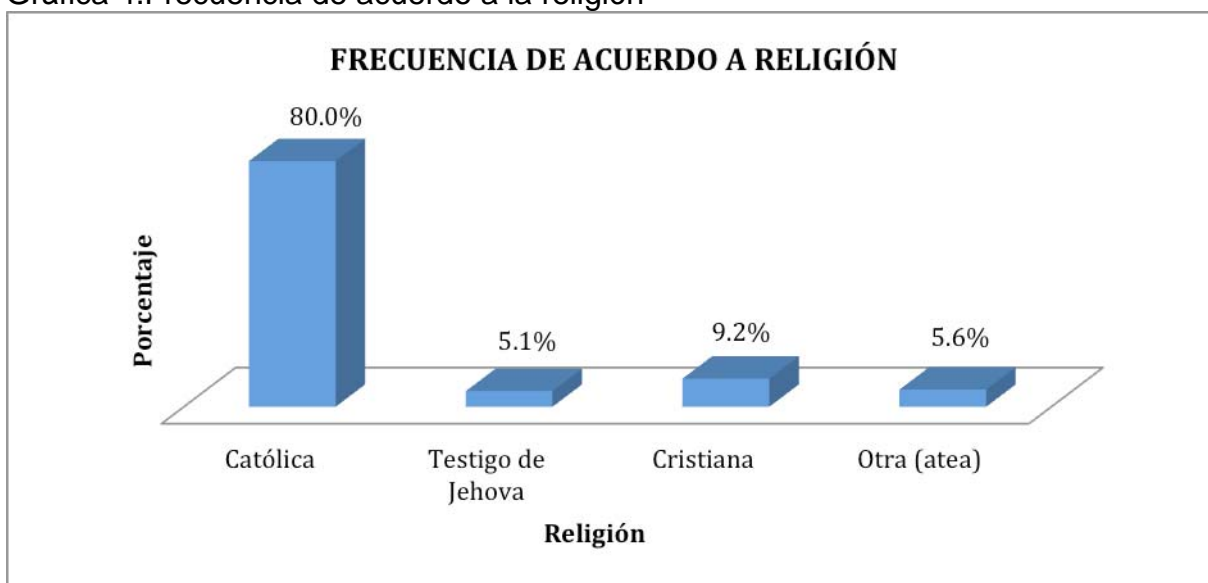
Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010



Tabla 4. Frecuencia de acuerdo a la Religión		
	Frecuencia	Porcentaje
Católica	156	80.0
Testigo de Jehova	10	5.1
Cristiana	18	9.2
Otra (atea)	11	5.6
Total	195	100

Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Gráfica 4.Frecuencia de acuerdo a la religión

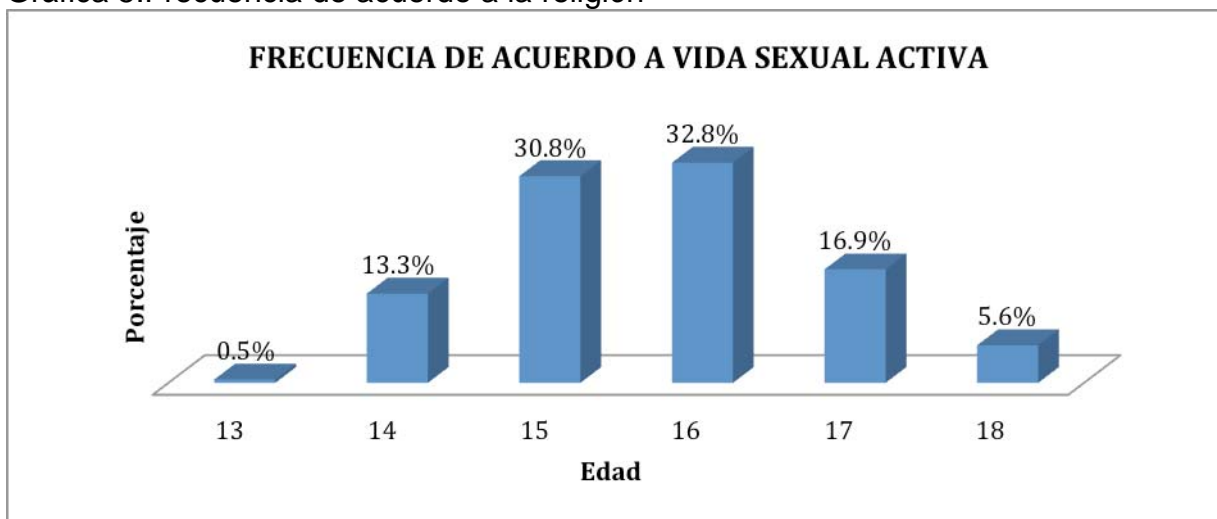


Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Tabla 5. Frecuencia de acuerdo al Inicio de Vida Sexual		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
13	1	0.5
14	26	13.3
15	60	30.8
16	64	32.8
17	33	16.9
18	11	5.6
Total	195	100

Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Gráfica 5.Frecuencia de acuerdo a la religión

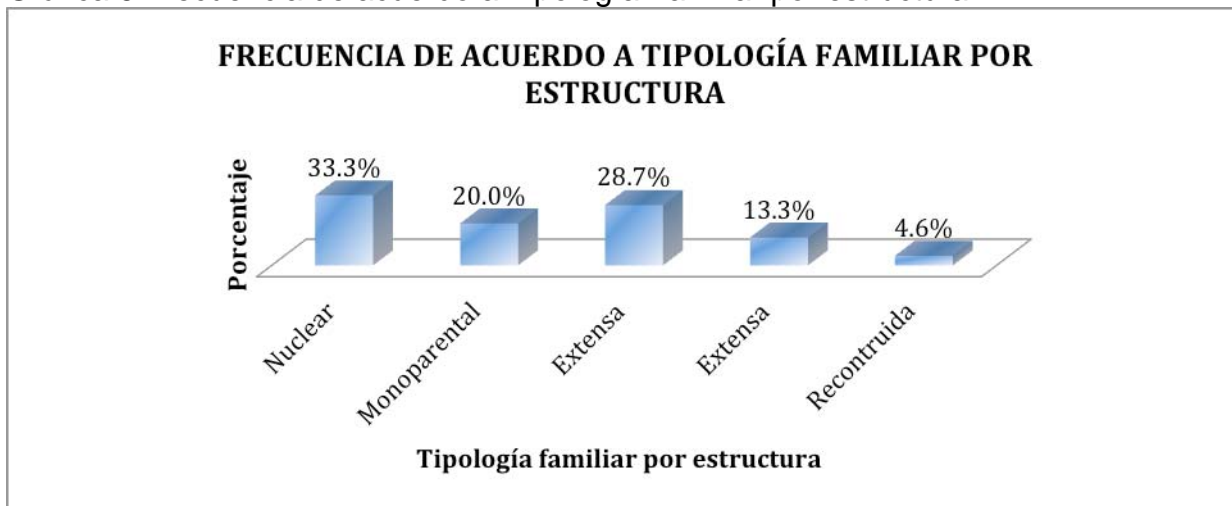


Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Tabla 6. Frecuencia de acuerdo a Tipología Familiar por estructura		
	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	65	33.3
Monoparental	39	20.0
Extensa	56	28.7
Extensa Compuesta	26	13.3
Reconstruida	9	4.6
Total	195	100

Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Gráfica 6.Frecuencia de acuerdo a Tipología Familiar por estructura

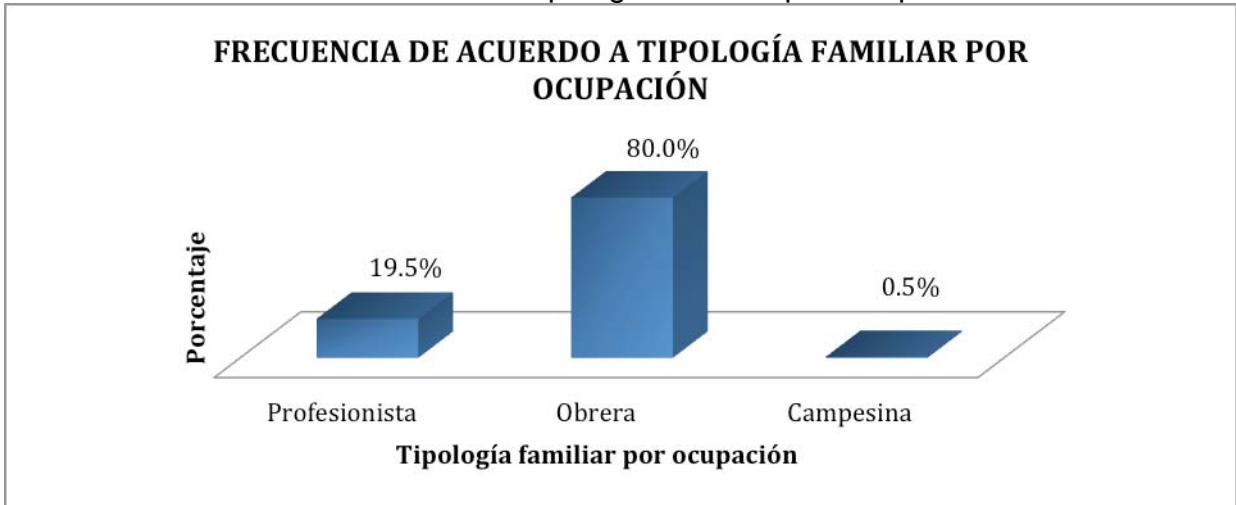


Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Tabla 7. Frecuencia de acuerdo a Tipología Familiar por Ocupación		
	Frecuencia	Porcentaje
Profesionista	38	19.5
Obrera	156	80
CampeSina	1	0.5
Total	195	100

Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Gráfica 7. Frecuencia de acuerdo a Tipología Familiar por Ocupación

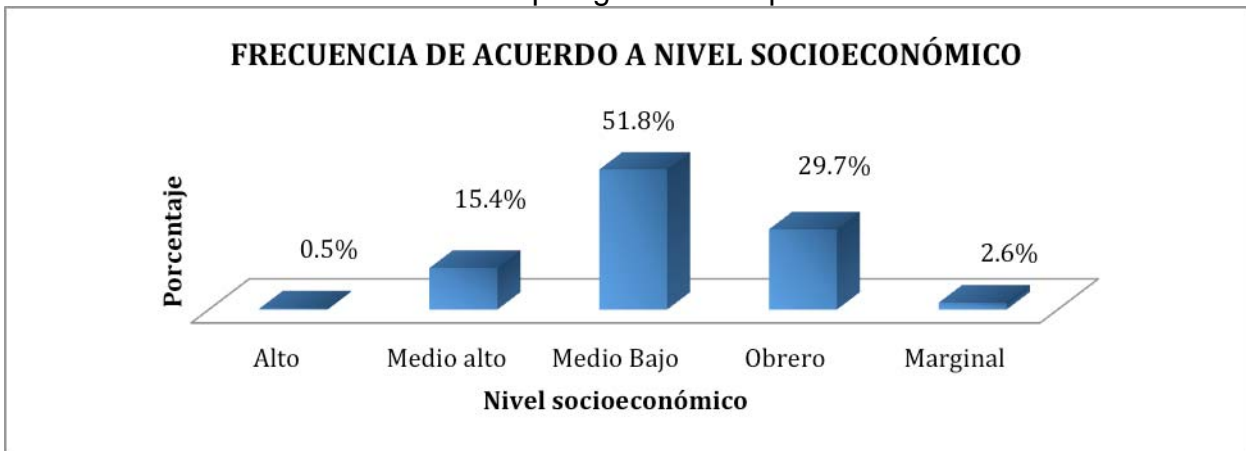


Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Tabla 8. Frecuencia de acuerdo a Nivel Socioeconómico (Test Graffar)		
	Frecuencia	Porcentaje
Alto	1	0.5
Medio alto	30	15.4
Medio Bajo	101	51.8
Obrero	58	29.7
Marginal	5	2.6
Total	195	100

Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Gráfica 8.Frecuencia de acuerdo a Tipología Familiar por estructura



Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Tabla 9. Frecuencia de Tipología Familiar según su estructura con Edad de Inicio de Vida Sexual

T.F. Según Estructura	Edad de Inicio de Vida Sexual													
	13		14		15		16		17		18		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	0	0.0	5	7.7	23	35.4	18	27.7	15	23.1	4	6.2	65	100
Monoparental	1	2.6	6	15.4	11	28.2	14	35.9	6	15.4	1	2.6	39	100
Extensa	0	0.0	10	17.9	18	32.1	17	30.4	7	12.5	4	7.1	56	100
Extensa Compuesta	0	0.0	4	15.4	5	19.2	10	38.5	5	19.2	2	7.7	26	100
Reconstruida	0	0.0	1	11.1	3	33.3	5	55.6	0	0.0	0	0.0	9	100
Total	1	0.5	26	13.3	60	30.8	64	32.8	33	16.9	11	5.6	195	100

Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Gráfica 9. Frecuencia de Tipología Familia de acuerdo su estructura con Edad de Inicio de Vida Sexual

