



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

H.G.Z. c/M.F. No. 6, SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, NUEVO LEON

**FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LA  
EMBARAZADA ADOLESCENTE DEL HGZ C/MF No. 6**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**HORACIO MÉNDEZ GONZÁLEZ**  
REGISTRO No. R- 2013 – 1912 - 45

SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, NUEVO LEON

FEBRERO 2016



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.

**FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LA EMBARAZADA  
ADOLESCENTE DEL HGZ C/MF No. 6**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**HORACIO MÉNDEZ GONZÁLEZ**

A U T O R I Z A C I O N E S:

**DRA. MARTHA ELISA HERNANDEZ RAMÍREZ.**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS, ADSCRITO A  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR C/MODULOS DE ENFERMERIA N 66

**DR. HUGO ALEJANDRO FONSECA MONTES**

ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS  
MÉDICO FAMILIAR  
UMF C/ME No 66

**DRA. MARÍA ISABEL CRUZ**

ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UMF c/ME N 66

**DRA. MARÍA ISABEL CRUZ**

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UMF c/ME N 66

**DR. MANUEL FIDENCIO GUERRERO GARZA**

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO EN EDUCACIÓN

**DRA. LAURA HERMILA DE LA GARZA SALINAS**

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO EN INVESTIGACION

**DRA. IRAZEMA ELENA HERNÁNDEZ MANCINAS**

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, NUEVO LEON

FEBRERO 2016

**FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LA EMBARAZADA  
ADOLESCENTE DEL HGZ C/MF No. 6**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**HORACIO MÉNDEZ GONZÁLEZ**

A U T O R I Z A C I O N E S

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

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

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios todopoderoso por darme la oportunidad de descubrir el maravilloso mundo del saber.

A mis padres por confiar en mí y darme la oportunidad que estudiar en esta gran profesión de sabiduría, bondad y salud.

A mí Tío Pepe por ser como un segundo padre y sus valiosos consejos.

A mis hermanas y hermanos por comprenderme en cada paso en mi carrera.

A mí amada hija Shania Avril por ser mi más grande inspiración.

A mí maestra la Dra. Martha Elisa Hernández Ramírez por su gran comprensión, sus valiosos consejos y su disposición para guiarme en el camino de ésta gran profesión.

A mí maestro Dr. Hugo Alejandro Fonseca Montes por su comprensión y paciencia para enseñarme el arte de la investigación.

A mí maestra Dra. María Isabel Cruz por su tiempo valioso para asesorarme en mi educación e investigación.



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1912  
H. G. ZONA -MF- NUM 6, NUEVO LEÓN

FECHA 19/06/2013

**DR. HUGO ALEJANDRO FONSECA MONTES**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**Frecuencia de Disfunción Familiar en la Embarazada Adolescente del HGZ C/MF No. 6**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-1912-45

ATENTAMENTE

  
**DR. (A) ALEJANDRO LÓPEZ VILLARREAL**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1912

**IMSS**

REGISTRADO Y AUTORIZADO EN SALUD

9

MEXICO

Dirección de Prestaciones Médicas  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



2014. Año de Octavo Par.

**Dictamen de Modificación Autorizada**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 1912  
H GRAL ZONA -MP- NUM 5, NUEVO LEÓN

TEOMA 17/09/2014

**DR. HUGO ALEJANDRO FONSECA MONTES**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que la modificación al protocolo de investigación en salud con título:  
**Frecuencia de Disfunción Familiar en la Embarazada Adolescente del HGZ C/MF No. 5** y  
con número de registro institucional: **R-2013-1912-45** y que consiste en:

Cambio de autor responsable

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en  
Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la  
calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es  
**MODIFICACION AUTORIZADA.**

ATENTAMENTE

**DR.(A). CARLOS ALEJANDRO DELGADO CORTEZ**  
PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD No.1912

IMSS

SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

9

**FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LA EMBARAZADA  
ADOLESCENTE DEL HGZ C/MF No. 6**



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

## FACULTAD DE MEDICINA

### Índice general

	Pag.
1. Título	1
2. Índice general	2
3. Marco teórico	3
4. Planteamiento del paciente	11
5. Justificación	12
6. Objetivos	13
General	
Específicos	
7. Hipótesis	14
8. Metodología	15
Tipo de estudio	
Población, lugar y tiempo de estudio	
Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	16
Información a recolectar	19
Método o procedimiento para captar la información	
Consideraciones éticas	20
9. Resultados	21
Descripción de los resultados	
Tácticas y graficas	
10. Discusión	29
11. Conclusiones	30
12. Referencias bibliográficas	31
13. Anexos	34

## MARCO TEÓRICO

Los adolescentes y los jóvenes son dos términos que se emplean en forma indistinta para denominar en forma coloquial a las personas que han dejado de ser infantes, pero que aún no alcanzan la edad adulta. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), los adolescentes son personas que están en el grupo de edad de 10 a 19 años, y los jóvenes comprenden las edades de 10 a 24 años. Se estima que hay 1,200 millones de adolescentes y 1,700 millones de jóvenes en el mundo. El término adolescente en el contexto social es interpretado de forma diferente por las diversas sociedades. En general se considera que la adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, comprendida entre los 10 y 19 años, durante la cual se presenta la madurez. El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica sexual. La OMS estima que para las mujeres de 15 a 19 años el riesgo de morir como consecuencia de problemas relacionados con el embarazo, es el doble de lo que enfrentan las mujeres de mayor edad. En adolescentes de 10 a 14 años, se eleva cinco veces más el riesgo.<sup>1</sup>

La preocupación por la Salud de los Adolescentes ha ido ganando en interés y adeptos en el mundo entero en los últimos tiempos. En 1985 nace la Organización Cumbre del Mundo de lo que fuera la "Juventud Internacional Europea", en 1988 se producen en la OMS intensas discusiones técnicas sobre la juventud y posteriormente se desarrolla país tras país la toma de conciencia en relación con los problemas relacionados con los jóvenes.<sup>2</sup>

El embarazo en la adolescente plantea complejas consecuencias médicas difíciles de evaluar, ya que a veces no es fácil distinguir entre la influencia de la edad y de los otros factores que suelen asociarse a estos embarazos. Según Dickens y Allison, actualmente en los Estados Unidos Americanos las adolescentes que quedan embarazadas se han descubierto sentimientos de autodestrucción, ira y agresión hacia todo lo que configure autoridad, falta de responsabilidad en el gobierno de su propio cuerpo y acciones, y súplicas desesperadas en busca de atención y ayuda. Las dificultades de adaptación a la sociedad y a su propia familia hace que las adolescentes estén aquejadas con frecuencia de diversos problemas psíquicos (depresión, baja moral, insomnio, ideación suicida, bajo rendimiento escolar, etc.) que constituyen la base para que se pueda originar fácilmente el fenómeno del embarazo adolescente.<sup>3</sup>

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces, existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos. En América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años. En Chile, el embarazo adolescente es considerado un problema de Salud Pública grave ya que cada año nacen aproximadamente 40.355 recién nacidos vivos hijos de madres adolescentes y 1.175 hijos de madres menores de 15 años. Así en México la incidencia anual del embarazo adolescente es de 16,16%. Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La

baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El 100% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo, en tanto que la deserción escolar en Chile, a nivel de enseñanza media, incluyendo a quienes desertaron por razón del embarazo, es de sólo 9,9%. La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensión y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes. <sup>4</sup>Según el Dr. Jorge Peláez Mendoza en el año 1996 en Cuba señala que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93 %). Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes.<sup>5</sup>

Datos del I Congreso Mexicano para la Salud de Adolescentes, realizado en Oaxaca en 2005 en relación con la situación mundial señalan, que cada año 585,000 mujeres (una por minuto) mueren por causas relacionadas con el embarazo, de ellas 10 % - 20 % son adolescentes. La incidencia de embarazos en la adolescente en el mundo oscila entre 20 % -25 %, el 40 % de las embarazadas menores de 20 años no hicieron control prenatal. En este grupo etario se presentó con mayor frecuencia la malnutrición y la anemia, cada año 70,000 mujeres mueren por aborto no seguro, 10 % son adolescentes.<sup>6</sup>

El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores riesgos médicos (anemia del embarazo, desnutrición, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor muerte perinatal, etc.), problemas psicológicos en la madre (de presión post-parto,

baja autoestima, quiebre en el proyecto de vida) y una serie de desventajas sociales.<sup>7</sup>Según García Rueda y cols., comentan que en 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>8</sup>

La disfunción familiar es un factor importante que condiciona la aparición de problemas socioculturales y de salud del adolescente, como fármaco-dependencia, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar, depresión, suicidio.<sup>9</sup>

La adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas.<sup>10</sup>

Se estima que en el año 2,000 ocurrieron en México 366,000 nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representó una tasa de fecundidad de 70 por mil mujeres en este grupo de edad. La fecundidad de la población adolescente es la más alta de todo el periodo reproductivo de la mujer.<sup>11</sup>

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, 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 provocara conflictos, y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros.<sup>12</sup>

En el ámbito de la trasmisión transgeneracional, se ha observado que tanto, en zonas rurales como urbanas, las madres adolescentes provenían de familias cuyas progenitoras también lo habían sido en su mayoría, además mayor porcentaje de padres alcohólicos en las adolescentes embarazadas y que provienen de familias numerosas con algún grado de disfunción familiar.<sup>13</sup>

La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros y, sobre todo, de los más jóvenes; a través de la comunicación familiar se transmiten valores, concepciones, acciones y comportamientos sobre sexualidad, la precocidad de la actividad sexual, el ambiente familiar inadecuado y la influencia del grupo social donde se desarrolla la adolescente están relacionados con el actual aumento del riesgo de tener embarazos no deseados, abortos y partos que en esta edad traen consecuencias adversas.<sup>14</sup>

La Disfunción Familiar es el no cumplimiento de algunas de las funciones de la familia como afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus, por alteración en algunos de los subsistemas familiares. El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje

de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad. La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. En 1996 se registraron en la República Mexicana más de 10,000 nacimientos de madres menores de 19 años, y casi 414,000 de madres jóvenes. La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20-34 años. El embarazo en adolescentes constituye un problema desde el punto de vista médico y social.<sup>15</sup>

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a cambios en la funcionalidad familiar, intentando de encontrar de nuevo el equilibrio.<sup>16</sup>

En la familia de la adolescente embarazada hay una menor calidad en la comunicación familiar, y la existencia de algún grado de disfunción familiar como relaciones intrafamiliares complicadas, con o sin violencia y ausencia de uno o ambos padres en el hogar. Una disfuncionalidad familiar se ha asociado con mayor riesgo de tener un embarazo en la adolescencia, incluso se ha observado que las adolescentes difícilmente encuentran apoyo para sus problemas, tanto

dentro como fuera de sus familias, ya que refieren tanto una baja calidad como poca cantidad en las relaciones sociales.<sup>17</sup>

Se señala por Díaz Franco y cols., que si la comunicación intrafamiliar es directa, van a existir actitudes apropiadas hacia la sexualidad de los hijos; pero si es indirecta los hijos pueden desarrollar, tanto conceptos como actitudes erróneas, particularmente en familias uniparentales, en donde el inicio de la vida sexual es 1.5 veces más probable de que se presente, además, una relación de alta calidad con la madre, significativamente disminuía la edad de inicio de la vida sexual en las adolescentes.<sup>18</sup>

Para evaluarla función familiar existen diferentes instrumentos que nos permiten identificar en qué medida se cumplen sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud-enfermedad, por ello existe un conjunto de escalas, formatos y cuestionarios simplificados, los cuales son denominados instrumentos de valoración integral de la familia, facilita la comprensión de sus relaciones, y ayudan al profesional de la salud y a la familia a ver un panorama mayor. Entre estos instrumentos podemos citar algunos como el Índice de funcionamiento familiar, el modelo McMaster, Apgar familiar, Clasificación triaxial de la familia, escala de evaluación familiar (Beavers-Timberlawn), el instrumento FACES III, es una escala de evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad familiar, integra 3 dimensiones de la vida familiar que son Cohesión, Adaptabilidad y Comunicación, cuenta con una escala con 5 opciones (Nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) con valores del 1 al 5 que permite clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión (no relacionada, semi-relacionada, relacionada,



aglutinada) y adaptabilidad (rígida, estructurada, flexible y caótica), la calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones, la calificación en adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares. FACES III en su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere, a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento. Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores.<sup>19</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En nuestro país el tema del embarazo en la adolescente se le ha dado poca importancia, este puede ser propiciado por la falta de apoyo de su familia, ya sea por problemas en la familia, carencias económicas, falta de apoyo para estudio, adicciones en su entorno familiar.

El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer. La presencia de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades.

Esta situación desencadena una gran cantidad de problemas en la propia adolescente, en su familia, entorno social, y así mismo en el área médica.

Debido a lo anterior es necesario conocer la frecuencia de la disfunción familiar en la familia de la adolescente, por lo que nos hacemos la siguiente pregunta.

¿Cuál es la frecuencia de la Disfunción familiar en la embarazada adolescente en el HGZ c/MF No. 6?

## JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es la época de transición desde la niñez a la vida adulta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que la adolescencia se divide en temprana (de los 10 a los 14 años) y tardía (de los 15 a 19) y considera el embarazo en la mujer menor de 19 años como de alto riesgo.

Dentro de la consulta se ha incrementado el número de atención de adolescentes embarazadas, ante esta situación existe alta incidencia a la deserción escolar, bajos logros personales educacionales, desempleo, baja autoestima, cambio en la estructuración funcional familiar, así como mayores riesgos médicos, por ejemplo, desnutrición, parto prematuro, mayor muerte perinatal y maternal, bajo peso al nacer, depresión postparto, también mayor frecuencia de maltrato y abandono infantil, tienen dificultades para formar una nueva pareja estable, por el estigma que en muchos casos es el ser madre soltera.

La interrupción definitiva del proceso de adolescencia para asumir roles paternos y maternos con todas las exigencias, le propicia un ambiente de estresante, manifestando dificultades para independizarse.

Durante el período de enero a diciembre del año 2012 en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 6 se presentó la cifra de 230 embarazos en adolescentes con edades desde los 12 a 19 años de edad.

Se requiere conocer la frecuencia de la disfunción familiar de la adolescente embarazada de HGZ c/MF No. 6, el personal de salud debe conocer la frecuencia de disfunción familiar en la embarazada adolescente para posteriormente con los resultados realizar estrategias para evitar el embarazo en esta etapa de la vida.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Objetivo General**

Determinar la frecuencia de la disfunción familiar en embarazadas adolescentes de HGZ c/MF 6.

### **Objetivos específicos**

Determinar la disfuncionalidad familiar de las pacientes embarazadas, adolescentes del HGZ c/MF 6.

Determinar el promedio de edad.

Identificar el grado de escolaridad.

Identificar el estado civil.

Identificar la ocupación.

## **HIPÓTESIS**

Por ser un estudio descriptivo, no se justifica la hipótesis.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó estudio descriptivo observacional, transversal no comparativo, en una sola medición, prospectivo en embarazadas adolescentes que acudían a la consulta de los departamentos de Medicina Familiar, Enfermedad Materno Infantil (E.M.I.) y Trabajo Social en el HGZ c/MF No. 6 durante el plazo de 8 semanas, se realizará una encuesta mediante la auto-aplicación del FACES III a las embarazadas adolescentes de entre 12 y 19 años de edad., y así mismo se les proporcionó una ficha de identificación del instrumento de recolección de datos.

La muestra fue obtenida por conveniencia.

Los datos obtenidos fueron analizados utilizando estadística descriptiva mediante el paquete estadístico de Excel.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Embarazada de 12 a 19 años de edad.

Que sepan leer y escribir.

Que acudan a los turnos matutino y vespertino de la consulta de medicina familiar, Enfermera Materno Infantil (E.M.I) y Trabajo Social en el HGZ c/MF No. 6.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Adolescentes no embarazadas.

Adolescentes embarazadas que no deseen contestar el instrumento de FACES III familiar.

Adolescentes embarazadas que no firmen el consentimiento informado.

Adolescentes embarazadas que no sepan leer ni escribir.

### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Embarazadas adolescentes que no contesten completamente el instrumento de estudio.

<b>VARIABLES DE ESTUDIO</b>				
<b>Tipo de Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Fuente de Información</b>
<b>Independiente</b>				
Edad	Latín aetas, es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo.	Adolescentes entre los 12 a 19 años.	De razón o rango 1.12-14 años 2.15-19 años	Ficha de identificación del instrumento de recolección de datos.
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Escolaridad al momento de la encuesta.	Cualitativas ordinales 1.No sabe leer 2.Primaria, 3.Secundaria. 4.Preparatoria. 5.Licenciatura.	Instrumento de recolección de datos
Estado civil	Es la condición legal de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Estado civil al momento de la encuesta	Cualitativa nominal Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Unión libre	Instrumento de recolección de datos
Ocupación	Proviene del latín occupatio, se utiliza como sinónimo de trabajo, oficio, empleo y actividad	Es el trabajo, oficio, empleo o actividad al momento de la encuesta	Variable cualitativas nominal 1.Empleado 2.Desempleado	Instrumento de recolección de datos
Tipología Familiar familia	Son las personas que por cuestiones de consanguinidad, afinidad, adopción u otras razones diversas, hayan sido acogidas como miembros de esa colectividad.	Características familiares de acuerdo a su composición Monoparental: solo uno, padre o madre con hijos Nuclear: pareja o padres e hijos. Extendida: padres hijos y otro familiar	Variable cualitativa  1.Monoparental 2.Nuclear 3.Extendida 4.Compuesta	Instrumento de recolección de datos



		Compuesta: padres, hijos y persona no consanguínea.		
<b>Dependiente</b>				
Disfunción familiar	Es el no cumplimiento de algunas funciones de la familia por alteraciones en algunos de los subsistemas familiares, que se mide con el instrumento FACES III que valora la Cohesión y la Adaptabilidad.	Alteración de la homeostasis familiar en la adaptabilidad, cohesión y comunicación. Después cotejar los resultados con el modelo circunflejo de David Olson	Cualitativa nominal.  1. Balanceadas o funcionales. 2.Rango medio o moderadamente Disfuncionales y 3. Extremas o Severamente Disfuncionales	Instrumento de evaluación FACES III.

## **RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Se realizó un cuestionario autoaplicable que consta de 20 reactivos, es un formato llamado ficha de identificación y también una encuesta para la auto-aplicación del FACES III a las embarazadas de entre 12 y 19 años de edad que acudan a la consulta externa de ambos turnos de medicina familiar, E.M.I. y trabajo social en el HGZ c/MF No. 6. La encuesta de auto-aplicación es para evaluarla función familiar, que permiten identificar en qué medida se cumplen sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud-enfermedad, por ello existe un conjunto de escalas, formatos y cuestionarios simplificados, los cuales son denominados instrumentos de valoración integral de la familia, facilita la comprensión de sus relaciones, y ayudan al profesional de la salud y a la familia a ver un panorama mayor. Donde el plan de análisis de la investigación se llevara a cabo la Estadística Descriptiva con medidas de tendencia central, donde podremos obtener la población de estudio, o muestra con respecto a las variables de interés.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

El estudio se realizó apegándose a los principios éticos establecidos en La Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial en junio de 1964, cuyos principios básicos son: el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador deberá ser solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto será siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedentes de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

En la publicación de los resultados se preservará la exactitud de los resultados obtenidos, sin hacer alteraciones de ningún tipo. Se investigará si existe disfunción familiar en la adolescente embarazada. Se notificó a las directivas de la institución hospitalaria, sobre los objetivos y los propósitos del estudio, para que diera la aprobación para su realización. Se obtuvo la firma del consentimiento de las adolescentes embarazadas, que participaron en el estudio, después de haberles explicado los propósitos del mismo. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la persona que proporcionó la información. Los datos obtenidos en el estudio serán usados con fines de investigación y académicos, los cuales no fueron ni serán revelados a ninguna persona, agencia pública o privada.

## RESULTADOS

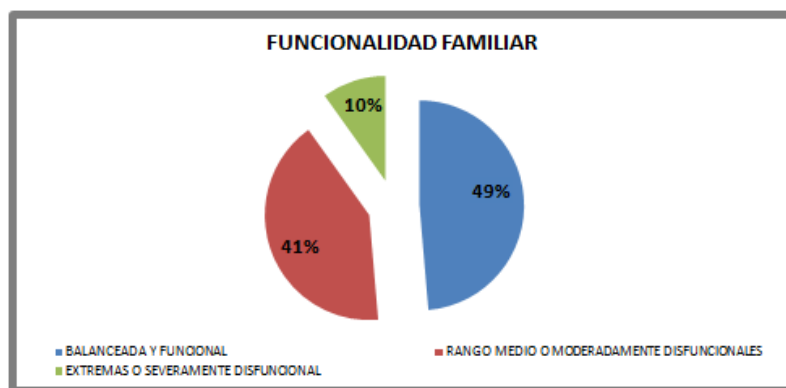
Se realizó estudio descriptivo observacional, transversal no comparativo, en una sola medición, prospectivo en embarazadas adolescentes que acudieron a consulta de los departamentos de Medicina Familiar, Enfermera Materno Infantil (E.M.I.) y Trabajo Social en el HGZ c/MF No. 6 durante el plazo de 8 semanas, con una muestra de 111 adolescentes embarazadas para poder determinar la frecuencia de la disfunción familiar.

Se encontró en la funcionalidad familiar: un 49% (54 adolescentes) de familias balanceadas y funcionales, 41% (46 adolescentes) moderadamente disfuncionales y 10% (11 adolescentes) extremas o severamente disfuncionales.

Ver tabla y cuadro 1

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	
BALANCEADA Y FUNCIONAL	54
RANGO MEDIO O MODERADAMENTE DISFUNCIONALES	46
EXTREMAS O SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	11
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>

Tabla 1. Funcionalidad familiar

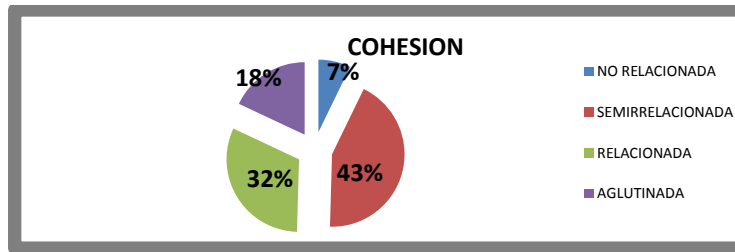


Cuadro 1. Funcionalidad familiar

El resultado de cohesión, 43% (48 adolescentes) semirrelacionada, 32% (36 adolescentes) relacionada, 18% (20 adolescentes) aglutinada y 7% (8 adolescentes) no relacionada. Ver tabla y cuadro 2

RESULTADO DE COHESION		
SEMIRRELACIONADA	48	43%
RELACIONADA	35	32%
AGLUTINADA	20	18%
NO RELACIONADA	8	7%
TOTAL	111	100%

Tabla 2. Cohesión

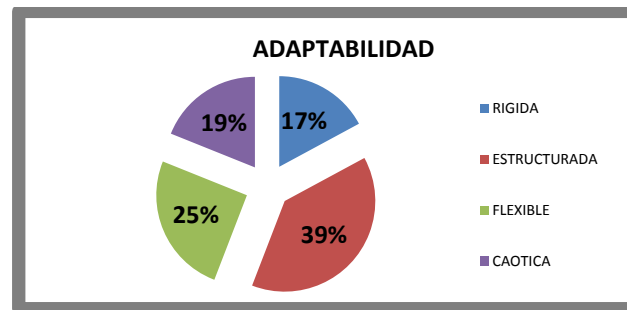


Cuadro 2. Cohesión

El resultado de adaptabilidad, 39% (43 adolescentes) estructurada, 25% (28 adolescentes) flexible, 19% (21 adolescentes) caótica y 17% (19 adolescentes) rígida. Ver tabla y cuadro 3

RESULTADO DE ADAPTABILIDAD		
ESTRUCTURADA	43	39%
FLEXIBLE	28	25%
CAÓTICA	21	19%
RÍGIDA	19	17%
TOTAL	111	100%

Tabla 3. Adaptabilidad



Cuadro 3. Adaptabilidad

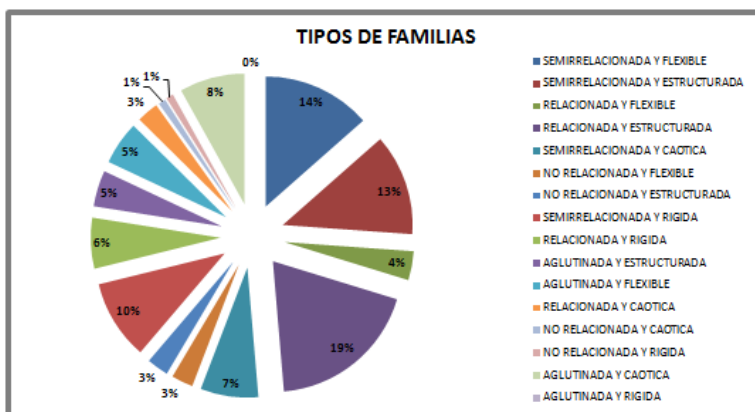
Los tipos de familia que se encontraron fueron: 19% (21 adolescentes) relacionada estructurada, 14% (16 adolescentes) semirrelacionada y flexible, 13% (14 adolescentes) semirrelacionada y estructurada, 10% (11 adolescentes) semirelacionada y rígida, 8% (9 adolescentes) aglutinada y caótica, 7% (8 adolescentes) semirrelacionada y caótica, 6% (7 adolescentes) relacionada y rígida, 5% (6 adolescentes) aglutinada y estructurada, 5% (6 unidades) aglutinada y flexible, 4% (4 adolescentes) relacionada y flexible, 3% (3 adolescentes) no relacionada y flexible, 3% (3 adolescentes) no relacionada y estructurada, 3% (3

adolescentes) relacionada y caótica, 1% (1 adolescente) no relacionada y caótica, 1% (1 adolescente) no relacionada y rígida, y no se encontró aglutinada y rígida. Ver

tabla y cuadro 4

TIPO DE FAMILIAS		
SEMIRRELACIONADA Y FLEXIBLE	15	14%
SEMIRRELACIONADA Y ESTRUCTURADA	14	13%
RELACIONADA Y FLEXIBLE	4	4%
RELACIONADA Y ESTRUCTURADA	21	19%
SEMIRRELACIONADA Y CAOTICA	8	7%
NO RELACIONADA Y FLEXIBLE	3	3%
NO RELACIONADA Y ESTRUCTURADA	3	3%
RELACIONADA Y RIGIDA	11	10%
AGLUTINADA Y RIGIDA	7	6%
AGLUTINADA Y FLEXIBLE	5	5%
AGLUTINADA Y ESTRUCTURADA	6	5%
RELACIONADA Y CAOTICA	3	3%
NO RELACIONADA Y CAOTICA	1	1%
NO RELACIONADA Y RIGIDA	1	1%
AGLUTINADA Y CAOTICA	9	8%
AGLUTINADA Y RIGIDA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

Tabla 4. Tipos de familia

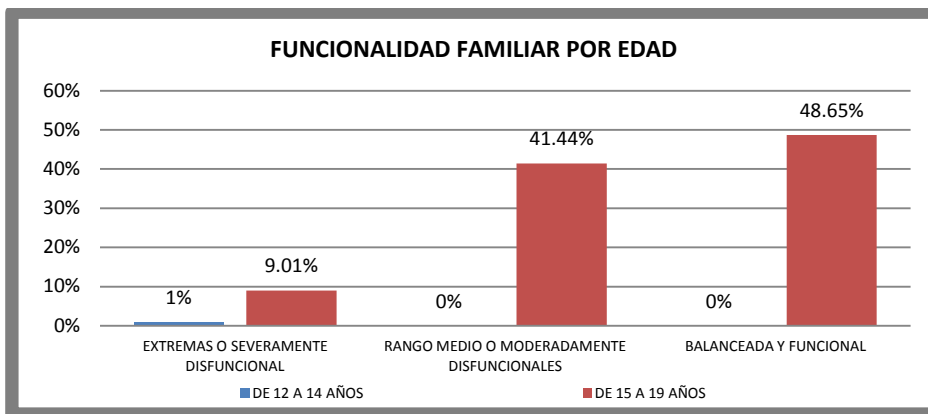


Cuadro 4. Tipos de familia

Cuando se valoró la funcionalidad por edad se encontró entre las edades de 12 a 14 años: 0.09% de extremas o severamente disfuncional., entre las edades de 15 a 19 años: 48.65% (54 adolescentes) balanceada y funcional, 41.44% (46 adolescentes) moderadamente disfuncionales, 9.01% (11 adolescentes) extremas o severamente disfuncionales. Ver tabla y cuadro 5

EDAD	EXTREMAS O SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	RANGO MEDIO O MODERADAMENTE DISFUNCIONALES	BALANCEADA Y FUNCIONAL	TOTAL
DE 15 A 19 AÑOS	9.01%	41.44%	48.65%	<b>99.10%</b>
DE 12 A 14 AÑOS	1%	0%	0%	<b>0.90%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10%</b>	<b>41%</b>	<b>49%</b>	<b>100%</b>

Tabla 5. Funcionalidad familiar por edad



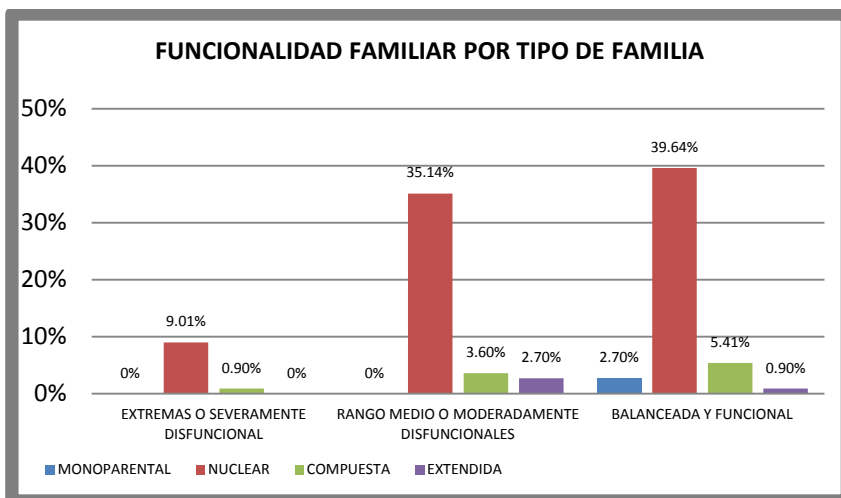
Cuadro 5. Funcionalidad familiar por edad

Al analizar la funcionalidad por tipo de familia se halló 83.78% (93 adolescentes) nuclear, siendo 39.64% (44 adolescentes) balanceada y funcional, 35.14% (39 adolescentes) moderadamente funcionales y 9.01% (10 adolescentes) extremas o severamente disfuncionales; 9.91% (11 adolescentes) compuesta, siendo 5.41% (6 adolescentes) balanceada y funcional, 3.60% (4 adolescentes) moderadamente funcionales y 0.90% (1 adolescente) extremas o severamente disfuncionales; 3.60% (4 adolescentes) extendida, siendo 2.70% (3 adolescentes) moderadamente funcionales y 0.90% (1 adolescente) balanceada y funcional; 2.70% (3 adolescentes) monoparental siendo ésta balanceada y funcional. Ver tabla y

cuadro 6

TIPO DE FAMILIA	EXTREMAS O SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	RANGO MEDIO O MODERADAMENTE DISFUNCIONALES	BALANCEADA Y FUNCIONAL	TOTAL
NUCLEAR	9.01%	35.14%	39.64%	<b>83.78%</b>
COMPUESTA	0.90%	3.60%	5.41%	<b>9.91%</b>
EXTENDIDA	0%	2.70%	0.90%	<b>3.60%</b>
MONOPARENTAL	0%	0%	2.70%	<b>2.70%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10%</b>	<b>41%</b>	<b>49%</b>	<b>100%</b>

Tabla 6. Funcionalidad familiar por tipo de familia



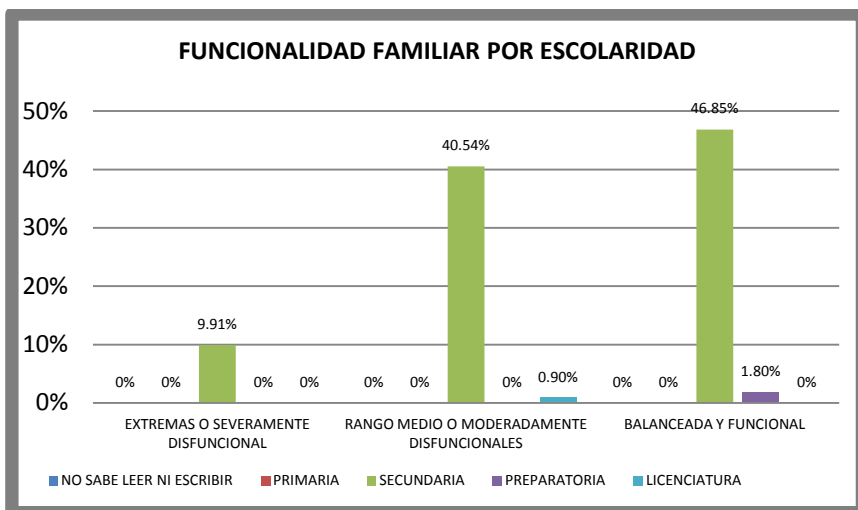
Cuadro 6. Funcionalidad familiar por tipo de familia

Con respecto a la funcionalidad por escolaridad se observó 97.30% (108 adolescentes) de secundaria, siendo 46.85% (52 adolescentes) balanceada y funcional, 40.54% (45 adolescentes) moderadamente funcionales y 9.91% (11 adolescentes) extremas o severamente disfuncional., 1.80% (2 adolescentes) de preparatoria siendo ésta balanceada y funcional., y 0.90% (1 adolescente) de licenciatura con funcionalidad moderadamente disfuncionales. Ver tabla y cuadro 7

ESCOLARIDAD	EXTREMAS O SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	RANGO MEDIO O MODERADAMENTE DISFUNCIONALES	BALANCEADA Y FUNCIONAL	TOTAL
SECUNDARIA	9.91%	40.54%	46.85%	<b>97.30%</b>
PREPARATORIA	0%	0%	1.80%	<b>1.80%</b>
LICENCIATURA	0%	0.90%	0%	<b>0.90%</b>
NO SABE LEER NI ESCRIBIR	0%	0%	0%	<b>0%</b>
PRIMARIA	0%	0%	0%	<b>0%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10%</b>	<b>41%</b>	<b>49%</b>	<b>100%</b>

Tabla 7. Funcionalidad familiar por escolaridad



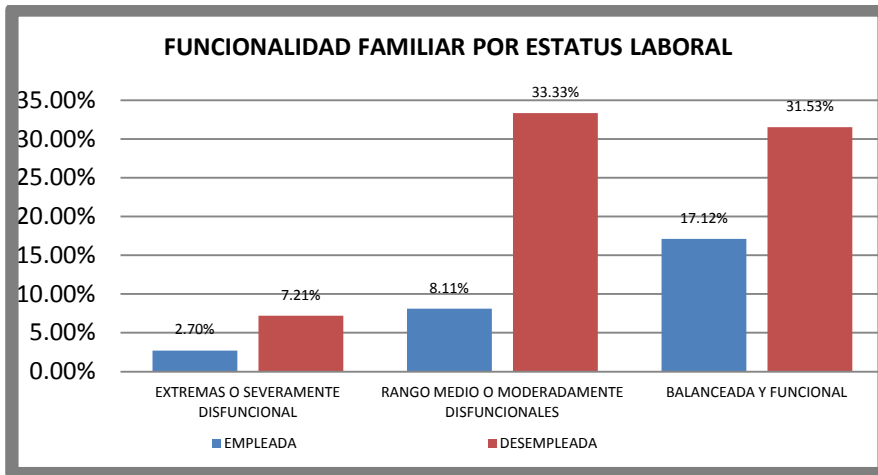


Cuadro 7. Funcionalidad familiar por escolaridad

Al identificar la funcionalidad por estatus laboral u ocupación se detectó 72.07% (80 adolescentes) desempleadas siendo 33.33% (37 adolescentes) moderadamente disfuncionales, 31.53% (35 adolescentes) balanceada y funcional y 7.21% (8 adolescentes) severamente disfuncional. Y se detectó 27.93% (31 adolescentes) empleadas siendo 17.12% (19 adolescentes) balanceada y funcional, 8.11% (9 adolescentes) moderadamente disfuncionales y 2.70% (3 adolescentes) extremas o severamente disfuncional. Ver tabla y cuadro 8

ESTATUS LABORAL	EXTREMAS O SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	RANGO MEDIO O MODERADAMENTE DISFUNCIONALES	BALANCEADA Y FUNCIONAL	TOTAL
DESEMPLEADA	7.21%	33.33%	31.53%	<b>72.07%</b>
EMPLEADA	2.70%	8.11%	17.12%	<b>27.93%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10%</b>	<b>41%</b>	<b>49%</b>	<b>100%</b>

Tabla 8. Funcionalidad familiar por estatus laboral

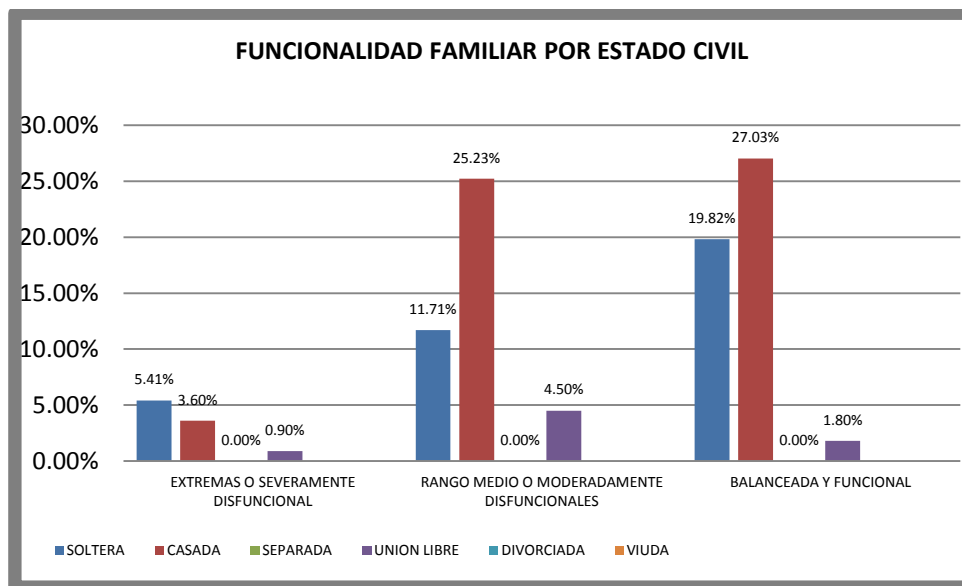


Cuadro 8. Funcionalidad familiar por estatus laboral

Funcionalidad por estado civil se registró un 55.86% (62 adolescentes) casadas, siendo 27.03% (30 adolescentes) balanceada y funcional, 25.23% (28 adolescentes) moderadamente funcionales y 3.60% (4 adolescentes) severamente disfuncional; se detectó 36.94% (41 adolescentes) de solteras siendo 19.82% (22 adolescentes) balanceada y funcional, 11.71% (13 adolescentes) moderadamente funcionales y 5.41% (6 adolescentes) extremas o severamente disfuncional; se encontraron 7.21% (8 adolescentes) unión libre, siendo 4.50% (5 adolescentes) moderadamente disfuncionales, 1.80% (2 adolescentes) balanceada y funcional y 0.90% (1 adolescente) severamente disfuncional). No se encontraron separadas, divorciadas ni viudas. Ver tabla y cuadro 9

ESTADO CIVIL	EXTREMAS O SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	RANGO MEDIO O MODERADAMENTE DISFUNCIONALES	BALANCEADA Y FUNCIONAL	TOTAL
CASADA	3.60%	25.23%	27.03%	<b>55.86%</b>
SOLTERA	5.41%	11.71%	19.82%	<b>36.94%</b>
UNION LIBRE	0.90%	4.50%	1.80%	<b>7.21%</b>
SEPARADA	0.00%	0.00%	0.00%	<b>0.00%</b>
DIVORCIADA	0.00%	0.00%	0.00%	<b>0.00%</b>
VIUDA	0.00%	0.00%	0.00%	<b>0.00%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10%</b>	<b>41%</b>	<b>49%</b>	<b>100%</b>

Tabla 9. Funcionalidad familiar por estado civil



Cuadro 9. Funcionalidad familiar por estado civil

## **DISCUSIÓN:**

Los adolescentes y los jóvenes son dos términos que se emplean en forma indistinta para denominar en forma coloquial a las personas que han dejado de ser infantes, pero que aún no alcanzan la edad adulta, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), los adolescentes son personas que están en el grupo de edad de 10 a 19 años, y los jóvenes comprenden las edades de 10 a 24 años. El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica sexual. Esta organización estima que para las mujeres de 15 a 19 años el riesgo de morir como consecuencia de problemas relacionados con el embarazo, es el doble de lo que enfrentan las mujeres de mayor edad, en adolescentes de 10 a 14 años, se eleva cinco veces más el riesgo. El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces, existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo.

Datos del I Congreso Mexicano para la Salud de Adolescentes, realizado en Oaxaca en 2005 en relación con la situación mundial señalan, que cada año 585,000 mujeres (una por minuto) mueren por causas relacionadas con el embarazo, de ellas 10 % - 20 % son adolescentes. La incidencia de embarazos en la adolescente en el mundo oscila entre 20 % -25 %, el 40 % de las embarazadas menores de 20 años no hicieron control prenatal.

## **CONCLUSIÓN:**

En comparación con la literatura expresada en éste estudio y la investigación realizada se obtuvo que la funcionalidad familiar es un 10% extrema o severamente disfuncionales, siendo más afectadas las familias nucleares, en el grupo de edad de 15 a 19 años, con un escolaridad de secundaria, en desempleo y estado civil de soltera. La adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, como se demuestra en ésta investigación, que son adolescentes en grado escolar de secundaria con desempleo, siendo que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas, como lo manifestado por Molina y colaboradores.

Se observa que el embarazo es más frecuente en el grupo de edad de 15 a 19 años como lo expresado en el estudio realizado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el año 2000 en base en las Encuestas Nacionales Sociodemográficas.

El embarazo en la adolescente se exacerba conforme evoluciona el proceso de la gestación, de acuerdo a lo descrito por Guridi y colaboradores en su investigación.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Díaz Sánchez V. El embarazo de la adolescente en México. *Gac Med Mex.* 2003; 139 (1): 23-28.
2. Blum RW. Visión general de las conductas sexuales juveniles y sus consecuencias. *RevSogia Chile.* 1994; (1): 31-4.
3. Muñoz G. G. Embarazo en la adolescencia. *Actualidad Medica,* 2001; 87: 161-194.
4. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *RevPedElec.* 2008; 5 (1): 42-51.
5. Pelaez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. *Rer Cubana ObstetGinecol* 1996; 22 (1).
6. Muñoz B., Berger C., Aracena M. Una Perspectiva Integradora del Embarazo Adolescente: La Visita Domiciliaria como Estrategia de Intervención. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* 2001; 10:21-34.
7. Díaz A, Sugg C, Valenzuela M. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y educación previa. *Rev SOGIA* 2004; 11(3):79-83.
8. García Rueda A, Martínez de Acosta CH. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. *av. enferm* 2011., XXIX (1): 75-86.
9. León Sánchez D, Camacho Delgado R, Valencia Ortiz M, Rodríguez Orozco A. Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior. *Rev Cubana Pediatr* 2008; 80 (3).

10. Molina M., Ferrada C., Pérez R. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev. méd. Chile* 2004; 132:65-70.
11. Consejo Nacional de Población. Porcentaje de adolescentes (mujeres) en el año 2000, con base en las Encuestas Nacionales Sociodemográficas. México: Conapo; 2000.
12. Guridi MZ, Franco V, Cabana D, Fernández AP. Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar. *Revista Psicología Científica*. 2012; 14(5).
13. Valdivia M, Molina M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. 2007; XII (2): 85-109.
14. León Martínez CA, Espin Coto RM, García Cedeño Y. Percepción familiar del embarazo en la adolescencia. *Acta Médica del Centro* 2011; 5 (1).
15. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *RevFacMed UNAM*. 2004; 47 (1): 24-27.
16. Leyva Jiménez R, Hernández Juárez AM, Nava Jiménez G, López Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *RevMedInstMex Seguro Soc*. 2007; 45 (3): 225-232.
17. Díaz Franco E. Guía Clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia. *PerinatoReprodHum*. 2007; 21: 100-110.
18. Díaz Franco EC, Rodríguez Pérez M, Mota González C, Espíndola Hernández JG, Meza Rodríguez P, Zárate Tapia T. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. *PerinatolReprodHum*. 2006; 20 (4).

19. Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJ, Terán Trillo M, Irigoyen Coria AE y Landgrave Ibáñez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria*. 2002; 30 (10): 624-630.
20. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2000; año VI, nº 2.
21. Galende Domínguez I. La ética en investigación clínica: la Declaración de Helsinki-Seúl 2008. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Madrid. España. Jano 27 de noviembre de 2009. Nº 1.754.
22. Veloza Morales MC. Salud familiar en familias con adolescente gestante. *av.enferm*. 2012; XXX (1): 75-81.
23. González Sáez Y, Hernández Sáez I, Conde Martín M, Hernández Riera R, Brizuela Pérez S. El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. *AMC* 2010; (14) 1.
24. Herrera SP, Gonzalez I. La crisis de la adolescencia y su repercusión familiar. *Revista cubana medicina general integral*. 2002; 21 (1) 410-52.
25. AvilaGalvez E, Cid Santana M, GarciaIalmia I, Lorenzo Gonzalez A, Rodriguez P. Aspectos Psicosociales del embarazo en la adolescencia. *RevCubPediatr* 2009; 74 (4).



**ANEXOS:**

**FACES III**  
**(Family Adaptability and Cohesion Evaluation scale)**  
**Escala de evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar**

Nunca      Casi nunca      Algunas veces      Casi siempre      Siempre

DESCRIBA A SU FAMILIA:

- \_\_\_1 Los miembros de la familia se dan apoyo entre sí.
- \_\_\_2 En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas.
- \_\_\_3 Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- \_\_\_4 Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- \_\_\_5 Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos.
- \_\_\_6 Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- \_\_\_7 Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- \_\_\_8 Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- \_\_\_9 Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- \_\_\_10 Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- \_\_\_11 Nos sentimos muy unidos.
- \_\_\_12 En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- \_\_\_13 Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
- \_\_\_14 En nuestra familia las reglas cambian.
- \_\_\_15 Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- \_\_\_16 Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- \_\_\_17 Consultamos unos con otros para la toma de decisiones.
- \_\_\_18 En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- \_\_\_19 La unión familiar es muy importante.
- \_\_\_20 Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS  
GENERALES**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

**"FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LA EMBARAZADA  
ADOLESCENTE DEL HGZ C/MF No. 6"**

Nombre:

Edad: (1) 12-14 (2) 15-19

Tipo de familia: (1) Monoparental. (2) Nuclear. (2) Compuesta. (3) Extendida.

Escolaridad: (1) No sabe leer ni escribir. (2) Primaria. (3) secundaria.  
(4) Preparatoria (bachillerato). (5) Licenciatura.

Ocupación: (1) Empleado. (2) Desempleado.

Estado civil: (1) Soltera. (2) Casada. (3) Separada.  
(4) Unión libre. (5) Divorciada. (6) Viuda.



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LA EMBARAZADA ADOLESCENTE DEL HGZ C/MF No.6

Nombre del estudio:	NO APLICA
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HGZ C/MF No.6, SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, MAYO 2014.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	EL PERSONAL DE SALUD DEBE CONOCER LA FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LA EMBARAZADA ADOLESCENTE PARA POSTERIORMENTE CON LOS RESULTADOS REALIZAR ESTRATEGIAS PARA EVITAR EL EMBARAZO EN ESTA ETAPA DE LA VIDA. EL OBJETIVO ES DETERMINAR LA FRECUENCIA DE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES DE HGZ C/MF 6.
Procedimientos:	SE APLICARA UNA ENTREVISTA PARA OBTENERN LOS DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y EL CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES.
Posibles riesgos y molestias:	NO APLICA
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	INFORMACION DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES CON EMBARAZO QUE EL MEDICO DE PRIMER CONTACTO UTILICE COMO HERRAMIENTA PARA PROPORCIONAR APOYO INTEGRAL A LA DISFUNCION FAMILIAR.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS PRUEBAS ESTADISTICAS SERAN INFORMATIVOS PARA APLICAR LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA FACILITAR EL CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZADAS ADOLESCENTES CON DISFUNCION FAMILIAR, Y PROPORCIONAR UN TRATAMIENTO INTEGRAL. SE DARAN A CONOCER LOS RESULTADOS DE ESTA INVESTIGACION EN SESIONES ACADEMICAS Y SE PUBLICARA EN CASO DE SER SOLICITADO.
Participación o retiro:	LA PARTICIPACION SE LLEVARA A CABO DE MANERA VOLUNTARIA DE IGUAL MANERA SE PODRA RETIRAR DEL ESTUDIO EN EL MOMENTO EN QUE EL PARTICIPANTE ASI LO DECIDA SIN TEMOR A REPRESALIAS.
Privacidad y confidencialidad:	LOS DATOS PERSONALES QUE SE RECABAN EN EL ESTUDIO SON CONFIDENCIALES Y SOLO SE PUBLICARAN CON FINES ESTADUISTICOS RESPALDADOS POR LO S PRINCIPIOS ETICOS EN LA DECLARACION DE HELSINSKI.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NO APLICA
Beneficios al término del estudio:	MEJORAR LA ATENCION INTEGRAL EN PACIENTES ADOLESCENTES CON EMBARAZO Y DISFUNCION FAMILIAR.

En caso de colección de material biológico (si aplica)

- No autorizo que se tome la muestra.  
 Si autorizo que se me tome la muestra solo para este estudio.  
 Si autorizo que se me tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

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

Investigador Responsable: DR. HORACIO MÉNDEZ GONZÁLEZ MARTÍCULA 99204636  
Colaboradores:

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