



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIO DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION  
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 13  
CD. OBREGÓN, SONORA



**“EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN UNA  
UNIDAD DE PRIMER NIVEL”**

## TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

*Dr. José Eloy Elizondo León*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

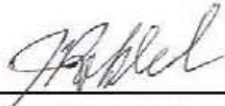
**EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN UNA  
UNIDAD DE PRIMER NIVEL**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**JOSE ELOY ELIZONDO LEON**

**AUTORIZACIONES**



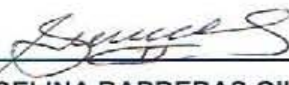
---

**DR. JOSÉ LUIS ROBLES GUTIÉRREZ  
ASESOR METODOLÓGICO Y DE TEMA**



---

**DRA. IZKRA JANETH LUNA BERNAL  
PROFESOR TITULAR  
CURSO ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
PARA MÉDICOS GENERALES**



---

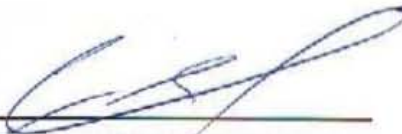
**DRA. CELINA BARRERAS GIL  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF 1**

**EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN UNA  
UNIDAD DE PRIMER NIVEL**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:  
JOSE ELOY ELIZONDO LEON**

**AUTORIZACIONES**



**DR. EUSEBIO ROSALES PARTIDA  
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
DELEGACIÓN SONORA**



**DRA. BENITA ROSARIO URBAN REYES  
COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACIÓN  
DELEGACIÓN SONORA**



**DRA. CRUZ MÓNICA LÓPEZ MORALES  
COORDINADORA AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DELEGACIÓN SONORA**

**EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y FUNCIONALIDAD  
FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

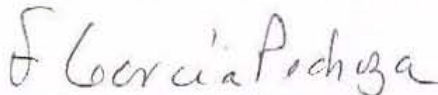
PRESENTA

**DR. JOSE ELOY ELIZONDO LEON**

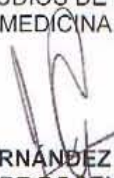
**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FÚLVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

## ÍNDICE

I.	Resumen	1
II.	Introducción	2
III.	Antecedentes	3
IV.	Planteamiento del problema	8
V.	Justificación	9
VI.	Objetivos	11
VII.	Hipótesis	12
VIII.	Material y métodos	13
IX.	Instrumentos	18
X.	Resultados	22
XI.	Discusión	24
XII.	Conclusiones	26
XIII.	Bibliografías	28
XIV.	Anexos	32

## AGRADECIMIENTOS

A la vida que me ha dado la oportunidad de emprender esta profesión todos los días, a la gente que me rodea por recibir sus buenos consejos y en general a mis compañeros del curso, por esa empatía y alegría de continuar en grupo y así mismo el apoyo brindado en cada una de las sesiones académicas.

## DEDICATORIA

A mi esposa Rocío a mis hijos Renatha y José Eloy que desde un inicio de mi formación como especialista se mantuvieron cerca de mí, apoyándome siempre en cualquier proyecto a realizar.....

Mis padres, Martha Delia Leon Uribe y Jose Eloy Elizondo Castruita por su gran apoyo incondicional en el seguimiento de mi preparación académica

Al Dr. Jose Luis Robles Gutierrez por su enseñanza, paciencia, dedicatoria y amistad en todas y cada una de las sesiones de nuestra formación académica



## I. RESUMEN

### “EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL”

*Elizondo-León J.E.*<sup>1</sup> *Robles-Gutiérrez J.L.*<sup>2</sup>. <sup>1</sup> Alumno segundo año del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales. UMF 4 del IMSS de Guaymas. <sup>2</sup> Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF No. 4 Guaymas.

**Antecedentes:** El tema del embarazo adolescente ha cobrado importancia a nivel mundial por su vigencia y que, como se sabe, está determinado por una gran variedad de factores. <sup>(1)</sup> Destaca el estudio familiar y su influencia en el comportamiento del adolescente. Ciertos factores influyen para iniciar una práctica sexual sin las medidas que reduzcan el riesgo de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. El arribo de los hijos a la edad de la adolescencia es uno de esos momentos de cambios importantes en la vida de toda familia, y por ello es considerado como una crisis transitoria de la etapa de extensión de la familia. <sup>(2)</sup>

**OBJETIVO:** Determinar la funcionalidad de las familias de adolescentes embarazadas en primer nivel e atención.

**MATERIAL Y METODOS:** Se realizó estudio Observacional, descriptivo, prolectivo y transversal. Se analizará familias de pacientes de 15 a 19 años de edad embarazadas, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 4 a quienes se aplicó el instrumento denominado Escala de evaluación de la funcionalidad familiar (ASF-E), se tomó muestra de 57 pacientes provenientes del censo de embarazadas de la unidad. Los datos serán analizados mediante estadística descriptiva y los resultados se presentarán en gráficos y tablas

**RESULTADOS:** Encontramos que en el 63.1% presenta una efectividad de la funcionalidad familiar alta, la escolaridad preparatoria en 38.5%.

**CONCLUSIONES:** La mayor parte de las familias fueron encontradas con una efectividad de la funcionalidad alta.

**Palabras clave:** embarazo, Adolescentes, familia.

## II. MARCO TEÓRICO

El funcionamiento familiar se refiere al conjunto de relaciones interpersonales que se dan en cada familia lo que les proporciona entidad propia. Es el proceso para llegar a la salud familiar A través de las metas: espiritualidad, estabilidad, crecimiento, control familiar y las dimensiones: coherencia, individuación, mantenimiento y cambios del sistema familiar.

Estudios realizados en el ámbito nacional e internacional demuestran la importancia de la funcionalidad familiar en las familias con adolescentes gestantes y con adolescentes no gestantes y la manera como los problemas de estas familias pueden llevar a disfuncionalidad, caracterizada por el incumplimiento de las funciones básicas familiares que pueden repercutir en la salud familiar<sup>(3)</sup>.

En el presente estudio se valoro el embarazo en adolescentes y la funcionalidad familiar en pacientes de 15 a 19 años adscritos a la unidad de Guaymas, se evaluó con la escala ASF-E.

En la mayoría de los países los adolescentes inician sus relaciones sexuales más tempranamente y una de las consecuencias es el embarazo precoz. A nivel mundial el 30% de los nacimientos ocurren en mujeres de 15 a 24 años de edad<sup>(3)</sup>. En algunos países de América la proporción de madres y embarazadas adolescentes ha sido significativa. Por ejemplo, en 2000 fue del 12% en Estados Unidos, del 15% en México, del 18% en Haití; para 2003 Bolivia tenía 15,7%<sup>(4)</sup>.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años de edad, que se caracteriza por cambios físicos, psicosociales y cognoscitivos; se considera la etapa de transición de la niñez a la juventud. Cada adolescente es diferente, único e irrepetible, pero con ciertos patrones que distinguen a los individuos de su grupo de edad; de los 19 a los 24 años se considera adolescencia tardía.<sup>(5)</sup>

En México, la tasa de fecundidad global descendió entre 1970 y la actualidad de 6.0 a tres hijos por mujer. <sup>(6)</sup> Se documentó en México, alrededor de los años 90, que el inicio de vida sexual ocurría en promedio –entre los hombres– a los 16 años y –entre las mujeres– a los 19 años. <sup>(7)</sup>

Se ha observado que mientras la edad de inicio de la vida sexual activa se registra a edades más tempranas, en el sexo masculino a los 16 años y en el sexo femenino a los 17 años. De esta manera el lapso de fecundidad no marital se ha incrementado. <sup>(8),(9),(10)</sup>

Una de las causas de los embarazos en adolescentes es la tendencia psicológica enlazar la conducta de crear a los hijos lo que cubre una necesidad inconsciente a pesar de no estar preparadas física, psicológicamente ni social para el evento trascendente de ser madres. Además las adolescentes no están motivadas para un uso adecuado de anticonceptivos porque quieren quedarse embarazadas. Algunas adolescentes embarazadas dejan que sus padres u otros familiares adopten a sus hijos, pero el resto quiere criar a sus hijos por sí mismas, con la asistencia de cualquier familiar u otro tipo de ayuda que pueda conseguir. <sup>(11,12)</sup>

El hombre implicado en el embarazo adolescente presenta el denominado “Síndrome de conductas de riesgo”, que asocia mayor precocidad en las relaciones sexuales, mayor precocidad en el consumo de drogas, tabaco, alcohol, promiscuidad, hábitos delictivos (peleas, conducir ebrio, etc.), pensamiento más concreto y desarrollo puberal más precoz. A diferencia de la mujer, tienen menos servicios sociales disponibles. <sup>(13)</sup>

En América Latina, la fecundidad en adolescentes es un problema que con lleva elevados costos sociales. En México cada año se presentan cerca de 70 nacimientos por cada 1000 mujeres entre los 15 y 19 años. En las últimas dos décadas la proporción de nacimiento en mujeres menores de 20 años se ha mantenido estable. <sup>(14)</sup>

La adolescencia es un período de vida tan importante, que lo que ocurra en su salud, será decisivo para el nivel de salud y calidad de vida posteriores. En la etapa de la adolescencia, los jóvenes a menudo originan situaciones de riesgo que pueden dejar secuelas para el resto de su vida.

Una de estas situaciones es el inicio cada vez más precoz de su vida sexual activa, que es con frecuencia resultado de la liberación sexual advertida en muchos países del mundo. Esta liberación expone a las jóvenes a la posibilidad de un embarazo, que con frecuencia no es buscado, ni esperado.<sup>(15)</sup>

Cabe señalar que otro factor que influye para el embarazo adolescente es que no perciben cariño y apoyo por parte de su familia de origen y esto las obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja. Y si a esto le aunamos los factores cognitivos, como el pensamiento egocéntrico e inmaduro, pueden estar implicados en el embarazo adolescente.<sup>(16)</sup> Es por eso que se debe de trabajar en los núcleos familiares sobre los aspectos psicosociales de la adolescencia para disminuir los riesgos de embarazo.

El embarazo adolescente provoca una serie de consecuencias en las mujeres. Se han llevado a cabo numerosas investigaciones obstétricas, realizadas durante el embarazo y posteriormente en recién nacidos, que señalan que el embarazo adolescente es un factor de riesgo, ya que aumenta las posibilidades de retraso del crecimiento intrauterino (RCIU), parto prematuro y bajo peso al nacimiento.<sup>(17,18)</sup>

Los individuos recurren a su familia para satisfacer sus necesidades de salud y de bienestar, de seguridad física y emocional. Los estudios demuestran que tiene un importante papel en la salud y en la enfermedad de sus componentes.<sup>(19)</sup> El foco de la atención médica es el paciente individual considerado en su contexto familiar, de acuerdo con el modelo de orientación biopsicosocial.<sup>(20)</sup>

Estudios realizados en el ámbito nacional e internacional demuestran la importancia de la funcionalidad familiar en las familias con adolescentes gestantes y con adolescentes no gestantes y la manera como los problemas de estas familias pueden llevar a disfuncionalidad, caracterizada por el incumplimiento de las funciones básicas familiares, que pueden repercutir en la salud familiar; entre estos estudios se encuentran el realizado por Ávila<sup>(21)</sup> y otros sobre aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia, que revela un incremento de las familias moderadamente disfuncionales, ausencia de la figura paterna, pobre comunicación entre padres e hijos, e inestabilidad emocional en la adolescente gestante.

La familia es un sistema conformado por diferentes miembros que se relacionan entre ellos y con otros sistemas de contacto en el ambiente. Las familias con adolescentes se encuentran en una etapa del proceso vital de grandes cambios, de tipo biopsicosocial, tanto para las y los adolescentes que buscan su independencia e identidad, como para los padres que deben asumir los cambios de sus hijos, incluyendo la gestación cuando ocurre en esta etapa de la vida, identificando su capacidad de negociación y flexibilidad, sin perder el control y afectar la funcionalidad familiar.<sup>(21)</sup>

El funcionamiento familiar se refiere al conjunto de relaciones interpersonales que se dan en cada familia, lo que les proporciona identidad propia. Es el proceso para llegar a la salud familiar a través de las metas: espiritualidad, estabilidad, crecimiento, control familiar, y las dimensiones: coherencia, individuación, mantenimiento y cambio del sistema familiar<sup>(22)</sup>.

La comunicación familiar es un factor determinante de las relaciones que se establece en el núcleo familiar y las relaciones que se establecerá con los demás. Este punto se puede considerar una de las causas del embarazo adolescente. Es que las niñas presentan una carencia de afecto familiar o problemas familiares, buscan identidad propia, muestran interés hacia lo prohibido y se rebelan contra de lo establecido, deseando sentirse adultos<sup>(23)</sup>

Respecto a la investigación realizada en el 2009, denominada “Estudio sobre la situación del embarazo en adolescentes en Sonora desde un enfoque de género” por el Instituto Sonorense de la Mujer, refiere el perfil de las jóvenes embarazadas, el cual arroja como resultado de adolescentes embarazadas de 12 a 15 años con un 13.8% y de 16 a 19 años 86.2% en el estado de Sonora. <sup>(24)</sup>

En el 2011 Alejandra García Rueda y Carmen Helena Martínez, realizaron un estudio de investigación denominado (Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes), en el cual se encontró que la mayoría de las adolescentes gestantes (65%) tenían entre 17 y 19 años de edad, es decir, estaban en la adolescencia tardía. y la mayoría de las adolescentes no gestantes (51.9%) en la adolescencia media, entre 14 y 16 años. <sup>(25)</sup>

### **III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Las mujeres embarazadas en la actualidad enfrentan problemas familiares, sociales, económicos, entre otros, debido al rechazo que sufren por la situación en la que se encuentran.

Como consecuencia de un embarazo no deseado en las adolescentes, se asoma la posibilidad de un deterioro de las relaciones familiares sobre todo de parte de las madres de familia, ya que se aúnan en ellas sentimientos de decepción, deshonra entre otros, dejando de lado el apoyo directo hacia las hijas adolescentes, hecho importante en la vida ya que para las adolescentes es de suma importancia el soporte familiar debido a la etapa de la vida en la que se encuentran.

En la unidad de medicina familiar No. 4 de Guaymas, Sonora contamos con un total de 82 adolescentes embarazadas lo que representa el universo de estudio.

Es por ello que surge en el planteamiento la siguiente pregunta: ¿Cuál es el nivel de funcionalidad familiar de la adolescente embarazada en primer nivel de atención?

#### **IV.-JUSTIFICACIÓN**

El aumento de casos de embarazos, entre adolescentes se analiza hoy como una situación problemática que debe ser pensada en términos de riesgo, es por ello que se considera de suma importancia, la participación de la familia en el embarazo del adolescente, ya que la familia como núcleo principal juega un papel significativo en la autorrealización como mujer en la adolescente embarazada, de ser lo contrario, el embarazo no planeado está ligado a una búsqueda tardía de la atención médica prenatal, a mortalidad infantil y bajo peso al nacer así mismo tienen un mayor riesgo de sufrir violencia, descuido y poco amor de su madre ya que en la totalidad de estos embarazos son mujeres solteras y aunado a esto se presentan riesgos para los niños nacidos como problemas económicos, déficit cognitivo, de conducta y riesgo de tener un comportamiento difícil durante la adolescencia.

En particular, las familias que tuvieron un embarazo no planeado, tienen un riesgo incrementado de enfrentarse a multitud de problemas que persistirán durante mucho tiempo.

Por tradición, el embarazo en adolescentes se considera de alto riesgo debido a la mayor proporción de desenlaces perinatales y maternos adversos, como: prematuridad, bajo peso al nacer, nacimiento por cesárea, anemia, parto complicado y pre eclampsia, entre otros.

Nos sirve para ver la problemática que surge en la familia y con ello realizar la elaboración de métodos preventivos a futuro partiendo con los resultados de nuestra investigación.



## **V. OBJETIVO**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la funcionalidad de las familias de adolescentes embarazadas en primer nivel e atención

## **VI.- HIPOTESIS**

### **Hipótesis de trabajo**

Las familias con una adolescente la mayoría son disfuncionales

## **VII.- MATERIAL Y METODOS**

### **7.1 Características del lugar donde se llevo a cabo el estudio:**

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar #4 Ubicada en Blv. Benito Juárez Sin Número Col. las villas, Guaymas, Sonora. Atiende una población de 84,000 derechohabientes. Pacientes adolescentes entre 15 y 19 años de edad embarazadas, adscritos a la UMF4.