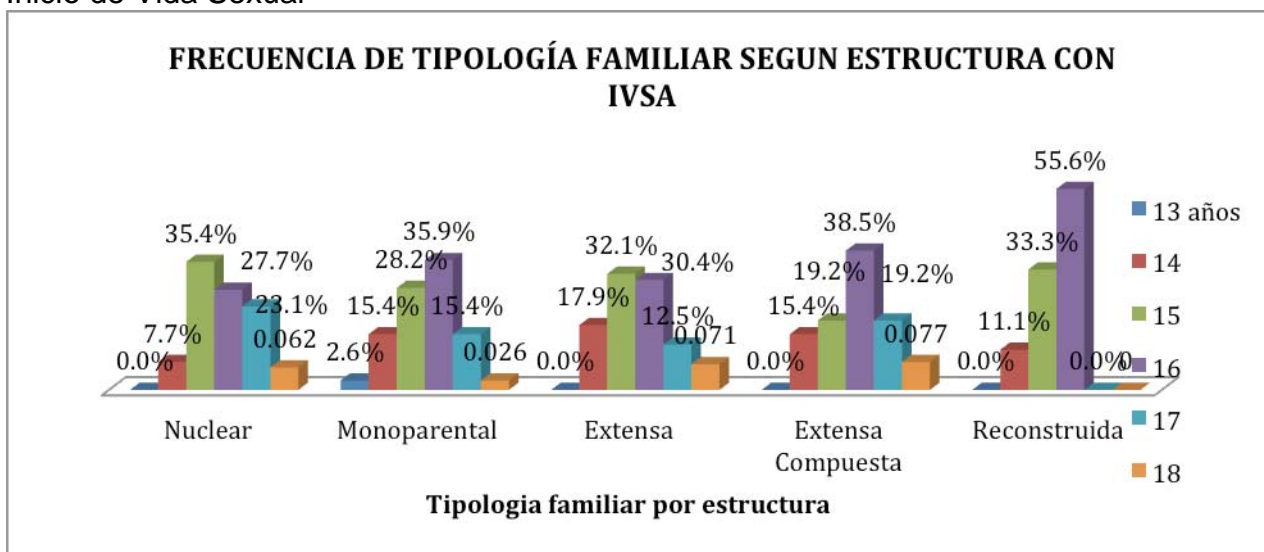
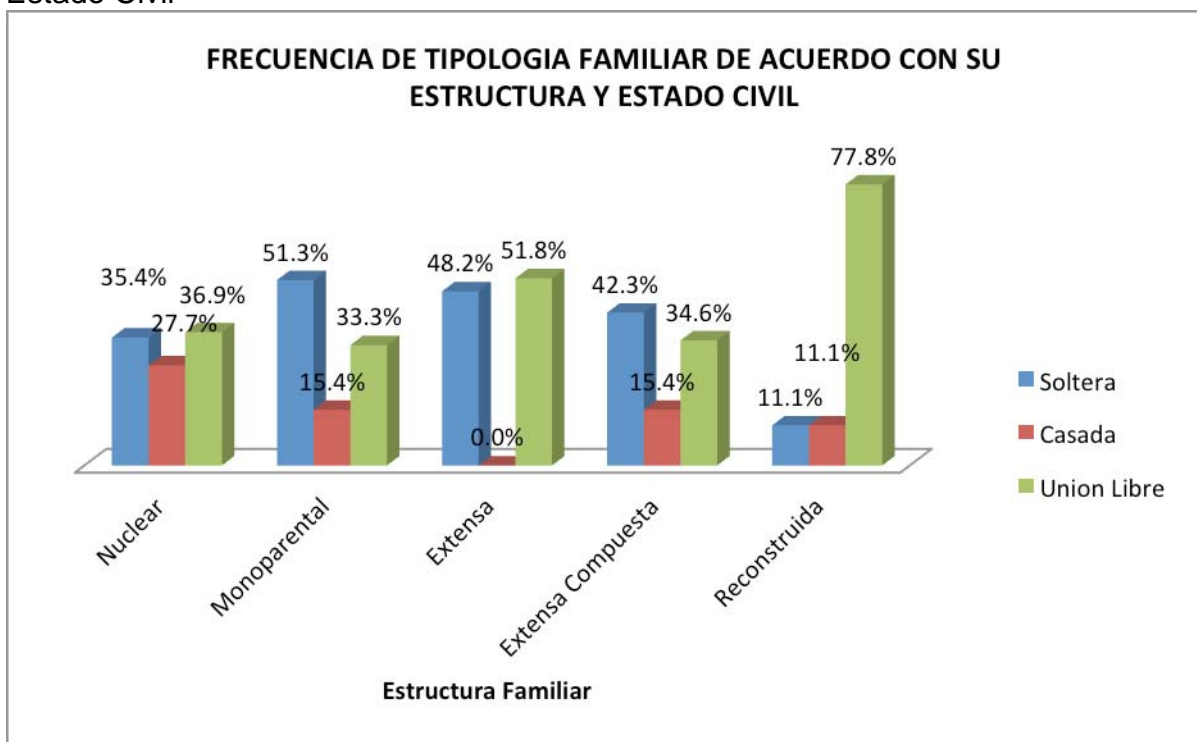


Tabla 10. Frecuencia de Tipología Familiar según su estructura con Estado Civil								
T.F. Según Estructura	Estado Civil							
	Soltera		Casada		Unión Libre		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	23	35.4	18	27.7	24	36.9	65	100
Monoparental	20	51.3	6	15.4	13	33.3	39	100
Extensa	27	48.2	0	0.0	29	51.8	56	100
Extensa Compuesta	11	42.3	6	15.4	9	34.6	26	100
Reconstruida	1	11.1	1	11.1	7	77.8	9	100
Total	82	42.1	31	15.9	82	42.1	195	100

Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Gráfica 10. Frecuencia de Tipología Familiar de acuerdo a su estructura con Estado Civil

