

CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACIÓN ESCRITA DEL EXAMEN DE GRADO

Mexicali, B.C. a 22 de Marzo del 2019.

Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito denominado:

TIPOLOGIA FAMILIAR MAS FRECUENTE EN LAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN LA UMF No. 28 DEL IMSS EN MEXICALI, B.C. EN EL AÑO 2017.

Que para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar, presenta:

C. LILIAN CRISTINA ARANA GIL

Realizada la evaluación resolvimos: Aprobado

DRA. GUADALUPE ORTEGA VÉLEZ

Presidente

MC. RAFAEL IVÁN AYALA FIGUEROA

Sinodal

DRA. VANESSA JOHANNA CARO

Sinodal

DR. ALBERTO BARRERAS SERRANO

Sinodal

DRA. MARIA ELENA HARO ACOSTA

Sinodal



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS Y POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**“TIPOLOGÍA FAMILIAR MÁS FRECUENTE EN LAS ADOLESCENTES QUE
ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN LA UMF No. 28 DEL IMSS EN
MEXICALI, B.C. EN EL AÑO 2017”**

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Lilian Cristina Arana Gil

ASESORES

Dra. Guadalupe Ortega Vélez

Dr. Arturo Landero Ruiz

Dr. José Luis Huerta González

Mexicali, Baja California. Marzo 2019

IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES

Investigador principal: Lilian Cristina Arana Gil.
Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar.
Matricula: 98020464
Adscripción: Unidad Médica de Medicina Familiar (UMF) No. 28 Mexicali B.C.
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
Teléfono: (664) 496 5568
Correo electrónico: cristiara27@hotmail.com

Investigador responsable: Dra. Guadalupe Ortega Vélez
Médico Familiar y Profesora del curso de especialización de Medicina Familiar en UMF No.28.
Matricula: 99027009
Adscripción: UMF 28
Institución: IMSS
Teléfono: (686) 555 5085 ext. 31468
Correo electrónico: guadalupe.ortegav@imss.gob.mx

Asesor Metodológico: Dr. M.C. Arturo Landero Ruiz
Institución: ISSTECALI
Teléfono: (686) 255 0838
Correo electrónico: alandero@issstecali.gob.mx

Asesor Temático: Dr. José Luis Huerta González
Médico Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social y actual Presidente del Colegio Mexicano de Medicina Familiar
Institución: IMSS, UMF 49, San Luis Potosí
Correo electrónico: jose_luishuerta@hotmail.com

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	4
Marco Teórico	6
Antecedentes	14
Justificación	20
Planteamiento del problema	21
Objetivos	22
Material y métodos	23
• Diseño metodológico	23
• Universo	23
• Tamaño de la muestra	23
• Criterios de selección	23
Procedimiento	25
Cuadro de Operacionalización de las variables	26
Análisis estadístico	27
Aspectos éticos y normativos	27
Resultados	28
Discusión	35
Conclusiones	37
Recomendaciones	38
Referencias	39
Anexos	42
• Hoja de recolección de datos	42
• Familiograma estructural	42
• Carta de consentimiento informado	43
• Carta de asentimiento informado	44
• Carta de autorización	45

RESUMEN

Tipología familiar más frecuente en las adolescentes que acuden a control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS en Mexicali Baja California en el año 2017

Lilian Cristina Arana Gil, Guadalupe Ortega Vélez, Arturo Landero Ruiz, José Luis Huerta González.

INTRODUCCIÓN. La familia es quien integra a las adolescentes embarazadas a la sociedad haciendo ver esta etapa como normal. El embarazo en edades tempranas es cada vez más frecuente, lo que implica embarazos vulnerables con alto riesgo de complicaciones para la propia adolescente y para el producto, convirtiéndose en un problema médico-social. Se deben implementar acciones oportunas en el primer nivel de atención, desde la consejería prenatal para detectar los factores de riesgo presentes en la propia familia.

OBJETIVO. Identificar la tipología familiar más frecuente en las adolescentes que acuden a control prenatal a la UMF 28 del IMSS en Mexicali, B.C.

MATERIAL Y MÉTODOS. Previa aceptación por el Comité Local de Investigación y la directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS en Mexicali Mexicali, se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal con muestreo no probabilístico en la población de adolescentes que acudieron a control prenatal en la unidad, se les realizó un familiograma estructural para conocer la tipología familiar, previo consentimiento informado a los padres o tutores y asentimiento de la adolescente. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de frecuencias para variables cualitativas y se analizaron los datos con Microsoft Excel versión 2013. La unidad de observación fueron las adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 28 del IMSS.

RESULTADOS: El estudio estuvo conformado por 79 adolescentes embarazadas, la tipología familiar más frecuente observada fue composición nuclear, desarrollo moderno, demografía urbana, con ocupación del jefe de familia como empleado y sin complicaciones en el desarrollo familiar. Las características observadas en la

población fueron edad de 18 años, Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA) a los 16 años, escolaridad secundaria, estado civil unión libre y ocupación empleada.

CONCLUSIONES: Con los resultados obtenidos, se concluye que las adolescentes embarazadas que pertenecen a la UMF 28, tienen una familia que por su tipología aparentemente sirve como factor protector, sin embargo, el embarazo en la adolescencia es una situación muy compleja y hace que las adolescentes tengan que cambiar sus actividades además que se exponen a los riesgos biológicos propios del embarazo en edades tempranas y complicaciones en el recién nacido, afectando todo esto a la adolescente, su familia de origen y la familia de procreación.

PALABRAS CLAVE: composición familiar, embarazo en adolescencia, atención prenatal.

MARCO TEÓRICO

FAMILIA

Antecedentes históricos. La familia se considera la agrupación social más antigua, que ha evolucionado junto con la misma humanidad, con capacidad para adaptarse al contexto de cada época y cada sociedad. Es hasta mediados del siglo XIX en que se convierte en objeto de estudio científico, cuando es considerada como una institución social histórica. Uno de los principales investigadores fue Morgan, quien describe el desarrollo social de la familia en etapas o modelos familiares que van desde la promiscuidad, pasando por la familia consanguínea, el matriarcado y patriarcado con sus variantes, hasta llegar a la familia monogámica, también afirma que la familia evoluciona como consecuencia del desarrollo de la técnica y la economía.¹

Definición. Etimológicamente, el término familia procede del latín que se puede traducir como grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe, a su vez derivado de *famulus* que significa siervo o esclavo. *Famulus*, proviene del osco *famel* que se asocia a la raíz *fames* (“hambre”), y se refiere al conjunto de personas que se alimentan juntas en la misma casa bajo un *pater familias* que tiene la obligación de alimentarlas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se entiende por familia “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”. El concepto familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones.¹

Funciones de la familia. Se determinan según el eje de estudio que puede ser desde el punto de vista de lo psicológico, sociológico o cultural. Saucedo establece cinco funciones de la familia teniendo como referencia a la pareja conyugal: función de comunicación, adjudicación y asunción de roles, función de satisfacción sexual, función afectiva y función de toma de decisiones. Herrera nos

agrupa las funciones en tres categorías: económica, biológica y la tercera que incluye una parte educativa, cultural y otra espiritual.²

La familia se ha constituido como la unidad indispensable de toda organización social estableciéndose como vínculo entre sociedad y el individuo, destinada a preservar, transmitir y determinar rasgos, aptitudes y pautas de vida de los miembros que la componen. En la Primera Reunión del Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud se presentaron como funciones de la familia aquellas tareas que le corresponde realizar a cada integrante como un todo, reconociéndose las siguientes funciones:²

Socialización. Promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y modelos conductuales propios de cada familia.²

Afecto. Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.²

Cuidado. Protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades del grupo familiar, reconociéndose las materiales, sociales, financieras y de salud.²

Estatus. Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.²

Reproducción. Provisión de nuevos miembros a la sociedad.²

Desarrollo y ejercicio de la sexualidad. Por sí misma explica la forma y manera de desarrollar y ejercer la sexualidad como función de la familia.²

Tipología familiar. La familia como unidad micro social depende de la estructura social global y esta a su vez es quien le brinda las características y valores fundamentales. Un individuo siempre forma parte de una familia a lo largo de toda su vida, y a la vez es miembro de dos familias: la de origen y la de procreación. La familia se puede clasificar desde diversos puntos de vista. Por ejemplo, es posible

tipificarla de acuerdo al ciclo vital en que se encuentra; según sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento; según el enfoque demográfico (su composición, número de miembros, grado de parentesco, generaciones que la forman, presencia de otras personas sin parentesco); desde el punto de vista psicosocial, la dinámica de las relaciones intrafamiliares o las características familiares que resultan de las complicaciones en su desarrollo, entre otros.¹

El Familiograma o Genograma fue desarrollado en 1978 por Murray Bowen, éste instrumento proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales y propicia una adecuada relación médico paciente. Es una representación gráfica que requiere de una simbología específica y describe la estructura familiar, las relaciones de parentesco, debe incluir información mínimo de 3 generaciones ya sean ascendentes o descendentes según sea el paciente en estudio, quienes son los integrantes de la familia que habitan la misma vivienda, el tiempo de unión de la pareja su estado civil y el lugar que ocupan en la familia de origen, el número de integrantes de la familia así como el sexo, edad, ocupación y escolaridad, si hay o no presencia de otros familiares en el mismo hogar, el paciente identificado, año y motivo de las defunciones de los integrantes, orden de nacimiento de los hijos, factores biológicos sociales o del medio ambiente que influyan sobre la familia.¹

Con la información del familiograma estructural y para fines de esta investigación, clasificaremos a la familia según los siguientes parámetros:

Composición, se refiere al número de miembros, grado de parentesco, generaciones que la forman y presencia de otras personas sin parentesco en el mismo hogar, en base a esto tenemos: nuclear (pareja con o sin hijos); seminuclear (un solo padre con hijos); extensa (la familia de procreación se queda con la familia de origen o nunca sale de allí); semiextensa (cuando la familia de origen llega al hogar de la familia de procreación); compuesta (cualquier tipo de familia con otros miembros sin lazos consanguíneos) y reconstituida (en caso de que uno de los cónyuges o ambos hayan tenido una unión previa).¹

Desarrollo, se refiere a sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento, así tenemos: moderna, tradicional, primitiva.¹

Ocupación del jefe de familia, considera básicamente la actividad que desarrolla y el entorno geográfico en el que se desempeña con base en sus medios de subsistencia, si cuenta con un empleo de base o con estudios superiores al nivel técnico o licenciatura: campesino, profesionista, obrero, comerciante.²

Demografía, se clasifica en base al número poblacional ya sea mayor o menor de 2,500 habitantes y en la localización en las grandes capitales o poblaciones rurales: urbana, rural, indígena.²

Complicaciones del desarrollo familiar si existe separación o divorcio de los padres (interrumpida) o muerte de alguno de sus miembros o un cónyuge (contraída).¹

ADOLESCENCIA

Definición. La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Una etapa muy importante en el ser humano caracterizada por una fase de crecimiento y desarrollo muy acelerada condicionada por varios procesos biológicos, superada sólo por la etapa del lactante. La adolescencia se clasifica en etapa temprana (10-13 años), media (14-16 años) y tardía (17-19 años).³

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 se estima que el 20.2% de la población de México son adolescentes. De estos, 50.3% son hombres y 40.7% son mujeres.⁴

Crecimiento y desarrollo. Se puede decir que la adolescencia es un período que inicia con la pubertad y termina con el cese del crecimiento. La pubertad es un acontecimiento fisiológico del ser humano, mientras que la adolescencia se puede considerar también como un concepto socio cultural. Durante este periodo ocurren

muchos cambios, no solo físicos y biológicos, también hay cambios psicológicos, intelectuales y sociales. Es en esta etapa que inicia la independencia económica y social de la familia de origen, el desarrollo de la identidad, y toda la transformación de la persona joven e inexperta en un adulto responsable que debe ser capaz de aportar algo útil a la sociedad.⁵

La adrenarquía o aumento de la producción de hormonas sexuales, inicia entre los 6 y 8 años de edad, y es quien precede los cambios hormonales que van a dar paso al desarrollo de los caracteres sexuales y otros cambios que terminan con una transformación gradual física y psicosocial, y sobre todo, con la preparación del individuo para la reproducción, todos estos cambios tienen su tiempo determinado, no es igual en todos los individuos y llegan a tardar más en los hombres que en las mujeres.⁵

En cuanto al desarrollo físico durante la adolescencia, además del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios como la aparición de vello, el crecimiento de las mamas, el aumento en el tamaño del pene y testículos, hay un crecimiento corporal generalizado como el aumento de la talla que representa el 25% de la talla adulta; aumento ponderal que llega a representar el 50% del peso en el adulto marcado más en los varones ya que la masa muscular es más pesada en relación a la grasa que acumulan las mujeres por ejemplo en muslos y caderas; aparece el dimorfismo sexual característico de cada sexo, por ejemplo la pelvis ancha de las mujeres y la espalda ancha de los hombres.⁵

Los cambios psicosociales van de la mano con los cambios físicos. Hay estudios de imagen cerebral que demuestran cambios en la sustancia gris los cuales se relacionan con el desarrollo de las funciones de alto nivel como la planificación, el razonamiento y el control de impulsos. Los aspectos más importantes del desarrollo psicosocial del adolescente principalmente son los que tienen que ver con la lucha de independencia-dependencia hacia los padres, la preocupación por el aspecto corporal, la integración a un grupo de amigos o aceptación por los iguales, y por último el desarrollo de la identidad propia que termina con comportamientos cercanos a los del adulto maduro.⁵

Factores de riesgo. Datos de la OMS mencionan que en 2015 murieron 1.2 millones de adolescentes por causas prevenibles, de estas muertes la principal causa fueron las lesiones por accidentes de tránsito, la mitad de los trastornos mentales del adulto inician en la adolescencia, hay una tasa de nacimientos de 44/1000 adolescentes de 15-19 años.⁶

El grupo de edad adolescente generalmente se considera como población sana comparada con otros grupos de edad, pero debido a los diferentes cambios por los que atraviesa tiene un gran número de factores de riesgo. Los malos hábitos adquiridos en la adolescencia pueden contribuir a la morbi-mortalidad precoz del adulto joven. Las conductas de riesgo pueden tener consecuencias con impacto en la salud, economía o sociales. Algunas conductas de riesgo que son las principales causas de morbi-mortalidad en los adolescentes son las adicciones, embarazo precoz, trastornos de la alimentación, enfermedades de transmisión sexual, depresión, violencia, entre otras.^{7, 8}

La familia en la adolescencia. Así como se sabe que hay factores de riesgo, existen también factores de protección, y uno muy importante, es la familia. Es importante caracterizar la familia durante la etapa de la adolescencia, debido a que en esta etapa se produce una crisis doble: la del adolescente y la de su familia. Una familia integrada, con buena comunicación, es el primer agente protector que facilita el desarrollo sano del adolescente, que lo va a ayudar a convertirse en una persona autónoma con metas definidas y capacidad para integrarse y a la vez enfrentarse a la vida. En las diferentes etapas de la adolescencia, el individuo se ve influenciado por la familia quien va a ser la encargada de favorecer la adaptación del niño al ambiente que lo rodea y hacer frente a las influencias del exterior. Conforme avanza la adolescencia la familia debe permitir un comportamiento de independencia y responsabilidad hasta lograr que el adolescente proyecte una familia propia.⁹

EMBARAZO

Definición. Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. La edad gestacional o el tiempo de embarazo se calcula a partir del primer día de la fecha de última menstruación y dura aproximadamente 280 días o 40 semanas.¹⁰

Embarazo en la adolescencia. El embarazo en la adolescencia se define como aquel que ocurre durante los primeros años de la vida reproductiva de la mujer, con la aclaración de que la evolución y desenlace de este es más desfavorable en menores de 16 años. También se sabe que es uno de los principales factores que aumentan la mortalidad materna e infantil y el círculo enfermedad-pobreza.¹⁰⁻¹²

La OMS refiere que 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y 1 millón de menores de 15 años tienen hijos cada año, la mayoría de países de ingresos bajos y medianos. La segunda causa de muerte en mujeres de 15 a 19 años son las complicaciones durante el embarazo y el parto. Unos 3 millones de mujeres de 15 a 19 años se realizan abortos peligrosos cada año. Los hijos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de morir prematuramente que los hijos de madres mayores de 20 años. Un 11% de todos los nacimientos registrados a nivel mundial se presenta en adolescentes de 15 a 19 años.¹³

En México, la ENSANUT 2012 menciona que del total de adolescentes sexualmente activos, 33.4% de las mujeres no usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. En cuanto al embarazo adolescente, los resultados muestran que del total de las mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales, el 51.9% alguna vez ha estado embarazada y 10.7% estaba cursando un embarazo al momento de la entrevista.⁴

En Baja California se registraron 59,485 nacimientos en el año 2015, de éstos 200 fueron de madres menores de 15 años y 10,769 correspondieron a mujeres de 15-19 años, lo que equivale al 18.43%. Mexicali ocupó el segundo lugar con 58 mujeres menores de 15 años y 3,058 mujeres de 15-19 años.¹⁴

Control Prenatal. La Guía de Práctica Clínica (GPC) para el control prenatal define a este como las acciones y procedimientos que tienen como objeto la prevención, detección y tratamiento oportuno de la morbilidad materna perinatal. Una de las recomendaciones que realiza la GPC son los grupos en Trabajo social para información sobre los cuidados prenatales y otras recomendaciones en el estilo de vida. En cuanto a detecciones se recomienda evitar el tabaquismo y consumo de alcohol, así como cualquier sustancia que ponga en riesgo la salud de la madre o el producto. Toda embarazada debe recibir al menos 4 consultas durante su embarazo, siendo el Médico de primer contacto quien determine la frecuencia en base al riesgo obstétrico. En cuanto a los criterios de referencia al segundo nivel, en lo correspondiente a la edad se menciona que se deben enviar todas las adolescentes de 17 años o menores por considerarlas como embarazos complicados o con factor de alto riesgo.¹⁵

ANTECEDENTES

En un estudio en España describieron la relación entre las características familiares y el embarazo no planificado en mujeres jóvenes. Mencionan que el vínculo de apego con las figuras parentales es una parte muy importante en el desarrollo de la subjetividad individual y también consideran la influencia intergeneracional, ya que las hijas de madres adolescentes tienen mayor riesgo de repetir el patrón y ser ellas también madres a temprana edad con todos los riesgos que esto implica, identificando así factores de riesgo relacionados con el entorno familiar que influyen en el hecho de que se produzca un embarazo no planificado en edades tempranas.¹⁶

En Colombia, Pérez¹⁷ describe las características de los factores de riesgo y grado de salud familiar de las familias con adolescentes gestantes, de las 66 familias estudiadas, se encontraron riesgos que afectan la salud familiar, el 62% con alto riesgo, 36% riesgo medio y 2% en riesgo bajo, concluye que de las familias estudiadas, las del área rural tienen mayores riesgos para la salud que las que viven en la zona urbana. Las familias estudiadas no tienen el conocimiento ni la práctica de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.¹⁷

En un estudio realizado en Puebla, en una comunidad rural de alta marginalidad, encontraron que el mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas tenían entre 15 y 19 años de edad correspondiendo al 86.7% con una media de 17 años, en cuanto a la escolaridad el 70% lo ocupó la secundaria completa, el 76.7% de las adolescentes se encontraba en unión libre y en cuanto a la composición familiar la mayoría pertenecía a familias nucleares extensas con un 53.4%. La principal ocupación del jefe de familia fue como empleado de ayudante de albañil en un 66.7%. También se llegó a la conclusión que predomina el desarrollo tradicional, ya que durante las entrevistas se identificaron roles tradicionales de género así como patrones de repetición en cuanto a modelos familiares.¹⁸

Veloza¹⁹, describe el grado de salud familiar de familias con adolescentes gestantes, mediante un estudio de 100 familias colombianas, de las cuales la mitad de las adolescentes presentó alguna morbilidad y la otra mitad cursó con un embarazo normo evolutivo. Observaron que el 35% de las adolescentes eran del grupo de edad de 17 años. Una tercera parte de las complicaciones que presentaron fue alguna patología hipertensiva. En cuanto a la tipología familiar prevaleció la familia nuclear en 69 familias, este dato facilita establecer las condiciones del contexto cultural y económico que determinan como es aceptado el embarazo de la adolescente así como la forma de enfrentar sus consecuencias. Mediante instrumentos para medir satisfacción familiar el 53% de las familias encuestadas manifestó estar altamente satisfecha, sin que esto excluya el hecho de que un embarazo en adolescentes expone a las mismas así como a su familia a diferentes riesgos como biofísicos, socioculturales, económicos, jurídicos y otros.¹⁹

En un estudio realizado en Cuba, se describen las características clínicas y epidemiológicas de 50 adolescentes gestantes, encontrando que el 56% corresponde al grupo de edad de 17-19 años clasificándolas en adolescencia tardía. El estado civil que predominó fue soltera con 54%, mientras que en cuanto al nivel de estudio fue secundaria con 84% lo que explica la deserción escolar y la falta de continuidad en los estudios. Según la ocupación de las adolescentes, el mayor porcentaje fue para las amas de casa con 70% seguido de las estudiantes con 16%. El inicio de la vida sexual ocurrió dentro de las edades de 14-16 años con el 20% de las adolescentes estudiadas, relacionándolo con la menarca temprana. También se estudiaron otras variables como toxicomanías dentro de la cual predominó el hábito tabáquico y hábitos alimentarios predominando los malos, lo que favorece las complicaciones en el embarazo y hace susceptible al producto a complicaciones durante el nacimiento y durante el primer año de vida.²⁰

En Venezuela, Blanco y col.²¹, identificaron diversos factores asociados al embarazo adolescente. En su estudio participaron 115 adolescentes de 12 a 19 años, de las cuales 40 eran primíparas (casos) y 74 nuligestas (controles). Del total de adolescentes participantes el 45.2% señaló a su madre o una hermana como embarazada adolescente. Del grupo de embarazadas resaltó que el 20% presentó disfuncionalidad familiar severa, contra 4% del grupo control. Reportaron que el 65% de los casos mostraron una situación de pobreza. Éste estudio concluye que la pobreza y los factores socioculturales imperantes en la familia son determinantes en el embarazo adolescente.²¹

Chacón y col.²², hacen una revisión del tema de embarazo en la adolescencia, donde el objetivo de su investigación fue describir la repercusión del embarazo en la adolescencia sobre la familia y la sociedad. En este estudio se comenta que en Cuba el 13% de los nacimientos ocurren en madres adolescentes. No reconocen una causa específica del problema del embarazo en edades tempranas, pero sí diversos factores biopsicosociales. Dentro de lo psicosocial se reconoce que el mal funcionamiento familiar puede predisponer al inicio de vida sexual de forma prematura, así como un embarazo en edad temprana puede afectar el funcionamiento familiar. Al ser la familia la base de la sociedad, se considera necesario que se inicien acciones preventivas a ese nivel para evitar las secuelas individuales del embarazo adolescente que al final afectan a la sociedad al traducirse en cambios demográficos y con altos costos sociales.²²

Atienzo y col.²³, describen en un estudio realizado en ocho secundarias y preparatorias de México y Morelos que las probabilidades de un embarazo en la adolescencia aumentan cuando la familia no apoya a los adolescentes a fijar metas de desarrollo personal como sería alcanzar altos niveles de estudios.²³

En un estudio realizado en México con casos y controles, coinciden en que la mayoría de las adolescentes que se embarazan pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, a familias desintegradas o con madres que también fueron madres adolescentes. Observaron que en el grupo de adolescentes embarazadas hubo más factores biopsicosociales que aumentan las repercusiones materno perinatales, por lo que el embarazo en adolescentes es un problema sociocultural y económico, que puede propiciar nuevos embarazos con incremento de sus complicaciones.²⁴

Otro estudio en México, realizado por José Rosales y colaboradores²⁵, entrevistó a 41 adolescentes embarazadas, encontrando que 33 de ellas pertenecían a familias nucleares y las 8 restantes a una familia monoparental. En cuanto al desarrollo, 28 eran familias modernas y 13 tradicionales. Asimismo, el 80.5% continuaba estudiando la secundaria. En referencia al IVSA, el 26.5% inició entre los 12 y 13 años, mientras que el 73.2% lo hizo entre los 14 y 15 años.²⁵

En Colombia se realizó un estudio mediante una entrevista a 12 adolescentes embarazadas, con las siguientes características sociodemográficas: edad promedio de 16 años, nivel socioeconómico bajo, el 33% pertenecía a familia nuclear (viviendo sola con la pareja y/o hijo), edad promedio de la pareja de la adolescente de 20 años, 8 de las 12 adolescentes se dedicaban a las labores del hogar. Los resultados obtenidos fueron la identificación del embarazo como un parte aguas en la vida de la adolescente quien tiene que dejar de lado las actividades propias de la edad para asumir el rol de madre y cuidadora. Al ser en la mayoría embarazos no planeados cambia el plan de vida de la adolescente que ahora gira en torno al hijo que espera, lo que las vuelve dependientes de la pareja o de los padres. En cuanto al acceso a métodos anticonceptivos la mayoría (7 adolescentes entrevistadas) no los usaba, y quienes sí los usaron tuvieron fallas en método utilizado. El mayor factor sociocultural encontrado fue la falla en la comunicación padre-hijo, sobre todo en lo referente al tema de la sexualidad.²⁶

Un estudio de 100 adolescentes en la Ciudad de México, identificó factores de riesgo biopsicosociales, para caracterizar el perfil obstétrico de las adolescentes embarazadas estudiadas. Los resultados obtenidos mostraron que la edad más frecuente fue de los 15-19 años con 96% del total de la población estudiada, estado civil unión libre con 60% de las adolescentes, escolaridad secundaria con 55% de las participantes, ocupación hogar en el 88%, nivel socioeconómico medio bajo en 72%. En el perfil de antecedentes perinatales, se estudiaron variables sociodemográficas y perinatales clasificando a la mayoría de las adolescentes en riesgo bajo. En el perfil de factores de riesgo en el embarazo, la mayoría también se clasificó en riesgo bajo. A pesar de estos resultados, hubo adolescentes que se clasificaron en riesgo alto, siendo esto una situación muy grave ya que por eso el embarazo adolescente sigue siendo un problema de salud a nivel mundial.²⁷

El estudio realizado en Colombia, confirma que a menor edad en el embarazo se presenta mayor riesgo de complicaciones. Se estudiaron 100 adolescentes embarazadas, investigando características sociodemográficas, complicaciones médicas asociadas al embarazo, estado de nutrición, entre otras. Dentro de los resultados la edad media de las adolescentes fue de 15 años. La escolaridad que predominó fue la secundaria. En cuanto a la ocupación, el primer lugar lo ocupan las amas de casa seguidas de las estudiantes. El estado civil más frecuente de las adolescentes fue unión libre. El peso o estado nutricional fue normal en 54 de las adolescentes y también 54 de ellas usaron algún método anticonceptivo. Las complicaciones durante el embarazo y el parto como los estados hipertensivos, diabetes gestacional, parto pretérmino o la resolución del embarazo vía cesárea fueron más frecuentes en las adolescentes menores de 15 años.²⁸

En Cuba, se realizó un estudio sobre el comportamiento clínico epidemiológico y social de 69 pacientes adolescentes que acudieron a control prenatal en un hospital en la ciudad de La Habana. Sus resultados reportan edades más frecuentes de 17-19 años con 76.8% de las adolescentes, estado civil solteras y

en unión libre con 28 adolescentes cada uno, grado de escolaridad predominante el de secundaria con 41% y según el estado nutricional con normopeso para el 60.9%. En cuanto a la edad gestacional al término del embarazo y el peso del recién nacido, predominaron los partos a término con RN clasificados en peso eutrófico.²⁹

JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescente ha sido un fenómeno ampliamente estudiado desde la perspectiva de sus complicaciones médicas. Es importante en el primer nivel de atención conocer los efectos de las características familiares, biológicas, sociales, económicas, ya que estos problemas se deben generalmente a la pobreza, nivel de escolaridad bajo, falta de recursos de atención para la salud y el rechazo de la sociedad, por lo que se convierte en un problema médico-social.

El embarazo durante la adolescencia generalmente no es planeado, lo que altera la dinámica familiar y tiene repercusiones importantes en la vida personal de la adolescente y en su entorno social y familiar.

Los adolescentes al igual que los niños se consideran grupos sanos, por lo que su asistencia a la consulta es ocasional, a diferencia de los niños en los adolescentes podemos encontrar conductas de riesgo para adicciones, accidentes, violencia física y sexual. Por eso es muy importante crear programas de apoyo para atención y educación en temas de salud para beneficio de los adolescentes, así como llevar un control adecuado del crecimiento y desarrollo, con la finalidad de disminuir los riesgos propios de la edad implementando medidas preventivas y de detección oportuna, incluyendo la atención integral de la familia, siendo esta la unidad de estudio primordial del médico familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención del binomio materno-fetal es de los temas prioritarios en salud, en Medicina Familiar el control prenatal es uno de los programas más importantes en cuanto a prevención y detección de enfermedades y/o complicaciones que puede presentar la madre o el producto que ésta espera. Las principales causas de mortalidad materna o perinatal son previsibles mediante la atención temprana, sistemática y de alta calidad.

La mayoría de las veces el embarazo en adolescentes se presenta en sectores de la población que presenta condiciones de bajo o medio nivel socioeconómico, nivel educativo bajo, hacinamiento, pero no se conoce la relación que tiene la tipología familiar. Conociendo que durante la adolescencia el embarazo es de alto riesgo por la edad y otros diversos factores, es importante prevenirlo en esta etapa. La familia como grupo social primario puede ser tanto factor de riesgo como protector de acuerdo a sus características, de ahí la importancia de conocer la tipología familiar asociada a las adolescentes que se embarazan, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la tipología familiar más frecuente en las adolescentes que acuden a control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS en Mexicali, Baja California?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar la tipología familiar más frecuente en las adolescentes que acuden a control prenatal a la UMF 28 del IMSS en Mexicali, B.C.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características de las adolescentes embarazadas con relación a su escolaridad, edad biológica, edad de inicio de su vida sexual, estado civil y ocupación.
- Conocer la composición familiar de las adolescentes embarazadas mediante la elaboración del familiograma estructural.
- Determinar el desarrollo familiar mediante la elaboración del familiograma estructural.
- Identificar la demografía familiar mediante la elaboración del familiograma estructural.
- Conocer la ocupación del jefe de familia mediante la elaboración del familiograma estructural.
- Identificar la presencia de complicaciones en el desarrollo familiar mediante la elaboración del familiograma estructural.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño metodológico: Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

Población: Adolescentes embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar no. 28 del IMSS Mexicali y que acuden a control prenatal en la misma Unidad de Medicina Familiar.

Lugar y tiempo de la investigación: Ciudad de Mexicali Baja California, de mayo a septiembre 2017.

Tipo de muestreo: No probabilístico a conveniencia.

Tamaño de la muestra: Se incluyeron a todas las adolescentes embarazadas que acudieron a control prenatal durante el periodo de mayo a septiembre del 2017, con una muestra total de 79 participantes.

Criterios de selección:

De inclusión:

- Adolescentes embarazadas adscritas de la UMF 28 del IMSS que acudieron a recibir atención médica de control prenatal durante el período del estudio y que aceptaron participar previa firma del consentimiento del padre o tutor y firma del asentimiento informado por la adolescente.
- Adolescentes embarazadas de 10-19 años.

De exclusión:

- Quienes no aceptaron se les realizara el familiograma estructural.

De eliminación:

- Cuestionarios incompletos.

Clasificación de las Variables:

Las variables a estudiar son:

- Edad biológica y de inicio de vida sexual activa, estado civil, escolaridad, composición familiar, desarrollo familiar, demografía familiar, ocupación del jefe de la familia y de la adolescente embarazada, complicaciones del desarrollo familiar.

Instrumentos de medición:

Hoja de recolección de datos en la cual se obtuvieron las características sociodemográficas de la paciente. (Anexo No. 1)

Familiograma estructural mediante el cual se obtuvo la tipología familiar de la paciente. (Anexo No. 2)

PROCEDIMIENTO

Con previa autorización del Comité Local de Investigación CLIEIS No. 201 del IMSS y de la Directora de la unidad se procedió a recabar la información. Las pacientes fueron captadas por medio de la consulta externa de Medicina Familiar y en la sesión educativa para embarazadas de Trabajo Social. Se procedió a realizar una entrevista a las pacientes adolescentes embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión, previa información de la finalidad de la investigación y firma de consentimiento informado del padre o tutor y asentimiento por parte de la adolescente. Mediante la entrevista se recabaron datos generales y se les realizó un familiograma estructural. Posteriormente se realizó una base de datos y se analizó dicha información con Microsoft Excel versión 2013.

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	EXPRESIÓN DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR
COMPOSICIÓN FAMILIAR	Se refiere al número de miembros, grado de parentesco, generaciones que la forman y presencia de otras personas sin parentesco que viven bajo el mismo techo.	Familiograma Estructural	No numérica	Cualitativa	Nominal	*Nuclear *Seminuclear *Extensa *Semiextensa *Compuesta *Reconstituida
DESARROLLO FAMILIAR	Según sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento	Familiograma Estructural	No numérica	Cualitativa	Nominal	*Tradicional *Moderna *Primitiva
DEMOGRAFÍA FAMILIAR	En base al número poblacional y a la localización de las grandes capitales	Familiograma Estructural	No numérica	Cualitativa	Nominal	*Urbana *Rural *Indígena
OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA	Considera la actividad que desarrolla el jefe de la familia para mantener económicamente a la familia	Familiograma Estructural	No numérica	Cualitativa	Nominal	*Obrera *Profesionista *Campesino *Comerciante *Empleada
COMPLICACIÓN DEL DESARROLLO FAMILIAR	Ocurre por la separación o divorcio de los padres (interrumpida), o por la muerte de alguno de sus miembros o un cónyuge (contraída)	Familiograma Estructural	No numérica	Cualitativa	Nominal	*Con complicaciones *Sin complicaciones
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento	Años	Númerica	Cuantitativa	Discreta	10-19 años
ESTADO CIVIL	Situación de la persona en relación a las leyes y costumbres matrimoniales	Historia Clínica	No numérica	Cualitativa	Nominal	*Soltera *Casada *Unión libre
ESCOLARIDAD	Grado de estudios aprobados en cualquiera de los niveles de educación	Historia Clínica	No numérica	Cualitativa	Nominal	*Analfabeta *Sabe leer y escribir *Primaria *Secundaria *Bachillerato *Licenciatura
INICIO VIDA SEXUAL ACTIVA	Edad de inicio de actividad que desarrolla una persona en lo relativo al sexo	Historia Clínica	Númerica	Cuantitativa	Discreta	*Años
OCUPACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA	Trabajo, empleo u oficio que desempeña una persona	Historia Clínica	No numérica	Cualitativa	Nominal	*Estudiante *Empleada *Hogar *Ninguna

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de frecuencias para variables cualitativas, siendo la unidad de observación las adolescentes embarazadas adscritas a la UMF No. 28 del IMSS. Se analizó con Microsoft Excel versión 2013.

ASPECTOS ÉTICOS Y NORMATIVOS

El presente estudio de investigación se realizó bajo las normas establecidas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos última revisión 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, así como en lo estipulado en la Ley General de Salud en apego al artículo 98 en relación a la investigación en seres humanos.

Este estudio se realizó bajo los lineamientos de los Proyectos de Investigación en Salud del IMSS y se envió a evaluación al Comité Local de Investigación del IMSS cumpliendo con las normas antes mencionadas y la autorización de la Directora de la Unidad.

Se le entregó al padre o tutor de cada paciente una carta de consentimiento informado y a la adolescente que participó una carta de asentimiento, las cuales se procedieron a leer explicándoles la finalidad de dicho estudio y que la información obtenida de las participantes será solo para fines del protocolo de investigación no informándose a terceros (Anexos No. 3 y 4).

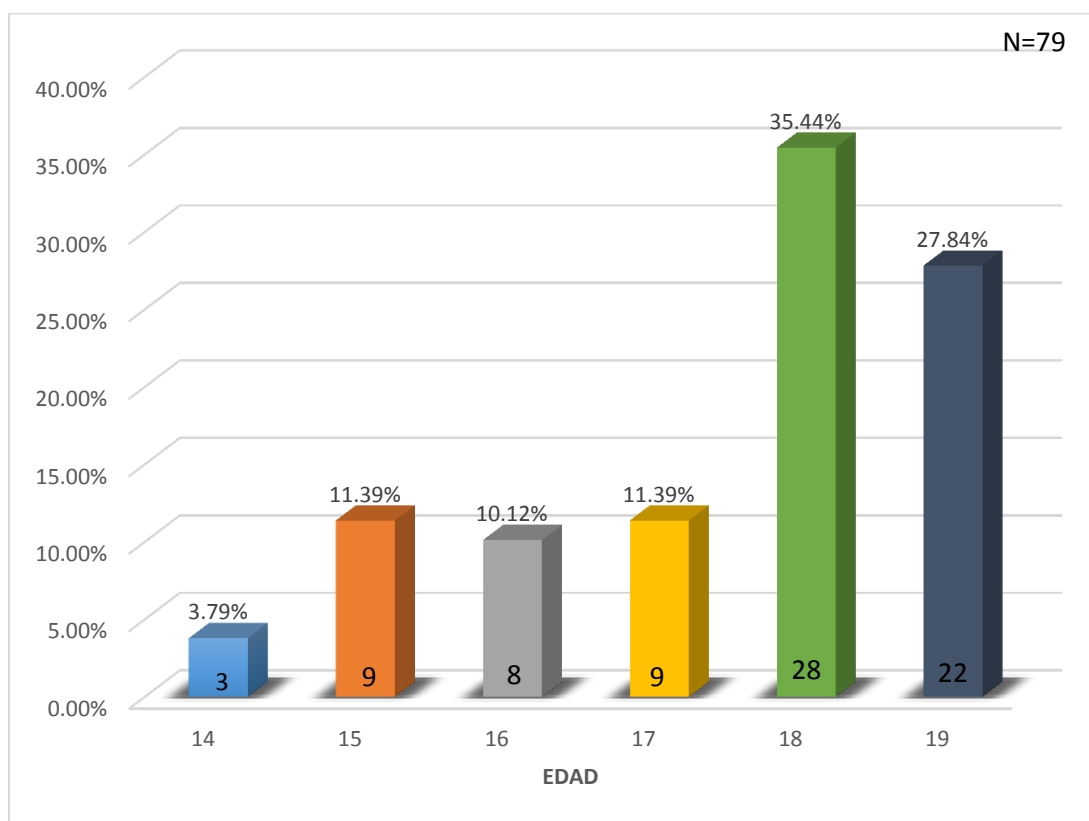
RESULTADOS

La población estuvo conformada por 79 adolescentes embarazadas que acudieron a control prenatal en la UMF 28 durante los meses de mayo a septiembre del año 2017.

Características de las adolescentes embarazadas

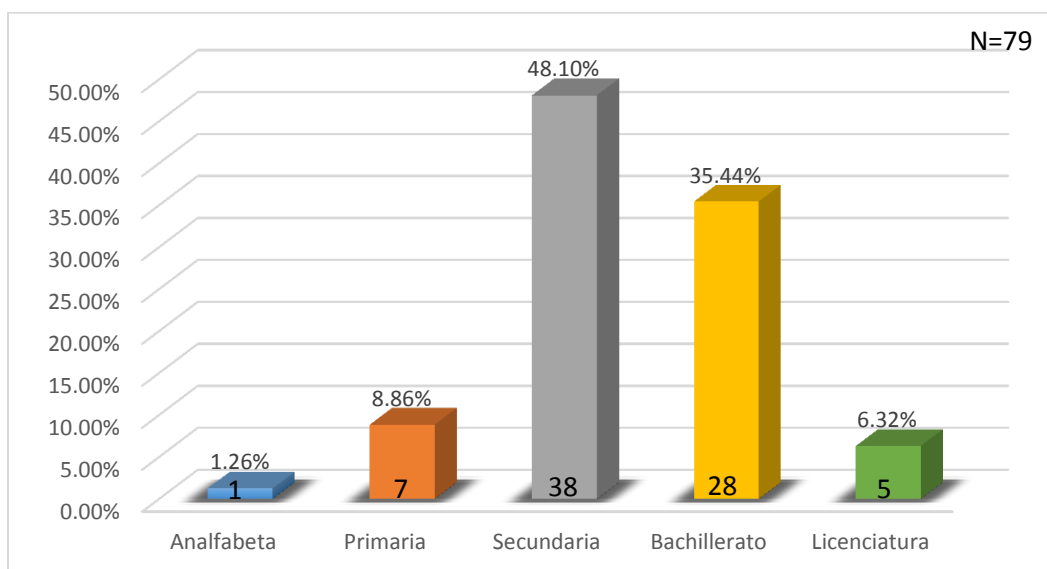
Las características generales de la población fueron: edad promedio de 16.5 años, con un mínimo 14 años y máximo de 19 años, siendo más frecuente a los 18 años con 28 pacientes (35.44%) seguida de los 19 años con 22 pacientes (27.84%).

Gráfica 1.



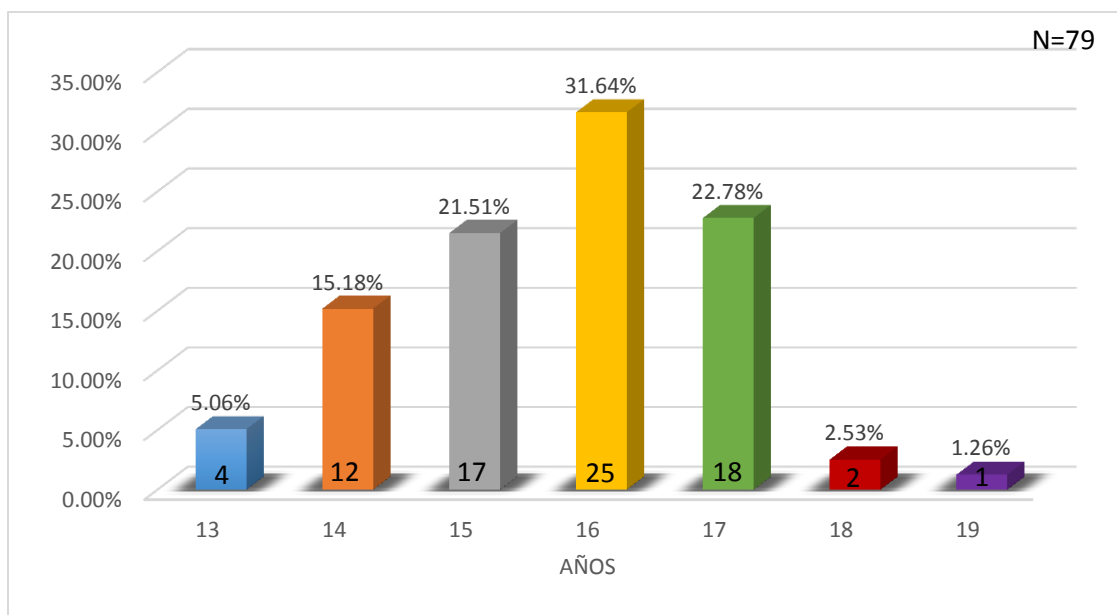
Grafica 1. Distribución de la población por edad

La escolaridad que predominó fue la secundaria seguida del bachillerato. Gráfica 2.



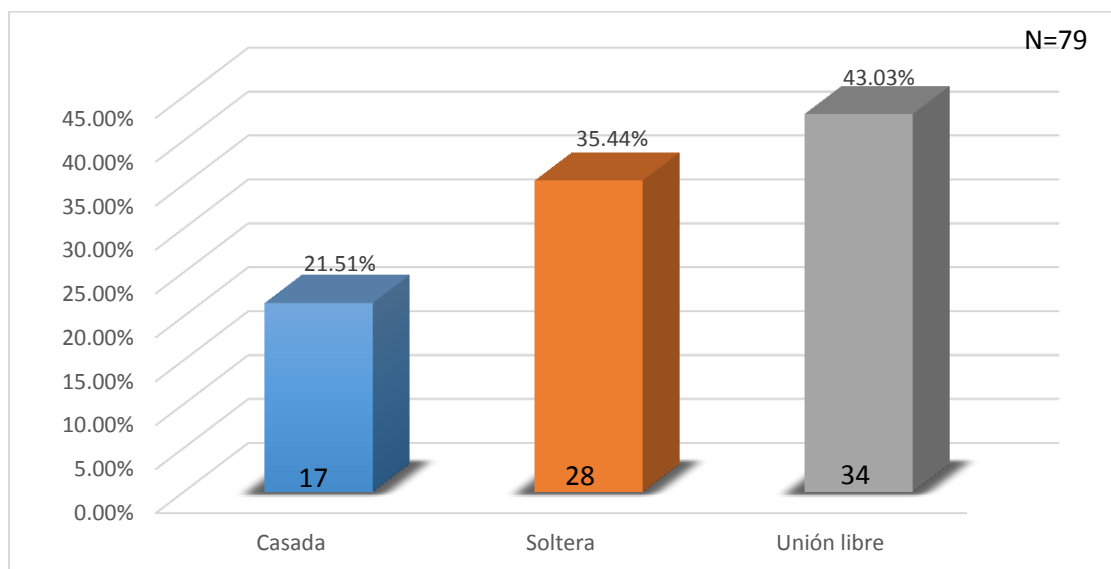
Grafica 2 Frecuencia de adolescentes que acuden a control prenatal a la UMF 28 agrupadas por grado de escolaridad

La edad de inicio de vida sexual activa que mostró mayor frecuencia fue a los 16 años con 25 pacientes (31.64%), siendo ésta también la edad promedio, con un rango de los 13 a los 19 años. Gráfica 3.



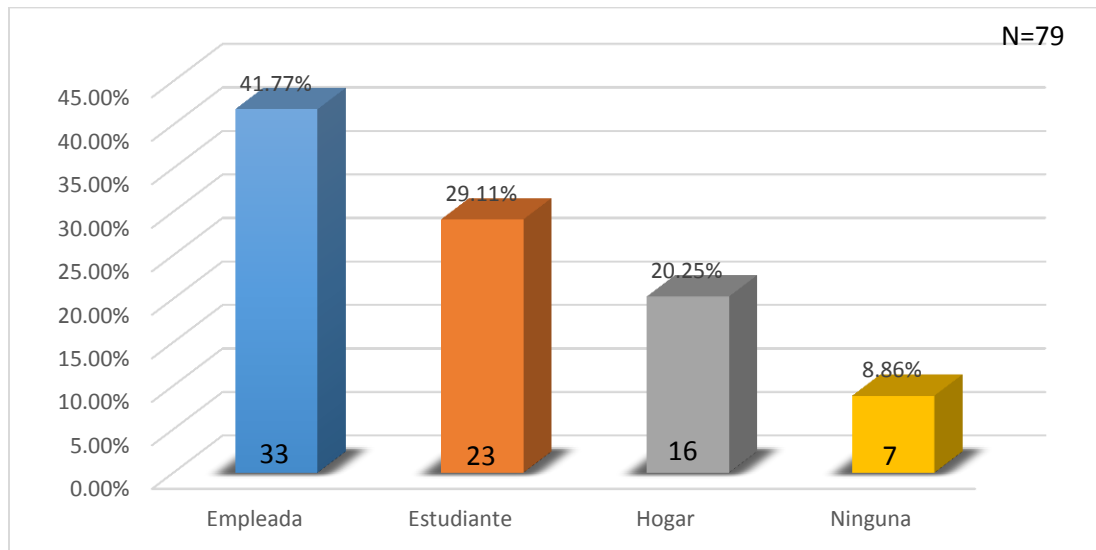
Gráfica 3. Frecuencia de la población agrupada por Edad de Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA)

En cuanto al estado civil, el más frecuente fue el de unión libre con 34 (43.03%), seguido de las solteras con 28 adolescentes (35.44%). Gráfica 4.



Gráfica 4. Frecuencia de adolescentes que acuden a control prenatal a la UMF 28 agrupadas por estado civil

De acuerdo a la ocupación, 33 (41.77%) adolescentes son empleadas, siendo esta la más frecuente, seguida de la ocupación de estudiante con 23 pacientes (29.11%). Gráfica 5.

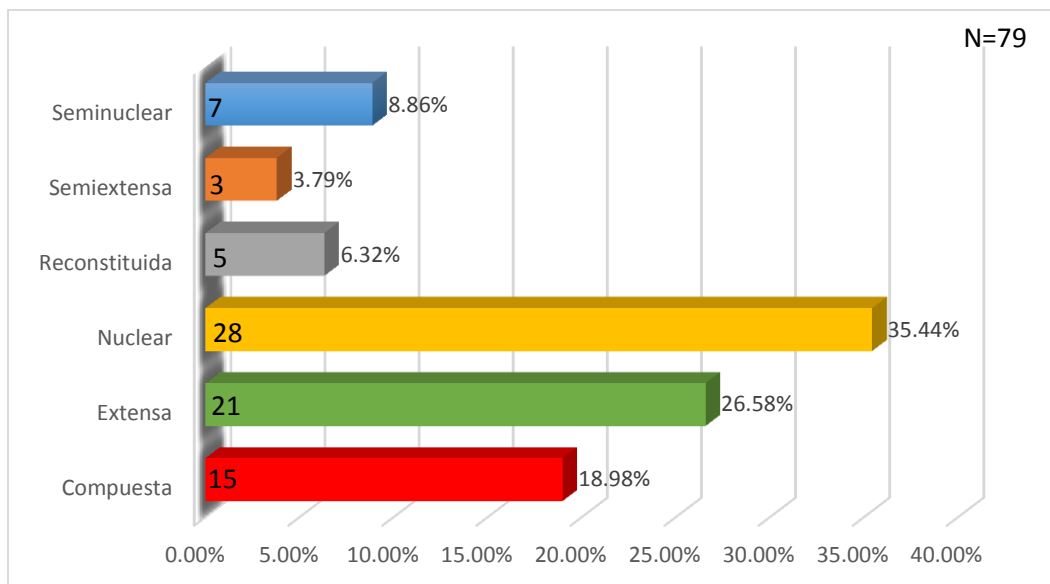


Gráfica 5. Frecuencia de adolescentes que acuden a control prenatal a la UMF 28 agrupadas por ocupación

Tipología familiar

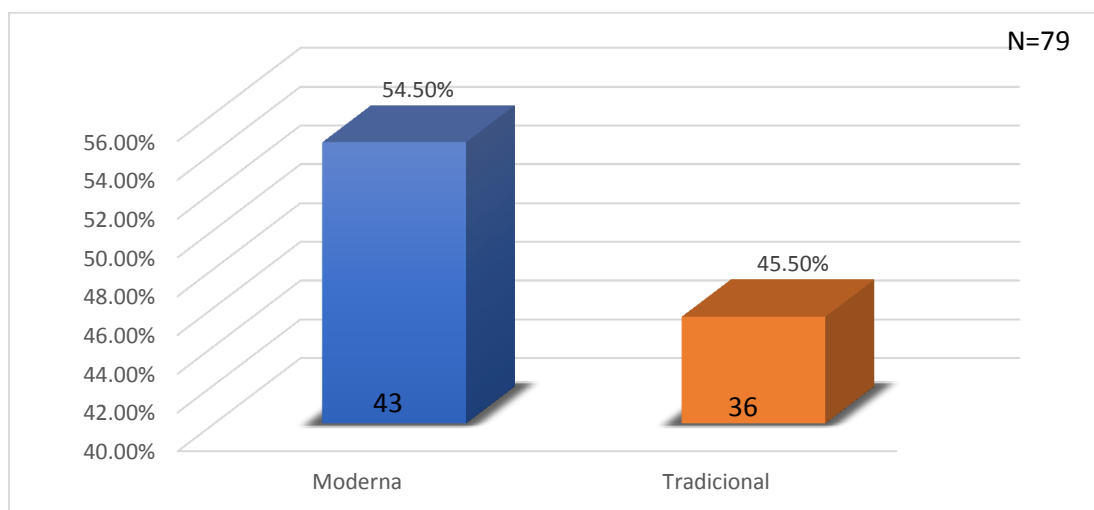
La tipología familiar más frecuente de la población estudiada de acuerdo al familiograma estructural según los siguientes aspectos fue: composición nuclear, desarrollo moderno, demografía urbana, ocupación del jefe de familia empleado y sin complicaciones en el desarrollo familiar.

En cuanto a los diferentes tipos de composición familiar, el más frecuente fue la nuclear con 28 pacientes (35.44%), seguida de la extensa con 21 (26.58%). Gráfica 6.



Grafica 6. Frecuencia de tipología familiar de adolescentes que acuden a control prenatal a la UMF 28 agrupada por composición

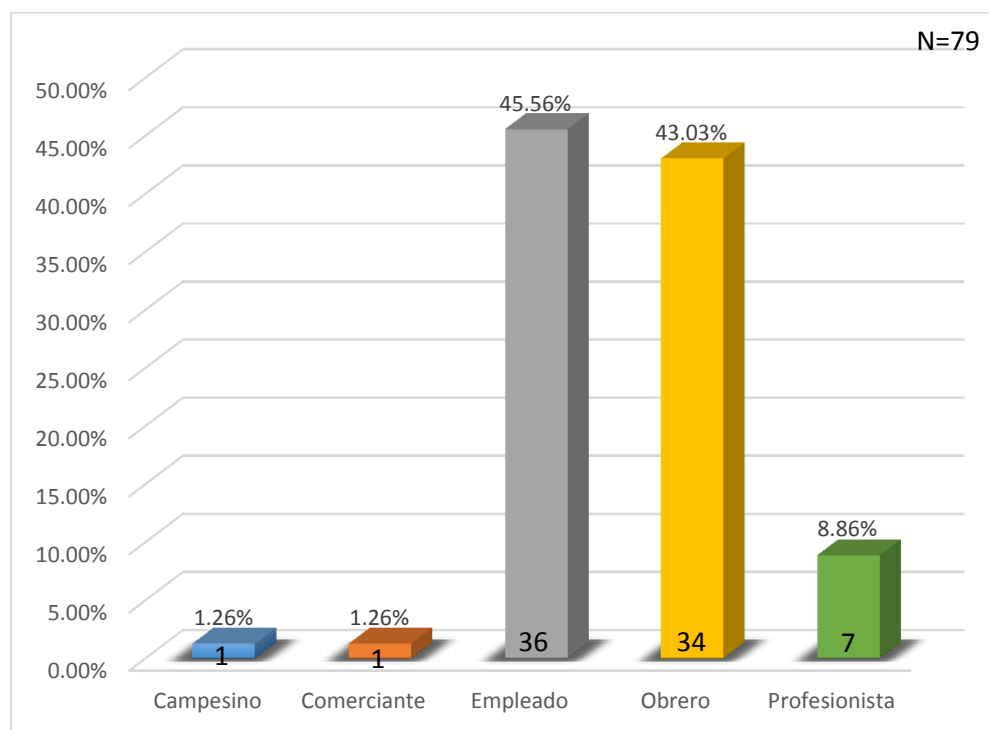
De acuerdo al desarrollo familiar la moderna se presentó en 43 casos (54.43%), siendo la más frecuente. No se observó la categoría de primitiva. Grafica 7.



Grafica 7. Frecuencia de tipología familiar de adolescentes que acuden a control prenatal a la UMF 28 agrupadas por desarrollo

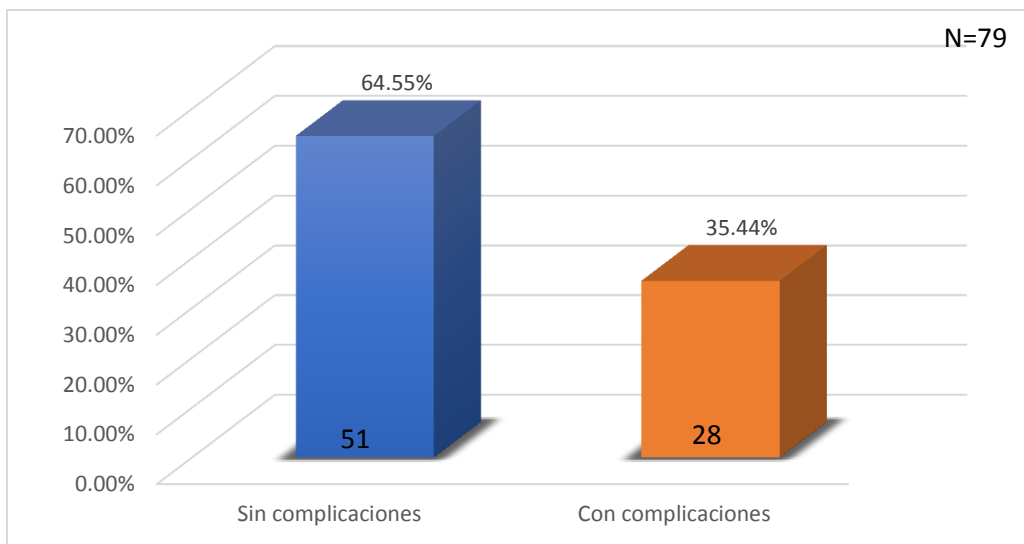
En cuanto a la demografía, el 100% de las adolescentes estudiadas corresponden al tipo Urbano, ya que al ser derechohabientes de la UMF 28 pertenecen a zonas dentro de la ciudad de Mexicali y cuentan con todos los servicios públicos básicos.

La ocupación del jefe de familia más frecuente encontrada fue empleado con 36 casos (45.56%) seguida de obrero con 34 (43.03%). Grafica 8.



Grafica 8. Frecuencia de tipología familiar de adolescentes que acuden a control prenatal a la UMF 28 agrupadas por ocupación del jefe de familia

Con relación a las complicaciones del desarrollo familiar, éstas se presentaron sólo en 28 adolescentes (35.44%) y todas pertenecen al tipo de interrumpida (por separación), predominando la familia sin complicaciones en su desarrollo con 51 adolescentes (64.55%). Grafica 9.



Grafica 9. Frecuencia de tipología familiar de adolescentes que acuden a control prenatal a la UMF 28 agrupadas por complicaciones del desarrollo

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran que la edad de mayor frecuencia en las adolescentes embarazadas fue a los 18 y 19 años correspondiendo a la adolescencia tardía, lo que coincide con los estudios reportados en Cuba, Puebla y México, donde la edad de mayor presentación fue en la misma etapa, siendo el rango de 15-19 años. Esto es bueno porque se sabe que a mayor edad de presentación del embarazo en las adolescentes disminuye el riesgo de complicaciones maternas y perinatales.^{18, 20, 27}

En cuanto a la escolaridad, los resultados coinciden con lo reportado en varios estudios, predominando la educación secundaria, lo que es esperado ya que la educación media en nuestro país corresponde con esta etapa del desarrollo.^{18, 20, 25}

Espin, en su trabajo realizado en Cuba²⁰, refiere que la edad media de inicio en la vida sexual es a los 15 años, y Rosales-Silva en México²⁵ reporta inicio de vida sexual a los 14.5 años, lo cual es diferente a lo encontrado en este estudio donde la edad media de inicio de vida sexual es a los 16 años. Lo que no es esperado, ya que por influencia cultural al ser una ciudad fronteriza se esperaría inicio en la vida sexual a más temprana edad.

El estado civil concuerda con lo reportado en México^{18, 27} y Colombia²⁸, donde es más frecuente encontrar a las adolescentes en unión libre, mientras que es diferente a lo reportado en Cuba²⁰ donde las adolescentes permanecen solteras. Esto puede reflejar la aceptación del embarazo o la imposición de la unión de la pareja por parte de la familia de origen de la adolescente para mantener una posición social aceptable, además que influye la situación legal.

En diferentes estudios realizados se ha encontrado que las adolescentes embarazadas se dedican al hogar, siendo diferente a lo encontrado en este estudio donde predomina la adolescente trabajadora como empleada, lo cual puede deberse a la oportunidad de trabajo que existe en la ciudad así como la

necesidad de aportar al ingreso económico familiar y la seguridad de continuar con atención médica.²⁶⁻²⁸

La tipología familiar en cuanto a la composición coincide con lo reportado por Veloza¹⁹, Rosales-Silva²⁵ y Quintero²⁶, en donde la más frecuente fue la nuclear, compuesta por la adolescente y su pareja, siendo esto favorable para la adolescente ya que cuenta con el apoyo de la pareja en esta etapa tan vulnerable, además que comparte la responsabilidad del embarazo.

El desarrollo familiar es diferente al reportado por Jiménez-González¹⁸ quien refiere que en su estudio es más frecuente el tradicional, mientras que en este estudio es más frecuente el desarrollo moderno, lo que refleja cambios en la cultura y mayor equidad de género.

En cuanto a la ocupación del jefe de familia es similar al estudio de Jiménez-González¹⁸ ya que en ambos estudios la ocupación más frecuente es la de empleado, siendo esto beneficioso para la adolescente ya que refleja una oportunidad de garantizar la función de cuidado.

La demografía familiar fue urbana en su totalidad porque este estudio se realizó con población de la ciudad de Mexicali, en contraste con el estudio de Jiménez-González¹⁸ que realizó su investigación en un área rural-indígena del estado de Puebla.

Según las complicaciones en el desarrollo familiar este estudio es similar al de Quintero²⁶, Tapia²⁷, Domínguez-Anaya²⁸ y Blanco²⁹ en donde sus resultados reportan con más frecuencia a familias sin complicaciones.

CONCLUSIONES

El estudio mostró que la tipología familiar que mejor describe a las adolescentes que acudieron a control prenatal en la UMF28 de Mexicali fue composición nuclear, desarrollo moderno, demografía urbana, con ocupación del jefe de familia como empleado y sin complicaciones en el desarrollo familiar.

En cuanto a las características de la población estudiada, la edad de mayor frecuencia observada en las adolescentes fue 18 años, clasificándolas en la adolescencia tardía, lo que a su vez permite una maduración biopsicosocial más apta para enfrentar tanto el embarazo como la atención hacia el recién nacido. El inicio de la vida sexual fue de mayor frecuencia a los 16 años, siendo 2 años antes de que se embaracen, lo que refleja una buena oportunidad de intervención para ofrecer educación sexual e información sobre métodos de planificación familiar para poder retrasar el embarazo.

La escolaridad más frecuente encontrada fue la secundaria, que corresponde con la edad en que las adolescentes presentan biológicamente el despertar sexual e inician la relación con sus pares. El estado civil que predomina es la unión libre, tal vez por ser las adolescentes legalmente menores de edad se pospone la unión de matrimonio. En lo que se refiere a la ocupación de la adolescente, la más frecuente encontrada fue empleada lo que refleja un cambio en la forma de vida y la necesidad de incorporarse a un trabajo para obtener un ingreso económico.

Con los resultados obtenidos, se concluye que las adolescentes embarazadas que pertenecen a la UMF 28, tienen una familia que por su tipología aparentemente sirve como factor protector, sin embargo, el embarazo en la adolescencia es una situación muy compleja y el hecho de formar una familia prematuramente hace que las adolescentes tengan que cambiar sus actividades y cuando corresponde continuar con los estudios tienen que empezar a laborar para ayudar con los gastos económicos, además que se exponen a los riesgos biológicos propios del embarazo en edades tempranas y complicaciones en el recién nacido, afectando todo esto a la adolescente, su familia de origen y la familia de procreación.

RECOMENDACIONES

Es recomendable realizar campañas informativas en escuelas de educación media sobre educación sexual y métodos de planificación familiar.

Además, compete al Médico Familiar hacer detección oportuna de factores de riesgo como IVSA a edades tempranas, menarca precoz, problemas de conducta en adolescentes, entre otros, para embarazo precoz en todas las familias que cuenten con adolescentes en su composición y poder contribuir a la reducción de embarazos no deseados ni planeados.

REFERENCIAS

1. Huerta J. Medicina familiar la familia en el proceso de salud-enfermedad. México: Editorial Alfil; 2005. P. 9-13, 47-54, 76-80.
2. Membrillo A, Fernández M, Quiroz José, Rodríguez José. Familia introducción al estudio de sus elementos. México: Editores de textos mexicanos; 2008. P. 53-71, 73-85.
3. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
4. Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, México 2012.
5. Iglesias Diz J.L. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integr* 2013; XVII (2): 88-93.
6. OMS. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Nota descriptiva 345. Mayo 2017. Disponible en internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
7. Valenzuela M. María, Ibarra Ana, Zubarew Tamara. Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: Rol de familia. *Indez Enferm* vol. 22 no. 1-2 Granada ene/jun 2013.
8. Corona Francisca, Peralta Eldreth. Prevención de conductas de riesgo. *Rev Med Clin Condes* 2011; 22(1) 68-75.
9. Páramo María. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica* 2011, Vol. 29 No. 1, 85-95.
10. Mora Cancino A.M., Hernández Valencia M. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatol Reprod Hum*. 2015; 29(2):76-82.
11. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Embarazo en la adolescencia (actualizado febrero 2013). *Prog Obstet Ginecol*. 2014; 57(8): 380-392.
12. Menéndez Guerrero G.E., Navas Cabrera I. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2013; 38(3): 333-342.

- 13.OMS. El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva 364. Actualización de septiembre 2014. Disponible en internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- 14.INEGI. Datos. http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=23699
- 15.Guía de Práctica Clínica para Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. Evidencias y Recomendaciones, Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS -028-08.
- 16.Yago T, Tomás C. ¿Influye la familia de origen en el embarazo no planificado de adolescentes y jóvenes? Prog Obstet Ginecol 2015; 58 (3): 118-24.
- 17.Pérez B. Caracterización de las familias con adolescente gestante perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. Aquichan 2003; 3 (1): 21-31.
- 18.Jiménez-González A., Granados-Cosme J., Rosales-Flores R. Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. Salud Pública de Mex 2017; 59 (1): 1-18.
- 19.Veloza M. Salud familiar en familias con adolescente gestante. Av enfer 2012; 30 (1): 75-81. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a08.pdf>
- 20.Espin R., León C. Caracterización clínica y epidemiológica del embarazo en la adolescencia. Acta médica del centro 2010; 4 (2).
- 21.Blanco C, Cedre O, Guerra M. Factores determinantes del embarazo adolescente. Op 2015; 14: 109-19.
- 22.Chacón D, Cortes A, Álvarez A, Sotomayor Y. Embarazo en la adolescencia su repercusión familiar y en la sociedad. Rev Cub Obstet Ginecol 2015; 41 (1): 50-8.
- 23.Atienzo E, Campero L, Lozada A, Herrera C. Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. SP 2014; 56(3). Disponible en internet en:

www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000300015&lng=en&nrm=iso&tlng=es.

24. Panduro J, Jiménez P, Pérez J, Panduro E, Peraza D, Quezada N. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecol Obstet Mex* 2012; 80 (11): 694-704.
25. Rosales-Silva José G., Rodríguez - Pérez Carlos V., Andrade-Rodríguez Héctor J. Características sociodemográficas de adolescentes embarazadas menores de 16 años de una unidad de medicina familiar en San Luis Potosí, México. *Aten Fam* 2013; 20(4). 103-105.
26. Quintero A., Rojas H. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte Colombia* 2015; 44. 222-237. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194238608016>
27. Tapia H., Jiménez A., Pérez I. Perfil Obstétrico de Adolescentes Embarazadas atendidas en un Hospital Público de la Ciudad de México. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* 2012; 9 (3). 7-14.
28. Domínguez-Anaya R., Herazo-Beltrán Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2011; 62 (2). 141-147.
29. Blanco D., Arrieta M. Embarazo y adolescencia. Comportamiento clínico epidemiológico en el Policlínico Parraga, Arroyo Naranjo 2005-2006. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2010; 9 (2). 246-253.

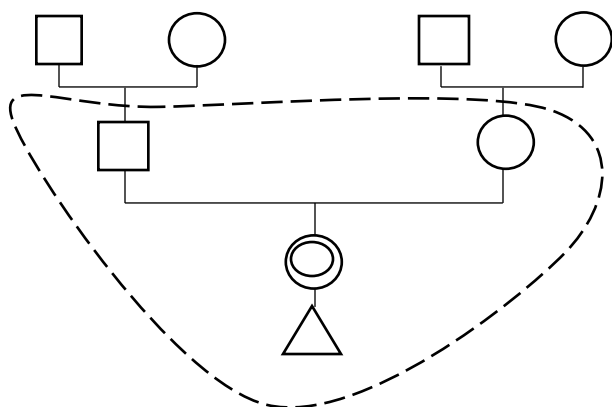
ANEXOS

1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA PERSONAL (características sociodemográficas)

NSS _____
 Edad _____
 Inicio de Vida Sexual Activa _____
 Ocupación _____
 Estado civil _____
 Escolaridad _____

2. FAMILIOGRAMA ESTRUCTURAL



SIMBOLOGÍA PARA EL FAMILIOGRAMA SEGÚN EL CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR A.C.

Sexo (Hombre / Mujer / Indefinido)	□ ○ ◇
Adopción*	[□] [○]
Matrimonio*	— año —
Vínculo ascendente*	—
Vínculo descendente*	—
Personas que habitan la casa*	(- - -)
Unión libre*	- año -
Gemelos heterocigotos*	□ ○
Gemelos homocigotos*	□ □
Divorcio*	— año —
Separación*	— año —
Matrimonio consanguíneo**	— año —
Descendencia desconocida**	○
Matrimonio sin embarazos ni hijos**	—
Vive lejos del hogar (escuela, cárcel, etc.)**	□
Relaciones interpersonales afectivas	
Relaciones conflictivas*	~ ~ ~
Relaciones cerradas*	≡ ≡ ≡
Relaciones distantes*	- - -
Relaciones dominantes*	→
Disfunción en el matrimonio*	□ ○
Disfunción en el matrimonio y amante**	□ ○
Asociación con salud-enfermedad	
Aborto* espontáneo / inducido	● ○
Muerte*	⊠
Embarazo*	△
Paciente identificado*	⊙
Óbito**	●

*Propuesto por 4 o más autores

**Propuesto por 3 o menos autores

3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION CLINICA

Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Tipología familiar asociada a las adolescentes que acuden a control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS en Mexicali Baja California.

Lugar y fecha: Unidad de Medicina Familiar No.28, Mexicali, B.C. a ____ de _____ del 2017.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: R-2017-201-2.

El objetivo del estudio es:

Identificar la tipología familiar más frecuente en las adolescentes que acuden a control prenatal para contribuir a la reducción de embarazos en adolescentes o en el manejo oportuno de factores de riesgo familiar para el embarazo en las adolescentes.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Permitir se realicen entrevistas a su familiar adolescente que curse un embarazo para identificar la tipología familiar y datos de carácter personal.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son:

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

En caso de aclaraciones relacionadas con el estudio puedo dirigirme con la Dra. Lilian Cristina Arana Gil, Médico Residente de Medicina Familiar al teléfono 664 496 55 68 o correo electrónico: cristiara27@hotmail.com o con la Dra. Guadalupe Ortega Vélez, Médico Familiar y Coordinadora del Departamento de Enseñanza UMF No. 28 Mexicali, BC., teléfono 686 555 5085 extensión 31468 correo electrónico

guadalupe.ortegav@imss.gob.mx o con el Dr. Arturo Landero Ruiz al teléfono 686 255 0838 o correo electrónico: alandero@issstecali.gob.mx. En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética e Investigación de la CNIC del IMSS, ubicada en Av. Cuauhtémoc No. 330, 4º piso, Bloque B de la unidad de Congresos, Col. Dolores, México DF, CP 06720, teléfono (55) 56 27 6900 extensión 21230, correo electrónico comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del padre(s)
o tutor(es)

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Lilian Cristina Arana Gil

Testigo No. 1
Nombre, dirección, relación y firma

Testigo No. 2
Nombre, dirección, relación y firma

4. CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(MENORES DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION CLINICA

Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Tipología familiar asociada a las adolescentes que acuden a control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS en Mexicali Baja California.

Lugar y fecha: Unidad de Medicina Familiar No.28, Mexicali, B.C. a ____ de _____ del 2017.

Registrado ante el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud o la CNIC del IMSS con el número: R-2017-201-2.

El objetivo del estudio es:

Identificar la tipología familiar más frecuente en las adolescentes que acuden a control prenatal para contribuir a la reducción de embarazos en adolescentes o en el manejo oportuno de factores de riesgo familiar para el embarazo en las adolescentes.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Permitir se me realice una entrevista para identificar la tipología de mi familia y datos de carácter personal, sin que esto ocasione un riesgo a mi salud ya que no se realizará ningún tipo de intervención física.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son:

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier resultado que sea beneficioso para mí o mi familia, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

En caso de aclaraciones relacionadas con el estudio puedo dirigirme con la Dra. Lilian Cristina Arana Gil, Médico Residente de Medicina Familiar al teléfono 664 496 55 68 o correo electrónico: cristiara27@hotmail.com o con la Dra. Guadalupe Ortega Vélez, Médico Familiar y Coordinadora del Departamento de Enseñanza UMF No. 28 Mexicali, BC., teléfono 686 555 5085 extensión 31468 correo electrónico guadalupe.ortegav@imss.gob.mx o con el Dr. Arturo Landero Ruiz al teléfono 686 255 0838 o correo electrónico: alander@issstecali.gob.mx. En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética e Investigación de la CNIC del IMSS, ubicada en Av. Cuauhtémoc No. 330, 4º piso, Bloque B de la unidad de Congresos, Col. Dolores, México DF, CP 06720, teléfono (55) 56 27 6900 extensión 21230, correo electrónico comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de la adolescente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Lilian Cristina Arana Gil

Testigo No. 1
Nombre, dirección, relación y firma

Testigo No. 2
Nombre, dirección, relación y firma

5. CARTA DE AUTORIZACIÓN

Mexicali, B.C., enero de 2017.

Dra. Elvira Guadalupe Román Zamora.

Director de UMF No. 28.

PRESENTE:

Por medio de la presente se solicita su autorización para llevar a cabo el siguiente estudio de investigación:

“Tipología familiar más frecuente en las adolescentes que acuden a control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS en Mexicali Baja California en el año 2017”

El cual consiste en entrevistar a las adolescentes embarazadas derechohabientes de la unidad y que acuden a control prenatal, con previa autorización por escrito al firmar el consentimiento informado por parte de los padres o tutores y firma de asentimiento por parte las pacientes. Una vez llenas las hojas de recolección de datos se conocerán la tipología familiar para contribuir a la reducción de embarazos adolescentes o en manejo oportuno de factores de riesgo familiar para el embarazo en la adolescente.

Sin más por el momento me despido de usted agradeciendo de antemano todas sus atenciones.

Atentamente:

Dra. Lilian Cristina Arana Gil

Alumno de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS

Autorizó:

Testigo

Testigo