### **7.2.- TIPO DE ESTUDIO:**

Observacional, Descriptivo, Prolectivo, transversal

### **7.3.- DESCRIPCION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**

**VARIABLE:** Funcionalidad familiar

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** estado gestacional confirmado bajo resultados de laboratorio y clínica registrada en el expediente.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Registro laboratorial o clínico confirmatorio en el expediente médico.

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Es el proceso para llegar a la salud familiar a través de las metas: espiritualidad, estabilidad, crecimiento, control familiar, y las dimensiones: coherencia, individuación, mantenimiento y cambio del sistema familiar. <sup>(27)</sup>

### DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Esta variable se operacionalizara por medio del cuestionario ASF-E que mide la funcionalidad familiar, consta de 20 reactivos evaluándose según la siguiente escala, 56-60 Nivel Alto, 51-55 Nivel Intermedio y 20- 50 Nivel bajo.

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Dependiente: Funcionalidad familiar	Cualitativa	Intervalar	56-60 Nivel Alto  51-55 Nivel Intermedio  20- 50 Nivel bajo
Independiente: Embarazo en la adolescencia	Cualitativa	Nominal	Registro laboratorial o clínico confirmatorio en el expediente médico.

#### **7.4.- UNIVERSO DEL TRABAJO:**

Representado por 82 pacientes entre 15 y 19 años del sexo femenino, de las cuales se escogieron 57 adolescentes para el estudio con diagnóstico de embarazo adscritos a la UMF 4.

#### **7.5.- CRITERIOS DE SELECCION:**

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Embarazadas de 15 a 19 años de edad.
2. Derechohabientes vigentes adscritos a la unidad
3. Que acepte participar
4. Control prenatal
5. Que se encuentre en cualquier trimestre del embarazo
6. Cualquier tipo de familia.

## 7.6.- TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO:

$$n = \frac{N \cdot Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(72)(1.96)^2 (.13) (.66)}{(0.05)^2 (71) + (1.96)^2 (.13) (.66)}$$

$$n = \frac{(72)(3.8416) (.13) (.66)}{(0.0025) (71) + (3.8416) (.13) (.66)}$$

$$n = \frac{23.7318682}{0.50710928}$$

$$n = 46$$

**N = POBLACION TOTAL 82**

**Z $\alpha^2$  = 1.96 (SEGURIDAD 95%)**

**p = PROPORCION ESPERADA (13%)**

**q = 1 – p (.66)**

**d = PRECISION 5%**

**n = TAMAÑO DE LA MUESTRA**

**Mas 20% de perdidas = 55**

## 7.7. Descripción general del estudio

Una vez autorizado el protocolo por el Comité Local de Ética en Investigación e Investigación en Salud (CLIES), se inició con la selección de las personas, con base a los criterios de selección mencionados en el apartado correspondiente. Se le explicó a cada paciente la necesidad e importancia de este estudio para el bien general de su salud, se le pedirá su cooperación, informándole acerca de los beneficios y efectos secundarios y/o complicaciones que se pudieran manifestar e incluso de la libertad para aceptarlo o negarse y que esto no le limitará de ninguna forma sus derechos como paciente, al mismo tiempo se le solicito de favor que firme la hoja de consentimiento informado. Se aplicaron 57 encuestas a pacientes de los 15 a 19 años de edad embarazadas con el fin de evaluar la funcionalidad familiar mediante el instrumento ASF-E, clasificándolas con baja, intermedio y alto nivel de funcionalidad y posteriormente los datos se capturaron en una base de datos y se analizarán por medio del paquete estadístico SPSS versión 20 en inglés.

La Escala de evaluación de la funcionalidad familiar (ASF-E), Diseñada por Marie Luise Friedemann en 1995 que consta de 20 preguntas, cada una con una respuesta elegida a partir de 3 posibilidades, las cuales tienen valores entre 1 y 3 puntos para hacerlas cuantificables donde 1 punto es el nivel más bajo de la funcionalidad familiar 2 es el intermedio y 3 es el más alto.<sup>(28)</sup> La escala evalúa las dimensiones (coherencia, individuación, cambio del sistema, mantenimiento del sistema), y las metas (espiritualidad, estabilidad, crecimiento y control) del sistema familiar.

La calificación máxima de la escala es de 60 puntos y la mínima de 20 mientras que los niveles de funcionamiento se clasifican en: bajo entre 20 y 50 puntos, intermedio, entre 51 y 55 puntos; y alto entre 56 y 60 puntos.<sup>(29)</sup>

En este componente se describe la herramienta utilizada en la investigación para la recolección de la información que comprende la Escala de Efectividad de la Funcionalidad Familiar, diseñada por Marie-Luise Friedemann, que permite medir

los conceptos de la teoría “Estructura de Organización Sistémica”, el cual refleja la efectividad del funcionamiento familiar.

La Escala de efectividad de la funcionalidad familiar fue traducido al español por el Departamento de Idiomas de la Universidad Nacional de Colombia 2006, posteriormente el grupo académico de familia de la Facultad de Enfermería de la misma Universidad determinó la validez facial del instrumento con la participación de 30 expertos y 30 familias<sup>206</sup>. A partir de los resultados se pudo concluir que 57 de los 60 ítem tienen porcentaje superior al 80 por ciento en cuanto a comprensión y claridad y 3 con porcentaje inferior se ajustaron en relación con los criterios

La versión original del instrumento tiene una confiabilidad alfa de cronbach que oscila entre 0.60 y 0.84; la validez se realizó mediante pruebas que fueron significativas para valorar la diferencia en el funcionamiento entre familias cuyos integrantes reflejan problemas y los que no. se analizaron 4 factores (homeostático, sistema morfogénico, morfogénesis individual y apoyo externo) que fueron consecuentes con la base conceptual.<sup>(30)</sup>

Para evaluar la efectividad de la funcionalidad familiar se usó como referencia la teoría de organización sistémica propuesta por Marie Luise Friedemann en 1995, quien la construyó basándose en principios fisiológicos de rango medio y género conceptos y postulados con base en la familia, la funcionalidad familiar y la efectividad de la funcionalidad familiar. Esta teoría tiene en cuenta el metaparadigma de enfermería usando conceptos como ambiente, persona y salud.<sup>(31)</sup>

## VIII. RESULTADOS

Se estudiaron 57 pacientes en el rango de edad de 15 a 19 años con el fin de determinar la funcionalidad de las familias de adolescentes embarazadas empleando el instrumento Escala de evaluación de la funcionalidad familiar (ASF-E), encontrándose que 8 tenían 15 años, 11 de 16 años, 20 de 17 años, 12 de 18 años y 6 de 19 años. Además según su ocupación 9 se dedicaba al hogar y 48 resultaron estudiantes siendo 9 de secundaria, 25 de preparatoria, 16 profesionistas y 7 con analfabetismo. (Tabla 1, 2, 3).

Al evaluar la funcionalidad familiar según la ocupación 48 pacientes se dedicaban a estudiar y 9 eran amas de casa. De las 48 estudiantes el 57.8% resultó funcional alta, 21% funcional media y 5.2% funcional baja. Del 15.7% que eran amas de resultó 5.2% funcional alta, 5.2 funcional media y 5.2% funcional baja. (Tabla 2).

De acuerdo a los resultados de la encuesta ASF-E, se encontró que el 63.1% del total resultó con funcionalidad alta, el 26.3% con funcionalidad media y un 10.5% con funcionalidad baja. (Tabla 1).

Del mismo modo al analizar la efectividad de la Funcionalidad familiar según la escolaridad de las adolescentes embarazadas se encontró que 36 correspondían a una familia funcional, 15 a una familia ligeramente disfuncional y 6 de ellas a una familia disfuncional. El mayor grado de escolaridad en la pacientes con familia funcional fue preparatoria en un 38.5%; en la familia ligeramente disfuncional el mayor grado de estudio fue profesional con un 19.2% y en caso de las adolescentes con familia disfuncional un 5.2% profesionista y otro 5.2% sin ningún estudio. (Tabla 3).



## IX. DISCUSION

En el presente trabajo encontramos una efectividad funcional alta desde la perspectiva de las adolescentes embarazadas del 63.1%, lo cual es similar con lo encontrado por García y Martínez en 2011, quienes reportan funcionalidad alta referida por la gestante en un 49% y desde la perspectiva de sus familiares fue de 54.5%.<sup>26</sup> La diferencia porcentual podría deberse primeramente a las condiciones socioculturales de los lugares estudiados que interfieren directamente en los paradigmas familiares. De tal forma que la perspectiva de la propia adolescente gestante varía porcentualmente de la región de Bogotá Colombia a Guaymas, Sonora. Sin embargo consideraremos que quizá un determinante que pudiera ampliar el panorama del fenómeno podría ser la perspectiva familiar la cual no fue estudiada en esta ocasión.

Mientras que Arias y colaboradores en el 2012 encontró familias funcionales hasta en el 27.9%. De tal manera este porcentaje bajo se llegó por las causas de la violencia intrafamiliar, alcoholismo y patologías como depresión como factores de importancia.<sup>31</sup> Por otro lado Galán en su estudio funcionalidad en familia con adolescentes escolarizados, encontró efectividad de la funcionalidad familiar baja en un 62.7%, lo cual difiere con el nuestro donde encontramos 63.1% funcionalidad alta. Posiblemente esto pudiese explicarse por que en la investigación de Galán analizó conjuntamente la efectividad de la funcionalidad familiar, es decir emitió una valoración por familia en contraparte nosotros evaluamos solo la perspectiva del adolescente embarazada.<sup>32</sup>

Sin embargo en el estudio de Herrera se analizaron los resultados obtenidos en esa investigación se apreció que hubo repercusión en todas las familias estudiadas, esta fue moderada en el 54.4% de las familias, seguida de elevada en el 36.8% y leve en el 8.8%. Ninguna de las familias tuvo una repercusión severa, y se encontró un sentido favorable en el 93% de los casos. La mayor cantidad de familias presentaba una estructura nuclear, para un 73.8% de la muestra, seguidas de las extensas 19.2% y las ampliadas 7%. Sin embargo el mayor porcentaje de

los casos tiene una repercusión moderada y favorable, independientemente del tipo de estructura que presente.<sup>32</sup>

En un estudio realizado por Alarcón menciona que la influencia de la educación familiar se presenta el 60% de las adolescentes estudiadas recibieron una educación familiar inadecuada y es más evidente esta característica en las jóvenes que se embarazaron mientras que en los controles se observó en un 37.3% estos resultados nos permiten inferir que todas las adolescentes cuya familia les brindo una educación inadecuada tiene 5 veces de mayor probabilidad de concebir un embarazo en edades tempranas de la vida a diferencias de las que perciben una educación adecuada por parte de sus padres.<sup>33</sup>

## **X. CONCLUSIÓN**

El embarazo en la adolescencia se encuentra con una efectividad alta al encontrar que el 63.1% presentó una efectividad de la funcionalidad familiar alta, el 26.3% tiene un efectividad funcional media y el 10.5% una efectividad familiar baja.

Para futuros estudios similares al presente considero conveniente estudiar la efectividad de la funcionalidad familiar. Los estudios que se tienen consideran que los miembros más objetivos del funcionamiento familiar son los adolescentes.

Así mismo hacer un análisis de las causas de la efectividad funcional media y baja para poder planear intervenciones con el núcleo familiar que favorezcan la mejora de la efectividad funcional lo cual fue una limitación de la presente investigación.

## XI- BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo Nacional de Población. Salud sexual y reproductiva de los jóvenes [En línea]. México: CONAPO; [Consultado en agosto 2014]. Disponible en: [http://saludxmi.cnpss.gob.mx/inpsiquiatria/portal/saludxmi/biblioteca/sexualidad/m2\\_SSR\\_jovenes\\_Conapo.pdf](http://saludxmi.cnpss.gob.mx/inpsiquiatria/portal/saludxmi/biblioteca/sexualidad/m2_SSR_jovenes_Conapo.pdf)
2. Flórez-Nieto CE, Soto VE. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: una visión global [En línea]. Bogotá: Inter-American Development Bank; [2008, Consultado el 23 de abril 2014]. Disponible en: <http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/2171/EI%20estado%20de%20la%20salud%20sexual%20y%20reproductiva%20en%20Am%c3%a9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%3a%20Una%20visi%c3%b3n%20global.pdf;jsessionid=93FF93D57A21A5CF94846F389E308E5A?sequence=1>
3. Tolber K. La adolescente embarazada, características y riesgos psicosociales. *Psicología* 1994; 22(1): 7-13.
4. Faure OF. Factores psicosociales del embarazo en la adolescencia: revision de algunos estudios latinoamericanos. *Rev Mex Psicol* 1993; 10(1): 75-84.
5. Villanueva A, Pérez FM, Martínez AH, García LE. Características obstétricas de la adolescente embarazada. *Ginecol Obstet Mex* 1999; 67(3): 354-359.
6. Langer A, Romero M. ¿Bajo qué condiciones se reproducen las mujeres en México? En: Langer A, Tolbert K. *El embarazo, el parto y el puerperio*. México: The Population Council; 1996. P.13-39.
7. 18. García-Baltazar J, Figueroa-Perea JG. Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. *Salud Pública Mex* 1992;34:(4):413-426.

8. Secretaría de Salud. El entorno de la regulación de la fecundidad en México. México: SSA; 1993.189-215
9. García-Baltazar J, Figueroa-Perea JG. Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. Salud Publica Mex 1992;34:(4):413-42.
10. Secretaría de Salud. Encuesta sobre el comportamiento reproductivo de los adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM 1988). México: Dirección General de Planificación Familiar; 1989.
11. Berk, Laura E. Desarrollo del Niño y del Adolescente. 4ª ed, España: Pearson-Prentice Hall: 2004.250-253
12. Santrock, John W. Adolescencia. 9ª ed. España: Mc Graw-Hill; 2003.
13. Castellano-Barca G, Hidalgo-Vicario MI, Redondo-Romero AM. Medicina de la Adolescencia. 2ª ed. España: Ergon; 2012.p,180-184
14. Atienso Ericka E, Campero Lourdes, Lozada Ana Lilia, Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. Salud pública de México. 2014,56 (3) 286-294.
15. Organización Panamericana de la Salud. La Salud de los Adolescentes y los Jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro. Washington: OPS; 1995.
16. Gómez-Partida G, Ramírez-Robles LJ, Guevara-Rubio G. Embarazo de riesgo alto. En: Martínez y Martínez R. Salud y enfermedad del niño y del adolescente. 7ª ed. México: Manual Moderno; 2013. P. 122-131.

17. Monterrosa A, Bello A. Atención obstétrica en adolescentes. Rev Col Obstet Ginecol 1996; 47(1): 15-22.
18. Ruoti A. Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev Sogia. 1994; 1(2): 70-2.
19. McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Premisas básicas de la orientación familiar en atención primaria. En: Orientación familiar en atención primaria: manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: Springer-Verlag Iberica; 1998. p. 3-17.
20. Engel GL. The need for a new medical model: a Challenger for Biomedicine. Science [Internet]. 1977 [consultado el marzo 2013]; 196(4286)[129-136]. Disponible en: <http://www.sciencemag.org/content/196/4286/129.short>
21. Ávila E, Cid M, García I, González A, Rodríguez P. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Rev cuba pediatr 2002; 74(4):3-4.
22. Louro I. Modelo de salud del grupo familiar. Rev Cuba Salud Pública 2005; 31(4):3.
23. Friedemann ML. Reunión de asesoramiento con docentes y estudiantes de maestría en enfermería con énfasis en salud familiar. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009.
24. Cruz-Márquez M. Embarazo de adolescentes y comunicación familiar: una visión crítica. Rev Trabajo Soc Cienc Soc [En línea]. 2011[Consultado el 11 de abril de 2013]; 61(1)[10-3]. Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen61/marquez.pdf>

25. Bejarano-Celaya M, Contreras-López M, Figueroa-López I, Pacheco-Durán E, Ríos-Figueroa R. Programa interinstitucional de atención al embarazo adolescente en Sonora [En línea]. Sonora: Inst Sonorense de la Mujer; [2011, Consultado el 11 de abril de 2013] ; Disponible en:  
[http://www.cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/sonora/sonmetal1\\_1\\_2011.pdf](http://www.cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/sonora/sonmetal1_1_2011.pdf)
26. García-Rueda A, Martínez-De Acosta C. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. Colombia; Universidad Autónoma de Bucaramanga. Rev Avances Enferm 2011; 29(1) 75-86.
27. Friedemann ML. Reunión de asesoramiento con docentes y estudiantes de maestría en enfermería con énfasis en salud familiar. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Avances de Enfermería 2010; 28(1) 72-82.
28. Friedemann ML, Cardea JM, Harrison M, Lenz ER. An instrument to evaluate effectiveness in family functioning. West J Nurs Res 1991;13(2): 220-241.
29. Gómez-Bustamant E, Castillo-Ávila I, Díaz-Montes CE; Alvis L, Cogollo Z. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala de evaluación de la funcionalidad familiar (ASF-E-20). Av Enferm [En línea]. 2013 [Consultado en junio 2013] 31(2)[ 21-29]. Disponible en:  
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/42688/44191>
30. Friedemann ML. The framework of systemic organization. In: The framework of systemic Organization: a conceptual approach to families and nursing. EEUU: Sage Publications; 1995, pp. 3-31.
31. Arias-Trujillo CM, Carmona-Serna IC, Castaño-Castrillón JJ, Castro-Torres AF, Ferreira-González AN, et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en

adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. Arch Med 2013; 13(2):142-159.

32. Galán-González EF. Funcionalidad en familias con adolescentes escolarizados en Paipa. Av Enferm 2010; 28(1): 72-82.

33. Herrera-Santí PM, González- Benítez I. La crisis normativa de la adolescencia y su repercusión familiar. Rev Cubana Med Gen Integ [Internet].2012 [Consultado en septiembre 2013]; 5: 1-6. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18\\_5\\_02/mgi0352002.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgi0352002.htm)



## XII.- ANEXOS

**Tabla 1**

Funcionalidad familiar según el grupo de edad de las adolescentes embarazadas.

EFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	EDAD EN AÑOS					TOTAL
	15 Fr (%)	16 Fr (%)	17 Fr (%)	18 Fr (%)	19 Fr (%)	Fr (%)
ALTA	8 (14)	11 (19.5)	14 (24.5)	3 (5.2)	0 (0)	36 (63.1)
MEDIA	0 (0)	0 (0)	6 (10.5)	6 (10.5)	3 (5.2)	15 (26.3)
BAJA	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (5.2)	3 (5.2)	6 (10.5)
TOTAL	8 (14)	11 (19.5)	20 (35)	12 (21)	6 (10.5)	5 7 (100)

Fuente: trabajo de campo (encuesta ASF-E) UMF 4, Guaymas.

**Tabla 2**

**EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR  
SEGÚN LA OCUPACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.**

<b>EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>	<b>OCUPACION</b>		<b>TOTAL Fr (%)</b>
	<b>ESTUDIANTE Fr (%)</b>	<b>HOGAR Fr (%)</b>	
<b>ALTA</b>	<b>33 (57.8)</b>	<b>3 (5.3)</b>	<b>36 (63.2)</b>
<b>MEDIA</b>	<b>12 (21)</b>	<b>3 (5.3)</b>	<b>15 (26.3)</b>
<b>BAJA</b>	<b>3 (5.3)</b>	<b>3 (5.3)</b>	<b>6 (10.5)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>48 (84)</b>	<b>9 (15.7)</b>	<b>57 (100)</b>

Fuente: trabajo de campo (encuesta ASF-E) UMF 4, Guaymas.

**Tabla 3**

**EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR  
SEGÚN LA ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.**

EFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	ESCOLARIDAD				TOTAL Fr (%)
	SECUNDARIA Fr (%)	PREPARATORIA Fr (%)	PROFESIONAL Fr (%)	NINGUNO Fr (%)	
<b>ALTO</b>	9 (15.7)	22 (38.5)	2 (3.5)	3 (5.2)	36 (66.1)
<b>MEDIO</b>	0 (0)	3 (3.2)	11 (19.2)	1 (1.7)	15 (26.3)
<b>BAJA</b>	0 (0)	0 (0)	3 (5.2)	3 (5.2)	6 (10.5)
<b>TOTAL</b>	9 (15.7)	25 (43.8)	16 (28)	7 (12.2)	57 (100)

Fuente: trabajo de campo (encuesta ASF-E) UMF 4, Guaymas.

## **ANEXO2**

### **ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

(Versión en español) Autora: Marie Luise Friedemann

#### **CÓMO ES MI FAMILIA**

FAMILIA, aquí son todas las personas que usted considera su familia: familiares, parientes y amigos a quienes acepta como de su familia; familia son todos los que usted siente emocionalmente cercanos o que le preocupan de manera especial; puede ser que vivan en su casa o vivan en otra parte, pero siempre mantienen contacto más o menos estrecho con usted.

En cada número hay tres afirmaciones sobre su familia, lea cuidadosamente y señale con una **X** en el cuadrito inferior del lado derecho la que mejor describa su familia. Si dos de éstas le gustan por su semejanza, seleccione la que considere más parecida a la de su familia. Ninguna afirmación es errónea o equivocada, son formas diferentes de ser de la familia.

NO					
1	C	Generalmente nuestra familia está feliz		En nuestra familia hay rabia y tristeza	En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos
			3		1

NO					
2	M S	En nuestra familia nunca Nos ponemos de acuerdo sobre quien tiene, derecho a hacer alguna actividad Determinada		A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderado o no le importa los otros miembros	Usualmente no solo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia
			1		2

NO					
3	I	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, a veces ayudamos hacerla si beneficia a nuestra familia.		Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, usualmente <b>no</b> participamos, porque <b>no</b> nos sentimos parte de la comunidad	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar.
			2		1

NO					
4	C S	No somos felices, porque no podemos cambiarnos de barrio.		Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente.	Nuestro barrio es peligroso y tenemos que tener cuidado cuando salimos fuera de casa.
			2		3

NO							
5	C	Nos sentimos orgulloso de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias.	3	En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos.	2	Nos parece que otras familias son mas unidas que la nuestra.	1

NO							
6	M S	Algunos miembros de nuestra familia piensan que nadie los entiende.	1	Algunos miembros de nuestra familia algunas veces, creen que no los entendemos bien.	2	Nosotros sabemos cuando alguien en nuestra familia tiene problemas.	3

NO							
7	I	Nos gusta participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos, porque nos gusta enterarnos de lo que está pasando y de lo que hay que hacer.	3	No tenemos tiempo o ganas de participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos.	1	Algunas veces participamos en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos cuando alguien nos invita.	2

NO							
8	C S	Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, por que nos aprecian.	3	Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos.	2	Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano.	1

NO							
9	M S	Si se presenta un problema serio en nuestra familia genera conflicto y produce sufrimiento.	1	Si se presenta un problema serio en nuestra familia todos lo asumimos de manera diferente.	2	Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos juntos.	3

NO							
10	C	En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada.	1	En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos para que todo lo que hay que hacer se haga.	3	En nuestra familia algunos podrían colaborar más.	2

NO							
11	M S	Con frecuencia hay alguien en nuestra familia que no está de acuerdo con la forma en que se toman las decisiones.	2	En nuestra familia tenemos un buen método para tomar decisiones.	3	<b>En nuestra familia no podemos tomar decisiones sin herir los sentimientos de alguien</b>	1

NO							
12	I	Si tenemos problemas en nuestra familia, lo resolvemos nosotros mismos, sin recurrir a las instituciones educativas donde estudiamos o a los sitios donde trabajamos.	1	Si tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, luchamos por nuestros derechos.	2	Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos lo discutimos con las personas comprometidas	3

NO								
13	C	La mayoría de nuestros amigos de la comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos	1	Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos ayudan	3	Nosotros no les contamos nuestros problemas familiares a nuestros amigos de la comunidad	2	

NO								
14	M	Nuestra familia estaría mejor, si no fuera por algunos problemas que hemos tenido	2	Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia	1	Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido	3	

NO								
15	C	En nuestra familia todos podemos opinar	2	En nuestra familia se respeta hasta las opiniones más raras	3	En nuestra familia no podemos expresar lo que realmente pensamos	1	

NO								
16	M	En nuestra familia no nos preocupamos mucho el uno por el otro	1	En nuestra familia cada uno toma sus propias decisiones	2	En nuestra familia somos unidos.	3	



NO							
17	C S	En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás	1	En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás	3	Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia	2

NO							
18	C	En nuestra familia cada uno anda por su lado	1	Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto	3	Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos	2

NO							
19	M S	En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales	2	En nuestra familia no hay nada que celebrar	1	En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales	3

NO							
20	C S	En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos	3	En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad	2	En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice	1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	ABRIL 2013
Número de registro:	PENDIENTE
Justificación y objetivo del estudio:	<b>JUSTIFICACIÓN:</b> El aumento de casos de embarazos, entre adolescentes se analiza hoy como una situación problemática que debe ser pensada en términos de riesgo. <b>OBJETIVO:</b> Determinar la funcionalidad de las familias de adolescentes embarazadas en primer nivel e atención
Procedimientos:	
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNO
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	CONOCER LA SITUACION FAMILIAR Y PODER REALIZAR ACCIONES DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable:

DR. JOSE ELOY ELIZONDO LEÓN

Colaboradores:

DR. JOSÉ LUIS ROBLES, DR PEDRO TREVIÑO, PLESS TANIA MAGALLANES.

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

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



Comisión de Protección Social de  
Salud y Atención Primaria de Salud  
Secretaría de Salud



SECRETARÍA DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Secretaría de Atención

SECRETARÍA DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
Calle de la Salud, s/n, Col. San Andrés Bello, CDMX

0180 60 87 245

PRE-FACTURA DE SERVICIOS

10000000

Para el presente pre-factura, que se emite de conformidad con:

**"ACORDO EN LA ADECUACIÓN Y FUNCIONALIDAD PARA UNA UNIDAD DE  
SERVICIOS"**

El suscrito, en virtud de sus funciones de jefe de la Unidad de Investigación y Planeación de Políticas de Salud y Atención Primaria de Salud, de conformidad con el artículo 100 de la Ley de Salud Pública y de la Ley de Salud, emite el presente pre-factura y la presente pre-factura en virtud de haber sido autorizado por el Comité de Atención Primaria de Salud (CAPS) de la Secretaría de Salud, con la cual se emite el presente pre-factura.

SECRETARÍA DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

PRE-FACTURA

SECRETARÍA DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
Pre-factura de servicios de atención primaria de salud y atención de urgencias en el área de salud

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD