

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94



TITULO:

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES
PRIMIGESTAS EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

CON FINES DE TITULACIÓN DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Investigador Asociado:

María del Rocío Martínez Guerrero

Médico Residente del 3^o año

Curso de Especialización en Medicina Familiar

Matrícula: 98366218

E-mail: chio24_0587@hotmail.com

Teléfono: 5619 2353

Investigador Responsable: Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo

Médico Familiar

Unidad de Medicina Familiar No.94 IMSS.

Matricula: 99366361

E-mail: rodriguin60@hotmail.com.

Teléfono: 57672799 extensión 21465

Investigador Asociado: Dra. Esther Azcarate García

Médico Familiar

Profesor Titular del Curso de Especialización em Medicina Familiar

Matricula: 99176628

E-mail: estherazcarate@gmail.com

Teléfono: 4431572629



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIONES

**Autorizado por el Comité Local de Investigación en Salud N° 3511
No de Registro Institucional
R-2014-3511-32**

Dr. Víctor Manuel Aguilar

Coordinador Delegacional de Investigación en Educación Salud

Dr. Humberto Pedraza Méndez

Coordinadora Delegacional de Educación en Salud

Dr. Celso Marcelo Juarez paredes

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 94

Dr. Guillermo Arroyo Fregoso

Coordinador de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No.94

Dra. Esther Azcarate García

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar No.94

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios ser maravilloso que me dio fuerza y fe para creer lo que me parecía imposible terminar.

A mis padres, por el gran apoyo incondicional para culminar mis estudios, por sembrar en mí el espíritu de lucha, fortaleza y deseos de superación.

A mi Familia por apoyar mis sueños y hacerlo posible al otorgarle el amor y cuidado a mi hijo y por estar a mi lado en cada momento de la vida.

A mi esposo por su apoyo, paciencia y comprensión, en este camino recorrido y por todo el amor incondicional.

A mi hijo Santiago por ser la luz de mi vida, Mi fortaleza y mi mayor motivación para salir adelante.

A mis amigos por todo el apoyo emocional y moral recibido

También me gustaría agradecer a mi asesor, Dr. Rodrigo Villaseñor, por la asesoría brindada, por el tiempo y paciencia en este proyecto. Por compartirme sus conocimientos, por hacer posible lo interminable y por toda la confianza depositada en mí.

Gracias

INDICE

Introducción.....	5
Marco Teórico.....	8
Antecedentes Científicos.....	14
Planteamiento del Problema.....	16
Pregunta de Investigación.....	17
Objetivo del Estudio.....	18
Expectativa Empírica.....	18
Metodología.....	18
Identificación de Variables.....	18
Diseño de Estudio.....	20
Universo de Trabajo.....	20
Población de Estudio.....	20
Muestra.....	20
Determinación Estadística del Tamaño de la Muestra.....	21
Tipo de muestreo.....	21
Procedimiento para la Integración de la Muestra.....	21
Criterios de Selección:	
Criterios de Inclusión y no Inclusión.....	21
Hoja de Recolección de Información.....	21
Descripción del Programación de Trabajo.....	22
Análisis Estadístico.....	23
Difusión del Estudio.....	23
Consideraciones Éticas del Estudio.....	23
Resultados.....	24
Análisis de Resultados.....	32
Conclusiones.....	33
Bibliografía.....	35
Anexos:.....	37
Anexo 1: Cronograma.....	38
Anexo 2: Cuestionario FF-SIL.....	39
Anexo 3: Carta de Consentimiento.....	40

Introducción

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública mundial, afecta a todos los estratos sociales, pero generalmente predominan en la clase de bajo nivel socioeconómico, relacionado mayormente con la falta de educación sexual, esta situación mantiene en focos rojos a la sociedad ya que la mayoría de decesos de muertes maternas en un gran porcentaje se relaciona con la edad materna, durante esta edad, se asocia con mayores riesgos para la salud de la madre y el producto, las madres adolescentes tienen mayor predisposición de tener niños afectados por prematuridad, bajo peso, desnutrición fetal, retardo en el desarrollo y una mayor mortalidad, describiéndose hasta 30 veces más elevada que en hijos de madres adultas.

En la actualidad las cifras de embarazos en adolescente han ido en incremento, debido a que cada día el inicio de su vida sexual es cada vez más temprano, y en muchos de los casos sin tomar las precauciones necesarias como lo es de adoptar algún método anticonceptivo, se sabe de acuerdo a encuestas realizadas que las adolescentes no suelen usar un método en sus primeras relaciones sexuales, a pesar de que 9 de cada 10 adolescentes conoce los métodos, esto trae como consecuencia los embarazos no deseados y no solo ello, si no el contraer enfermedades de transmisión sexual, teniendo así que la mayor frecuencia de estas enfermedades son en adolescentes.

El embarazo en la adolescencia se va a definir como aquella gestación que tiene lugar en mujeres menores de 20 años, un embarazo en edades tempranas interrumpe la vida de las adolescentes, en momentos en que todavía no alcanzan su madurez física y mental y en ocasiones en circunstancias como las carencias nutricionales u otras enfermedades, así como un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

A nivel familiar, se altera la dinámica, situaciones económicas desfavorables, y llega a existir una actitud de rechazo a la adolescente, su pareja y al embarazo.

La función familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Al hablar de dinámica familiar, nos estamos refiriendo al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las cuales se encuentran mediadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto.

Uno de los factores predisponentes que se asocia con la presencia de embarazos a edades tempranas es la presencia de la disfuncionalidad familiar, que puede ir desde, la falta de atención al adolescente durante su desarrollo, la separación de la familia o la ausencia de uno de los padres, la familia con un solo padre suele traer consigo problemas tanto en lo que compete a los hijos, como en la estabilidad emocional del progenitor, asumiendo la responsabilidad en la toma de decisiones y enfrentamiento a las crisis normativas y paranormativas del ciclo vital de la familia, lo que incide en la funcionalidad familiar

La familia, es el eslabón más importante de la cadena humana, tiene una función decisiva en la educación de los hijos, incluyendo la sexual, de modo que la separación entre padres e hijos trae como resultado numerosos trastornos. Por lo que el adolescente debe tener participación en las decisiones importantes que afecten a la familia, que se les distribuya de manera responsable, así como se les confiera libertad para la toma de decisiones sobre su vida de acuerdo al grado de madurez y bajo la supervisión de los padres, así como brindarles mayor calidad del tiempo disponible, demostrarles confianza, solidaridad y sobre todo demostrar afecto

El rol que desempeña la familia ante el embarazo precoz, resulta decisivo para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la gestante adolescente y del recién nacido, tratándose de un complejo proceso en que no sólo es importante tomar en consideración los riesgos biológicos sino también factores psicosociales que contribuyen en el desarrollo de la nueva sociedad.

Marco Teorico

Entendemos por adolescencia de acuerdo a la definicion dada por la Organizacion Mundial de la Salud (OMS), como el periodo que abarca de los 10 a los 19 años de edad, en donde el ahora adolescente sufre cambios fisicos, cognitivos y psicosociales, considerandose como una etapa de transicion pasando de la niñez a la juventud,¹siendo altamente vulnerables, a las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva,la palabra adolescencia deriva de “adolescer” cuyo significado se refiere a crecer y desarrollar hacia la madurez²

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, señala que la adolescencia es una etapa en la que se establecen patrones de comportamiento para la vida al transitar de la niñez a la edad adulta.³Considerándose que las decisiones tomadas durante este periodo serán decisivas para el futuro del individuo.

Se estima que hay 1,200 millones de adolescentes y 1,700 millones de jóvenes en el mundo. De acuerdo a las ultimas estadisticas reportadas por el INEGI 2011, se menciona que en México existen 159,904 jovenes de entre 15 a 29 años de los cuales un 30.4% corresponde a los adolescentes de la poblacion total registrada. ⁴

A la adolescencia se le puede dividir en tres etapas:

1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, se considera como el periodo peri puberal, que implica cambios corporales y funcionales entre ellos como la menarca.

Psicológicamente Inicia a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no tiene control de sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. – Adolescencia media (14 a 16 años)

Se considera como la adolescencia propiamente dicha; cuando ya ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales

Salud sexual y reproductiva

La ENSANUT del 2012 menciona que la salud sexual y reproductiva se va a definir como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo se refiere a la ausencia de enfermedades propias del aparato reproductor y sus funciones.

El inicio de la vida sexual es una situación relevante que influye de manera muy importante en la vida de los y las jóvenes, sobre todo en las mujeres ya que no siempre de llevaba a cabo el patrón de unión - inicio de actividad sexual – reproducción.⁵

El embarazo adolescente o embarazo precoz se define como aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad o comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia.⁶

De acuerdo a la OMS lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen"⁷

El embarazo y la adolescencia son dos etapas en la vida que no deben combinarse, ya que ello representa mayor riesgo para sufrir consecuencias graves como muerte materna, infecciones y problemas para volver a embarazarse.⁸

En México, la edad de inicio de las relaciones sexuales ha disminuido en los últimos años. La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 (ENADID), indicó que 61,8% de las adolescentes de entre 15 y 19 años, sexualmente activas, declaró no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual

Teniendo así que cada año en México, cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, lo que equivale al 27.6 por ciento del total, dichas adolescentes tienen rangos de edades que van de los 10 hasta los 19 años

En 2011, nacieron en México 472,987 niñas y niños cuyas madres eran menores de 19 años; de ellas, 11,521 tenían menos de 15 años. Esta cifra implica que prácticamente uno de cada cinco partos en México se registra en esos grupos de edad. Según el INEGI, los estados con mayor porcentaje de embarazos adolescentes

son: Chihuahua, Coahuila, Durango, Nayarit, Sonora y Sinaloa. Es de destacarse que entre la población femenina adolescente, el 25% no tiene acceso a métodos anticonceptivos, mientras que para el resto de las mujeres el no acceso es de 12.4%.

Se tiene el reporte de una encuesta realizada en México a los adolescentes en cuanto al conocimiento y el uso de anticonceptivos, en donde se observa que el 90% de la población adolescente a nivel nacional conoce o a escuchado hablar de un método, el porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que han iniciado vida sexual es del 23%, con una proporción mayor en hombres con 25.5%, en relación con las mujeres, con 20.5%. Del total de adolescentes sexualmente activos, 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual; se muestran que del total de las mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9%) alguna vez ha estado embarazada y 10.7% estaba cursando un embarazo al momento de la entrevista, teniendo que la tasa de fecundidad en 2011 de las mujeres de 12 a 19 años de edad fue de 37.0 nacimientos por cada 1 000 mujeres, superior a la observada en años pasados.

Los resultados muestran que ha habido un incremento en los nacimientos en mujeres adolescentes de 2005 a 2011 de 30.0 a 37.0 respectivamente por cada mil mujeres, datos que indican que debe tener mayor importancia la promoción de la salud y educación sexual entre los adolescentes ²

Dentro de algunas causas del embarazo en la adolescencia, se encuentran las siguientes:

- Matrimonio a edades tempranas, así como el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer.
- Práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos.
- Presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales.
- Consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, que puede estimular la actividad sexual no deseada.
- Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el poco acceso a ellos.
- Falta de una buena educación y orientación sexual.

Consecuencias de un embarazo temprano

La OMS considera que el embarazo en las adolescentes es de alto riesgo por diversos factores, entre ellos destaca el elevado riesgo de muerte durante las fases del embarazo, parto y puerperio; así como las vulnerabilidades que enfrentarán las

madres adolescentes, dado que algunas de ellas están en situación de marginación, inequidad de género y pobreza.⁹

Las consecuencias y efectos negativos que se presentan como repercusión de la presencia de un embarazo temprano, de acuerdo a varios autores y dependencias coinciden que su principal consecuencia será en la salud tanto de la madre como del producto, ya que la adolescente corre el riesgo de presentar anemia, preeclampsia, complicaciones en el parto y enfermedades de transmisión sexual; por lo tanto un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo. Así mismo los bebés de madres adolescentes tiene una alta tasa de mortalidad y tienen mayor riesgo de presentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral, estos niños experimentan mayor problemas de conducta y alteraciones en el funcionamiento intelectual.¹⁰

Desde el punto de vista psicológico: la reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, teniendo en a sabiendas que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como “factores suicidógenos circunstanciales”.

En la situación psicológica de la adolescente se acumulan los problemas propios de la adolescencia secundaria a la adaptación, más los que surgen durante el embarazo, así como los que se presentan con los miembros de la familia y la perturbación por las decisiones que se han de tomar.¹¹

En el contexto social influyen en las escasas oportunidades para continuar con su escolarización, para su inserción en un empleo, así como la disfunción y la estabilidad en la familia.¹²

Se dice que biológicamente la edad ideal para que una mujer pueda ser madre es antes de los treinta años, ya que fisiológicamente, su desarrollo y la fertilidad alcanza su máximo entre los 20 y 25 años, además que durante esta etapa un gran porcentaje no presenta enfermedades crónicas, siendo esta edad la favorable para un embarazo, ya que después de los 30 años la fertilidad comienza a disminuir.¹³, mas sin embargo muchas mujeres a esta edad emocionalmente no están listas para aceptar las responsabilidades, el compromiso y el cambio del estilo de vida que implica la llegada de un bebé. Por estas razones, que se suman a la estabilidad económica, metas de la carrera profesional, objetivos personales y otras situaciones más, son la razón por la que hoy en día muchas mujeres inician su maternidad después de los 35 y hasta los 40 años, cuando en generaciones anteriores a esas edades ya se consideraban o eran abuelos.

El embarazo en la adolescencia constituye un acontecimiento biológico con implicaciones psicológicas y sociales que han variado a través de las épocas. En

ocasiones aparece como un hecho no deseado que desestabiliza a la adolescente, su relación con el medio y en especial con su grupo familiar ²

Algunos factores predisponentes que se deben tomar en cuenta para la maternidad en edades tempranas son, la aparición temprana de la menarca, la desintegración familiar, inicio de las relaciones sexuales de manera precoz, la libertad sexual, así como algunas situaciones particulares entre ellas la prostitución, violaciones, incestos y aquellas adolescentes con problemas o déficit mental.

Las complicaciones que pueden llegar a presentar la madre adolescente, inician desde el estilo de vida que llevan, ya que las madres adolescentes son más dadas a demostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol, abuso de drogas; alimentación muy deficiente, poniendo en riesgo al producto para un crecimiento inadecuado e infecciones

Otra de las situación que pueden poner en peligro el periodo de embarazo es el inicio tardío del control prenatal, ya que estas paciente acuden tardíamente o no asisten, las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de complicaciones como una toxemia, hipertensión, anemia importante, parto prematuro y/o placenta previa. El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años, así mismo tienen mayor riesgo de tener bebés de bajo peso al nacer, teniendo de 2 a 6 veces más probabilidades, su principal resolución del embarazo en madres adolescentes es por vía abdominal, fundamentalmente por la desproporción pélvico fetal (ya que la pelvis de la adolescente no tiene el tamaño adecuado para permitir el parto), sobre todo en adolescentes jóvenes que no han completado en su totalidad su desarrollo físico.

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente ¹⁴ ya que en la literatura se describen: abortos, anemia, infecciones urinarias, bacteriuria asintomática, hipertensión gestacional, preeclampsia-eclampsia, escasa ganancia de peso, malnutrición materna, hemorragias asociadas con afecciones placentarias, parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción cefalopélvica y operación cesárea, como principales complicaciones.

El embarazo en la adolescencia es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. ¹⁵

En la adolescente embarazada suceden, respecto a su edad, tres etapas con características diferentes con formas distintas de enfrentar un embarazo:

1. Adolescencia temprana (10 a 13 años): Ligada a su madre, negación del embarazo, la maternidad provoca depresión y aislamiento, no hay lugar para el padre. El varón está ausente en sus planes. ¹⁶

2. Adolescencia media (14 a 16 años): Dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento de la afirmación de independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y orgullo. El padre tiene un lugar: El varón es considerado importante como una esperanza en el futuro.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años): Adaptación al impacto de la realidad, sentimientos maternos. Búsqueda de afecto y compromiso de parte del varón y establecimiento como un futuro compañero

El embarazo no planeado en los adolescentes es el producto de la falta de información sobre los anticonceptivos, el sexo sin protección, la falla anticonceptiva o el uso incorrecto de anticonceptivo. Se asocia también a prácticas de riesgo como el alcoholismo y la drogadicción.¹⁷ Independientemente de ser deseado o no, el embarazo en las adolescentes puede poner en riesgo la vida de la madre.

Las adolescentes recurren al aborto por razones tales como el temor, la vergüenza y la desesperación por no sentirse capaces de cuidar un bebé o no saber cómo podrán continuar su educación⁵, las complicaciones por abortos inseguros son también una causa de morbilidad materna en adolescentes. En comparación con las mujeres adultas, las adolescentes recurren a la interrupción del embarazo en etapas avanzadas del embarazo, aumentando el riesgo reproductivo¹⁸

Debido al estigma asociado con el embarazo fuera del matrimonio y el aborto, las adolescentes muchas veces no procuran abortos legales y seguros.¹⁹

Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto,²⁰ por lo cual es importante, mantener vigilancia estrecha en las adolescentes en el primer nivel de atención, implementando medidas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia, utilización adecuada de los medios de comunicación, estimular a los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas relacionados con cada etapa de la adolescencia.

Entendiendo así que las causas de embarazos a edad tempranas se relaciona con la pobre información que algunos tiene sobre su sexualidad, así como el bajo nivel educativo o económico, teniendo como otro factor importante la función familiar en que se encuentre viviendo, ya que es bien sabido que en México la familia es la responsable de la formación y realización plena de los individuos, siendo los padres los responsables de la formación.

La aparición de un embarazo adolescente obliga a que la familia tenga una nueva reorganización de sus miembros ya que se crean nuevas necesidades, para encontrar nuevamente el equilibrio familiar, ya que inicialmente esto puede ser causa de rechazo, sorpresa y frustración.²¹

Por lo tanto, el funcionamiento familiar, es aquel que va ha permitir a la familia a cumplir exitosamente con los objetivos y funciones, es decir la satisfaccion de las necesidades afecto-emocionales y materiales, asi como la transmision de valores eticos y culturales, proceso de socializacion de sus miembros, establecimiento de patrones para inter-relacionarse, el desarrollo de la identidad personal y la adquisicion de la identidad sexual ²²

Antecedentes Científicos

Existe diversas publicaciones en la literatura médica que hacen énfasis a la función familiar y el embarazo en la adolescencia, algunas que podemos localizar se enlistan de la siguiente manera:

En el 2012, Guridi y colaboradores estudiaron una población de 53 adolescentes embarazadas, atendidas en la consulta multidisciplinaria del Policlínico Universitario Mártires de Calabazar durante el período de enero a diciembre del 2010, con el objetivo de caracterizar la familia de dichas gestantes, se aplicó una entrevista semiestructurada, el FF-SIL; los mayores porcentajes correspondieron a las familias monoparentales (79,2%), medianas (52,8%), extensas (62,3%), trigeracionales (68,0%), moderadamente funcional, y una repercusión moderada (32,2%) y favorable (64.2). De los resultados de este estudio se considerara que la gestante adolescente es una paciente especial, desde el punto de vista biopsicosocial, y que, por tanto, requiere de atención especializada por un equipo multidisciplinario, haciendo particular énfasis en la prevención de las afectaciones del embarazo precoz en la esfera personal y familiar, así como el manejo adecuado de los problemas que se presenten durante su seguimiento.²¹

Algunos autores (Maddaleno y colaboradores en 1995; Cruz y colaboradores en el 2007; Israel y colaboradores en el 2005) plantean que la familia y su dinámica son relevantes en las conductas del adolescente y fundamentalmente en las manifestaciones de su sexualidad; describiendo como factores importantes a considerar los modelos de crianza, la satisfacción de necesidades afectivas, la falta de comunicación entre los adolescentes y sus padres, así como la manera en que se resuelven los conflictos.²²

Rangel y colaboradores en el 2004, determinaron el grado de funcionalidad familiar en el caso de adolescentes embarazadas, mediante la aplicación del Apgar familiar, seleccionaron al azar 364 embarazadas entre 12 y 19 años de edad, de enero del 2001 a enero del 2002. Se aplicó a cada adolescente un formulario que consta de dos partes; ficha de identificación y APGAR familiar. Se clasificó como familia funcional, disfunción moderada y severa, concluyendo que la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja.²³

La doctora Herrera (2002) destaca que cada familia reacciona ante los eventos familiares de forma única y particular, ya que el mismo evento puede repercutir de modo muy diferente en una familia y otra, o en un momento u otro. El impacto de los

eventos en la salud familiar depende, en gran medida, de la habilidad y capacidad que tenga la familia para enfrentar los cambios, realizar los ajustes necesarios, actuando en pro de una adaptación a la nueva situación y a la capacidad de abrirse como sistema, permitiendo la relación de sus miembros con otros subsistemas, aceptando la ayuda a la solución de sus problemas, de otras personas, grupos o instituciones, lo que se evidencia en este estudio al reportarse diferentes niveles de repercusión familiar ante el embarazo precoz introduce inevitablemente en la vida del adolescente y de la familia agentes estresantes que con frecuencia se multiplican conforme avanza el proceso de la gestación. El estrés que acompaña a estas situaciones familiares se extiende a toda ella, y esta, puede asumirlo como un evento que la fortalecerá como sistema (de manera favorable) o como algo que romperá su equilibrio. Ante su presencia, la salud familiar depende, en gran medida, de la capacidad que tenga la familia para adaptarse a los cambios que ellos presuponen. Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, esto provoca una enquistación de los conflictos, y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros.²⁴

Planteamiento del problema

El embarazo en la adolescencia se considera un grave problema de salud a nivel nacional y mundial, ya que dentro de las principales problemas y causas de defunciones en mujeres se encuentra las muertes maternas, teniendo gran impacto en la salud pública, ya que la mayoría de ellos son evitables, se debe mencionar que este problema de salud esta emergiendo día con día, considerandose dentro de las principales causas, a las condiciones actuales en la que viven los adolescentes, donde son invadidos por la tecnología, el uso inadecuado de métodos anticonceptivos, la pobre información que algunos tiene sobre su sexualidad y entre otros factores como son el bajo nivel educativo y económico, sin dejar de mencionar a la función familiar en que se encuentre viviendo, ya que la familia es la responsable de la formación y realización plena de los individuos, sin embargo actualmente debido a la modernización han adaptado condiciones sociales cambiantes, favoreciendo así el inicio temprano en las relaciones sexuales y por consecuencia el embarazo a edades tempranas.

Las alteraciones o los conflictos familiares son en muchas ocasiones los factores predisponentes para la presencia de un embarazo precoz, representando una oportunidad para la toma de acciones preventivas y anticipatorias en este grupo de riesgo.

De tal forma, que las prevenciones en el primer nivel de atención hacia el grupo de adolescentes, tienen mucha importancia, destacando la educación respecto al inicio de la vida sexual, ya que una adecuada orientación sexual y el promover el uso de métodos anticonceptivos con énfasis en un embarazo no planeado, favorecerán la reducción de tan alarmantes cifras de este problema de salud, siendo tareas primordiales del médico familiar.

La presente investigación surge como una necesidad, ya que en el primer nivel debe de promoverse el indagar la funcionalidad familiar en adolescentes, identificando oportunamente disfuncionalidad y recomendar terapia familiar en su caso, a partir de la búsqueda intencionada de los factores de riesgo, mediante instrumentos de medición que determinen el impacto que tiene la función familiar en el desarrollo del adolescente.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la funcionalidad familiar que tienen las embarazadas adolescentes en un primer nivel de atención?

Justificación

En México, la situación actual del embarazo adolescente es un problema de salud que impacta y va en aumento, ya que es común escuchar que la niña de secundaria o bachillerato deserte de la escuela a causa de un embarazo no planeado, creándole un conflicto a nivel social, psicológico y biológico, siendo que, a partir de esta situación, sus objetivos y sus planes a largo plazo se ven afectados y en ocasiones truncados, secundario al inicio de nuevas responsabilidades las cuales pudieron ser evitadas.

El inicio de vida sexual en edad temprana, propicia un mayor riesgo para presentar un embarazo en edad adolescente, esta situación es preocupante para el país en la área económica y de la salud, pues el mayor número de complicaciones durante el embarazo y el puerperio se presenta en madres con embarazo en edades tempranas.

Como cuidadores de la salud debemos de brindarle mayor importancia a esta situación que pone en focos rojos a la adolescencia de hoy en día, pues en muchas ocasiones el embarazo en estas edades se debe a la poca o mala información que tienen la juventud acerca del uso de algún método anticonceptivo, así como la poca responsabilidad e interés que tienen al iniciar su vida sexual, que en ocasiones se ve influenciada por la amistades o la pareja para el inicio de las mismas; un panorama importante y que en ocasiones no tomamos en cuenta es la situación familiar en la que se envuelven, ya que la familia es relevante en las conductas del adolescente y sobre todo en las manifestaciones de su sexualidad.

Por lo tanto como médicos de primer contacto nos corresponde la prevención, integrando técnicas y medidas que nos ayuden a prevenir estas situaciones, teniendo mayor interés en el medio en que se desarrollan, fijando los principales objetivos en su dinámica y su función familiar; logrando enfocar a una disfunción familiar como un riesgo para el embarazo en edades tempranas, motivo por el cual se decide realizar este proyecto de investigación.

Objetivo del estudio

Objetivo general:

Determinar la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes en un primer nivel de atención

Objetivo específicos:

Conocer el grado de disfuncionalidad familiar de las embarazadas adolescentes en un primer nivel de atención.

Identificar el área de funcionalidad familiar con mayor afección de adolescentes con embarazo en la unidad medica familiar.

Determinar el numero de embarazos en adolescentes de una unidad medica familiar

Expectativa Empírica

La mayoría de las mujeres adolescentes que se embarazan tienen disfunción familiar.

Metodología

Identificación de las variables

Variables Universales

- ✓ Edad
- ✓ Ocupación
- ✓ Escolaridad
- ✓ Estado civil

Variables de estudio

- ✓ Funcionalidad familiar

Variables universales						
Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorías de la variable
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Todas las pacientes adolescentes embarazadas	Lo referido por el paciente	Cuantitativa Discreta	Razón	De 10 a 19 años
Estado civil	Concerniente a las relaciones de los ciudadanos	Estado actual de la relación sentimental	Lo referido por el paciente	Cualitativo Policotomica	Nominal	1 Soltera 2. Casada 3 Union libre
Escolaridad	Conjunto de cursos de educación escolarizada seguidos en un establecimiento docente	Último grado académico referido en la encuesta	Lo referido por el participante	Cualitativa Policotómica	Nominal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato
Ocupación	Trabajo o actividad en que emplea el tiempo	Tipo de trabajo actividad que realiza y que es referida por la participante	Lo referido por el participante	Cualitativa Policotómica	Nominal	1. Hogar 2. Empleada 3. Estudiante

Variable de Estudio						
Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorías de la variable
Función Familiar	Dinámica que posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados.	Característica de las familias que permiten reconocer su tipo de dinámica.	Con base a las áreas que determinan el funcionamiento de la familia: Cohesion Armonía Comunicación Adaptabilidad Afectividad Roles Permeabilidad	Cualitativa Policotomica	Ordinal	1- Familia funcional (57 a 70) 2- Familia moderadamente funcional (43 a 56) 3- Familia disfuncional (28 a 42) 4-Familia severamente disfuncional (14 a 27)

Diseño de estudio

Es un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

Universo de trabajo

Mujeres adolescentes con embarazo que acuden a consulta en el primer nivel de atención.

Población

Mujeres adolescentes con embarazo que acuden a consulta en el primer nivel de atención derechohabientes del IMSS

Muestra

Mujeres adolescentes con embarazo que acuden a consulta en el primer nivel de atención derechohabientes del IMSS adscritas a la UMF No. 94 durante el periodo del estudio.

Determinación estadística del tamaño de la muestra

No necesaria por tomar la totalidad de embarazadas adolescentes en el periodo de estudio.

Tipo de Muestreo

No probabilístico por conveniencia.

Procedimiento para la integración de la muestra

La integración de la muestra de las pacientes adolescentes embarazadas de la UMF No. 94 del IMSS, será con base al filtro realizado en jefatura médica, servicio de trabajo social (grupo de embarazo de alto riesgo) y en conjunto con el reporte de área de informática médica y archivo clínico (ARIMAC), donde contiene los datos e información necesaria para su localización (nombre, número de afiliación, consultorio, turno y teléfono), una vez realizado el contacto y bajo consentimiento informado se procederá a realizar el llenado del instrumento de funcionalidad familiar (FF-SIL) por medio la autoaplicación.

Criterios de selección:

➤ De inclusión:

- ✓ Pacientes adolescentes con embarazo.
- ✓ Derechohabientes de la UMF No. 94 del IMSS.
- ✓ Aprobación de la adolescente para participar en la investigación bajo consentimiento informado.

➤ De no inclusión:

- ✓ Analfabeta

Hoja de recolección de información

Los datos a recolectar, serán en un formato expreso, el cual obtiene información de los siguientes datos:

Demográficos: edad, ocupación, escolaridad, estado civil.

Programación de Trabajo

(Anexo 1)

Se realizara el proyecto de investigación de acuerdo al cronograma de actividades

Descripción del instrumento

(Anexo 2)

El tipo de función familiar se realizara por medio de Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), elaborado por De la Cuesta, Perez, Louro, (Investigadores de la Maestría de Psicología de la salud en Cuba (1994), el cual a su vez evaluará:

Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de convivencia y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiere

Estas características se expresan en una escala cuantitativa, que va de 1 a 5, y se aplica en una encuesta de catorce preguntas.

CALIFICACIÓN

De 57 a 70 Familia funcional

De 43 a 56 Familia moderadamente funcional

De 28 a 42 Familia disfuncional

De 14 a 27 Familia severamente disfuncional

INTERPRETACIÓN a partir de la suma de los ítems indicados.

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

Análisis Estadístico

Para el análisis se emplearán estadística descriptiva con medidas de tendencia central y los resultados se presentarán en porcentajes y tablas de frecuencia.

Difusión del estudio

Se presentara el trabajo en una sesión academica en la unidad y en articulo de revista médica.

Consideraciones éticas

El presente trabajo se limita a un cuestionario autoaplicable de aspectos sociodemográficos, por lo tanto se considera de bajo riesgo, sin embargo se llevará a cabo bajo bases éticas cumpliendo con todos los principios considerandose de bajo riesgo teniendo en cuenta los riesgos y beneficios que pueda acarrear el estudio para las pacientes, por lo que se realizará solamente bajo el consentimiento informado del mismo asegurando el anonimato y confidencialidad de los datos

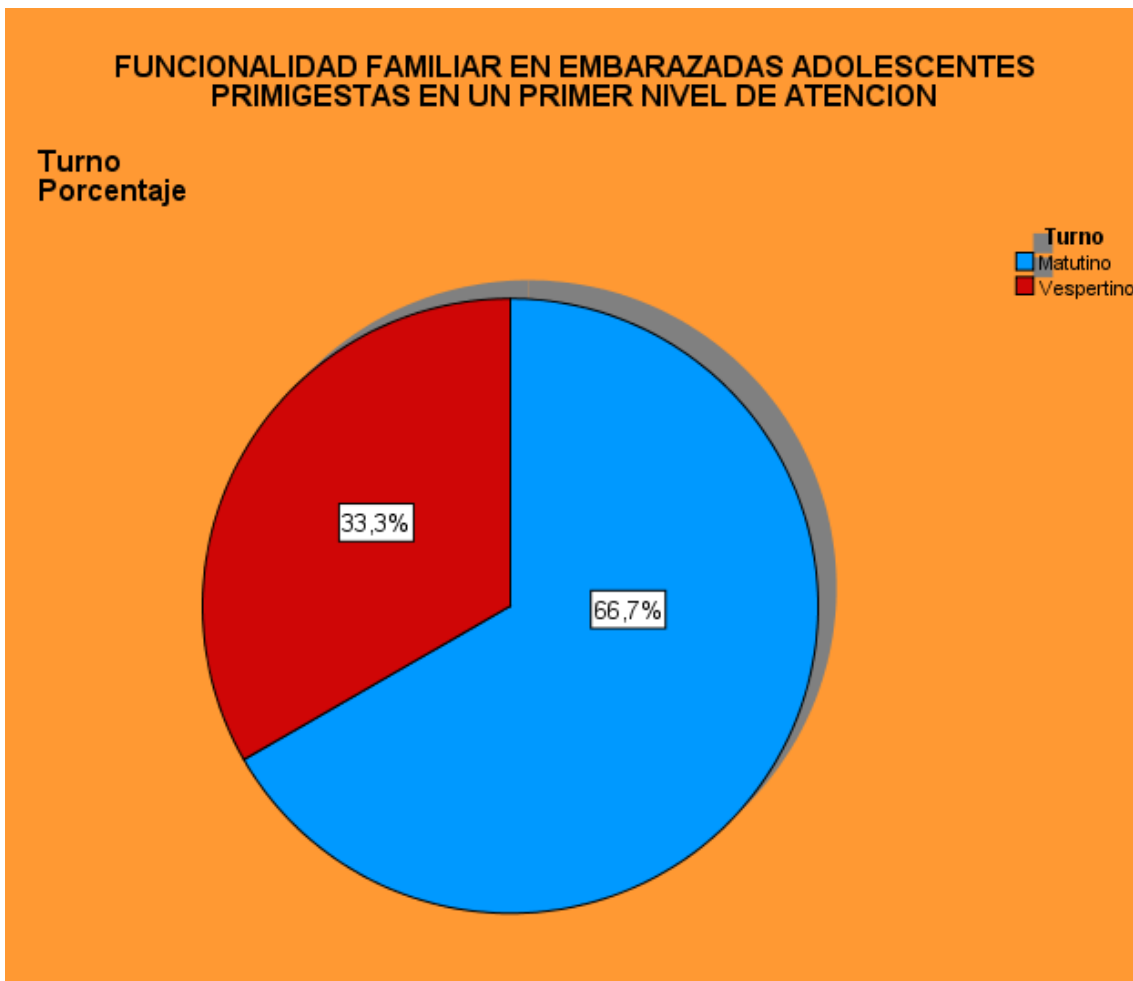
Carta de Consentimiento

(Anexo 3)

RESULTADOS

Cuadro 1 Frecuencia por turno de atención

		Turno			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Matutino	32	66.7	66.7	66.7
	Vespertino	16	33.3	33.3	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

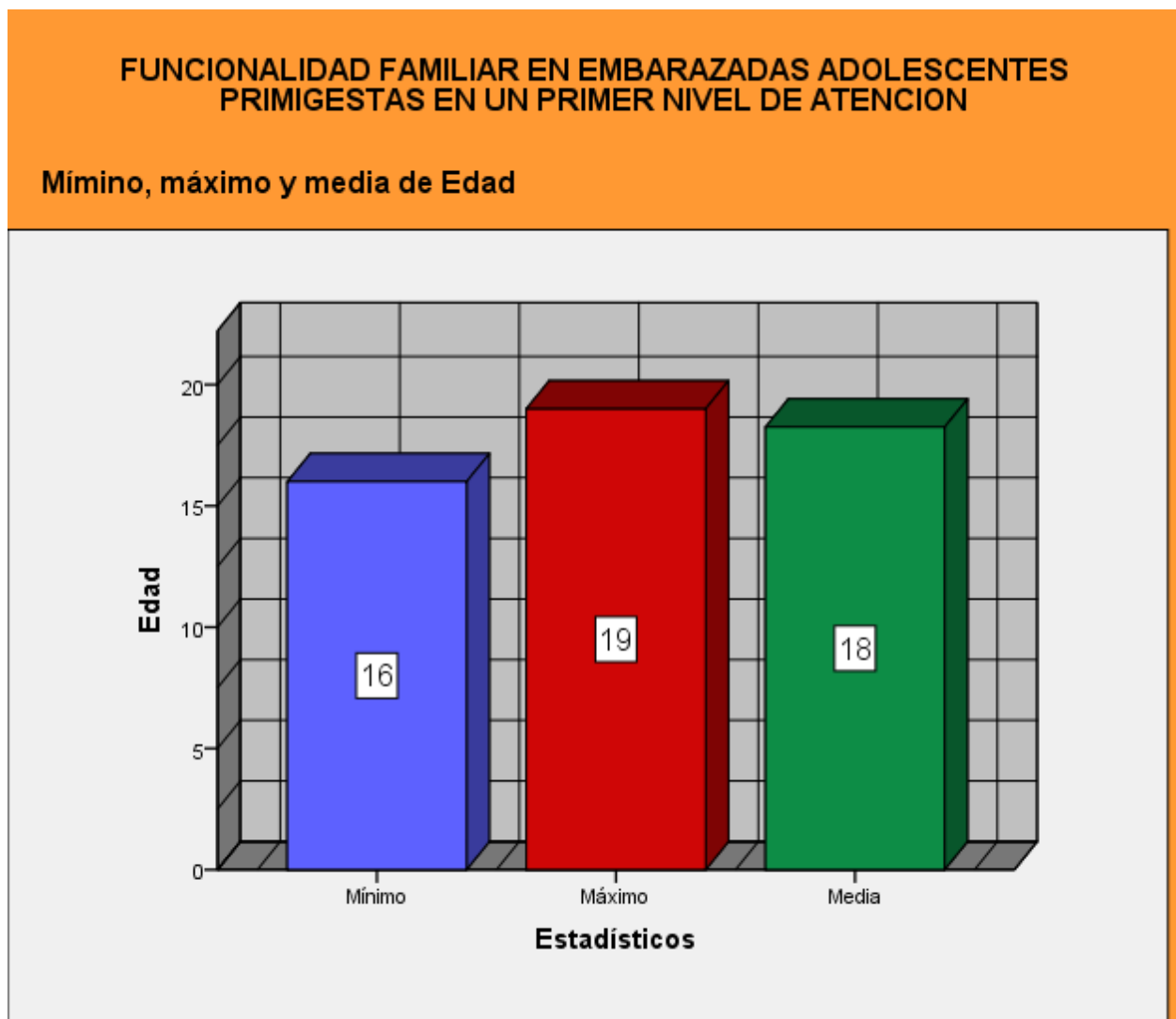


De las 48 pacientes que fueron encuestadas para el estudio de investigación 32 (66.7%) pertenecen al turno matutino y 16 (33.3%) al turno vespertino.

Cuadro 2 Mínimo, máximo y mediana de edad.

Estadísticos descriptivos

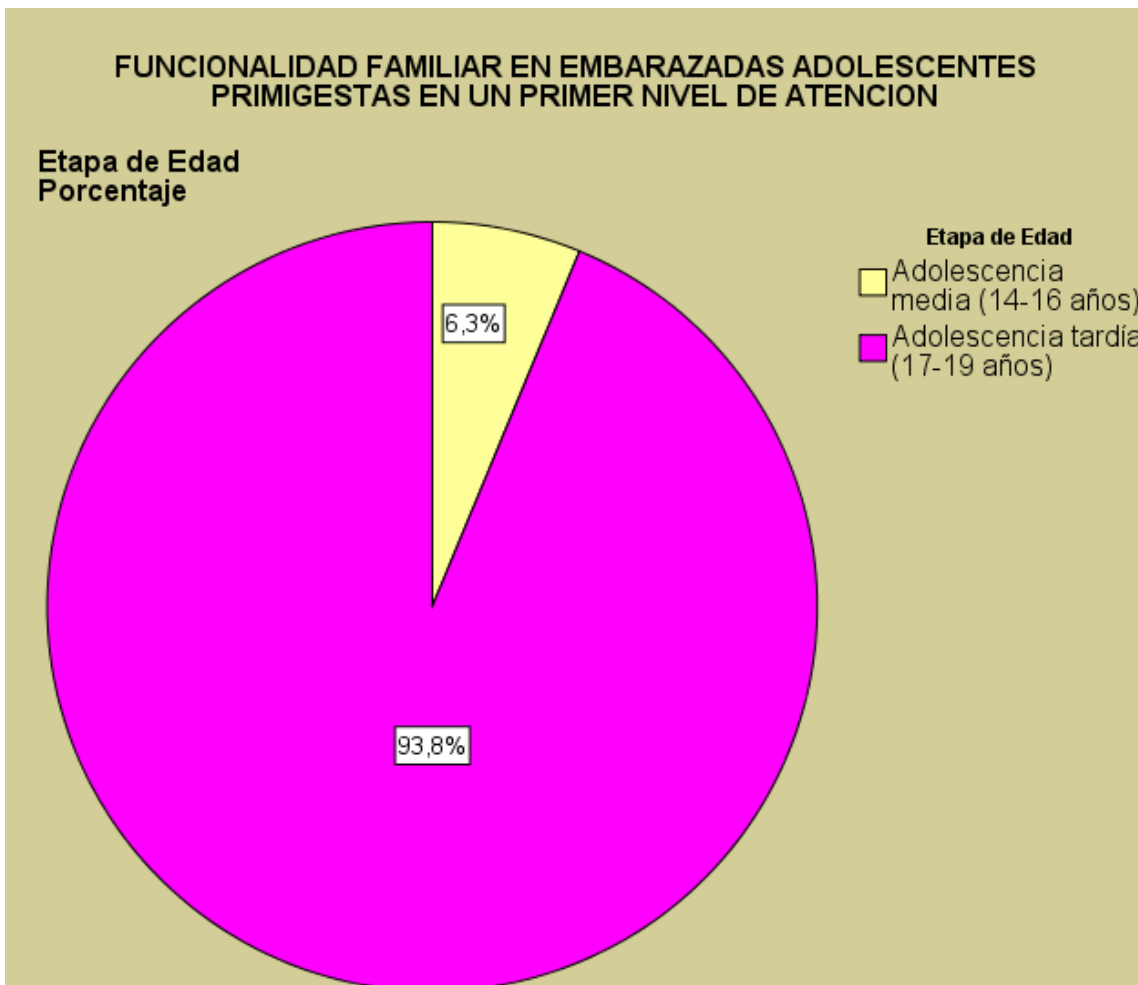
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Standar
Edad	48	16	19	18	.911
N válido (según lista)	48				



El máximo de edad fue de 19 años, la mínima de 16 años y la media de 18 años

Cuadro 3 Etapa de edad

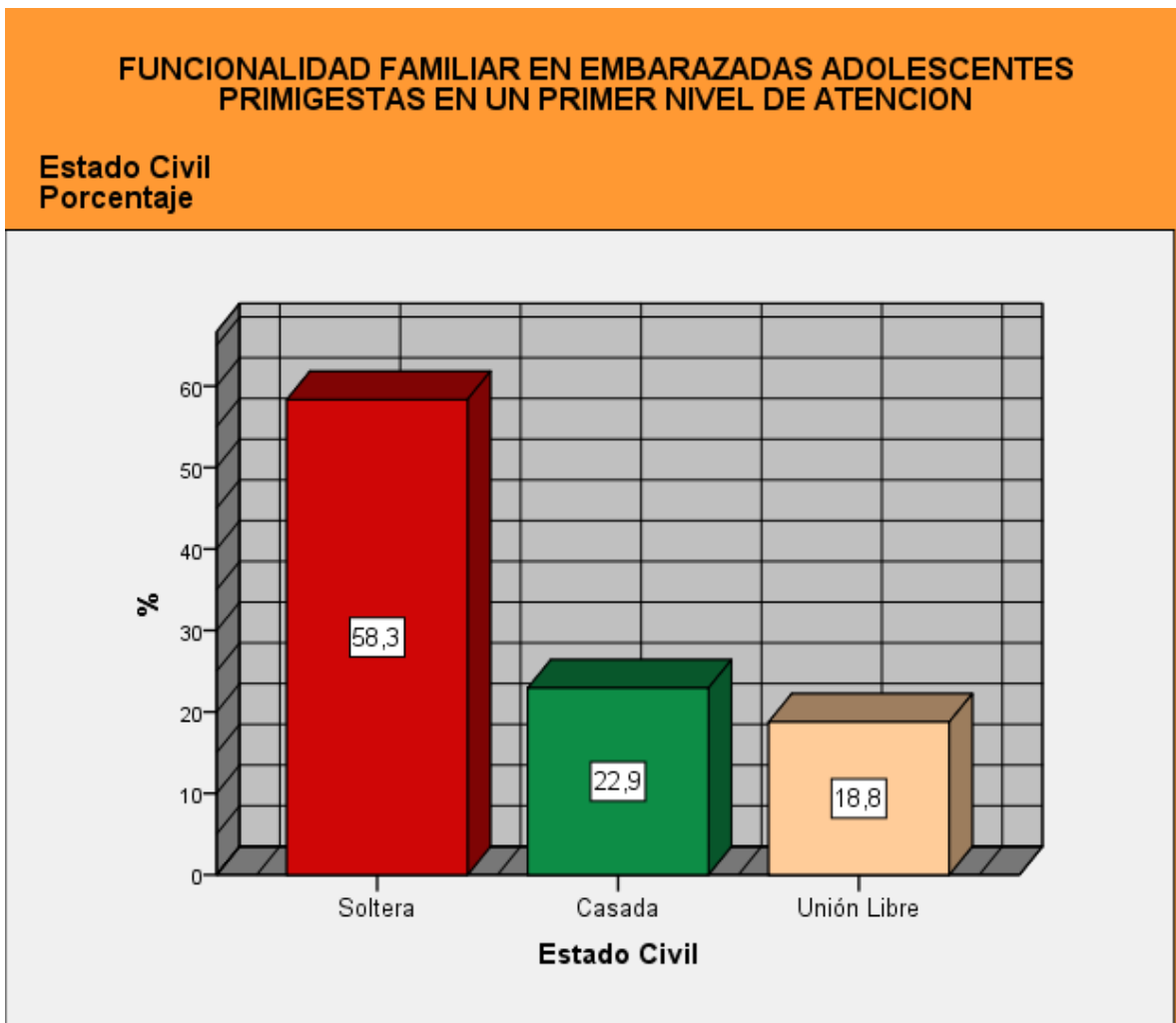
Etapa de Edad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Adolescencia media (14-16 años)	3	6.3	6.3	6.3
Adolescencia tardía (17-19 años)	45	93.8	93.8	100.0
Total	48	100.0	100.0	



De las 48 pacientes 3 (6.3%) se encuentran dentro de la Adolescencia media y el restante 45 (93.8%) en la Adolescencia tardía

Cuadro 4 Frecuencia Edo. Civil

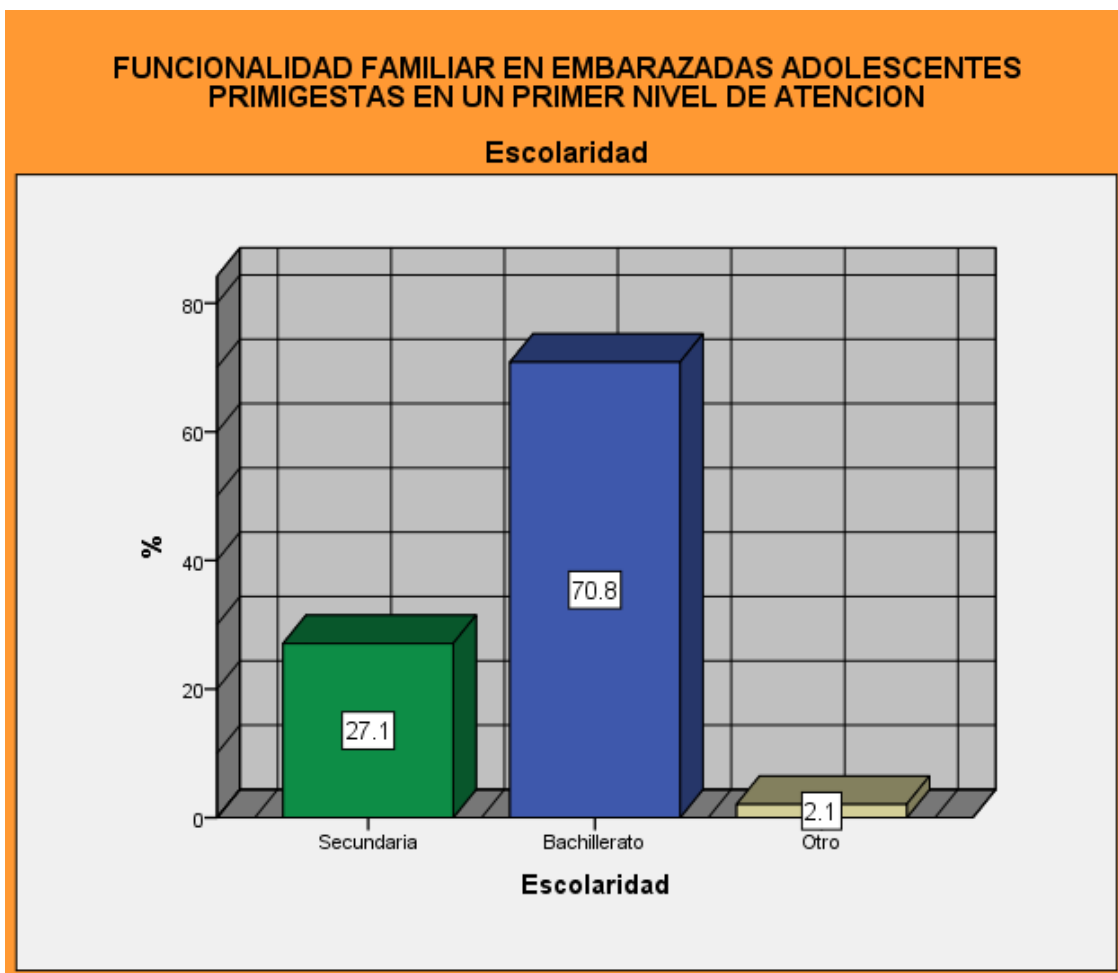
		Estado Civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	28	58.3	58.3	58.3
	Casada	11	22.9	22.9	81.3
	Unión Libre	9	18.8	18.8	100.0
	Total	48	100.0	100.0	



El estado civil de las pacientes, 28 (58.3%) son Solteras, 11 (22.9%) son Casadas y 9 (18.8) están en Unión libre.

Cuadro 5 Frecuencia de Escolaridad

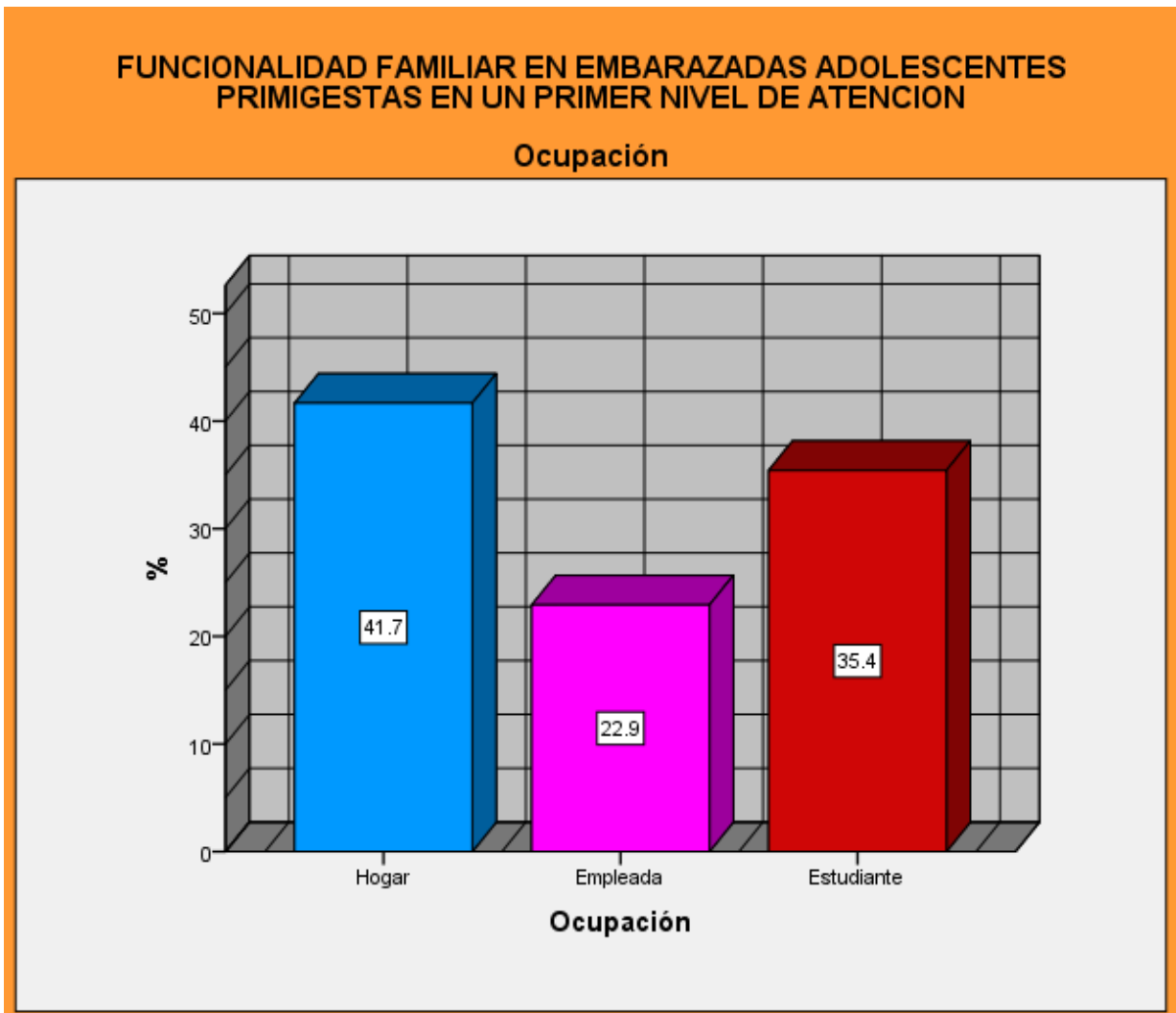
		Escolaridad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Secundaria	13	27.1	27.1	27.1
	Bachillerato	34	70.8	70.8	97.9
	Otro	1	2.1	2.1	100.0
	Total	48	100.0	100.0	



En escolaridad, 13 (27.1%) tienen estudios de Secundaria, 34 (70.8%) tienen estudios de Bachillerato y solo 1 (2.1%) tienen otro tipo de Estudio.

Cuadro 6 Frecuencia de Ocupación.

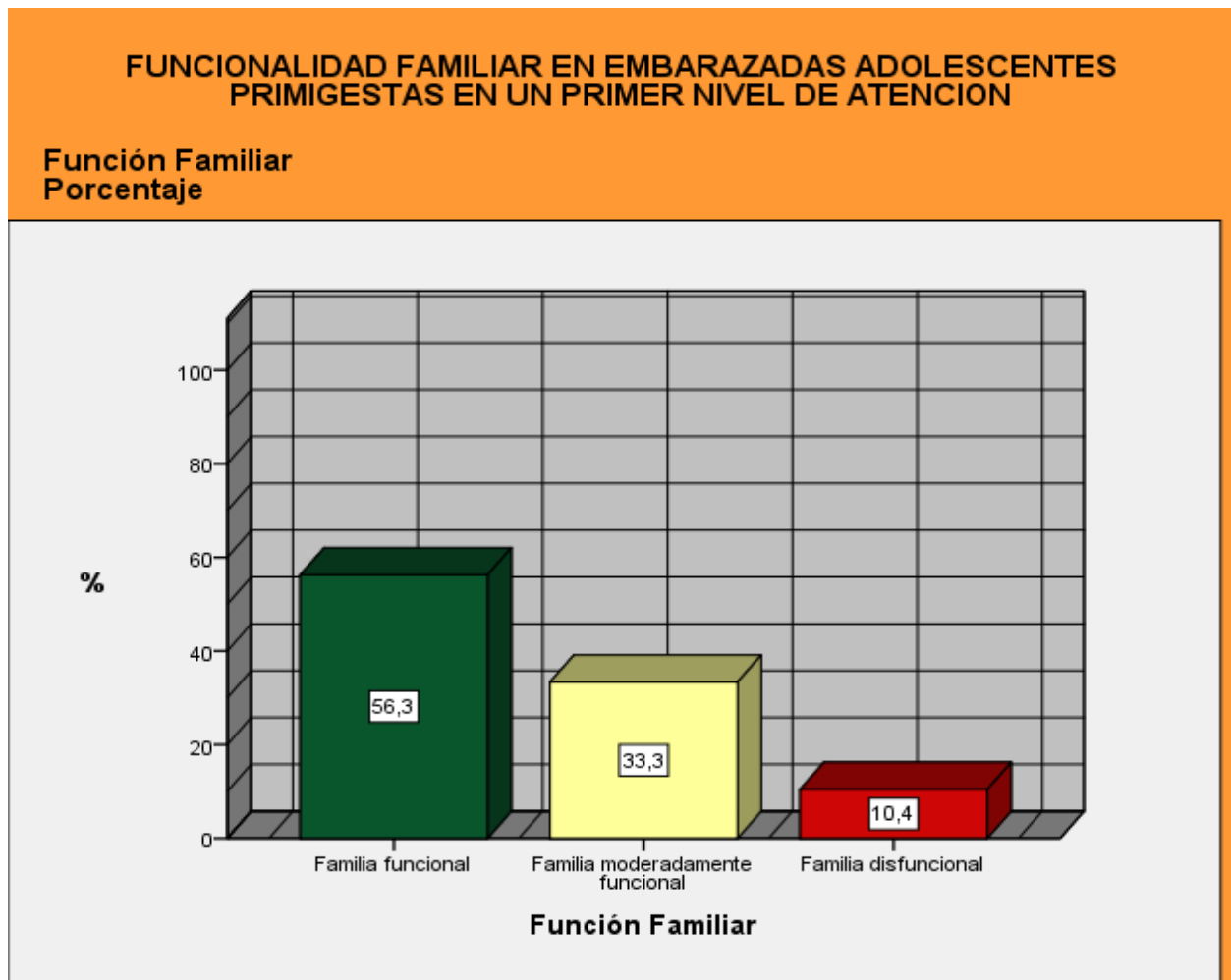
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hogar	20	41.7	41.7	41.7
	Empleada	11	22.9	22.9	64.6
	Estudiante	17	35.4	35.4	100.0
	Total	48	100.0	100.0	



En ocupación, 20 (41.7%) se ocupan al Hogar, 11 (22.9%) son Empleadas y 17 (35.4%) son estudiantes.

Cuadro 7 Calificación de Familia Funcional/Disfuncional

Función Familiar				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Familia funcional	27	56.3	56.3	56.3
Familia moderadamente funcional	16	33.3	33.3	89.6
Familia disfuncional	5	10.4	10.4	100.0
Total	48	100.0	100.0	

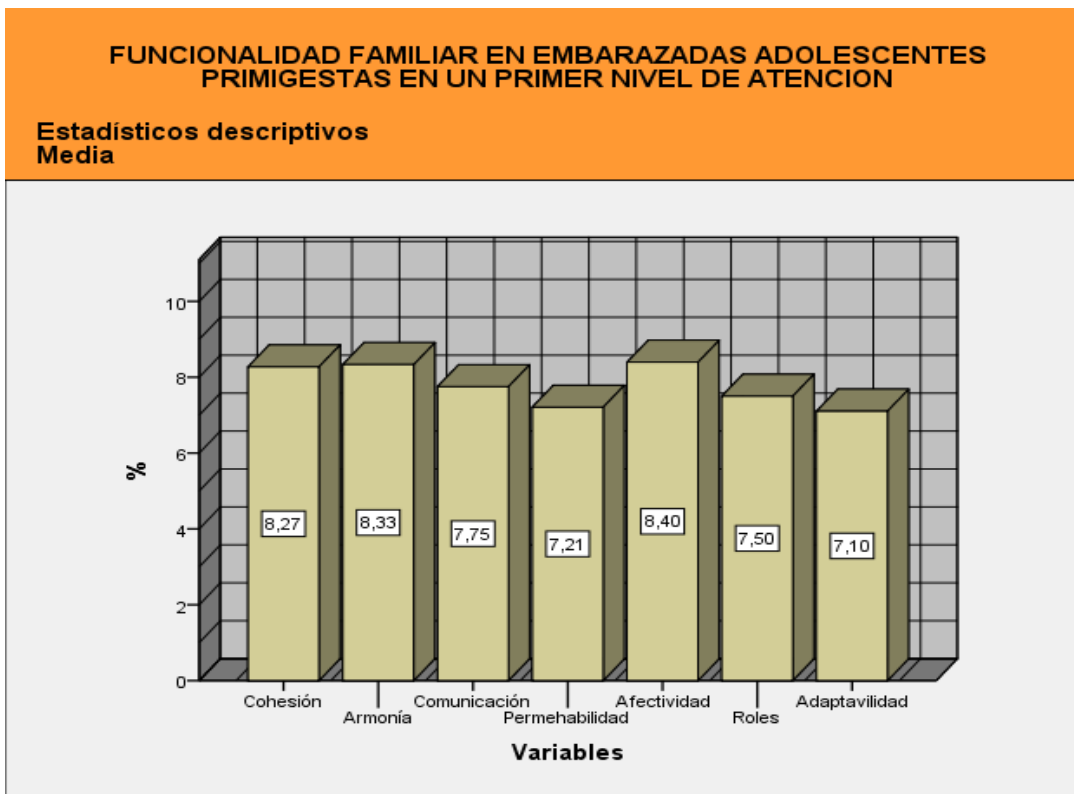


La prueba demostró, que 27 (56.3%) de los pacientes, tienen una Familia funcional, 16 (33.3%) una Familia moderadamente funcional y 5 (10.4%) una Familia disfuncional.

Cuadro 8 calificación de indicadores

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máxim o	Media
Cohesión	48	3	10	8.27
Armonía	48	4	10	8.33
Comunicación	48	3	10	7.75
Permeabilidad	48	2	10	7.21
Afectividad	48	3	10	8.40
Roles	48	4	10	7.50
Adaptabilidad	48	4	10	7.10
N válido (según lista)	48			



Se realizó una suma y la media de las preguntas que marca el instrumento, para calificar los indicadores que agrupan la funcionalidad familiar. Se observa que la “*Afectividad*” es el rubro que mayor media tuvo 8.40% mientras que la más baja fue para la “*Adaptabilidad*” con 7.10%. Es decir, que las familias de las pacientes tienden más demostrarse emociones positivas unos con otros; y menos a ser flexibles para cambiar de estructuras de poder, roles y reglas, ante una situación que lo requiere

ANALISIS

Los datos sociodemográficos, obtenidos se observa que se comportan de acuerdo a lo esperado, encontrándose mayor demanda asistencial de las embarazadas adolescentes predominantemente durante el turno matutino, debido a la mayor accesibilidad a este turno de acuerdo a las actividades que realizan, en esta población se observa, respecto a este mismo diagnóstico, un nivel de escolaridad predominantemente nivel básico y medio superior.

De acuerdo con lo anterior se obtuvo como primer lugar en la ocupación, al hogar y de estas contando con una escolaridad de media superior, mientras una tercera parte solo se encuentra con estudios a nivel secundaria, reflejando este dato que gran parte de la muestra no se encuentra económicamente activa siendo solo un porcentaje mínimo el que se desarrolla en algún empleo; puesto que de acuerdo a la edad y al nivel de estudios que presentan no están fáciles de desempeñarse en una actividad laboral bien remunerada, siendo estas en un porcentaje menor por una pareja sentimental y la mayoría aún dependiente de sus padres ya que de acuerdo a su estado civil un porcentaje mayor al 50 por ciento se encuentran solteras, mientras que un porcentaje menor al 30 por ciento se encuentra casada, siendo esto significativo, debido a que la edad en que se presenta el embarazo, existe menos madurez y más evasión de responsabilidades por la pareja, dejando a la adolescente cursar sola con su embarazo, así mismo y dada la edad referida, más de la mitad inician su vida maternal al cumplir la mayoría de edad.

Debido a que la edad menor a 18 años es considerada como un indicador de riesgo alto para presentar complicaciones perinatales y considerando la media de edad de la muestra es de 18 años, es de esperarse que de acuerdo a la etapa de edad que se encuentran cursando, clasificada como una adolescencia tardía se presente mayor afecto a nivel familiar, ya que durante esta etapa se presentan nuevamente acercamiento a sus padres, esperando así una funcionalidad familiar adecuada.

En nuestro estudio se obtuvo en mayor porcentaje de familias funcionales, encontrándose en poco porcentaje una familia disfuncional, de acuerdo a los indicadores aplicados se observa que el que se encuentra con mayor frecuencia en el núcleo familiar es la afectividad, y siendo la más baja la adaptabilidad, siendo esta más perpetuante, durante un cambio tan drástico como lo es un embarazo en la adolescencia. Es decir, que las familias de las pacientes tienden más demostrarse emociones positivas unos con otros; y menos a ser flexibles para cambiar de estructuras de poder, roles y reglas, ante una situación que lo requiera.

CONCLUSIONES

La mayoría de las embarazadas adolescentes atendidas en la unidad, se observa una tendencia a una adecuada función familiar, siendo entonces esta tal vez la causa no principal pero sí influyente para presentar un embarazo a temprana edad.

Más sin embargo cabe mencionar que aunque la función familiar en general sea adecuada, no exenta que dentro del mismo núcleo se observen carencias dentro de las características que deben existir en una familia para mantener un adecuado equilibrio, puesto que existen indicadores que dejan apreciar que secundario a una mala o deficiente función de la misma pueden ser factor importante para el desarrollo emocional y personal del adolescente, dentro de las funciones más carenciales se observa falta de cohesión, comunicación, afectividad y permeabilidad dentro del grupo familiar, pudiendo ser estos factores predisponente para presentarse un embarazo a temprana edad debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja a temprana edad, siendo esto factor importante para toma de decisiones y afectación en el desarrollo del adolescente.

SUGERENCIAS

Asistenciales:

1. Dada la alta frecuencia de riesgo para presentar en la adolescencia un embarazo, el médico familiar debe reforzar la información otorgada en centros educativos y a la familia, acerca de salud reproductiva
2. Incidir en temas que aun son tabus para algunas familias y no son conversaciones de importancia dentro del núcleo familiar, siendo mal informados por amigos o medios de comunicación.
3. Aun cuando no se encontró una mala función familiar en esta población estudiada, existen muchos otros indicadores que no son tan perceptibles, que de manera importante influyen en el desarrollo del adolescente y que pueden prevenir esta situación

De investigación:

1. Se sugiere efectuar otros instrumentos más específicos en algunos aspectos de la función familiar e incidir en las funciones básicas de la familia que se vean afectadas, así como evaluar su estado emocional del adolescente, antes de presentar un embarazo.

De educación:

1. Reforzar el conocimiento sobre la salud reproductiva y sexual, así como el uso adecuado de métodos anticonceptivos.
2. Fomentar el desarrollo de valores personales, como el respeto a su cuerpo, a la vida, a las decisiones de los demás y al ejercicio de la sexualidad
3. Incidir en las prácticas de riesgo como el consumo de alcohol y drogas, para no perder el control y puedan tomar decisiones adecuadas y responsables sobre el inicio de la sexualidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Trillo M. V, Loreto Q. N, Figueroa V. C, Embarazo adolescente: Problema de salud pública o de intervención social, Revista Culcyt Intervención Social, Año 10, No 49: Especial No 1, CULCyT Enero-Abril 2013
- 2.- Montenegro y Guajardo. (1994). *Psiquiatría del niño y adolescente*. Santiago Salvador.
- 3.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), Resultados Nacional, Instituto Nacional de Salud Pública, pág. 74
- 4.- Gamboa M.C., El embarazo en adolescentes, Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis, mayo 2013
- 5.- Díaz S.V, El embarazo de las adolescentes en México, GacMédMx Vol.139, Suplemento No. 1, 2003
- 6.- Encuesta Nacional de Juventud 2000. Secretaría de Educación Pública, México, D.F., Instituto Mexicano de la Juventud; 2001.
- 7.- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Prevención del embarazo adolescente, Una Mirada Completa, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.
- 8.- Sánchez S. K, *Iniciativa binacional contra embarazos prematuros*, Por: Milenio, Locales, Miércoles, 03/20/2013, [en línea]
9. Instituto Mexicano del Seguro Social, coordinación de comunicación social, Embarazo y adolescencia, combinación que conlleva complicaciones de salud, México, D.F., a de 13 de julio de 2012. No. 076.
- 10.- CONAPO, Proyecciones de la Población de México, 2010-20130, abril 2013.
- 11.- Confederación de Adolescencia y Juventud de América Latina y el Caribe, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- 12.-Día Mundial del Embarazo NO Planificado en Adolescentes, 26 de septiembre Del 2012, Gobierno del Estado de Veracruz
- 13.- Dictamen de la Comisión de Desarrollo Social, con proyecto de decreto que Adiciona una fracción VI al artículo 19 de la Ley General de Desarrollo Social, Gaceta Parlamentaria, Número 3706-III

- 14.- Ehrenfeld L. N, *Embarazo en adolescentes: encrucijada de varios universos*, en Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, Año 19, Núm. 45, Enero-Junio de 1999, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- 15.- Laffita B A, Ariosa JM, Cutié S. J. Adolescencia e interrupciones del embarazo. RCOG.
- 16.- Ulanowicz M, Parra K E, Wendler G. E., Riesgo en el embarazo adolescente, Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 153 – Enero 2006.
- 17.-Welti C, La fecundidad adolescente en el Estado de México, México: Consejo Estatal de Población; 2001
- 18.- Campero C. L, Atienzo E. E., Suárez L, L, Hernández P. B., Villalobos H. A., Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas, Gaceta Médica de México. 2013; 149:299-307
- 19.- Collado M, Alva R, Villa L, López E, González de León D, Schiavon R. Embarazo no deseado y aborto en adolescentes: un reto y una responsabilidad colectiva. Género y Salud en Cifras. 2008; 6:17-30.
- 20.- Panduro B. G, Jiménez C. M., Pérez M. J., Panduro M. E., Peraza M. D, Quezada F. N, Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales, GinecoObstetMex 2012;80(11):694-704
- 21.- Guridi G. M., Franco P. V., Guridi L. Y., Cabana P.A, Fernández B. A.,Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar, Psicología de la salud, marzo 6, 2012
- 22.- Zaldívar P. D. ,Funcionamiento familiar saludable
- 23.- Rangel, J.L., Valerio L., Patiño J., García M., Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada, Rev. FacMed UNAM Vol.47 No.1 Enero-Febrero, 2004.
- 24.- Herrera S.P., González I., La crisis de la adolescencia y su repercusión familiar, Revista Cubana Medicina General Integral, 21(1) 410-52, 2002.

ANEXOS

ANEXO 1

Tiempo Actividad	2013				2014							2015
	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene- Mar	Abr	May- Jun	Jul- Ago	Sep- Oct	Nov	Dic	Ene- May
Planteamiento del problema	R	R	R									
Delimitación de Objeto de estudio	R	R	R									
Realización de Anteproyecto		R	R									
Aprobación por el Comité Local de Investigación				P	P	P	P	P	P			
Integración de la muestra									P	P		
Llenado de hoja de recolección de datos										P	P	
Concentración de resultados										P	P	
Análisis de datos y elaboración de resultados											P	P
Revisión de trabajo terminado por Comité Local de Investigación											P	P
Impresión de trabajo final y difusión del trabajo												R
Elaboración de escrito médico												R

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

OCUPACIÓN: _____

Ítems	INDICACIONES A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, según la frecuencia en que ocurre la situación. Marque con una X donde corresponda.	1 CASI NUNCA	2 POCAS VECES	3 A VECES	4 MUCHAS VECES	5 CASI SIEMPRE	Ítems
2	En mi casa predomina la armonía	1	2	3	4	5	2
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades	1	2	3	4	5	3
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	1	2	3	4	5	4
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	1	2	3	4	5	5
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	1	2	3	4	5	6
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	1	2	3	4	5	7
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan	1	2	3	4	5	8
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	1	2	3	4	5	9
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	1	2	3	4	5	10
11	Podemos conversar diversos temas sin temor	1	2	3	4	5	11
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas	1	2	3	4	5	12
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	1	2	3	4	5	13
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos	1	2	3	4	5	14
	SUME LOS SUBTOTALES DE ESTA LINEA Y OBTENGA LA SUMA TOTAL						
		SUME LAS COLUMNAS					

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO



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:	Funcionalidad Familiar en Embarazadas Adolescentes Primigestas en un Primer Nivel de Atención
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	México D.F. en Diciembre del 2014 en la Unidad de Medicina Familiar 94 Aragón
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la funcionalidad familiar en el grupo de mujeres embarazadas adolescentes
Procedimientos:	El tipo de función familiar se realizara por medio de Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), formado por 14 items, en la modalidad de autoaplicación.
Posibles riesgos y molestias:	Respecto al llenado del cuestionario: responder a la indagación de datos personales.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se limitan a la obtención de la información obtenida con mi participación, orientando respecto al tipo de funcionalidad familiar
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará el tipo de funcionalidad familiar
Participación o retiro:	En cualquier momento del estudio
Privacidad y confidencialidad:	En todos los datos personales, se asegura confidencialidad
Beneficios al término del estudio:	Conocer el tipo de funcionalidad familiar
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo, Matrícula 99366361, Teléfono.: 57672799, Extensión 21465 rodriguin60@hotmail.com
Colaboradores:	Dra. María del Rocío Martínez Guerrero, Matricula 98366218, Teléfono: 56192353 chio24_0587@hotmail.com
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 Cuahtémoc 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	

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

Clave: 2810-009-013