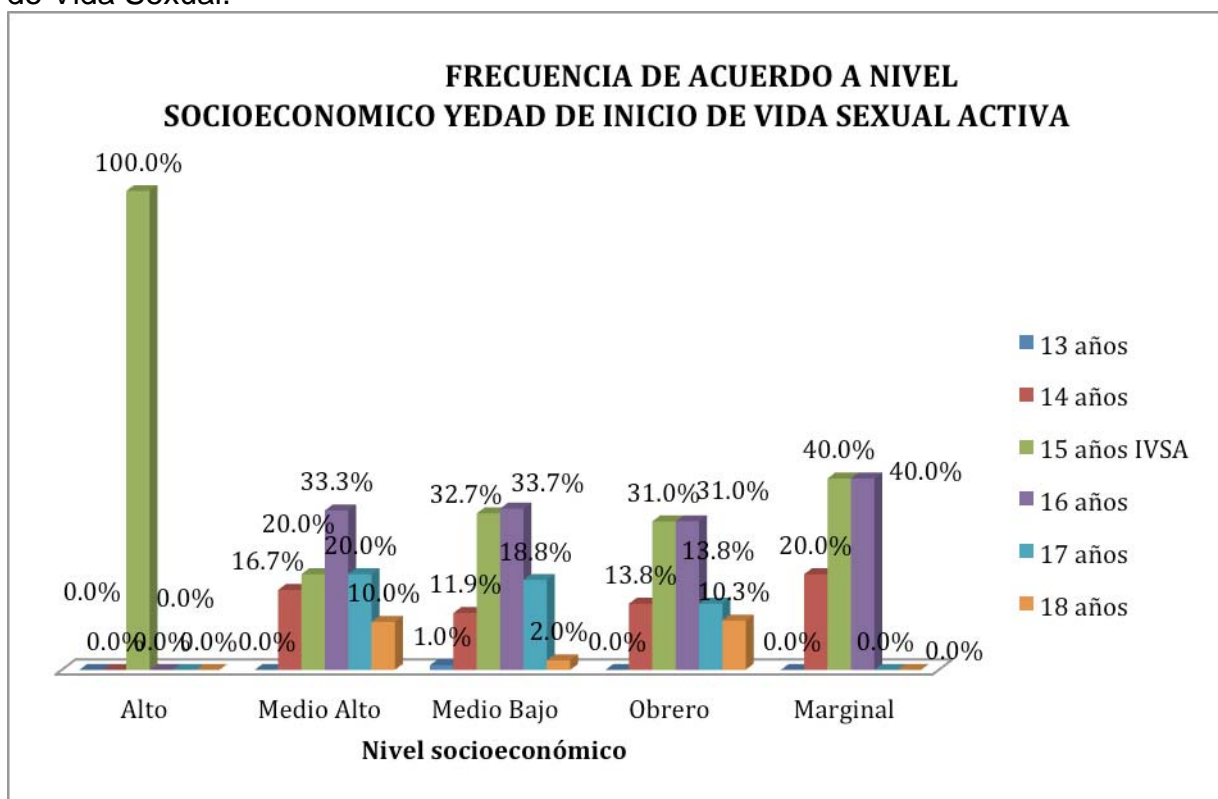


Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Nivel Socioeconómico	Edad de Inicio de Vida Sexual													
	13		14		15		16		17		18		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alto	0	0.0	0	0.0	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100
Medio Alto	0	0.0	5	16.7	6	20.0	10	33.3	6	20.0	3	10.0	30	100
Medio Bajo	1	1.0	12	11.9	33	32.7	34	33.7	19	18.8	2	2.0	101	100
Obrero	0	0.0	8	13.8	18	31.0	18	31.0	8	13.8	6	10.3	58	100
Marginal	0	0.0	1	20.0	2	40.0	2	40.0	0	0.0	0	0.0	5	100
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0.5</b>	<b>26</b>	<b>13.3</b>	<b>60</b>	<b>30.8</b>	<b>64</b>	<b>32.8</b>	<b>33</b>	<b>16.9</b>	<b>11</b>	<b>5.6</b>	<b>195</b>	<b>100</b>

Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Gráfica 11. Frecuencia de Nivel Socioeconómico (test Graffar) con Edad de Inicio de Vida Sexual.



Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

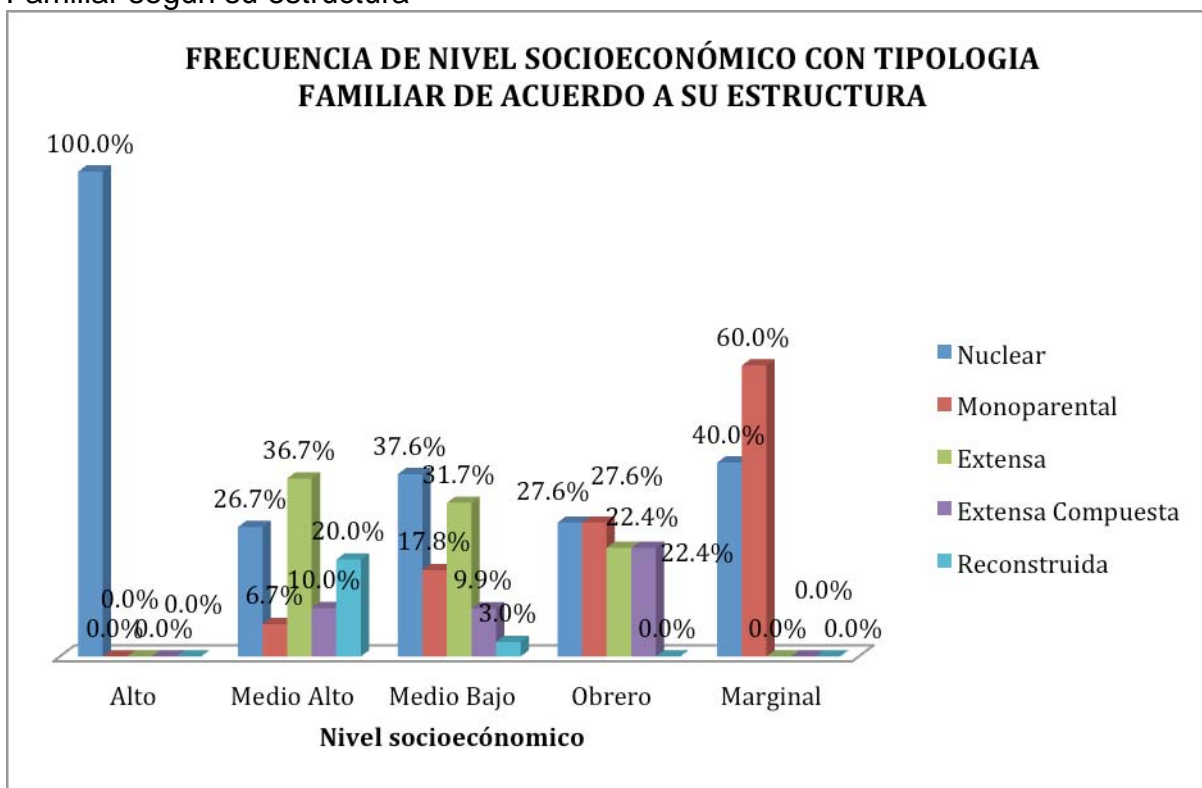


Tabla 12. Frecuencia de Nivel socioeconómico (test Graffar) con Tipología Familiar según su estructura

T.F. Según su Estructura												
Nivel Socioeconómico	Nuclear		Monoparental		Extensa		Extensa Compuesta		Reconstruida		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alto	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100
Medio Alto	8	26.7	2	6.7	11	36.7	3	10.0	6	20	30	100
Medio Bajo	38	37.6	18	17.8	32	31.7	10	9.9	3	3.0	101	100
Obrero	16	27.6	16	27.6	13	22.4	13	22.4	0	0.0	58	100
Marginal	2	40.0	3	60.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	100
Total	65	33.3	39	20.0	56	28.7	26	13.3	9	4.6	195	100

Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Gráfica 12. Frecuencia de Nivel socioeconómico (test Graffar) con Tipología Familiar según su estructura



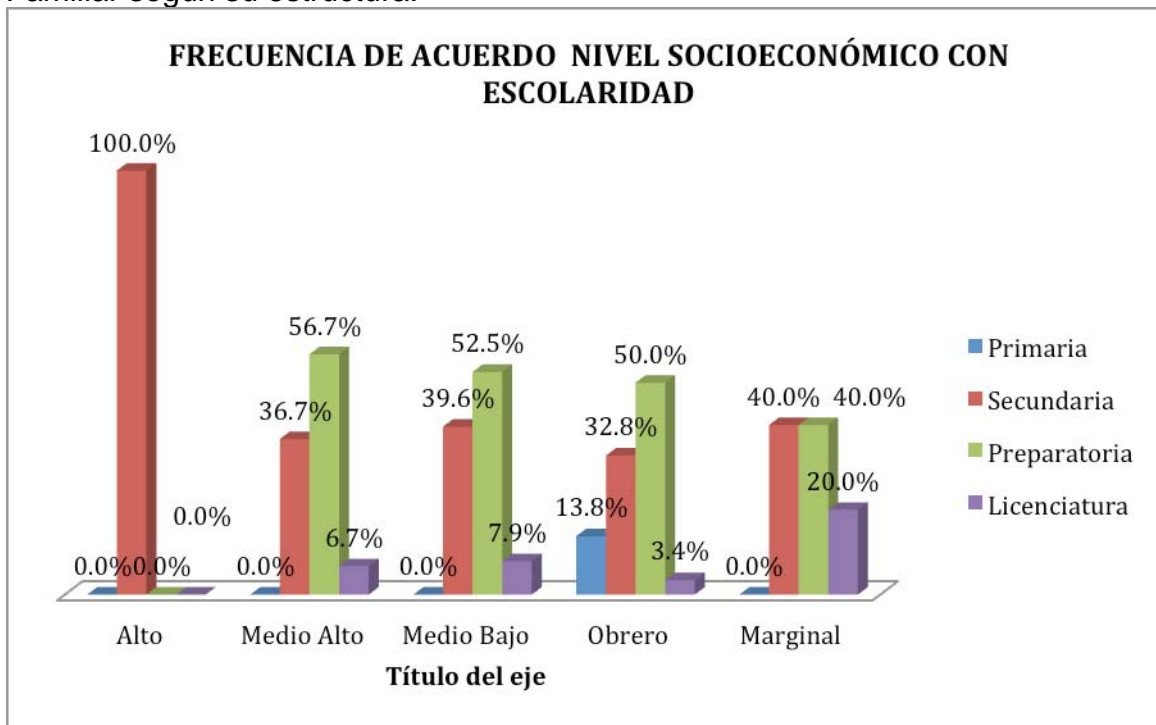
Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Tabla 13. Frecuencia de Nivel Socioeconómico (test Graffar) con Escolaridad

Nivel Socioeconómico	Escolaridad									
	Primaria		Secundaria		Preparatoria		Licenciatura		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alto	0	0.0	1	100	0	0.0	0	0.0	1	100
Medio Alto	0	0.0	11	36.7	17	56.7	2	6.7	30	100
Medio Bajo	0	0.0	40	39.6	53	52.5	8	7.9	101	100
Obrero	8	13.8	19	32.8	29	50.0	2	3.4	58	100
Marginal	0	0.0	2	40.0	2	40.0	1	20.0	5	100
Total	8	4.1	73	37.4	101	51.8	13	6.7	195	100

Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

Gráfica 13. Frecuencia de Nivel socioeconómico (test Graffar) con Tipología Familiar según su estructura.



Fuente: resultados de análisis SPSS 17. De acuerdo a datos obtenidos por la encuesta aplicativa.2010

## DISCUSIÓN

El riesgo en la salud es una característica averiguable, que se conoce como asociada con la probabilidad de desarrollar un proceso mórbido o que afecta de manera adversa, partiendo de este concepto y de acuerdo a la literatura revisada se ha visto que la tipología familiar actúa como factor de riesgo para la presencia de embarazo en la adolescencia. Debido a que el embarazo en la adolescencia tiene repercusiones no solo en la esfera biológica sino también en la psicosocial es importante conocer la prevalencia de mujeres adolescentes embarazadas para dar un abordaje integral.

En este estudio predominaron adolescentes de 19 años de edad con un 25.1%, lo que concuerda con estudios realizados en diferentes partes de Latinoamérica Chelala y cols. reportaron el 20 % de las madres adolescentes en América Latina son madres de 18 años, y en el Caribe el 50 % son madres de 17 años y menos.<sup>16</sup> Se encontró que el inicio de la vida sexual activa más prevalente fue a los 16 años con un 32.8%, lo que concuerda con el panorama nacional de acuerdo a los últimos datos del INEGI.

En más de la mitad de las adolescentes estudiadas su ocupación al momento del estudio fue ama de casa en un 59.5%, que tiene consistencia con varios estudios como el realizado por Valdés Dacal que reporta en su artículo un 87.1 % dedicada al hogar, es decir, el sustento económico de estas familias solo depende del padre o bien de la familia de origen si continúan viviendo con sus padres.

En este estudio la tipología familiar que predominó según su estructura fue la nuclear con 33.3% y de acuerdo a su ocupación fue obrera con un 80%, con un nivel socioeconómico medio bajo como el más prevalente 51.8%, se conoce que estos dos últimos son factores de riesgo para presentar embarazo en la adolescencia. Sin embargo en la mayoría de los estudios reporta que las familias que tiene mayor asociación como factor de riesgo con el embarazo en la adolescencia son las monoparentales, no las nucleares como se encontró en este estudio no se cumplió el criterio de consistencia en esta asociación, se debe tomar en cuenta que la validez interna del estudio pudo haber estado afectada por la aleatorización y que estos resultados solo son extrapolables a la población de mujeres adolescentes de la UMF No. 8. El estado civil de mayor prevalencia fue unión libre, sin embargo la práctica religiosa de mayor frecuencia fue la católica con un 80%.

## CONCLUSIONES

Como conclusión de este estudio podemos señalar que se encontró asociación epidemiológica entre algunos factores biopsicosociales de riesgo y el embarazo en la adolescencia, como la tipología familiar de según su ocupación y la condición de ama de casa, que originó un incremento en la prevalencia del embarazo en la adolescencia. Esto cobra importancia porque los programas de salud y población han modificado de manera significativa la composición demográfica en México, propiciando importantes cambios en el grupo de adolescentes, pero no son suficientes para disminuir significativamente el embarazo en las adolescentes por lo que se debe tomar en cuenta estos factores de riesgo para desarrollar programas de promoción y prevención efectivos.

La prevención del embarazo en la adolescencia debe tener un enfoque familiar, se debe ver a las adolescentes dentro de su sistema familiar e inmerso en un contexto social y cultural, donde todos estos elementos aportan factores de riesgo para el embarazo precoz. En este punto es donde cobra importancia los médicos familiares ya que pueden proporcionar una atención integral a las adolescentes y a la familia, detectando los factores de riesgo para el embarazo precoz y manejar un enfoque integral para prevenirlo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tisiana, Lourdes. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VI<sup>a</sup> Cátedra de Medicina. No. 153 Enero 2006
2. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Fecundidad en la adolescencia, causas y consecuencias. [www.OMS.mx](http://www.OMS.mx)
3. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, CONAPO 2008
4. Amaya, Jairo. Analytic study of the pregnancy outcome comparing adolescent women between 20 to 29 years of age in Bogota. Revista colombiana de Ginecología y Obstetricia. Vol. 56 no. 2005.
5. González Garza, MC. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Revista Salud Pública de México. Vol. 47 no. 3.
6. Revista de Investigación Clínica. Vol. 60 núm. 2. Marzo-abril 2008.
7. Lira Plascencia. Implicaciones perinatales del embarazo en la mujer adolescente. Revista de perinatología. Ginecología y Obstetricia. Vol. 73 núm. Agosto 2006.
8. Díaz, Franco. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. Revista de perinatología y reproducción humana 2006. Vol. 20 no. 4.
9. Scholl, Theresa. Adolescent pregnancy: an overview in developed and developing nations. Perinatol Rep Hum Vol. 21 no. 4, 2007.
10. Morales, Juan. Características del embarazo en adolescentes de la Sierra del Sur de Ayacucho 2004-2008. Rev. Perú Epidemiología Vol. 12 no. 3, 2008
11. León Paula. Embarazo adolescente. Revista de Pediatría Universidad de Chile. Vol. 5 no. 1, 2008.
12. García, Heladia. Morbilidad neonatal y materna en mujeres adolescentes y mujeres adultas. Estudio comparativo. Revista de investigación clínica. Vol. 60 no. 2, 2008.
13. Implicaciones perinatales del embarazo en la mujer adolescente. ISSN. Vol. 73 no. 8, 2005.
14. Díaz, Franco. Guía de intervención psicológica del embarazo en la adolescente. Perinatología Reprod Hum 2007. Vol. 21 no. 2.
15. INEGI XII. Censo General de población y vivienda 2008.

# ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL DEL CENTRO  
DELEGACIÓN NO. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.  
ASPECTOS ETICOS:  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:  
Para la participación en el proyecto:

IDENTIFICACIÓN DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

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

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Identificación de la tipología familiar como factor de riesgo para embarazo en la adolescencia”.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria, la cual consistirá en responder una entrevista. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre la investigación, que no atenta contra mi salud o integridad.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto. El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificará en la presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma de testigo

Nombre y firma de testigo

**“IDENTIFICACIÓN DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO  
PARA EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA”  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8  
“DR. GILBERTO FORES IZQUIERDO”**

Instrucciones: responda a las siguientes preguntas.

1. Nombre: \_\_\_\_\_
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Escolaridad: 1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) Licenciatura
4. Estado Civil: 1) Casada 2) Soltera 3) Unión Libre 4) Divorciada
5. Religión: 1) Católica 2) Testigo de Jehova 3) Cristiana 4) Otra
6. ¿Acudes con regularidad a las actividades que realiza tu religión?: 1) Si 2) No
7. Ocupación: 1) Ama de casa 2) Estudiante 3) Empleada 4) Comerciante
8. Edad de inicio de vida sexual: \_\_\_\_\_
9. Te encuentras embarazada en este momento?: 1) Si 2) No
10. Cuantas personas viven (vivían) en tu casa además de ti (antes de tu embarazo)? \_\_\_\_
11. Nombra a las personas que viven (vivían) en tu casa además de ti y los siguientes apartados:

CENSO FAMILIAR						
NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	EDO CIVIL	RELIGIÓN	EDUCACIÓN	OCUPACIÓN



Método de Graffar. Encuesta para nivel socioeconómico.

Variables	Puntaje	Items
1. Profesión del Jefe Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2. Nivel de Instrucción de la madre	1	Enseñanza universitaria o su equivalente
	2	Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3. Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual o quincenal
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4. Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas