

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL.**



TESIS

**“TIPOLOGIA FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EN CONTROL PRENATAL EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92 CIUDAD AZTECA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

M.C. DIAZ ORTEGA MONICA IVETT

ASESOR DE TESIS

DR. RAUL VELAZQUEZ VARGAS

REVISORES DE TESIS

E.M.F. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTINEZ

M.C.I. DR. LUIS REY GARCÍA CORTÉS

E.M.F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014.

REVISOR DE TESIS

**E.M.F. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTINEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 64.**

REVISOR DE TESIS

**M. EN C.I. DR. LUIS REY GARCÍA CORTÉS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF 64.
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 64.**

REVISOR DE TESIS

**E.M.F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 75**

INDICE

I. ANTECEDENTES	
I.1 Tipología familiar	1
I.1.2 Definición de familia	1
I.1.3 Familia como sistema	1
I.1.4 Concepto de tipología familiar	1
I.1.5 Tipología familiar y proceso de salud enfermedad	2
I.1.6 Clasificación de tipología familiar.	5
I.2. Adolescencia	
I.2.1 Definición de adolescencia	6
I.2.1.2 Cambios en la adolescencia	6
I.2.1.3 Cambios biológicos	7
I.2.1.4 Cambios cognoscitivos	7
I.2.1.5 Cambios emocionales	8
I.2.2 El adolescente y la familia	9
I.2.3 Situación epidemiológica en México.	11
I.2.4 Adolescente y embarazo	12
I.3 Control prenatal	19
I.3.1 Concepto de control prenatal	19
I.3.2 Criterios de control prenatal	20
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
II.1 Argumentación	22
II.2 Pregunta de investigación	23
III.JUSTIFICACIÓN	24
III.1 Académica	24
III.2 Científico	24
III.3 Social	24
III.4 Económica	24
IV.HIPOTESIS	25
IV.1 Elementos de la hipótesis	25
IV.1.1 Unidades de observación	25

IV.1.2 Variables	25
IV.1.2.1 Dependiente	25
IV.1.2.2 Independiente	25
IV.1.3.Elementos lógicos de la relación.	25
V. OBJETIVOS	26
V.1.General	26
V.2.Específicos	26
VI. MÉTODO	26
VI.1. Tipo de estudio	26
VI.2 Diseño de estudio	26
VI.3 Operacionalización de variables.	27
VI.4 Universo de trabajo	28
VI.4.1 Criterios de inclusión	28
VI.4.2 Criterios de exclusión	28
VI.4.3 Criterios de eliminación	28
VI.5 Instrumentos de investigación	29
VI.5.1 Descripción	29
VI.5.2 Validación	29
VI.5.3 Aplicación	30
VI.6 Desarrollo del proyecto	30
VI.7 Límite de espacio	30
VI.8 Límite de tiempo	30
VI.9 Diseño de análisis	30
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS	31
VIII. ORGANIZACIÓN	31
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	32
X. CUADROS Y GRAFICOS	32
XI. CONCLUSIONES	34
XII. RECOMENDACIONES	34
XIII. BIBLIOGRAFIA	35
XIV. ANEXOS	38

“TIPOLOGIA FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EN CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92”

I. ANTECEDENTES

I.1 Tipología familiar

I.1.2 Definición de familia

La familia es una unidad microsociaI totalmente dependiente de la estructura global social de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales. En su estructura y en su dinámica refleja las peculiaridades y la problemática de la sociedad en general, que es la macroestructura.

La Real Academia Española define al término Familia como “un grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas o en lugares diferentes” y como “conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”¹

El origen etimológico de la palabra Familia es muy incierto; algunos sostienen que proviene de la voz latina *fames* (*hambre*); otros afirman que proviene de la raíz también latina *famulus* (sirviente o esclavo doméstico) y que se utilizaba para designar al conjunto de esclavos de un romano.

Existe suficiente información que permite concluir que la familia es una institución que mantiene una interacción e influencia recíproca con la civilización que le da origen. De manera general, podemos plantear que la familia realiza sus funciones para cumplir dos grandes objetivos: uno interno para lograr la protección psicosocial de sus miembros, y otro externo para lograr la adaptación y transformación de la cultura; estas funciones las ejerce, modifica y adapta según las exigencias del entorno²

I.1.3 Familia como sistema

La familia como un sistema en conformidad con el concepto de totalidad va más allá de las características individuales de los integrantes del núcleo familiar. Es más que la suma de sus componentes, por lo que es única en forma, dinámica y estructura, lo que la hace diferente a todas, cualquier modificación o cambio en una de las partes afecta a todas las otras partes del sistema, influyendo sobre ellas y modificando el sistema, en conjunto de modo que se

transforma en otro diferente en algún aspecto respecto del anterior. Por eso cualquier afectación en la salud de uno de los miembros de ese hogar, tiene algún tipo de efecto en los otros integrantes de la familia, la familia es una unidad, y cada integrante forma parte del conjunto total; en ella cualquier circunstancia de modificación de carácter interno o externo influye en la conducta y en el comportamiento de todos sus integrantes.

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos). Dentro de ellos cada miembro “asume el papel que le corresponde, realiza sus funciones, se comunica, acepta normas y reglas y facilita el contacto con su entorno. El sistema familiar desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, éstos pueden formarse por intereses, funciones, sexo o generaciones. ³

Subsistema conyugal: se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia. Las principales cualidades requeridas son la complementariedad y la acomodación mutua. Las pautas de complementariedad le permiten la pareja decidir cuáles serán las nuevas reglas que regirán este nuevo subsistema.

Subsistema paterno-filial: el nacimiento de un hijo ocasiona un cambio radical en la organización familiar, al parecer este nuevo subsistema, surge también la necesidad de reorganizar los límites y las funciones familiares e iniciar el manejo de nuevas relaciones sin renunciar al apoyo que caracteriza al subsistema conyugal.

Subsistema fraterno: constituye el entorno social en el que los hijos pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el aprender a negociar, compartir, cooperar y competir. Los niños sin hermanos suelen desarrollar pautas y procesos del mundo adulto que pueden manifestarse como un desarrollo precoz.

En general se reconoce que la familia es la institución social básica en el seno de la cual se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad, por lo tanto se considera la forma más imple de organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas comunes y funciones. En gran medida la homeostasis familiar está en función del estado de bienestar biológico, psicológico y social que guarden sus integrantes, lo cual favorece el mantenimiento de una unión estable durante un cierto lapso de tiempo, con el fin de favorecer el desarrollo

saludable de los hijos, así como el cumplimiento de las funciones más diversas. Fundamentalmente son dos las funciones que asume la familia: asegurar la supervivencia de sus miembros y forjar las cualidades humanas. Para comprender la función normal de la familia, la estructura familiar, uno de los modelos por seguir, es el modelo circunflejo de la familia de "Olson". Este distingue cinco funciones básicas que son realizadas por todas las familias y que se describen a continuación:

1. Apoyo mutuo
2. Autonomía e independencia
3. Reglas
4. Adaptabilidad a los cambios de ambiente
5. La familia se comunica entre sí.

I.1.4 Concepto de tipología familiar

La familia es una unidad microsociaI totalmente dependiente de la estructura global social de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales. En su estructura y en su dinámica refleja las peculiaridades y la problemática de la sociedad en general, que es la macroestructura. La familia como fenómeno histórico es también considerada como un fenómeno social total, de modo que no puede hablarse teóricamente de la familia en general, sino únicamente de tipos de familia tan numerosos como las regiones, las clases sociales y los subgrupos existentes en el interior de la sociedad global ⁴.

Aun cuando todo individuo al crecer y madurar se va integrando a nuevas instituciones, siempre pertenece a una familia a lo largo de su vida ⁵. En nuestro medio, el sistema familiar global está formado por familias relacionadas entre sí; en ella cada persona es miembro de dos familias:

- I. *Familia de origen*: en la que se nace y obtiene el estatus de hijo.
- II. *Familia de procreación*: que se conforma a través del matrimonio o de la simple unión con su pareja.

I.1.5 Familia y proceso de salud enfermedad

Mediante el conocimiento de los psicodinamismos de la familia en relación con el proceso salud-enfermedad es posible, para los profesionales de la salud, alcanzar una comprensión ideal de los aspectos saludables y patológicos, tanto del paciente como de su familia, de la interacción entre ambos y de las relaciones dinámicas del sistema familiar con su entorno.

El concepto integral de la salud en la actualidad puede resumirse en los siguientes puntos:

1. La salud en tanto expresión de vida plena, es un valor humano de alta jerarquía
2. La salud es un proceso dinámico de equilibrio del hombre consigo mismo y con el medio circundante: físico, biológico y social.
3. Salud y enfermedad interactúan de continuo en el ambiente social con expresión individual
4. Salud y enfermedad se influyen recíprocamente, siendo entre sí a la vez causa y efecto una de la otra.

El reconocimiento de la forma como evoluciona la enfermedad influye sobre el curso de la misma existen cuatro fases de la enfermedad estrechamente vinculadas con la dinámica individual, familiar y la del propio padecimiento:

1. Aparición aguda o gradual
2. Evolución progresiva, constante y episódica
3. Desenlace prematuro, de pronóstico fatal y progresivo
4. Posibilidad de incapacitar cognoscitiva, cinética y sensorialmente, así como de ocasionar pérdida de energía, imagen y control corporal, de identidad personal y de relaciones íntimas

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, los problemas de salud pueden agruparse de la siguiente manera:

1. Problemas de salud física que afecta fundamentalmente al individuo
2. Problemas de salud física individual, que por sus características, pueden alterar el funcionamiento del grupo familiar
3. Problemas de salud mental que afectan al individuo pero que repercuten en la familia, ya sea como causa o efecto.
4. Problemas de salud familiar que son propiamente del grupo y que, según la Clasificación Triaxial de la Familia⁶, pueden ser subdivididos en:

- a) Aspectos del desarrollo familiar
- b) Disfunción de los subsistemas familiares
- c) Dimensión global de la disfunción familiar.

La salud familiar está condicionada por variables socioeconómicas y culturales, debe entenderse como un proceso dinámico, susceptible de experimentar cambios a lo largo del ciclo vital de la familia, es por eso que la misma enfermedad diagnosticada en diferentes etapas del desarrollo, tienen distintas consecuencias en lo que respecta a la atención y tratamiento de los aspectos, físicos, psicológicos y sociales. La salud familiar implica hacer alusión a la prevalencia e incidencia de enfermedades de una familia determinada, el enfoque para la evaluación de la familia como un sistema integral se apoya en las relaciones interpersonales.

I.1.6 Clasificación de tipología familiar.

Toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionista), la Integración (integrada, semiintegrada o desintegrada).

La tipología familiar nos habla del tipo de familia, la cual dependiendo del tipo de estructura recibe sus características y sus valores fundamentales. La familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista. Para la realización de este estudio la estructura familiar fue evaluada de acuerdo a la forma como está constituida la familia, según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto. Las familias son clasificadas de acuerdo a su composición en 7:

- a. *Familia nuclear*, con hijos: padre, madre e hijos que viven juntos en una unidad familiar. Puede trabajar solamente el marido, la mujer o ambos tener trabajos eventuales o ambos.
- b. *Familia nuclear sin hijos*, conformada solo por la pareja viven juntos no tienen hijos, o ya no viven con ellos.

- c. *Familia seminuclear*, monoparental o uniparental divorcio, abandono o separación acordada con hijos en edad escolar o preescolar, el progenitor trabaja o lo mantiene la pareja ausente.
- d. *Familia extensa*, formadas por familias nucleares y parientes que viven cerca e interactúan en un sistema recíproco de intercambio de bienes y servicios.
- e. *Familia compuesta*, grupos de personas, familiares y no, que viven bajo el mismo techo personas que viven solas o allegadas, pero sin lazos consanguíneos ⁸.

I.2. Adolescencia

I.2.1 Definición de adolescencia

La Organización Mundial de la Salud, considera a la adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años de edad, que se caracteriza por cambios físicos, psicosociales y cognitivos; se considera la etapa de transición entre de la niñez a la juventud, preadolescencia de 10 a 14 años y adolescencia tardía de los 15 a los 19 años, también puede ser considerada como el período transcurrido desde la menarca en la mujer y la polución nocturna en el hombre, edad en la que se alcanza la madurez sexual de ambos, es un período de transición entre la niña y la mujer ⁹.

I.2.2 Cambios en la adolescencia

I.2.2.1 Cambios biológicos

La pubertad empieza más tarde en los varones que en las mujeres, se ha observado que los cambios anatómicos y fisiológicos no tienen necesariamente la misma secuencia en todos y existe mucha variabilidad. Estos marcados cambios no solo se dan en las características sexuales primarias y secundarias sino también en el sistema nervioso central. Las conexiones interneurales continúan modificándose, refinándose ciertas vías y conexiones preferenciales, mientras que otras desaparecen, aún prosigue el proceso de mielinización y hay una explosión en la cantidad de información y aprendizaje en esta etapa de la vida, lo que significa que se forman muchas nuevas conexiones entre las neuronas.

Se cree que para ambos sexos los andrógenos suprarrenales son el factor determinante del

aumento del deseo sexual. Existe una gran diferencia entre los hombres y las mujeres en lo concerniente a la percepción de los cambios durante la pubertad, además de los factores fisiológicos esta percepción está asociada con factores culturales. Los varones admiran las características masculinas de sus compañeros que maduran más tempranamente, los varones que maduran más pronto tienden a tener más experiencia sexual y a tener relaciones sexuales más temprano que otros. En las mujeres se percibe con mayor ambivalencia. Muchas adolescentes, más del 50% en los Estados Unidos y Reino Unido se preocupan por su peso y tratan de ocultar el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias. Se ha observado que las jóvenes que maduran más temprano, tienden a tener compañeras mayores que ellas e inician experiencias sexuales más pronto. De hecho existe una incidencia más alta de dificultades psicosociales: mayor tendencia a mostrar desobediencia y conflictos interpersonales. En Latinoamérica uno de los problemas que se enfrenta es la tendencia de los adultos a ocultar información sobre el desarrollo sexual, lo que evita que esté preparada intelectual y emocionalmente para estos cambios. En cualquier caso, el conocimiento que el adolescente necesita no es solo fisiológico, sino el del significado de esos cambios (psicológica y emocionalmente) y que implicaciones tienen en las relaciones con otras personas.

I.2.2.2 Cambios cognoscitivos

Además de los cambios fisiológicos, se inician una serie de adelantos en la capacidad cognoscitiva, de abstracción y análisis. Jean Piaget llamó a esta etapa la de “operaciones formales” porque solo en la adolescencia la persona es capaz del pensamiento abstracto y lógico formal, que le permite entender situaciones complejas y resolver problemas tomando diferentes variables en cuenta a la vez. Sin embargo con lo que respecta a la sexualidad el desconocimiento ocasiona que los adolescentes no sean capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz.

I.2.2.3 Cambios emocionales

En la adolescencia la necesidad de encontrar una **identidad** se vuelve central y primordial, como lo señaló Erickson hace varias décadas. Los jóvenes tienen mayores conocimientos y, principalmente la capacidad para cuestionarse a sí mismos y a los demás. Lo que antes aceptaba como verdad dogmática ahora lo analiza y lo cuestiona, y a veces lo descarta, esta

“revolución intelectual” normal está acompañada de los cambios corporales antes citados, todo esto ocurre en un periodo muy corto. De ahí que los jóvenes a veces se sorprendan de sí mismo al verse en el espejo, al observarse parecen que ven a alguien distinto. Todo esto hace que el muchacho o la muchacha temporalmente no estén muy seguros de quienes son realmente y busquen, ensayen o intenten diferentes identidades o identidades parciales. El joven tiene la necesidad de encontrar modelos con quien identificarse, generalmente alguien fuera de la familia inmediata.

En la adolescencia a una mayor necesidad psicológica de **autonomía o independencia**, necesita un espacio propio en el cual experimente nuevas capacidades, ideas y deseos, requiere mayor intimidad son física, por lo menos psicológica o emocional, el grado de autonomía o independencia que se considera “óptimo” está determinado por los valores culturales de la sociedad, en Latinoamérica o en Japón, se hace más hincapié en el hecho de que el hijo pertenece a una familia, y es parte de un todo. Se le estimula a que coopere con la familia y se sienta parte de ella. No desea que el hijo sea tan independiente y, por el contrario, se estimula la dependencia a la familia durante muchos años.

En la adolescencia, el **egocentrismo** de la etapa siente que son el centro de la atención. Les preocupa tanto los pequeños aspectos de su apariencia. Peter Blos⁴² señaló algunas semejanzas entre la adolescencia y la etapa temprana de la vida, como la primera infancia, vuelve a experimentar metafóricamente ese enamoramiento del mundo (estético, del conocimiento, de las relaciones interpersonales, de emociones, etc.), busca experimentar sensaciones, y tiene curiosidad por lo desconocido en este afán de conocer y descubrir tiende a sentirse **invulnerable** y a creer que nada desagradable o desafortunado le ocurrirá.

Necesidad de pertenencia al ocurrir la separación psicológica de los padres, aparece una mayor necesidad de encontrar otras personas con quienes sentirse identificado emocionalmente y ser parte de ellos. Es crucial entender que el adolescente necesita el apoyo emocional de los amigos y compañeros, y finalmente estos son un factor de psicosocial de protección muy importante para enfrentar los retos de esta etapa y los cambios que presentan. En las familias de Latinoamérica existe una fuerte influencia de la familia y las actividades en común esta tendencia puede generar conflicto con la necesidad del adolescente de separarse y establecer su propio grupo de amigos.

Posiblemente con la maduración y con los efectos de los cambios hormonales el adolescente tiende a experimentar **fluctuaciones en el estado de ánimo** más intensos que en otras edades y que puede producirse en respuesta a hechos que a otros pueden parecerle insignificantes. Epidemiológicamente se sabe que las mujeres están en mayor riesgo que los varones de sufrir depresión durante la adolescencia.

1.2.2 El adolescente y la familia

La familia al ser una unidad social enfrenta una serie de tareas de desarrollo, las cuales varían de acuerdo con la cultura; otras son específicas de cada familia, y también hay universales. Dichas tareas se ven influidas por las vivencias y los valores que los padres tuvieron en su familia de origen así como por sus condiciones socioculturales¹⁰.

Cuando los hijos llegan a la adolescencia, la familia confronta una pesada tarea: aceptar la diferencia de papeles de los hijos crecidos, así como una separación paulatina del hogar; por lo anterior los hijos no pueden ser tratados como niños por sus padres, sino cada vez más como compañeros que algún día quizá lleguen a cuidar de sus padres. Los problemas surgen si hay resistencia a aceptar esos nuevos papeles, cuando la separación de los hijos es traumática o cuando es difícil para los padres dar libertad a sus hijos. La mayoría de los conflictos con la familia alcanzan su mayor intensidad poco después de iniciada la pubertad, debido a que la familia es un sistema cuyos miembros están interrelacionados, al cambiar el hijo o la hija, se modifica el equilibrio previo, y tales cambios afectan también a los padres y hermanos. Los problemas suelen ser más intensos con la madre que con el padre. Esto puede deberse a que las madres tienden a pasar más tiempo con los hijos y ejercen más funciones de crianza en la vida cotidiana. La mayoría de los padres de adolescentes se preparan psicológicamente de modo inadvertido para los cambios que se observan en sus hijos. El hijo o la hija tenderán a iniciar algunos conflictos, contradiciendo a sus padres o insistiendo en que tienen razón sobre ciertos temas, cree saber mucho más que ellos y a veces el joven percibe la opinión de los padres como totalmente desinformada o ignorante.

La familia tendrá que cambiar y ajustarse a las nuevas circunstancias. Cuando es funcional, tiene menos dificultad para reajustarse y cambiar, mostrando su flexibilidad. Cuando es más rígida, hay mayor dificultad para hacer reajustes en las relaciones entre los miembros, lo que

puede dar lugar a conflictos serios. Otros aspectos de la funcionalidad de la familia son el grado de cohesión entre sus miembros y el clima emocional que existe en la familia, que puede variar entre la frialdad y distanciamiento hasta una relación cálida y de participación psicológica. La función del sistema familiar cuando un hijo llega a la adolescencia tardía es facilitar que este asuma compromisos y decisiones personales, elija los caminos vocacionales por seguir y experimente los éxitos y fracasos inevitables.

Para la solución de conflictos se necesita que los integrantes de la familia tengan la habilidad para comunicarse, negociar las diferencias y adaptarse al estrés. Esta habilidad se pone a prueba en las situaciones de crisis, ante las cuales la familia puede actuar con rigidez; repitiendo los patrones de conducta habituales, sin adaptarse a las nuevas circunstancias, o con flexibilidad ¹¹.

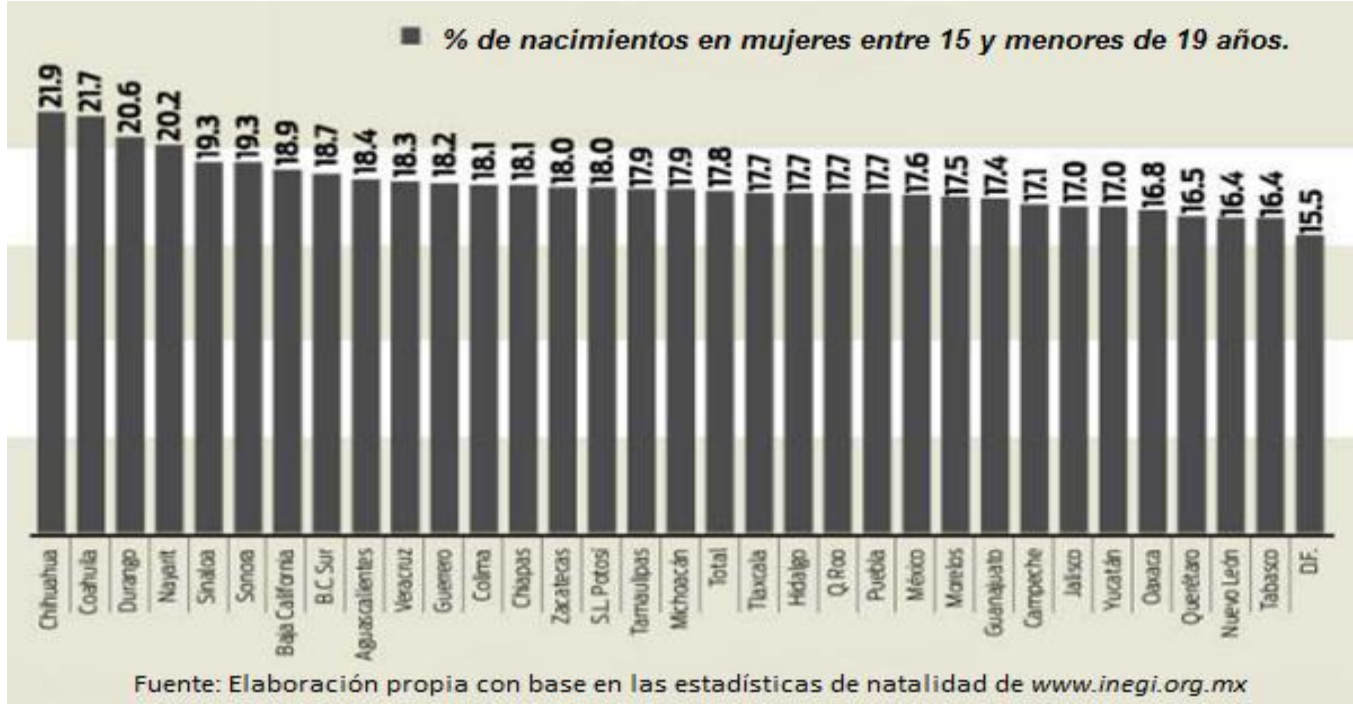
I.2.3 Situación epidemiológica en México.

Es reseñable que entre los países desarrollados de la OCDE, Estados Unidos y Reino Unido tienen el nivel más alto de embarazos en adolescentes, mientras que Japón y Corea del Sur tienen los más bajos ¹². En América Latina, los nacimientos entre las adolescentes representan entre el 15 y el 20% del total de nacimientos, de los cuales el 70% no son planeados ¹³. México ocupa el lugar número 11 en población a nivel mundial con 112 336 538 millones, las mujeres representan el 51.2%, en cifras 57 481 307 millones. En México, uno de cada cinco habitantes es adolescente -por lo tanto- aproximadamente 21 966 049 millones de adolescentes, que conforman el grosor de la pirámide poblacional ¹⁴.

En 2011, nacieron en México 472,987 cuyas madres eran menores de 19 años; de ellas 11,521 tenían menos de 15 años. Esta cifra implica prácticamente uno de cada 5 partos se registra en esos grupos de edad. Según el INEGI, los estados en los que se registra el mayor porcentaje de nacimientos entre 15 y 19 años son: Chihuahua 21.9%, Coahuila 21.7%, Durango 20.6%, Nayarit 20.2%, Sinaloa 19.3 y Sonora 19.3%, el estado de México se sitúa en lugar 22 con un 17.6%.

GEOGRAFIA DE LA MATERNIDAD

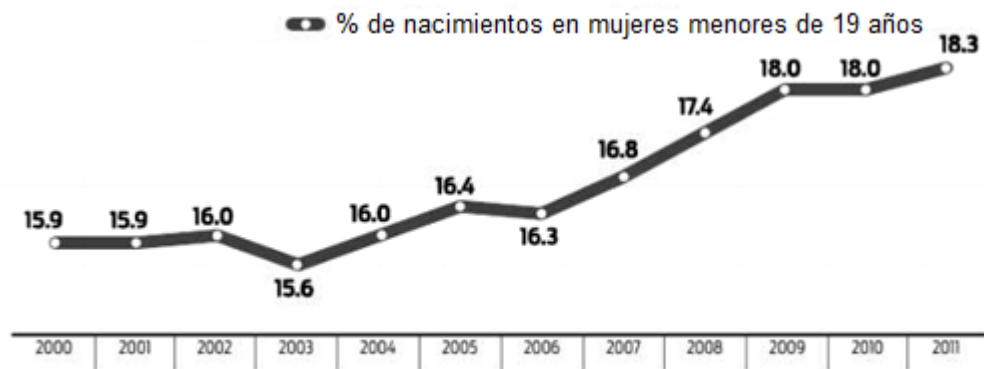
De acuerdo con los datos del INEGI hay cinco estados en donde al menos uno de cada cinco partos se registra en menores de 19 años. Y en todas las entidades el porcentaje rebasa ya el promedio nacional registrado en el año 2000.



De acuerdo a las estadísticas de natalidad del INEGI, en el año 2011 nacieron en el país 2.58 millones de niñas y niños; de ellos 473 mil tuvieron como madre a una mujer que al momento del parto tenía menos de 19 años de edad, esta cifra es equivalente a 18.4%, es decir prácticamente 1 de cada cinco nacimientos correspondieron a adolescentes. En los últimos 10 años, el porcentaje de mujeres que tuvieron hijos antes de cumplir los 19 años, se ha incrementado aceleradamente; en el 2011, los partos en las mujeres adolescentes representaron 1 de cada cinco.

TENDENCIA IMPARABLE

En los últimos 10 años, el porcentaje de mujeres que tuvieron hijos antes de cumplir los 19 años, se ha incrementado aceleradamente; en el 2011, los partos en mujeres adolescentes representaron casi uno de cada cinco



Fuente: Elaboración propia con base en las estadísticas de natalidad de www.inegi.org.mx

1.2.4 Adolescente y embarazo

La aparición de un embarazo durante el periodo de la adolescencia en la actualidad es un motivo de preocupación mundial, regional y nacional en muchos países debido a que supone un alto riesgo psicológico y de salud para la madre y su hijo, ya que compromete el futuro socioeconómico de la madre, abandono temprano de la escuela, empleo con poca remuneración, pareja inestable entre otros.

Como hemos mencionado México registra altos porcentajes de embarazos en adolescentes. Las causas de embarazo adolescente están determinadas por factores psicológicos y socioculturales, es común dentro de los patrones culturales, que la idea de tener hijos está asociada a la sobrevaloración social de la maternidad, "el educar a las mujeres para ser madres", producto de la familia de origen, aun cuando todo individuo al crecer y madurar se va integrando a nuevas instituciones, siempre pertenece a una familia a lo largo de su vida. Es importante reconocer como familia a la unidad microsocial totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características en su estructura y en su dinámica familiar, aun cuando todo individuo al crecer y madurar se va integrando a nuevas instituciones, siempre pertenece a una familia a lo largo de su vida ¹⁵. El

término de familia puede incluir varias acepciones y definiciones, por lo que resulta difícil elaborar un concepto de familia que tenga un carácter universal, ya que esta adopta formas y dimensiones tan diferentes en cada sociedad que no siempre es fácil discernir sobre los elementos que puedan ser comunes, sin embargo con la evolución que ha experimentado el grupo familiar y conforme a diferentes enfoques científicos, el grupo formado por el marido y la mujer e hijos sigue siendo la unidad básica preponderante en la cultura occidental ¹⁶. La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. Según la teoría sistémica referida por Steinglass se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas, organizadas por generaciones, sexos, intereses y funciones, así pues la familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano ¹⁷, y según los socialistas Frédéric Le Pla y Proudhon ¹⁸, “es la célula básica de la sociedad”. En ella sus miembros mantienen en forma común y unitaria relaciones directas personales “cara a cara”, con un vínculo entre sus componentes mediante el cual se comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones en el que existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza. Por lo cual se considera un grupo primario cuyas características son las de un sistema natural abierto.

Entre las condiciones sociodemográficas desfavorables que presenta una mujer especialmente se encuentran: edad menor de 17 años o mayor de 35 años, ocupación: esfuerzo físico, carga horaria exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, estrés, desocupación personal y/o familiar, situación inestable de la pareja, baja escolaridad, talla inferior a 150 cm, peso menor de 45 kg, dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos en general, violencia doméstica ¹⁹.

En la población rural la maternidad forma parte de la vida de las mujeres, en algunas sociedades es la única forma de valoración social. En las zonas urbanas la mayor parte de las adolescentes tienen expectativas de educación y empleo que se contradicen con un embarazo a esa edad, en estos casos el embarazo precoz es producto de la falta de información, falla en los métodos anticonceptivos o difícil acceso a los servicios de anticoncepción.

Existen variables sociodemográficas consideradas como indicadores de riesgo, con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran

variedad que es posible agrupar en 3 categorías: 1. Factores de riesgo individuales: menarca precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar ². Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres. 3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes ^{20,21}. El manejo oportuno de los factores de riesgo beneficia la salud materna y perinatal, además de que las acciones educativas preparan a la mujer física y mentalmente para el parto y el cuidado del recién nacido ¹³. Un trabajo realizado el año 2005 logró determinar la influencia de cada uno de estos grupos de factores de riesgo, en donde destaca la gran importancia de los factores individuales presentando una frecuencia de 71,6%, mientras que los factores familiares presentaron un 20,3% y los sociales un 11,6% ²².

Antecedentes ginecoobstetricos, fisiológicamente la edad media de inicio del período de la menarca se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarca ha disminuido y continúa haciéndolo. Se considera que la edad promedio a la que se presentó la menarca en mujeres mexicanas fue de 12 años con 11 meses. Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes, se ha visto una tendencia a un mayor a la precocidad. Como ejemplo de lo anterior en el estudio realizado en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15.6 años ¹¹.

Por lo tanto se observa un adelanto de la fecundidad lo que permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales. Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada deben enfrentarse, a mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica.

El riesgo de no conocer los días del ciclo menstrual en que hay peligro de embarazo se presenta en adolescentes y está referido a la falta de control prenatal, trabajos realizados en el extranjero, señalan que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las

adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93%) ²³. Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes ²⁴.

El manejo oportuno de los factores de riesgo beneficia la salud materna y perinatal, además de que las acciones educativas preparan a la mujer física y mentalmente para el parto y el cuidado del recién nacido. Las jóvenes entre los 15 y 19 años corren un riesgo mayor durante la gestación, ya que estos embarazos se consideran de alto riesgo, además son más frecuentes las complicaciones durante el parto, pudiendo provocar la muerte. La probabilidad es de 5 a 1 en relación a las mujeres de 20 a 29 años de edad²⁵. Se ha documentado que el riesgo es aún mayor cuando se presenta un embarazo antes de los 18 años ²⁶. Debido a que son más propensas a tener hijos con malformaciones congénitas, alteraciones genética, así como anemia. En un estudio, Ruoti plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea ¹³. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social ^{27,28,29}.

El factor de la edad es uno de los que mayor cantidad de riesgos representa para la salud y la vida, de acuerdo con los datos de INEGI, las muertes maternas de las niñas y adolescentes representan en promedio, el 13% del total de las contabilizadas en las últimas dos décadas entre 1990-2010. El dato es digno de ser destacado porque la mortalidad materna en este grupo de edad se ha mantenido constante a lo largo de los últimos 20 años, lo cual implica que los riesgos asociados a los embarazos a corta edad no han logrado reducirse, en el 2011 se llegó al record en el porcentaje de muertes maternas en la adolescente durante ese año representaron el 14% del total de las defunciones de mujeres durante o a consecuencia del parto. En números absolutos, lo anterior significa que de los 28,580 casos de muertes maternas que ha habido en el país, en 3,659 de ellos quienes perdieron la vida eran niñas y adolescentes menores de 19 años. Tal cifra es superior a la registrada en las defunciones maternas en mujeres de 40 a 44 años; pues de ellas la cifra acumulada en las últimas dos décadas es de 19,44 casos, por lo que el riesgo de morir durante o consecuencia del parto es prácticamente del doble, cuando se tiene menos de 19 años, que cuando se han rebasado los

40 años de edad. El embarazo temprano está asociado con una mayor fecundidad a lo largo de la vida. Según datos recientes las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 18 años alcanzaron una descendencia de 4.8 hijos doce años más tarde. En contraste las mujeres que tuvieron su primer hijo a partir de los 23 años de edad, presentaron una fecundidad de solo 3.2 hijos doce años más tarde ³⁰. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica (ENADID), el grupo de mujeres con menos acceso a métodos de anticoncepción, ya sea para espaciar los embarazos como para evitarlos es precisamente el de los 15 a los 19 años de edad. Para las mujeres que tienen entre 20 y 24 años de edad la demanda no cubierta de métodos anticonceptivos es de 17.7% para las mujeres entre los 25 a los 29 años de edad es de 14.4%; para quienes entre tiene entre 30 y 34 años de edad es de 11%. En contraste para las niñas y adolescentes menores de 19 años de edad el porcentaje es del 25%. Es decir una de cada cuatro no tiene acceso a métodos de anticoncepción. El matrimonio y la maternidad precoz disminuyen las oportunidades de educación y de oportunidad de empleo futuros en la mujeres jóvenes ³¹.

El estado civil en las madres jóvenes, tienden a ser: madres solteras, madres separadas, divorciadas o mantenerse en unión libre con muchas precariedades económicas que las llevan a sujetarse a las condiciones e imposiciones de alguna de las dos familias de origen.

La escolaridad, en los países desarrollados los datos de embarazos en la adolescencia confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otras situaciones de inestabilidad familiar y social ^{32,33}. El promedio de escolaridad: de las madres trabajadoras adolescentes es el equivalente al tercer año de secundaria, motivo por el cual, les es difícil desempeñar un trabajo bien remunerado y competitivo (28%). En términos generales, se ha comprobado que a menor grado de educación mayor será el número de hijos procreados por este grupo de mujeres ³⁴. El riesgo de que la adolescente embarazada tenga un nivel educativo primario o menor, se traduce en un control prenatal inadecuado en algún servicio de salud y de tener un hijo con bajo peso al nacer. El riesgo por tener una pareja con algún nivel educativo de primaria o menos.

En cuanto a la ocupación al ser mujeres con una edad muy corta, la mayoría de ellas se encuentra sin trabajo al momento de tener a sus hijos, apenas el 7% de las menores de 15 años tenían en empleo, es evidente que al tener una edad tan corta, también su grado de

escolaridad es muy bajo, se consideró que hasta el 80% truncaron sus estudios

Nivel socioeconómico, dentro de los factores sociodemográficos que se observaron en un estudio realizado en el hospital de Chiapas se observó que nivel socioeconómico medio (RM=4,99; IC 95% 1,79–13,92) y nivel socioeconómico bajo (RM=2,87; IC 95% 1,00–8,22); factores como la ocupación del padre, agricultor, (RM=3,31; IC 95% 1,26–8,66). Bajo nivel de escolaridad de los padres; madre analfabeta (RM=3,84; IC 95% 0,95–15,60); padre analfabeta (RM=2,06; IC 95% 0,60–7,35) y lugar también mostraron mayor riesgo de mortalidad perinatal, aunque no fueron estadísticamente significativo ^{35,36}. Para empezar el niño cuya madre ha sufrido intensa pobreza, corre mayor riesgo de tener bajo peso al nacer y habrá dificultades perinatales con mayor frecuencia, probablemente debido a que no tuvo un adecuado control prenatal

Se pueden distinguir dos tipos de pobreza, pues cada uno de ellos tiene un efecto diferente en la vida del adolescente y la familia. Algunas familias sufren pobreza aguda, al encontrarse en una crisis económica o por desempleo temporal del padre o por periodo inmediato al divorcio. En cambio otras sufren pobreza durante toda la vida o es la situación que ha marcado a las familias durante varias generaciones. Se ha descrito un patrón transgeneracional de transmisión de la pobreza de una generación a la siguiente ^{37,38}. Esto se debe a los efectos de la carencia de oportunidades educativas, la desnutrición general y el empobrecimiento del desarrollo cognoscitivo global la sensación crónica de no poder controlar lo que le sucederá a uno y la mayor exposición a mayores riesgos psicosociales en general. La privación económica es como un marcador que afecta casi todas las áreas del funcionamiento de un adolescente, afecta prácticamente todos los aspectos de la conducta y el estilo de vida, la residencia, la ocupación, las amistades que ha de tener y la disponibilidad de los padres en la convivencia con ellos, el embarazo en la adolescencia a su vez conlleva a un mayor riesgo de que el hijo viva en una familia de un solo padre (madre soltera) y también de que seguirán viviendo en pobreza, entre los niños producto de un embarazo de sus madres durante la adolescencia es también más frecuente que ellos mismos sean sexualmente activos y procreen más temprano.

Furzan y sus coautores encontraron que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública mundial, asociado con mayores riesgos para la salud de la madre y con un peor

pronóstico para el niño, a corto y a largo plazo. Las adolescentes tienen un riesgo mayor de tener niños afectados por prematuridad, bajo peso, desnutrición fetal y retardo en el desarrollo cognoscitivo; además, es mayor la mortalidad infantil. A pesar de ello, se desconoce si el riesgo se debe, primariamente, a la inmadurez biológica de la adolescente o a las condiciones sociales precarias ³⁹. Aunque el embarazo en las adolescentes tiende a disminuir en algunos países, sigue siendo una preocupación desde el punto de vista médico y psicosocial, por lo que es importante evaluar el deseo de embarazo entre mujeres adolescentes sexualmente activas, debiendo orientarlas a nuevas relaciones sentimentales y ayudarles a mejorar sus capacidades (con estudio y trabajo) para reducir el deseo reproductivo ⁴⁰.

Sin embargo, sí se observa una clara diferencia entre los aspectos sociodemográficos que, si bien pueden deberse a la misma edad de las adolescentes, sí tiene repercusión en su vida personal y afecta su futuro y el de su hijo. La circunstancia de que las adolescentes sean de estado civil solteras significa que casi siempre viven y son dependientes económicamente de sus padres, lo que disminuye el apoyo de sus parejas. La mayoría aún es estudiante, aunque su escolaridad de preparatoria sea menor que la del grupo control (a consecuencia de su edad), tienen menor porcentaje de embarazos planeados, utilizan menos métodos anticonceptivos, hay más primigestas y recurren más al preservativo que a los anticonceptivos orales del grupo control. En ambos grupos se encontró un porcentaje pequeño pero importante de mujeres analfabetas, situación que no debiera suceder en nuestros días. En las adolescentes fueron más frecuentes los hábitos tabáquico, alcohólico, de toxicomanías y maltrato fetal, como ya había sido demostrado en otro estudio ⁴⁰.

Para conocer el nivel socioeconómico en la muestra de mujeres adolescentes embarazadas se utilizará el método de Graffar este fue creado por el profesor Marcel Grafa de Bélgica, se utiliza para la estratificación social, partiéndose de un método compuesto de variables cualitativas y cuantitativas. En Venezuela a partir de (1959) el Dr. Hernán Méndez Castellano, decide aplicar el método de estratificación social del Prof. Gafa de Bélgica, el cual sería posteriormente adoptado por FUNDACREDES; con algunas modificaciones introducidas por el Dr. Méndez, clasificándolo este en cuatro variables: Graffar-Méndez Castellano (1994), considera las variables: profesión del jefe o jefa de la familia; nivel de instrucción de la madre; principal fuente de ingreso de la familia y tipo de vivienda. A cada una de estas variables, se le asigna una puntuación, de acuerdo con las diferentes alternativas de respuesta o indicadores y, luego se suman esos puntos para ubicar a la familia en un estrato, según una escala que

varía entre 4 y 20, se considera estrato I: 4-6 puntos, estrato II: 7-9 puntos, estrato III: 10-12 puntos, estrato IV: 13-16 puntos, estrato V: 17-20 puntos, con una sensibilidad y especificidad del 84%.

I.3 Control prenatal

I.3.1 Concepto de control prenatal

El control prenatal, se define como el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico ⁴².

I.3.2 Criterios de control prenatal

El embarazo normal es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento de producto a término. El embarazo de alto riesgo es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condicione anormales concomitantes con la gestación y el parto que aumenta los peligro para la salud de la madre o del producto, o bien cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

El control prenatal tiene los siguientes componentes: El análisis temprano y continuo del riesgo, la promoción de la salud, detección temprana y protección específica, las intervenciones médicas y psicosociales. Con base en estos componentes se define una serie de objetivos generales que, a su vez, caracterizan a un buen control prenatal. Tales objetivos son: Identificación de factores de riesgo, diagnóstico de la edad gestacional, identificación de la condición y crecimiento fetal, identificación de la condición materna, educación materna y a su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención.

Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materno – fetal, es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura.

a) Precoz: Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y

detectar factores de riesgo.

b) Periódico: Para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal, es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica. La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento. También favorecerá la identificación oportuna de factores de riesgo y el seguimiento de problemas de salud materna o fetal que se hayan identificado, así como el efecto de los tratamientos establecidos para recuperar su tratamiento.

c) Completo: Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, recomienda que la mujer tenga un promedio de 5 consultas prenatales, programadas de la siguiente manera: Primera visita en el primer trimestre, segunda visita: de la 22 a la 24 semana, tercera visita: de la 27 a la 29 semana, cuarta visita: de la 33 a la 35 semana y última visita: de la 38 a la 40 semana ⁴¹.

La atención prenatal permite la detección oportuna de factores de riesgo que pueden afectar la evolución y la terminación del embarazo, con la consecuente disminución de la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal. Durante la atención prenatal se provee de educación para la salud, se promueve la salud de ambos en relación a los riesgos detectados y se establecen las intervenciones terapéuticas a las anomalías diagnosticadas, con el propósito de tener a la madre y su homógénito en buenas condiciones de salud. Uno de los problemas que se ha identificado para el cumplimiento de los objetivos de la atención prenatal, es la incorporación tardía de la madre a los servicios de salud y la subsecuente asistencia a sus citas de control prenatal. Esta decisión de asistir o no a sus citas de control prenatal podría encontrarse influida de forma por los conocimientos, actitudes, siendo posible que estos desempeñen un papel esencial para que la madre decida si durante su embarazo recibirá atención médica y de ser así en qué etapa del mismo acudir.

Se considera la atención prenatal satisfactoria cuando la mujer inicia la atención prenatal en el transcurso de las primeras 12 semanas de gestación, al recibir 5 o más consultas y, estas fueron en las semanas de gestación referidas por la NOM-007-SSA2-1993 ⁴². La atención

prenatal no satisfactoria, es cuando la mujer inicia la atención prenatal después de las 12 semanas de gestación; o bien, cuando habiendo iniciado la atención prenatal en las primeras 12 semanas de gestación, no acumulo las semanas establecidas para las semanas de gestación.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación

La atención de la salud materno-fetal es una prioridad de los sistemas de salud de nuestro país. En la práctica clínica en las unidades de medicina familiar el control prenatal es sin duda uno de los programas más importantes para la prevención de padecimientos durante la gestación de una mujer, y esto se ve reflejado en la calidad de vida, el adecuado control prenatal y la identificación de los factores de riesgo es la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, así como el diagnóstico oportuno y su atención inmediata. Las principales causas de mortalidad materna o perinatal son previsibles mediante la atención temprana, sistemática y de alta calidad. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el promedio nacional de consultas prenatales es de 3.3 por embarazo, es la tercera causa de consulta en las unidades de medicina familiar, en la Delegación Estado de México oriente, mensualmente se otorga un promedio mayor a 15 mil consultas de control prenatal. Está claro que el control prenatal modifica sustancialmente los resultados neonatales y maternos, aún no existe un consenso acerca de cuál es un control adecuado, pero cuando existe adherencia al control prenatal, se puede detectar y tratar oportunamente las complicaciones que ponen en riesgo la salud materno fetal, Para que el control prenatal sea eficaz, deberá ser oportuno, continuo, integral y extenso. En los últimos años se ha observado un cambio en la epidemiología del embarazo adolescente, siendo este cada vez más frecuente y produciéndose a edades más precoces, por ello considero importante aclarar el concepto de embarazo adolescente, la epidemiología actual y cumplir con el propósito de esta investigación finalmente pretende identificar las posibles asociaciones entre los factores sociodemográficos al inadecuado apego al control prenatal. Debido a que este padecimiento muestra una sólida tendencia a permanecer entre los principales motivos de consulta en el sistema de salud resulta necesario realizar la detección temprana y reconocer tipología de familia y factores sociodemográficos en la adolescente en control prenatal, para poder establecer estrategias que contribuyan a la prevención y control de este grupo y reducir los riesgos que contribuyan al incremento en la mortalidad obstétrica.

En el mundo cada año, casi 175 millones de mujeres se embarazan y 585,000 de ellas mueren por razones relacionadas por el embarazo, los problemas obstétricos son la causa número uno de muerte en mujeres de 15 a 19 años. Al menos 7 millones de mujeres padecen

graves problemas de salud y unos 50 millones sufren algún trastorno de salud después del parto. Cada año, se practican en países en desarrollo unos 20 millones de abortos en malas condiciones. Actualmente con una mortalidad mundial por año de cerca de 70,000 mujeres, el 13% de las defunciones derivadas de la maternidad.

Según las estadísticas del Informe semanal de vigilancia epidemiológica hasta febrero del 2012, mencionan que el Estado de México ocupa el primer lugar en muertes maternas del país. El IMSS ocupa el segundo lugar de defunciones por institución seguido de la Secretaria de Salud con un total de 16.5 para todo el estado. Por lo que a pesar de las innovaciones científicas y tecnológicas, las cuales, vienen contribuyendo en la mejoría de la calidad de vida y de salud de las poblaciones, la salud materna y perinatal continúa siendo un problema en la mayoría de los países en desarrollo en razón de la precariedad de las condiciones de vida de las poblaciones así como de los sistemas de salud que aún presentan deficiencias cuantitativas y cualitativas, asimismo de estar distribuidos de manera no equitativa. La mortalidad materna es un problema que tiene sus orígenes en la pobreza, la falta de acceso a servicios, la discriminación, la falta de educación sexual y reproductiva, por lo anterior, son bien conocidos los riesgos a los que se enfrenta la adolescente embarazada, sin embargo a pesar de ello es necesario reconocer cierto perfil sociodemográfico para evitar y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y finalmente lograr buenos resultados sobre el producto.

II.2 Pregunta de investigación

Debido a lo anterior me nace la necesidad de conocer

¿Cuál es la tipología familiar de las adolescentes en control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar #92?

III.JUSTIFICACIÓN

III.1 Académica

La presente investigación, además de las connotaciones académicas correspondientes, permitirá la obtención del Diploma de Especialista en Medicina Familiar.

III.2 Educación

Hablar de educación es buscar cambios de actitud, lo cual es cada vez más difícil en nuestro entorno debido a los estilos de vida tan peculiares que se presentan en la población mexicana, por lo que se buscarán alternativas para que existan cambios de actitud que permitan modificar el perfil epidemiológico y preparar a la familia ante un evento de enfermedad, que en la mayoría de los casos conllevan a este tipo de problemas.

III.3 Social

En los últimos 10 años, el porcentaje de mujeres que tuvieron hijos antes de cumplir los 19 años, se ha incrementado aceleradamente; en el 2011, los partos en las mujeres adolescentes representaron 1 de cada cinco.

III.4 Económica

El adecuado control prenatal en las adolescentes modifica sustancialmente los resultados neonatales y maternos, aún no existe un consenso acerca de cuál es un control adecuado, pero cuando existe adherencia al control prenatal, se puede detectar y tratar oportunamente las complicaciones que ponen en riesgo la salud materno fetal, evitando altos costos; por lo que conociendo su diagnóstico, impacto y trascendencia de manera oportuna y a través de la prevención, se pretende disminuir las complicaciones.

IV. HIPÓTESIS

IV.1 Elementos de la hipótesis

El control prenatal de la unidad de medicina familiar No. 92 se presenta en las adolescentes por su tipología familiar.

IV.1.1 Unidades de observación

Control prenatal de la Unidad de medicina familiar No. 92

IV.1.2 Variables

IV.1.2.1 Dependiente

Tipología familia

IV.1.2.2 Independiente

Adolescentes

IV.1.3 Elementos lógicos de la relación

El, se presenta en las, por su

V. OBJETIVOS

V. 1 General

- Determinar la topología familiar de las adolescentes en control prenatal de la unidad de medicina familiar no. 92.

V.2 Específicos

- Identificar a los adolescentes en control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 92.
- Reconocer la edad a los adolescente en control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 92
- Enlistar la escolaridad de los adolescente en control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 92

- Mencionar el estado civil de los adolescente en control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 92
- Interpretar el nivel socioeconómico mediante la escala de Graffar en la adolescente en control prenatal en la UMF No.92.
- Señalar la ocupación de las adolescentes en control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 92.
- Clasificar la topología familiar por su composición de las adolescentes en control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 92.

VI. MÉTODO

VI.1. Tipo de estudio

Observacional, transversal, prospectivo, descriptivo

VI.2 Diseño de estudio

Este estudio fue observacional por lo que no se manipulo ninguna variable. Se realizó en un periodo de recolección de julio a septiembre del 2012 , la muestra fue obtenida de manera no probabilística a conveniencia, logrando un total de 92 pacientes adolescentes embarazadas.

VI.3 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICION TEÓRICA	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ITEMS
CONTROL PRENATAL	Conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico (OMS)	Número de consultas registradas en su expediente por la derechohabiente. Se clasifica como Adecuado: 1 culta durante el primer trimestre. 2 cultas en 2do trimestre y 2 consultas en el 2er trimestre. Además de tener las acciones acorde a las semanas de gestación. Inadecuado: que no cumpla el punto anterior.	Cualitativa nominal.	-Adecuado -Inadecuado	1

TIPOLOGIA FAMILIAR	<p>La tipología familiar hace referencia a una determinada clasificación que permite identificar a los miembros de una familia según sus lazos de afiliación, parentesco, afinidad, afecto y sociodemográfico,</p>	<p>Para este estudio se tomara la tipología familiar por su composición que se subclasifica en:</p> <p><i>-Familia nuclear</i>, con hijos: padre, madre e hijos que viven juntos en una unidad familiar. Puede trabajar solamente el marido, la mujer o ambos tener trabajos eventuales o ambos.</p> <p><i>-Familia nuclear sin hijos</i>, conformada solo por la pareja viven juntos no tienen hijos, o ya no viven con ellos.</p> <p><i>-Familia seminuclear</i>, monoparental o uniparental divorcio, abandono o separación acordada con hijos en edad escolar o preescolar, el progenitor trabaja o lo mantiene la pareja ausente.</p> <p><i>-Familia extensa</i>, formadas por familias nucleares y parientes que viven cerca e interactúan en un sistema recíproco de intercambio de bienes y servicios.</p> <p><i>-Familia compuesta</i>, grupos de personas, familiares y no, que viven bajo el mismo techo personas que viven solas o allegadas, pero sin lazos consanguíneos.</p>	<p>Cualitativa nominal.</p>	<p>-Familia nuclear</p> <p>-Familia nuclear sin hijos</p> <p>-Familia seminuclear</p> <p>-Familia extensa</p> <p>-Familia Compuesta.</p>	<p>2</p>
EDAD.	<p>Tiempo que una persona, ha vivido desde que nació.</p>	<p>Número de años registrados hasta el momento del estudio.</p>	<p>Cuantitativa continúa.</p>	<p>Edad en años</p>	<p>3</p>

ESTADO CIVIL	Situación de la persona en relación a las leyes y costumbres matrimoniales	Situación en base a derecho de cada participante del estudio.	Cualitativa nominal.	-Soltera -Casada -Separada -Unión libre -viuda	4
ESCOLARIDAD	Grado de estudios aprobados en cualquiera de los sistemas de enseñanza	Número de años cursados de enseñanza de la paciente	Cualitativa nominal	-Analfabeto -Sabe leer y escribir -Primaria -Secundaria -Bachillerato, - Carrera técnica -Cursando la Licenciatura	5
OCUPACION	Se refiere a empleo, oficio, actividades diarias que efectúa una persona, independientemente de la rama económica a la que pertenezca o la categoría de empleo.	Tarea o actividad que desempeña de manera diaria según su realización.	Cualitativo nominal	-Hogar -Estudiante -Obrera -Empleada -Estudia-Trabaja -Desempleado	6
NIVEL SOCIECO-NOMICO	Se refiere a las condiciones de vida de la familia, determinado por pertenencia de la vivienda, tipo de construcción de la vivienda (de sus paredes), servicios básicos (agua, luz, servicio de excretas), Ingreso per cápita anual, número de dependientes económicos, número de miembros que compone el núcleo familiar:	Características que determinan el nivel socioeconómico mediante el método de Graffar que lo clasifica en puntajes de la siguiente manera 04-06: ALTO 07-09: MEDIO ALTO 10-12: MEDIO BAJO 13-16: OBRERO 17-20: MARGINAL	Cualitativa ordinal	-Alto -Medio alto -Medio bajo -Obrero -Marginal	7

VI.4 Universo de trabajo

VI.4.1 Criterios de inclusión

- Embarazadas de 10 a 19 años adscritas a la UMF #92.
- Adolescentes embarazadas que aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

VI.4.2 Criterios de exclusión

- Adolescentes embarazadas en control prenatal, pero sin registro en SIMF.

- Adolescentes embarazadas en control prenatal, que no comprobó las acciones preventivas realizadas.

VI.4.3 Criterios de eliminación

- Adolescentes embarazadas que no contestó el cuestionario en su totalidad.

VI.5 Instrumentos de investigación

VI.5.1 Descripción

El método de Graffar fue creado por el profesor Marcel Grafa de Bélgica, permite la estratificación social, partiéndose de un método compuesto de variables cualitativas y cuantitativas. En Venezuela a partir de (1959) el Dr. Hernán Méndez Castellano, decide aplicar el método de estratificación social del Prof. Gafa de Bélgica, el cual sería posteriormente adoptado por FUNDACREDES; con algunas modificaciones introducidas por el Dr. Méndez, clasificándolo este en cuatro variables: Graffar-Méndez Castellano (1994), considera las variables: profesión del jefe o jefa de la familia; nivel de instrucción de la madre; principal fuente de ingreso de la familia y tipo de vivienda. A cada una de estas variables, se le asigna una puntuación, de acuerdo con las diferentes alternativas de respuesta o indicadores y, luego se suman esos puntos para ubicar a la familia en un estrato, según una escala que varía entre 4 y 20, se considera estrato I: 4-6 puntos, estrato II: 7-9 puntos, estrato III: 10-12 puntos, estrato IV: 13-16 puntos, estrato V: 17-20 puntos, con una sensibilidad y especificidad del 84%.

VI.5.2 Validación

El resultado en alfa-Cronbach igual a 0,867, y una correlación entre los puntajes del cuestionario Socioeconómico y los puntajes del método Graffar-Méndez Castellano, de 0,85.

VI.5.3 Aplicación

La escala se aplica a cualquier integrante de la familia, no importando que sea autoaplicable o bajo encuesta directa.

VI.6 Desarrollo del proyecto

El estudio se realizó en la UMF 92, La recolección fue por el investigador principal, la obtención de datos de llevó a cabo en el área de consulta externa en los tres módulos de la Jefatura de Departamento Clínico de donde se identificará los pacientes candidatos a ingresar, para posteriormente visitarlos al momento de la consulta subsecuente en el turno, y consultorio asignado. Al momento de identificarlo y solicitar su consentimiento se realizó las encuestas y se aplicó el Método de Graffar (anexo 2). Al concluir la jornada se vaciaron los datos en el programa SPSS V-20 en español.

VI.7 Límite de espacio

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 92 perteneciente al IMSS, que otorga servicios de primer nivel de atención médica localizada en La Delegación 15 Oriente del Estado de México. Presta servicio regionalizado a 22 colonias bajo cita previa y espontáneos con población adscrita de 185,956 derechohabientes.

VI.8 Límite de tiempo

Se realizó durante el período del 01 de enero de 2012 al 31 de marzo del 2012.

VI.9 Diseño de análisis

La recolecto los datos a través del programa estadístico de Excel y se proceso el tratamiento estadístico en el programa SPSS Versión V-20. Utilizando para variables cuantitativas medidas de tendencia central, así como frecuencias y porcentajes, para variables cualitativas se realizó solo frecuencias y porcentajes; ambas variables con su representación gráfica respectivamente.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

Se consideró dentro de las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud el artículo 17 y 18 de la misma, y con la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica, se explicará a cada paciente el motivo del estudio, donde sus datos sociodemográficos y psicométricos se utilizaran solo con fines de investigación.

En los lineamientos y políticas en materia de investigación del IMSS, se utilizó su autorización verbal y escrito por medio del consentimiento informado, toda la información se mantuvo bajo anonimato, se respetara cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos

Considerando el presente protocolo el riesgo se considera mínimo de acuerdo al Reglamento la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud artículo 17 fracción II.

VIII. ORGANIZACIÓN

El estudio se realizó en la UMF 92, La recolección fue por el investigador principal, la obtención de datos de llevó a cabo en el área de consulta externa en los tres módulos de la Jefatura de Departamento Clínico de donde se identificará los pacientes candidatos a ingresar, para posteriormente visitarlos al momento de la consulta subsecuente en el turno, y consultorio asignado. Al momento de identificarlo y solicitar su consentimiento se realizó las encuestas y se aplicó el Método de Graffar (anexo 2). Al concluir la jornada se vaciaron los datos en el programa SPSS V-20 en español.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Se realizaron 179 encuestas de la cuales se reportan los siguientes resultados.

X. CUADROS Y GRAFICOS

CONSULTANTE SEGUN GRUPO ETAREO

Edad	Nº	%	% Acumulado
16	30	18.84	18.84
17	61	34.03	52.87
18 - 19	88	47.13	100.00
Total	179	100,0	

La tabla 1. muestra que la población varía entre los 13 y 19 años de edad, teniendo mayor representatividad las adolescentes mayores de 18 años con un 47.13%

Fuente: Encuestas realizadas

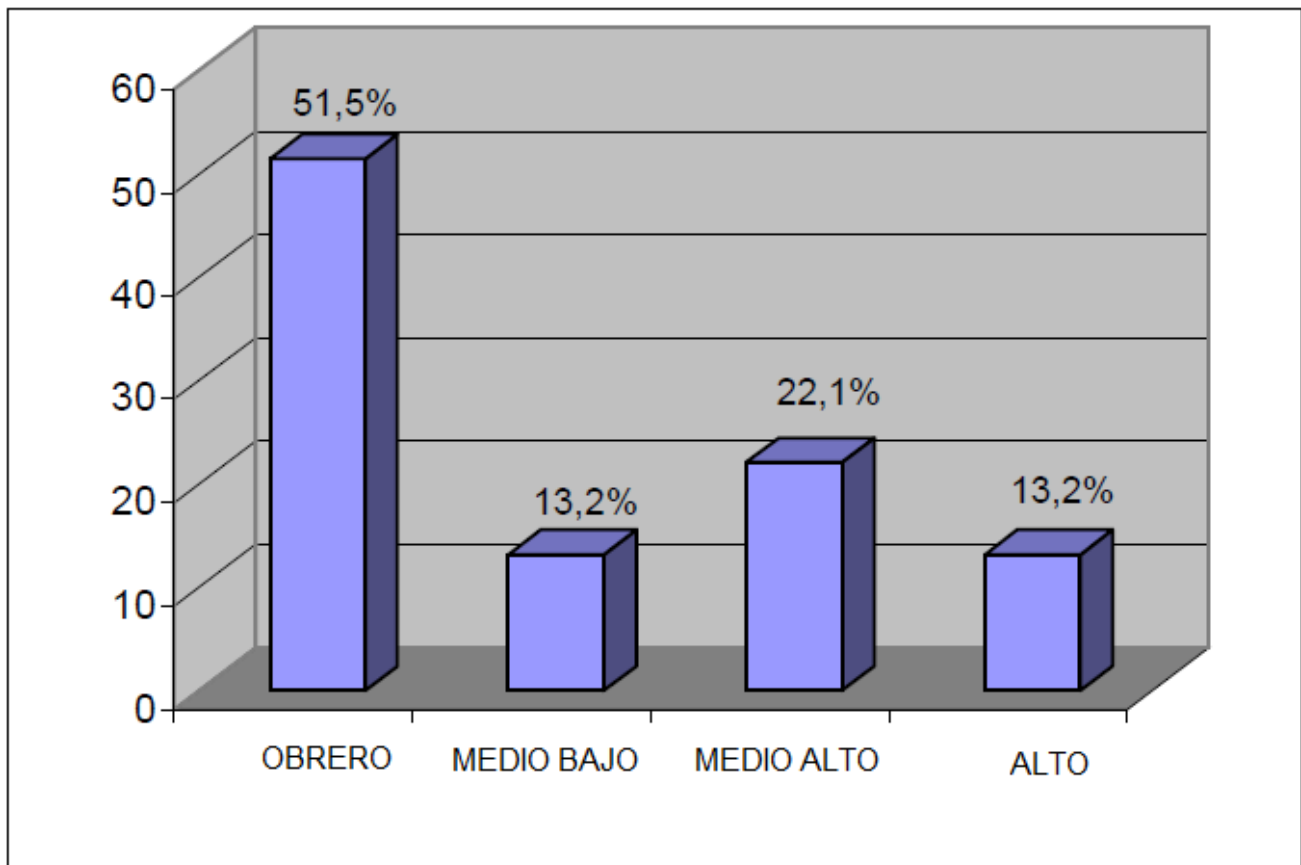
DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES SEGUN ACTIVIDAD LABORAL

Actividad laboral actual	Nº	%	% Acumulado
Estudiante	130	72.6	72.6
Hogar	12	6.7	79.3
Empleada	17	9.5	88.8
Estudio -Trabajo	11	6.2	95
Desempleada	9	5.0	100,0
Total	179	100,0	

El 72.6% de las adolescentes es estudiante, en tanto que, el 6.2% refiere estudiar y trabajar a la vez.

Fuente: Encuestas realizadas

DISTRIBUCIÓN SEGUN NIVEL SOCIOECONOMICO



Se observa que el 51,5% de las adolescentes pertenecen a un estrato socioeconómico obrero
Fuente: Encuestas realizadas

DISTRIBUCION SEGUN TIPOLOGIA FAMILIAR

Religión	Nº	%	% Acumulado
Familia nuclear	25	14	14
Familia seminuclear	128	71.5	85.5
Familia extensa	21	11.7	97.2
familia compuesta	5	2.8	100,0
Total	179	100,0	

El 71.5% pertenece a una familia seminuclear.

Fuente: Encuestas realizadas

XI. CONCLUSIONES

Por el tamaño de la muestra, este estudio no se puede considerar como un resultado general en la población Mexicana, nos aproxima a una sospecha del comportamiento de ambas variables en un lugar y tiempo determinado.

Los resultados, como son edad y género, coinciden con los obtenidos en los informes epidemiológicos registrados a nivel nacional, lo que da un grado de confiabilidad en la muestra elegida y los resultados obtenidos.

La población en estudio mostró parámetros descriptivos de la alteración de la tipología familiar, lo que hace sospechar que existe una relación entre la tipología familiar y el adecuado control prenatal. Y esto se puede explicar por la presencia de la crisis para normativa que tiende a desestabilizar a la familia y pone en juego la funcionalidad familiar a través de mecanismos dinámicos.

XII. RECOMENDACIONES

Se recomienda que los próximos estudios se puedan realizar en una población mayor, que permita demostrar la relación existente en el control prenatal de las adolescentes como causa de alteración en la tipología familiar. Que se utilice escalas de ansiedad y depresión en las población. Lo anterior con la finalidad de lograr un beneficio a la sociedad, mejorando la calidad de vida en la familia.

Así mismo, este estudio permite continuar la investigación de este rubro para próximos análisis y aplicar nuevos y mejores instrumentos, ya que dada la capacidad de este mismo al ser un estudio descriptivo, no cuenta con la evaluación completa del seguimiento de pacientes en cuanto a su diagnóstico familiar, por lo que se podría utilizar otra metodología para realizar este estudio, por ejemplo casos y controles, o bien asociar con otros instrumentos como sería la funcionalidad familiar.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española. 22A edición. España, 2011.
2. Romero TM, Santilla MA, Haro EJA. Enfoques de estudio de la familia. En: Anzures CR, Chávez AV, García PM, Pons AO. Medicina Familiar. México: Corinter; 2008. p. 51-83.
3. Huerta G.JL Medicina familiar. La familia como unidad de estudio. Huerta G. JL, La familia como unidad de estudio. En: Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad: México D.F. Alfil; 2005. p. 14-15.
4. Michel a. Sociología de la familia y del matrimonio . Barcelona Península, 1974).
5. Horwitz CN, Florenzano UR, Ringeling PI: Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol Sanit Panam 1985;98:144-155.
6. Tseng WS, McDermott J: Triaxial family classification. J Child Psychiatry 1979;18:22-43.
7. Michel A: Sociología de la familia y el matrimonio. Barcelona Península, 1974.
8. Flores MA, Pons AON, Rivera ZR, García CLR. Diagnóstico estructural y funcional. En: Anzures CR, Chávez AV, García PM, Pons AO. Medicina Familiar. México: Editorial Corinter; 2008. p.214-215.
9. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas. 1998-2000.
10. Rojas LM. Cambios en la dinámica familiar. En: saucedá JM, Maldonado JM. La familia: su dinámica y tratamiento. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud; 2003.p.134.
11. Sucedá JM, Maldonado JM. Psicodinámica de la vida en familia. En: saucedá JM, Maldonado JM. La familia: su dinámica y tratamiento. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud; 2003.p.3-11.
12. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2011). People teenage birth rate. Recuperado el 10 junio del 2012, de <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf>.
13. Instituto Alan Gutmacher. Risks and realities of EarlyChildbearing. Recuperado el 10 junio del 2010 de <http://www.agi-usa.org/pubs/ib10html>.
14. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2010). Porcentaje de población adolescente por sexo y causa, 2010, recuperado el 10 junio del 2010, de <http://www.inegi.gob.mx>.
15. Norma oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Publicado en el Diario Oficial de la Federación con fecha 14 de julio de 1994.

16. Horwitz CN, Florenzano UR, Ringeling PI Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol Sanit Panam 1985;98:144-155.
17. Huerta G.JL Medicina familiar. La familia como unidad de estudio. Huerta G. JL En: Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. México D.F. Editorial Alfil 2005;9-56.
18. Goode WJ La familia como elemento en la estructura social. En: Woode WJ: La familia México, UTHEA, 1982:12-18.
19. Michel A: Sociología de la familia y el matrimonio. Barcelona Península, 1974
20. Flores M.A. Pons A. O. N. Rivera Z.R, García C.L.R. Diagnóstico estructural y funcional. Anzures C. R.L. Chávez A. V. García P. Ma. C. Pons A. O. N. En: Medicina familiar, México D.F. Editorial Corinter. 2008 p. 205-225.
21. Hamel P. Crónica de un embarazo Anunciado: Criterios de Riesgo en Adolescentes populares Urbanas. Revista De Familias y Terapias, Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar. 1993: 44-62.
22. .Ahued J, Lira J, Assad L. La adolescente embarazada. Un problema de Salud Pública. Cir Ciruj 2001; 69:300-303.
23. Poo A, Baeza B, Capel P. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Rev SOGIA 2005; 12:17-24.
24. Peláez J. Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol 1997; 23:13-17.
25. López NM, Flores ML, Roche PC. Embarazo en la adolescencia: Resultado de dos. Sex Soc 1996; 2:12-6.
26. Gomes C, Zapata R, Actas Españolas psiquiátricas. 2005, 33: 267-427.
27. Casanueva E, Soberanis T, Ortis, Bobadilla MA. Cambios en la composición corporal en el periodo perinatal en un grupo de adolescentes. Perinatol Reprod Hum 1991; 5(1):28-32.
28. Stevens SC. Adverse reproductive outcome and young maternal age. N Engl J Med 1995; 333: 801-2.
29. Olausson P, Cnattinguis S, Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. Br J Obstet Gynaecol 2001; 106: 116-21.
30. Molina M, Peña I, Quiroz M. Embarazo Precoz. Revista Trabajo Social 1992; 59: 21-8.
31. Molina M, Pérez R, Ferrada C, et al. Embarazo en la adolescencia. Rev Ciencia y Salud 1997; 1: 25-9.
32. PRB. La actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes de América Latina y el Caribe. Riesgos y consecuencias. Washington, PRB, 1992.
33. Mayor S. Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. BMJ 2004;328:1152.

34. Makinson C. The health consequences of teenage fertility. *Fam Plann Perspect* 1985;17 (3):132–139.
35. López S, Germán A. Embarazo en adolescentes *Rev. Profamilia* 2001;(8):19.
Rivera L, Fuentes RML, Esquinca AC. Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas, México. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(6):687-692.
36. Bortman M. Risk factors for low birth weight. *Rev Panam Salud Publica* 1998;3:314-21.
37. Kantor D, Peretz A, Zander R. The cycle of poverty. Where to begin? *Family Ther Coll* 1984;9:50-73.
38. Furzan JA, Yuburi A, Eizaga S, Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. *Gaceta Medica de Caracas, Venezuela* 2010;118:119-126.
39. Sipsma HL, Ickovics JR, Lewis JB, Ethier KA, Kershaw TS. Adolescent pregnancy desire and pregnancy incidence. *Womens Health Issues* 2011; 21: 110-116.
40. Ramos GRY, Barriga MJA, Pérez MJ. Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. *Ginecol Obstet Mex* 2009;77:311-316.
41. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
42. Blois P. On adolescence. A psychoanalytic interpretation. Nueva York: Free Press; 1962.

XIV. ANEXOS

ANEXO 1

HOJAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y/O MATRIZ DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #92

“TIPOLOGIA FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EN CONTROL PRENATAL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92”

CEDULA DE IDENTIFICACION

NOMBRE DE LA PACIENTE:

1.-EN CONTROL PRENATAL

1.Adecuado	2.Inadecuado

2.-TIPOLOGIA DE FAMILIA

3.Familia nuclear	4.Familia nuclear sin hijos	5.Familia seminuclear	6.Familia extensa	7.Familia compuesta

3.-EDAD

8.Edad en años

4.-ESTADO CIVIL

9.Soltera	10.Casada	11.Separada	12.Unión libre	13.Viuda

5.-ESCOLARIDAD DE LA PACIENTE

14.Analfabeta	15.Sabe leer y escribir	16.Primaria	17.Secundaria	18.Bachillerato	19.Carrera técnica	20.Cursando Licenciatura

6.-OCUPACIÓN DE LA PACIENTE

21.Hogar	22.Estudiante	23.Empleada	24.Estudia-Trabaja	25.Desempleado

7.-NIVEL SOCIOECONOMICO

26.ALTO	27.MEDIO ALTO	28.MEDIO BAJO	29.OBRERO	30.MARGINAL

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #92

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE HOJAS.

Antes de responder a la siguiente encuesta, leer y tener en cuenta lo siguiente:

- ELIJA SUBRAYANDO UNA OPCION DE LAS ENUMERADAS DEL UNO AL CINCO CONTENIDA EN LOS CUATRO APARTADOS, EL QUE MEJOR DESCRIBA SU SITUACION FAMILIAR.
- CONTESTE LAS PREGUNTAS DE MANERA ESPONTANEA Y SIN TEMOR.
- SUS RESPUESTAS SON CONFIDENCIALES.
- NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS O MALAS.
- SI TIENE CUALQUIER PREGUNTA QUE HACER, HÁGALA SIN PROBLEMAS.

A) Profesión del jefe de familia

1. Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.
3. Empleado sin profesión técnica definida ó universidad inconclusa.
4. Obrero especializado, tractorista, taxista, etc.
5. Obrero no especializado, servicio doméstico etc.

B) Nivel de instrucción de la madre

1. Universitario ó equivalente
2. Enseñanza técnica o superior y ó secundaria completa.
3. Secundaria incompleta o técnico inferior.
4. Educación primaria completa.
5. Educación primaria incompleta o analfabeta.

C) Principal fuente de ingresos

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente
2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados etc.), deportistas profesionales.
3. Sueldo mensual o quincenal
4. Salario diario o semanal
5. Ingresos de origen público o privado (subsidios)

D) Condiciones de la vivienda

1. Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias
2. Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
3. Espacios reducidos, pero comfortable, y buenas condiciones sanitarias
4. Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias
5. Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias.

LA PUNTUACIÓN DE LA FAMILIA ES DE _____ CORRESPONDIENTE A ESTRATO _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE
SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: ***“TIPOLOGIA FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EN CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92”***

Lugar y fecha:

Unidad de Medicina Familiar 92

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Conocer si se otorga una atención médica de calidad en la UMF 92

Procedimientos: Explicando a la persona, respondiendo encuestas. Se aplican 91 cuestionarios a población derechohabiente en edades de 10 a 19 años, de ambos turnos, entre los meses de enero a marzo del 2012. Se aplicara una lista de cotejo a los derechohabientes de ambos turnos

Posibles riesgos y molestias: riesgo mínimo.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: El paciente no recibirá algún beneficio.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se establece el compromiso de dar información de los resultados del estudio, así como la aclaración de cualquier duda

Participación o retiro: Se establece la libertad de retirar el consentimiento y abandono del estudio sin que afecte en su atención médica

Privacidad y confidencialidad: La información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será utilizada solo para efectos de investigación

Beneficios al término del estudio: mejoras en la atención médica.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Dra. Monica Ivett Diaz Ortega RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
Dr. Rubén Ríos Jefe de Enseñanza Jefatura de Enseñanza de la UMF 92
Av. Central Esq. Sta. Prisca Ecatepec Estado de México.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:
Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso
Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono
(55)56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: conise@cis.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el
consentimiento

Testigo 1. Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2. Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características
propias de cada protocolo de investigación

