



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA
UMF 35 MONTERREY, NUEVO LEÓN

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ADOLESCENTE
EMBARAZADA, SU RELACIÓN CON EL CONTROL PRENATAL DE
UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA



DR. SALVADOR ANTONIO SANTIAGO RODRIGUEZ

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

MONTERREY, NUEVO LEÓN



Laura de la Garza
DRA. LAURA H. DE LA GARZA SALINAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD

2019



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.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ADOLESCENTE
EMBARAZADA, SU RELACIÓN CON EL CONTROL PRENATAL DE
UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

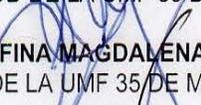
PRESENTA:

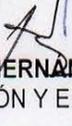
DR. SALVADOR ANTONIO SANTIAGO RODRIGUEZ
NUMERO DE REGISTRO: R-2016-1909-28

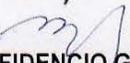
AUTORIZACIONES:


DRA. MARÍA MILAGROS RUELAS CASTRO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UMF 35, MONTERREY, N.L.


DRA. MARÍA ELENA GÓMEZ CORONADO
ASESORA DE TESIS Y COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF 35 DE MONTERREY, N.L.


DRA. KARINA JOSEFINA MAGDALENA CODINA LEAL
DIRECTOR MÉDICO DE LA UMF 35 DE MONTERREY, N.L.


DRA. IRAZEMA ELENA HERNÁNDEZ MANCINAS
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL


DR. MANUEL FIDENCIO GUERRERO GARZA
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO EN EDUCACIÓN


DRA. LAURA HERMILA DE LA GARZA SALINAS
ASESORA DE TESIS Y COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD

MONTERREY NUEVO LEON

2019

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ADOLESCENTE
EMBARAZADA, SU RELACIÓN CON EL CONTROL PRENATAL DE
UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. SALVADOR ANTONIO SANTIAGO RODRIGUEZ
NUMERO DE REGISTRO: R-2016-1909-28

AUTORIZACIONES:



DR. JUAN JOSE MAZON RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1909** con número de registro **13 CI 19 026 246** ante COFEPRIS
U MED FAMILIAR NUM 32, NUEVO LEÓN

FECHA **05/10/2016**

DR. SALVADOR ANTONIO SANTIAGO RODRIGUEZ

P R E S E N T E

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

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, SU RELACION CON EL CONTROL PRENATAL DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

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 **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-1909-28

ATENTAMENTE



DR.(A). MARCELA DE JESUS PEÑA FLORES

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1909

“El Guerrero de la luz se sienta con sus compañeros en torno a una hoguera.

Comentan sus conquistas, y los extraños que se incorporan al grupo son bienvenidos, porque todos están orgullosos de su vida y del buen combate. El guerrero habla con entusiasmo del camino, cuenta cómo resistió a cierto desafío, que solución encontró para un momento difícil. Cuando cuenta historias reviste sus palabras de pasión y romanticismo.

A veces se permite exagerar un poco. Recuerda que sus antepasados también exageraban de vez en cuando.

Por eso hace lo mismo. Pero sin confundir jamás orgullo con vanidad, y sin creer sus propias exageraciones”

Paulo Coelho

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme todo lo que soy y lo que tengo, por permitirme llegar hasta este punto de mi vida.

A mi Madre porque ella es el ejemplo donde nacen todas mis ideas, surge la personalidad de la que me contagio cada día, para afrontar los retos desde mi infancia hasta hoy, haciéndome saber que si yo creo, todo es posible.

A mi esposa Liliana SR por su tolerancia y apoyo incondicional e imparcial en el proceso de estudio, motivo importante para seguir adelante, por ayudar a superarme en todos los aspectos de mi vida.

A mi asesora, la Dra. María Elena que con su puntual enseñanza me hizo ver las diferencias de lo que creía, de lo que parece, de lo que es, además de su paciencia y tolerancia

A la vida, porque si no estuviese, esas huellas no estarían detrás de mí, para aquellos que puedo ser un ejemplo a seguir o un error en sus vidas de saber cómo no equivocarse.

DEDICATORIAS

A mi familia:

Han sido el pilar esencial de quien soy.

Son las personas con quienes he compartido triunfos y tristezas, creciendo en el ámbito secular con cambios que me ayudaron a sortear, brindado su confianza, paciencia y cariño.

Gracias por dedicarme tiempo, tiempo para demostrar su preocupación por mí, tiempo para escuchar mis problemas, mi sufrir y ayudarme a descubrir que a pesar de los problemas soy feliz.

Quiero agradecer a mi compañera de vida, mi esposa Liliana Salinas Ramírez, que juntos emprendimos este camino, y cada quien afronto el reto como compañeros de estudio, con la finalidad de crecimiento personal en nuestra profesión, como pareja, con amor, comprensión, paciencia y fortaleza que permitieron que pudiese, no solo trabajar, sino también llegar a buen puerto.

A mi madre, porque ella ha sido fundamental en mi camino, no cabe duda que a pesar de ya no depender de ella, me sigue también enseñando muchas cosas de la vida y de la profesión.

A mi maestra, como un día le exprese: “ha cambiado mucho en mi persona, que ahora no puedo dejar ir al paciente sin antes haberle realizado una consulta de Médico Familiar”, ojala siga muchos años en ese lugar.

Al IMSS, por esta gran oportunidad en mi vida y en mis compañeros, por querer mejores Médicos en su atención primaria, a Médicos Familiares en asistencia del derechohabiente.

ÍNDICE

1. RESUMEN	9
2. SUMMARY	10
3. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	11
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
5. JUSTIFICACIÓN	23
6. OBJETIVOS	24
6.1 Objetivo General	24
6.2 Objetivos Específicos	24
7 HIPOTESIS	25
7.1 Hipótesis alterna	25
7.2 Hipótesis Nula	25
8. MATERIAL Y METODOS	26
9. RESULTADOS	30
10. CUADROS	32
11. GRAFICAS	34
12. DISCUSIÓN	39
13. CONCLUSIONES	41
14. BIBLIOGRAFÍA	43
15. ANEXOS	49

1. RESUMEN

Fundamento: La adolescencia es una etapa caracterizada por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales y que se extienden hasta la edad adulta, abarca desde los 10 hasta los 19 años, el embarazo en la adolescencia lleva aparejado dificultades biopsicosociales que a nivel mundial es un tema de salud pública constante de revisión, México no es la excepción .

Objetivo: determinar la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas, su relación con el Control Prenatal atendidas en una unidad de medicina familiar (UM) no. 20 de Juárez, Nuevo León, México.

Método: se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal o de prevalencia en 153 adolescentes embarazadas de 14 a 19 años de edad, consideradas casos para el estudio. Para la obtención de los datos sociodemográficos se confeccionó una encuesta, llenada por el autor, con previa autorización de un miembro de la familia adulto cuando era menor de 18 años el cual firmaron en la hoja de consentimiento informado, para valorar la funcionalidad familiar con relación a la consulta se aplicó la encuesta SS-FIL.

Resultados: El 59.4% se situó en familias funcionales, el 36.6% moderadamente funcionales y sólo el 3.9% familiares disfuncionales

2. SUMMARY

Background: Adolescence is a stage characterized by profound physical, psychological and social changes and extending to adulthood, ranging from 10 years to 19 years, pregnancy in adolescence is coupled with the biopsychosocial difficulties that globally are a constant public health issue of revision, and Mexico is no exception.

Objective: to determine family familiarity in pregnant adolescents, their relationship with Prenatal Control attended in a family medicine unit (UM) no. 20 de Juarez, Nuevo León, Mexico.

Method: a descriptive, cross-sectional or prevalence observational study was carried out in 153 pregnant adolescents from 14 to 19 years of age, considered cases for the study. To obtain the sociodemographic data, a survey was prepared, the authorization for the author, with the prior authorization of a relative of the family, when he was under 18 years of age, which they signed on the informed consent form, for the family relative with the query was applied to the SS-FIL survey.

Results: 59.4% were located in functional families, 36.6% moderately functional and 3.9% dysfunctional family members.

3. ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

La familia es la que estructura, mantiene y da sentido a la sociedad y a través de ella se mantienen vivos los valores, la cultura, el trabajo, el comportamiento, el sacrificio y el sentido de la responsabilidad en el hombre y en la mujer. Factores que han impactado en el incremento de embarazos en las adolescentes, que actualmente se ha convertido en un problema de salud pública afectando a la familia y a la sociedad en general, siendo esta etapa de la vida una fase de cambios importantes en el desarrollo de este grupo etario. Es a través de la familia que la adolescente trata de reconocerse a sí misma y apropiarse de su proyecto de vida, por tanto es fundamental tener una familia estable para el desarrollo de ésta, pues cualquier suceso que altere la dinámica familiar puede obstaculizar el sano desarrollo de los adolescentes. ⁽¹⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia abarca tres etapas:

- a) Adolescencia temprana: comprende entre los 10 y 13 años.
- b) Adolescencia media: comprende desde los 14 a los 16 años.
- c) Adolescencia tardía: abarca desde los 17 a los 19 años.

Se trata de un periodo de desarrollo que inicia físicamente con la pubertad y termina con el inicio de la edad adulta, dentro del cual, se tiene actividad sexual, cada vez a más temprana edad, aunque difícilmente aceptan como consecuencia el embarazo. ^(2,3)

En América Latina, según el informe “Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción” del 2008, de

1000 mujeres embarazadas 76 son adolescentes, cifras que sitúan a este continente como el segundo en tener las tasas de fecundidad más altas en este grupo etario. ⁽⁴⁾

Un problema que aparece en 1997, es el incremento de la vida sexual activa en los jóvenes de entre 14 y 25 años de edad en México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Juventud (2000), que corresponde al 54.9%, de esta población y se incrementa con cada año que pasa.

Este fenómeno social no es exclusivo de nuestro país, sino un problema a nivel Mundial, por mencionar algunos países, en E.U. (California), donde viven más latinos el 18% de los adolescentes que inician su vida sexual activa lo hacen antes de los 15 años y el 66% antes de los 19 años. Otro estudio realizado en España (Barcelona) mostró, que los jóvenes en general tenían relaciones coitales antes de los 15 años en un 14.5% y a los 16 años en un 29.2%.⁵ En Venezuela el 20% de los jóvenes antes de cumplir los 15 años ya tenían relaciones sexuales y las muchachas que tuvieron a sus hijos fue en un 17.8%. ⁽⁵⁾

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) estima que en promedio, entre los años 2003 y 2012, ocurrieron al menos 2.59 millones de nacimientos anuales; esto implica que en el lapso señalado nacieron 25.9 millones de niñas y niños en todo el país, una cifra gigantesca que ha generado que la tasa de fecundidad y la tasa de crecimiento medio anual se mantengan por arriba de lo que se había proyectado hace 30 años.

El pico máximo en números absolutos se alcanzó en el año de 2010, cuando INEGI tiene contabilizados 464 mil 102 embarazos en adolescentes entre los 15 y

los 19 años de edad; así como 11 mil 682 casos de niñas que se convirtieron en madres antes de cumplir los 15 años.

Para el año 2012 la situación no se modificó sustantivamente pues, de acuerdo con los datos del INEGI, ese año hubo 457 mil 192 partos en adolescentes de 15 a 19 años y diez 924 en niñas entre los 10 y los 14 años de edad. ⁽⁶⁾

En 2014, residen 29.9 millones de jóvenes de 15 a 29 años, monto que representa 24.9% de la población total.

En el primer trimestre de 2015, la tasa de desempleo de los adolescentes de 15 a 19 años y de los jóvenes de 20 a 24 años son de 8.6 y 8.3%, respectivamente.

En 2014, 63.5% de los jóvenes son solteros, 33.1% están unidos y 3.4% se encuentran divorciados, separados o viudos.

Datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 indican que 44.9% de las adolescentes de 15 a 19 años, sexualmente activas, declaró no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual.

□ Para 2013, 83.9% del total de egresos hospitalarios en mujeres de 15 a 19 años, se relacionan con causas obstétricas (embarazo, parto y/o puerperio).

□ Durante 2014, de las mujeres embarazadas de 19 años de edad, 30.6% no recibieron consultas prenatales.

□ Durante 2013, del total de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que presentaron un aborto, 18.7% son adolescentes. ⁽⁷⁾

La Adolescencia, etapa que sucede entre la niñez y la adultez, etapa caracterizada por cambios en la esfera psicosocial y en todos los aspectos se produce estructuración de funciones nuevas, incluyendo la autoconciencia, relaciones interpersonales y la interacción social, de ella se derivan trastornos psicosociales asociados como: embarazos indeseados, homosexualidad y trastornos de la personalidad entre otros.

Estudios realizados por el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) plantean que en general más muchachos que muchachas acuden a los contactos sexuales coitales siendo más jóvenes y con mayor frecuencia; que los muchachos valoran la actitud sexual en sí mismos y que en ellos también aparecen frustraciones y desprecios en la experiencia sexual coital más satisfactoria.

Lamentablemente muchos jóvenes no están preparados para asumir la sexualidad y llegan a ella sin haber adquirido los conocimientos y valores suficientes que le aseguren una vida sexual equilibrada y responsable. Siendo jóvenes son portadores de una conducta sexual de riesgo, proclive a un embarazo no deseado, a las infecciones de transmisión sexual entre otras consecuencias, de hecho se convierten en futuras personas inestables tanto emocional como sexualmente. ⁽⁸⁾

Las consecuencias de una falla en la educación sexual son:

1. Un 15 y un 33% han tenido relaciones sexuales sin usar anticonceptivo, el cual se duplica en aquellos que no han recibido educación sexual.
2. El coito interrumpido es el segundo anticonceptivo usado detrás del preservativo y delante de los anovulatorios.
3. Apenas 1 de cada 3 chicos conoce lo que es el doble método.

La prevención efectiva de las conductas de riesgo sexual en adolescentes es el resultado de acciones hechas por los medios de comunicación, la educación, la comunidad y la atención sanitaria. Para abordar este problema se han empleado estrategias de prevención primaria como el marketing social para la promoción de la salud sexual en la adolescencia, la accesibilidad a los métodos anticonceptivos y de protección. ⁽⁹⁾

Existe la tendencia a iniciar las relaciones sexuales en edades tempranas, teniendo más probabilidad de tener un mayor número de parejas sexuales durante su vida. En cuanto a las fuentes de información la familia debe tener una mayor participación en la educación sexual de los adolescentes, pues es en su seno donde se adquieren los valores que han de guiar su conducta. Espacios como centros de salud deben ser aprovechados, dada la necesidad y valor que tiene la información a estas edades como arma en la prevención y la protección de los intereses de los adolescentes, con una preparación sistemática se puede garantizar el inicio oportuno de una vida sexual responsable. ⁽¹⁰⁾

El sistema educativo no escapa de esta responsabilidad. La escuela debe ser un escenario promotor de la educación integral para la sexualidad en prevención de enfermedades de transmisión sexual, y de embarazos no deseados favoreciendo una conducta responsable para el o ella, para su familia y para la sociedad, libres de factores de riesgo. En donde se promueva el Proyecto de Vida como una herramienta para lograr sus planes, metas y su felicidad. ⁽¹¹⁾

La permanencia escolar favorece el desarrollo personal y abre alternativas a otros roles sociales además de la maternidad. Asistir a la escuela es uno de los factores protectores con mayor potencial para disminuir la fecundidad de los adolescentes.

El abandono escolar o rezago educativo provoca desigualdad en la distribución de capital económico, cultural y social. En México, sólo la mitad de los niños que inician la primaria concluye estudios de nivel medio superior; de toda la población en rezago que asiste a la escuela, 80% tiene de 15 a 17 años y se compone principalmente de estudiantes con extra edad. No obstante, conforme avanzan en edad, el volumen de asistencia escolar se va reduciendo. ⁽¹²⁾

El estado emocional en la adolescencia, es inestable y variable, dado que están en proceso de cambio y de transición; es una etapa de grandes sueños, temores y expectativas para el futuro. Si a esta etapa de turbulencia emocional se agrega una situación nueva y amenazante, como es el embarazo, para el cual no estaban preparadas, que las lanza de un momento a otro al rol de adultas, sin tener tiempo para adaptarse, las jóvenes se tornan vulnerables y altamente sensibles a los estímulos externos. ⁽¹³⁾

Cuando las adolescentes cuentan con la información y recursos necesarios para ejercer sus derechos, pueden decidir cuándo tener hijos y ellas mismas suelen posponer el embarazo, tener menos hijos y terminar más años de estudio. Aprovechar el uso frecuente de las y los adolescentes de las nuevas tecnologías y ofrecerles mercadeo social de anticonceptivos, para facilitar el acceso y la motivación a usar anticonceptivos. ⁽¹⁴⁾

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el

defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. ⁽¹⁵⁾

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El embarazo en adolescentes se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, existe una doble probabilidad de morir en relación con el parto en mujeres por debajo de 15 años de edad, que en mujeres de 20 años o más. En la salud del niño desde bajo peso al nacer, hasta secuelas en ocasiones para toda la vida, como por ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, además los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen más riesgo de morir antes de su primer año de vida, que los niños nacidos de madres con edades mayor de 20 años.

CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES

Las jóvenes de 10 a 13 años suelen tener grandes temores frente al dolor y a los procedimientos invasivos y generalmente el parto es muy difícil debido a que pierden el control con facilidad. Las adolescentes de 14 a 16 años pueden adoptar una actitud de omnipotencia y manifestar que no le temen a nada. En este grupo de edad, las chicas están más preocupadas por los cambios que está sufriendo su cuerpo y por el interés que despiertan a su alrededor con su embarazo, que por lo que les puede pasar. ⁽¹⁶⁾

En México se registran 466 mil embarazos anuales en niñas de entre 10 y 19 años, subrayó Jesús Cimbrón Valladares, del Consejo Nacional de Población

(CONAPO), a partir de la detección de problemas en la oferta y demanda de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (SSSRA).⁽¹⁷⁾

El aborto en la adolescencia constituye un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad y aunque contrariamente a lo que ocurre en otros países, en Cuba no está penalizado, se realiza de forma institucionalizada y en las adolescentes de forma diferenciada con las mayores garantías posibles, aun así, el aborto no está exento de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías que van desde los accidentes anestésicos, perforaciones uterinas, sepsis, hemorragias, enfermedad inflamatoria pélvica e incluso la muerte, hasta los más tardíos que favorecen la ocurrencia de un embarazo ectópico o la infertilidad. Las consecuencias emocionales son: los sentimientos de culpa, depresión, ansiedad, trastornos de estrés postraumático en su vida adulta, es importante señalar que la continuación de un embarazo no deseado y la experiencia de ser madre contra su voluntad, también suele tener consecuencias emocionales graves. Este hecho ocurre en cualquier nivel o estrato social.⁽¹⁸⁾

En México el único estado donde es posible interrumpir el embarazo si eres menor o no de edad, por cualquier motivo es en la Ciudad de México antes Distrito Federal, independientemente de la motivación que se tenga por abortar y sin tener que ser residente en este estado.

En el resto todavía se sigue criminalizando el aborto, salvo en casos de embarazo por violación, causa que es legal para abortar en todos los estados, en lo que respecta a otros causales, cada estado tiene su propio Código Penal y en él regula

el aborto bajo ciertas circunstancias, pero la realidad es que las causales son insuficientes y están mal ejecutadas. Al final, el aborto sigue siendo un delito y la mujer no tiene derecho a decidir en el resto de los estados mexicanos. Ejemplo, en Sonora desde el año 2009 se trata de un delito grave castigado con multa o entre 1 y 5 años de cárcel, y lo mismo ocurre con otros muchos estados, lo que hace que las mujeres tengan la única opción de ir a Ciudad de México a interrumpir el embarazo. ⁽¹⁹⁾

En general, se sabe que las mujeres de los niveles sociales más desprotegidos se ven expuestas en mayor medida a morir a causa de un aborto inseguro (el doble de riesgo) que las de mejores condiciones socioeconómicas. La muerte materna es uno de los factores que mayormente afecta la salud biopsicosocial de los hijos huérfanos sobrevivientes. ⁽²⁰⁾

Las funciones básicas de la familia como la satisfacción de necesidades biológicas, psicológicas, de socialización, mediadora y funciones económicas, así como la transmisión de valores, creencias y conocimientos comunes influidos por su cultura, se ordenan y transmiten para garantizar el desarrollo de sus miembros y estabilidad de la familia, Los artículos muestran la construcción cultural frente al rol de la mujer en la crianza y cuidado como consecuencia del proceso de socialización familiar, este rol viene desde la prehistoria y se erige a la mujer como la especialista en cuidados domésticos. ⁽²¹⁾

La funcionalidad familiar es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. 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.

La disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas poco saludables en los adolescentes agravándose al asociarse con la edad, escolaridad, ocupación, estado civil. Esto hace necesario el apoyo de los padres de acuerdo con el grado de madurez, en la medida que requieren mayor calidad de tiempo para compartir, demostrar confianza, solidaridad y afecto. Aun cuando se sabe de la existencia de factores externos a la familia que pueden estar influyendo en las crisis biológicas de desarrollo o emocionales que enfrentan cotidianamente. ⁽²²⁾

Asimismo, las adolescentes tienen poca experiencia para reconocer los síntomas propios del embarazo y son renuentes a aceptar la realidad de su situación. Por otra parte, desconocen adónde acudir para obtener orientación y ayuda y, en general, vacilan en confiar en los adultos. El problema que se presenta para las embarazadas adolescentes es que están transitando por una crisis secundaria provocada por la presencia de una vida en el vientre, que compromete a estas jóvenes con una responsabilidad y madurez para las que no se han desarrollado totalmente. ⁽²³⁾

El problema de México está en la familia, en la patética cultura familiar que inhibe en el mexicano la autosuficiencia, la independencia y la seguridad individual. Ciertamente: el consenso dicta que tal aseveración es políticamente incorrecta. La familia, se cree equivocadamente, es una institución que debemos defender a ultranza y que sobre todas las cosas debemos preservar. ⁽²⁴⁾

La funcionalidad familiar desde el ámbito de la medicina familiar, llegó al campo de los cuidados sanitarios, enfocado al bienestar de los pacientes, punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de su vida, teniendo el siguiente concepto:

Resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales; experimentar satisfacción con la vida y afectos positivos y la ausencia de efectos negativos, según Echteld, van Elderen, van der Kamp ⁽²⁵⁾

El estado de salud es usualmente conceptualizado como una extensión del estado funcional, incluyendo mediciones de actividades cotidianas, funciones corporales, estado emocional, síntomas y funciones cognitivas.

La evaluación del proceso salud - enfermedad en las familias bajo un enfoque integrador de los elementos que intervienen en este proceso, ocupa a los médicos familiares y en general a los profesionales de la salud que participan en la atención primaria. (26)

El test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), diseñado en 1994, con el fin de valorar las relaciones intrafamiliares, desde la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia, evaluando a través de 7 categorías: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. El funcionamiento familiar constituye la síntesis de un todo interactivo, grupal y sistémico en determinado contexto social en el cual vive la familia y condiciona el ajuste al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes. ⁽²⁷⁾

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El embarazo en la adolescencia es un problema a nivel mundial, en México, en 2013 el 83.9% del total de egresos hospitalarios en mujeres de 15 a 19 años se relacionan con causas obstétricas (embarazo, parto y/o puerperio), por lo que se considera un problema de salud pública, es un evento dramático, tanto personal como a nivel social, independiente del estrato social del que provenga, cambiando radicalmente el rol que la adolescente tiene durante esta etapa como estudiante principal, y el rol de hija que tiene en el seno familiar, pues en ocasiones es rechazada, marginada, así como despreciada en una sociedad prejuiciosa y la familia puede influir en esta etapa para disminuir la disfuncionalidad familiar, de tal manera que también se pueden disminuir los índices de complicaciones y muerte de este grupo etario.

Los valores familiares suelen ser parte de la falla y como las familias sufren por esta situación, se puede visualizar la relación funcional familiar como un factor que beneficie durante esta etapa para el buen término del embarazo, enfocando el esfuerzo de como la familia es la parte más importante en que las hijas e hijos sean alimentados con valores que fortalezcan su autoestima, su visión para un futuro que no lleve un embarazo temprano, y que trunque el proceso de su crecimiento. Por tal motivo nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Funcionalidad Familiar de la adolescente embarazada y su relación con el control prenatal en una Unidad de Medicina Familiar?

5. JUSTIFICACION O RAZONES PARA DESARROLLAR LA INVESTIGACION.

Siendo Juárez, Nuevo León un lugar donde el crecimiento de la población en estos últimos años ha sido importante, asentándose familias jóvenes, con hijos jóvenes, con necesidades económicas que hace que ambos cónyuges trabajen o en familias con solo mamá o papá que laboren; llevando a los adolescentes a tener una actividad sexual temprana, con desconocimiento y falta de orientación presentándose embarazos en estas edades, considero que es importante determinar esta relación funcional familiar que oriente y permita un buen control prenatal de estas pacientes y evitar sus complicaciones.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el grado de funcionalidad familiar y el apego en el control prenatal de las embarazadas de 10 a 19 años que acuden a la UMF No. 20 Juárez, N.L.

6.2 Objetivos específicos

- Determinar el grado de funcionalidad familiar de las embarazadas de 10 a 19 años de la UMF 20 Juárez.
- Determinar el nivel de apego del control prenatal de las embarazadas de 10 a 19 años de edad de la UMF 20 Juárez, N.L.

7. HIPOTESIS

7.1 HIPOTESIS ALTERNA

La funcionalidad familiar se relaciona con adecuado control prenatal en las pacientes embarazadas adolescentes.

7.2 HIPÓTESIS NULA

La funcionalidad familiar no tiene relación con el apego al control prenatal de las pacientes embarazadas adolescentes.

8. MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal no comparativo, tipo encuesta.

LUGAR DE ESTUDIO

El presente estudio se llevó a cabo en la consulta externa donde se incluyeron todos los consultorios de ambos turnos de la UMF No. 20, Juárez, N.L.

POBLACION DE ESTUDIO

Embarazadas adolescentes en rangos de edad de 10 a 19 años, que acudieron a consulta para atención del control prenatal a la UMF No. 20, Juárez, N.L.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

I. Criterios de inclusión:

- a. Embarazadas adolescentes con edades comprendidas entre los 10 a 19 años de edad que acuden a consulta para control prenatal en la UMF No. 20, Juárez, N.L.

II. Criterios de exclusión:

- a. Embarazadas adolescentes que no hayan contestado por completo la encuesta.

VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Edad	Dependiente	Tiempo en años cumplidos de la adolescente	1 10 a 14 años 2 15 a 19 años	Cuantitativa Discreta	Instrumento de recolección de datos (encuesta)
Escolaridad	Independiente	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	1 Primaria 2 Secundaria 3 Bachillerato 4 Licenciatura 5 Sabe Leer y Escribir	Cualitativa Ordinal	Instrumento de recolección de datos (encuesta)
Tipología Familiar	Independiente	Situación civil de una persona al momento de la encuesta	1 Monoparental 2 Nuclear 3 Interrumpida 4 Nuclear (Unión libre) 5 Contraída	Cualitativa Nominal	Instrumento de recolección de datos (encuesta)
Ocupación	Independiente	Actividades a la que una persona se dedica en un determinado tiempo	1 Estudiante 2 Empleada 3 Desempleada 4 Ama de casa 5 Pensionada	Cualitativa Nominal	Instrumento de recolección de datos (encuesta)
Personas con quien vive	Independiente	Personas con que habitan en la misma casa	1 Padres 2 Hermanos 3 Esposo o pareja 4 Sola 5 Suegros	Cualitativa Nominal	Instrumento de recolección de datos (encuesta)
Funcionalidad familiar	Dependiente	Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.	De 70 a 57 puntos. Familias funcional De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional	Cualitativa Ordinal	Instrumento de recolección de datos (encuesta SS-FIL)
Embarazo	Dependiente	Periodo de	Tiempo de	Cuantitativo	Instrumento

		tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo por un espermatozoide, hasta el momento del parto.	embarazo al momento de la encuesta hasta las 38 sdg.	Nominal	de recolección de datos (encuesta y expediente electrónico)
Método de planificación	Dependiente	Método utilizado para la planificación familiar que permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos.	1 Diu 2) Hormonales orales. 3) Hormonales inyectables. 4) Parche 5) Implante 6) Preservativo	Cualitativa Nominal	Instrumento de recolección de datos (encuesta y expediente electrónico)

Se eligieron de forma convencional como muestra única a todas aquellas adolescentes embarazadas que asisten a consulta de control prenatal, durante el periodo de septiembre de 2016 a Junio de 2017, de todos los consultorios y que se encuentran adscritas a la UMF 20 de ambos turnos.

Se hizo partícipe a todos los médicos de ambos turnos para captar a dichas pacientes. Mediante consentimiento informado previamente en aquellas menores de 18 años que autorizaron la aplicación de la encuesta (FF-SIL).

ANALISIS ESTADISTICO

Estos datos se vaciaron en una base de datos, usando el paquete de Excel, los resultados se analizaron con el paquete IBM SPSS Statistics 22 de estadística. Utilizando estadística descriptiva, se analizaron datos sociodemográficos como

edad, estado civil, escolaridad, estrato socioeconómico, ocupación, edad gestacional y el control prenatal, a través de gráficos que representaron cada parámetro así como de la funcionalidad familiar, con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y cuantitativas, como calidad funcional de vida familiar por medio del cuestionario FF-SIL quedando de la siguiente forma:

De 70 a 57 puntos. Familias funcional
De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional
De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional
De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

Se determinó el adecuado e inadecuado control prenatal a través de la revisión de los expedientes clínicos de las 153 pacientes embarazadas en el grupo de 10 a 19 años de edad, se valoraron los elementos mínimos de la nota de control prenatal, que contaran con al menos 7 consultas prenatales para determinar que tienen un buen apego y adecuado control prenatal, además de que tuvieran todas las acciones realizadas de acuerdo a su edad gestacional al momento de la entrevista, datos obtenidos del expediente clínico electrónico.

9. RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo de prevalencia, se encuestó un total de 153 pacientes adolescentes embarazadas que acudieron a su atención de control prenatal en consulta externa de la UMF No. 20 del IMSS en Juárez, Nuevo León en un periodo de 1 año, que contaban con la confirmación de embarazo, mediante prueba de sangre o de orina, así como por medio de ultrasonido pélvico u obstétrico, cumpliendo los requisitos para participar en el estudio el rango de edad dentro de la adolescencia de 10 a 19 años, aceptando se les aplicó una encuesta auto administrada de nuestro estudio, y que se distribuyeron de la siguiente manera, esto representado en los cuadros I y II. De los 10 a 14 años fueron 4 pacientes y del rango de 15-19 años el resto de las pacientes encuestadas (Gráfico 1). En cuanto a su estado civil en orden de frecuencia fue casada con 84 pacientes (54.9%), en Unión Libre 40 (26.1%), solteras 24 (15.6%), divorciadas 4 (2.6%) y 1 viuda (0.65) (Gráfico 2), en cuanto a su ocupación 71 de ellas son empleadas (46.4%), 66 amas de casa (43.13%), 11 estudiantes (7.1%), 5 desempleadas (3.2%) (Gráfico 3), en cuanto al número de embarazos con que la paciente tenía incluyendo el actual encontramos que 74 de ellas era su primer embarazo (48.3%), 62 tenían su segundo embarazo (40.5 %), 16 era su tercer embarazo (10.4%) y 1 era su cuarto embarazo (0.65%), (Gráfico 4), en cuanto al número de consultas (Gráfico 5), se distribuyó de la siguiente manera, aquellas que tenían de 1 a 5 consultas al momento de la entrevista fueron 110 (71.8%), de 6 a 10 consultas fueron 31 (20.2%) y quienes tenían más de 11 consultas se contabilizaron 12 (7.8%), de acuerdo al método de planificación que utilizaban

previamente 72 de ellas usaron preservativo (47%), 54 el DIU (35.3%), hormonales orales 12 (7.9%), ninguno 6 (4%), hormonal inyectable 5 (3.2%) y 4 usaron parche anticonceptivo (2.6%) (Gráfico 6), en el rubro de con quien viven 110 de ellas habitan con su pareja o esposo (71.9%), 23 habitan en casa de sus padres (15%), 10 de ellas en casa con algún hermano (6.5%), 6 en casa de sus suegros (4%) y 4 habitan solas (2.6%) (Gráfico 7), en cuanto a si reciben apoyo 145 manifestaron claramente que si reciben apoyo (94.8%) y solo 8 mencionaron que no reciben apoyo (5.2%) (Gráfico 8), en cuanto a la encuesta SS-FIL para determinar funcionalidad familiar el 91 de ellas dio como resultado que son familias funcionales (59.4%), 56 dan un resultado de familia moderadamente disfuncional (36.6%), 6 están en el rango de familia disfuncional (4%) (Gráfico 9), de forma general la encuesta promedio fue de 57.27 puntos estando dentro de la familia funcional. Esta funcionalidad en pacientes con primera gestas 45 pertenecen a familias funcionales, 25 a familias moderadamente disfuncionales y 4 a familias disfuncionales (Gráfico 10), con 2do. embarazo 37 de ellas están en familias funcionales, 23 en moderadamente disfuncional y 2 en familia disfuncional (Gráfico 11), en embarazadas de 3era y 4ta gesta 9 están dentro de familias funcionales, en moderadamente disfuncional son 7 de 3era gesta y la única de cuarta gesta se incluyen por estar dentro de esta funcionalidad familiar, no hubo con familia disfuncional (Gráfico 12), de las que reciben apoyo de acuerdo a la funcionalidad 87 que respondieron que si junto con 4 que no están en familias funcionales (Gráfico 13); 53 de ellas que si reciben apoyo y 3 que no están en familias moderadamente disfuncional (Gráfico 14); y 5 apoyadas y 1 no, están en familias disfuncional (Gráfico 15).

10. CUADROS

Cuadro I

Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas

Variable	Frecuencia	%
Edad materna		
10-14 años	4	2,6
15-19 años	149	97,4
Escolaridad		
Primaria	7	4,6
Secundaria	90	58,8
Bachillerato	56	36,6
Ocupación		
Estudiante	11	7,1
Empleada	71	46,6
Desempleada	5	3,2
Ama de Casa	66	43,1
Personas con quien vive		
Padres	23	15
Hermanos	10	6,5
Esposo o pareja	110	71,9
Solas	4	2,6
Suegros	6	4
Método de planificación		
DIU	54	35,3
Hormonales orales	12	7,9
Hormonales inyectable	5	3,2
Parche	4	2,6
Preservativo	72	47
Ninguno	6	4

Cuadro II

Apoyo familiar, Funcionalidad familiar.

Variable	Frecuencia	%
Recibe apoyo		
SI	145	94,8
NO	8	5,2
Funcionalidad Familiar		
Funcional	91	59,4
Moderadamente Funcional	56	36,6
Disfuncional	6	4
Funcionalidad Familiar Primigesta		
Funcional	45	29,5
Moderadamente funcional	25	16,4
Disfuncional	4	2,6
Funcionalidad Familiar Secundigesta		
Funcional	37	24,1
Moderadamente funcional	23	15
Disfuncional	2	1,3
Funcionalidad Familiar en 3er. Y 4ta. Gesta		
Funcional	9	5,9
Moderadamente funcional	8	5,2
Disfuncional	0	0

11. GRAFICAS

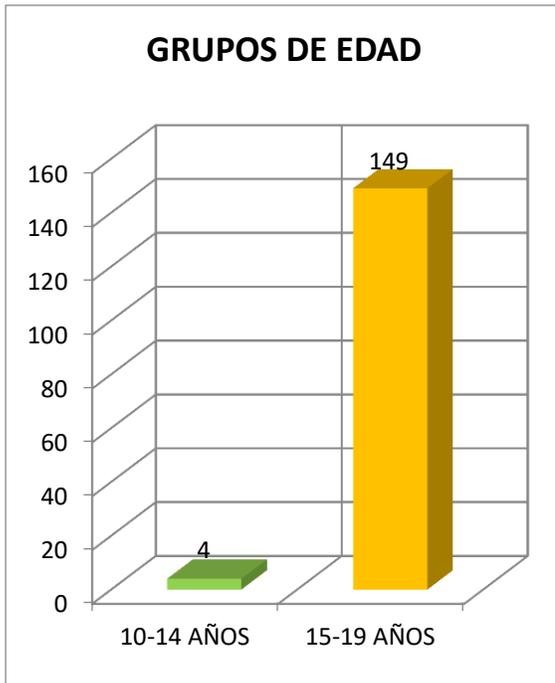


Gráfico 1

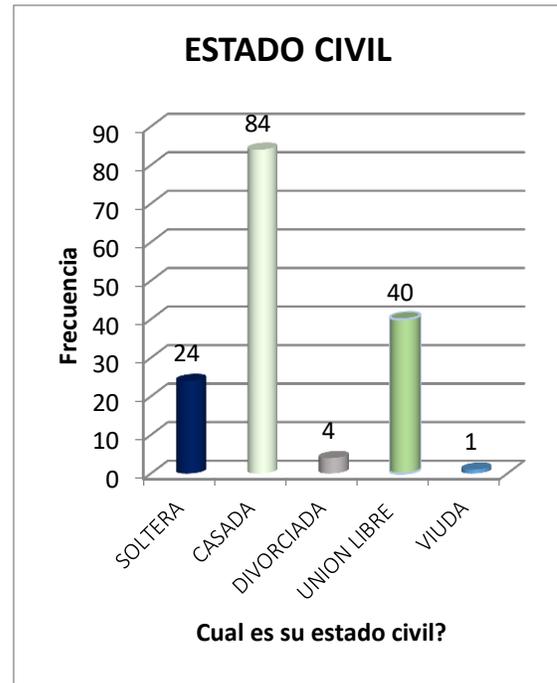


Gráfico 2

Fuente: Encuestas realizadas

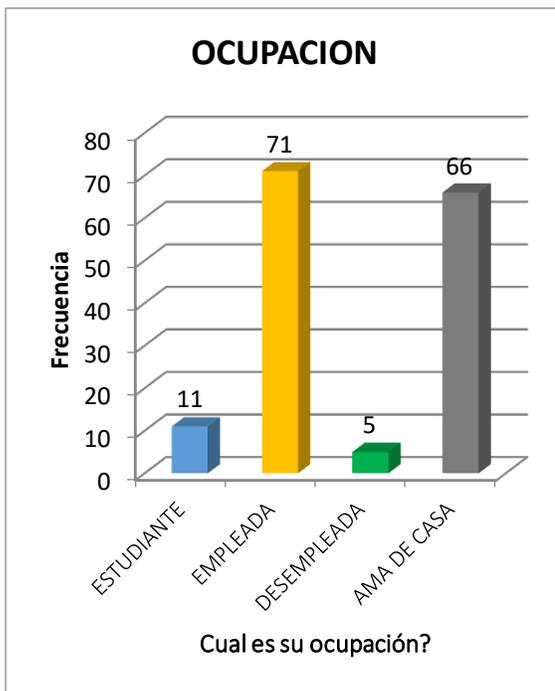


Gráfico 3

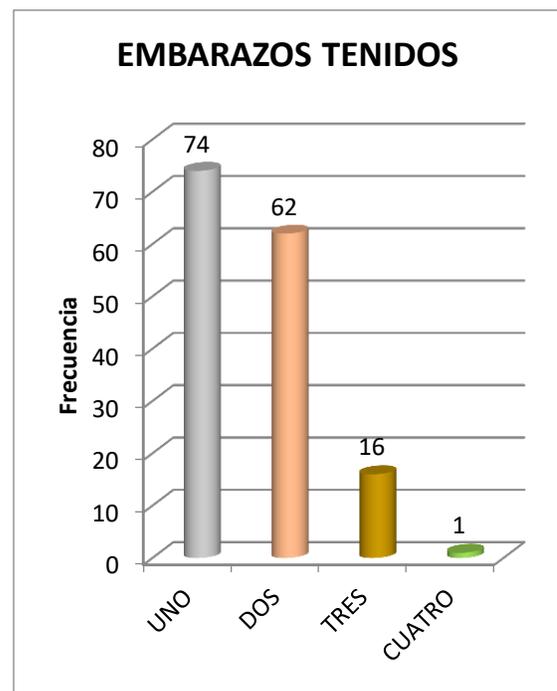


Gráfico 4

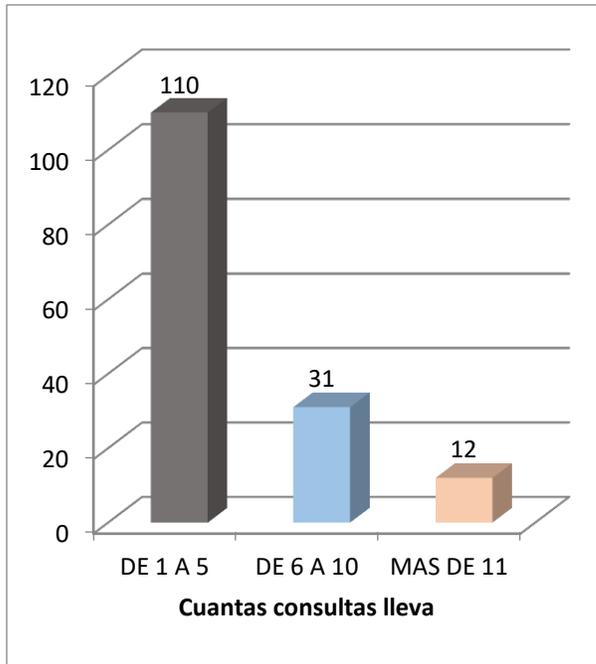


Gráfico 5

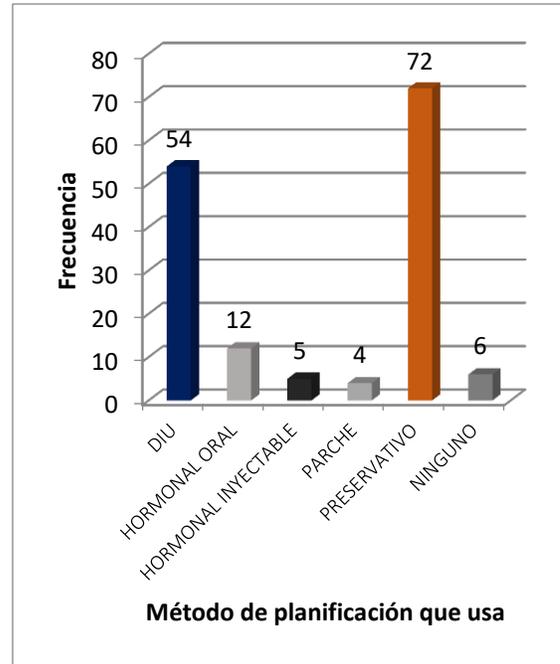


Gráfico 6



Gráfico 7

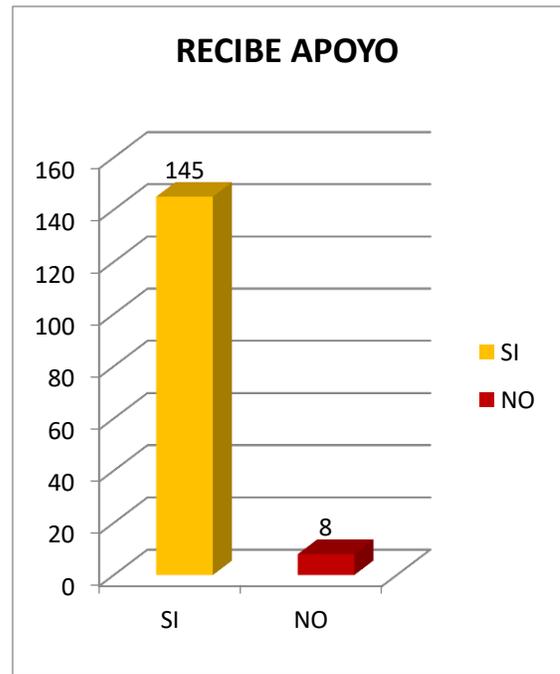


Gráfico 8

Fuente: Encuestas realizadas

FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LAS EMBARAZADAS

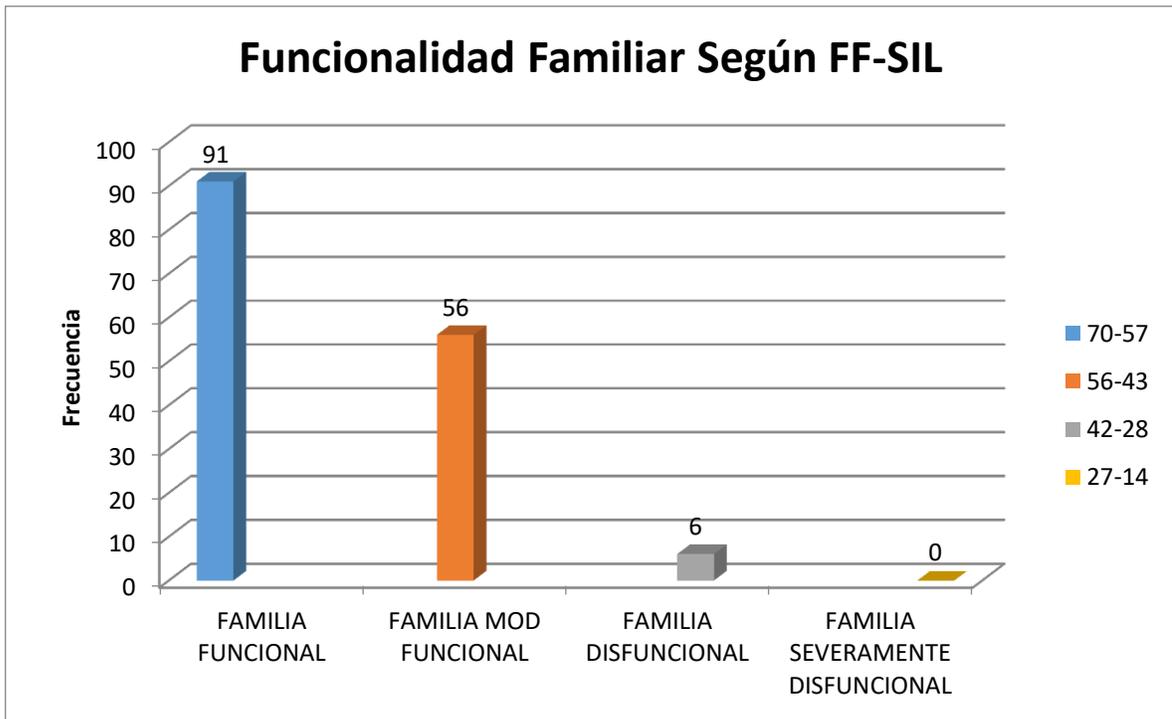


Gráfico 9

Fuente: Encuestas realizadas

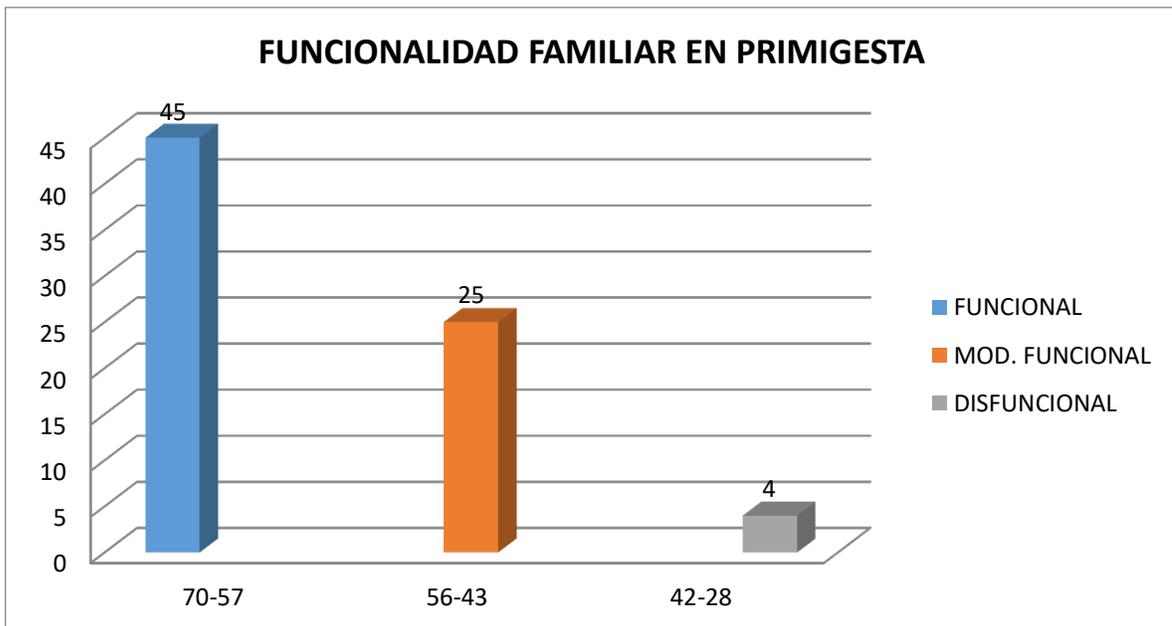


Gráfico 10

Fuente: Encuestas realizadas

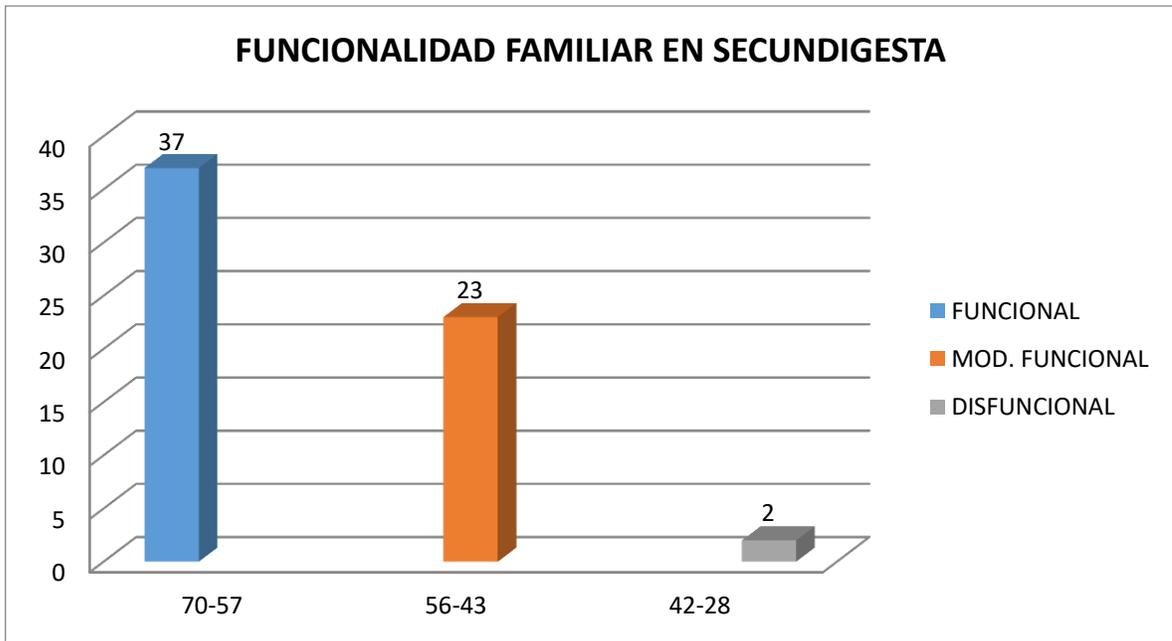


Gráfico 11

Fuente: Encuestas realizadas

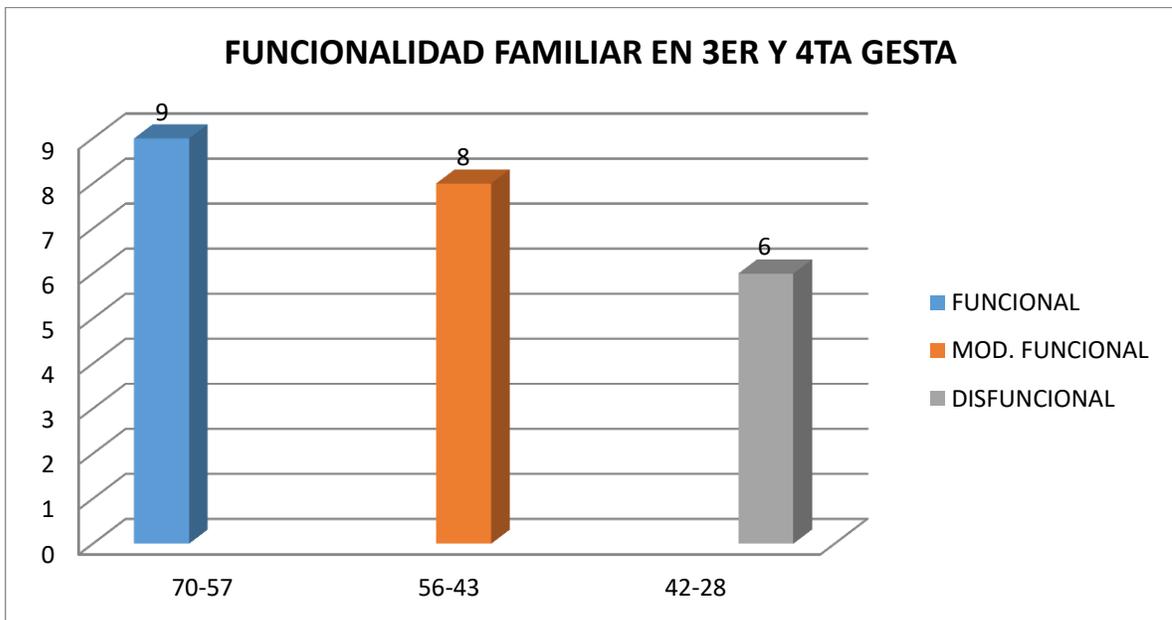


Gráfico 12

Fuente: Encuestas realizadas

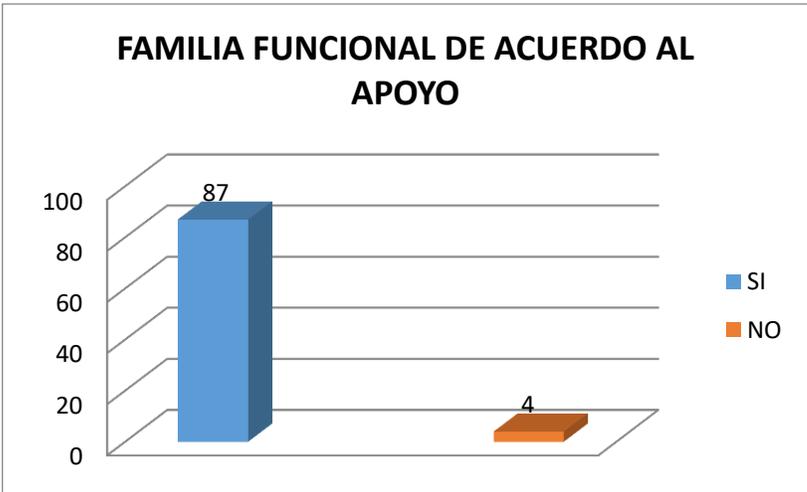
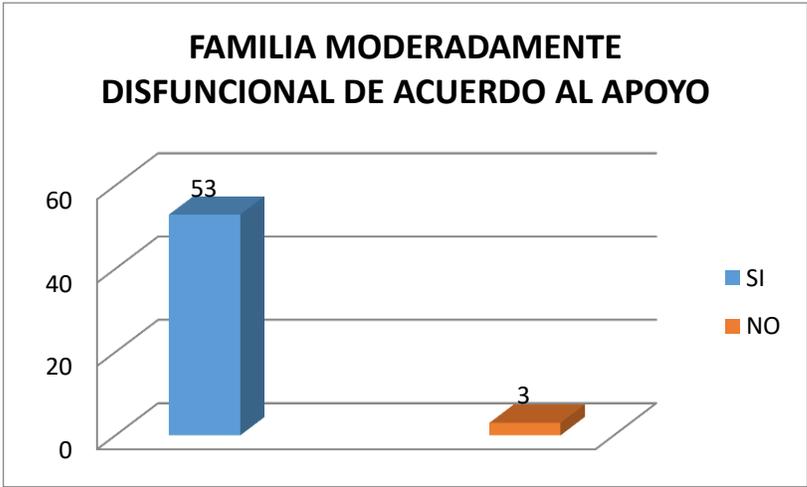


Gráfico 13



Fuente:

Encuestas Realizadas

Gráfico 14

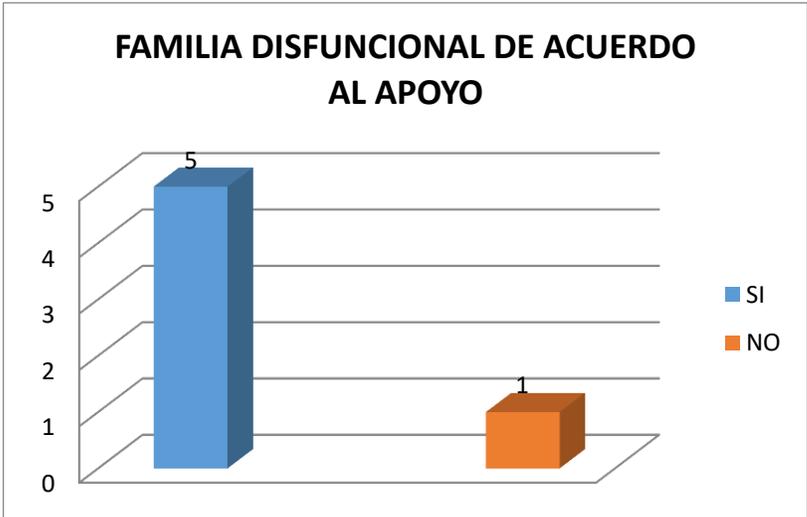


Gráfico 15

12. DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio tenemos un panorama preciso y dimensional de la problemática de salud Pública que representan los embarazos en las adolescentes, ante los cambios fisiológicos que se van dando durante este periodo crucial de crecimiento, desarrollo físico así como mental, para poder seguir en el proceso evolutivo de la vida del ser humano, en este caso de la mujer, llegue plena a la edad adulta, este estudio toca a esta población con la que muchas familias en México, así como en nuestro estado y nuestro municipio cuida celosamente este proceso, ante las dificultades que pueden ser uno de los factores por lo cual este evento se presente quizá sea por la falta de atención de los padres que necesitan de trabajar para mantener de forma solvente sus hogares, la educación juega un papel importante para que las condiciones donde estas jóvenes se desenvuelvan cuente con los recursos necesarios que si tienen a la mano, sea palpable el que lo reciban, lo hagan parte de su proceso adolescente, se ve de forma relevante como si afecta el proceso del estudio, que si bien no está especificado muchas de ellas dejan de estudiar, ante la venida de un nuevo integrante a la familia, que en primer instancia algunos papás manifestaron que era inesperado, otros mencionaron que era una bendición, a la cual tenían que dar el apoyo necesario a la hija o nuera según fuese el caso, porque está dentro del ser humano el espíritu de ayuda, ante las adversidades que se tienen en el ciclo vital familiar, siendo esta crisis paranormativa, que en su momento causa una desestabilización del sistema familiar, demuestra a las mismas la capacidad que se tiene de afrontar este reto, el cambio de roles, la flexibilidad que está en ella hace que el evento en un momento dado sea algo

incluso natural, que quizá si llegara más tarde llego ahora, no es motivo suficiente de dejar querer a la familia y a sus integrantes, en muchos casos está demostrado que las familias se unen más, otras los lazos se fortalecen, hay algunas otras donde las rupturas se presentan, pero esto no impide el proceso de un buen control prenatal.

13. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos fueron, que la frecuencia de las embarazadas adolescentes en la población en estudio de nuestra unidad médica fue de 15.7 %, siendo México el primer lugar de embarazo en las adolescentes, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), donde uno de cada 5 embarazos es en jóvenes que no han alcanzado la mayoría de edad, las cifras de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADI) 2014, destaca que entre los adolescentes de 15-19 años, 44.5% de las parejas no utilizaron algún método anticonceptivo en su primer relación sexual, lo que significa un riesgo no solo para infecciones de transmisión sexual, también para un embarazo a edad temprana, otra condición que reporta la UNICEF es el abandono de la escuela, alguna de las razones como factor esta la baja calidad de la educación, especialmente en las escuelas públicas, las discriminación que muchos jóvenes enfrenta, la falta de oportunidades y de oferta educativa, así como la necesidad de trabajar, que por la baja educación secular las obliga aceptar trabajos mal pagados, peligrosos o incluso en condiciones de explotación.

Ciertamente México ha realizado programas para prevenir el embarazo adolescente, la UNAM como parte de estos programas en la conmemoración del día Mundial para la prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes, aporta el Programa de Prevención de Embarazo Adolescente, que consta de 3 etapas: diagnóstico, intervención educativa, y evaluación y seguimiento, con objetivos claros como identificar la prevalencia, determinar factores y aumentar el conocimiento sobre el uso de los métodos anticonceptivos.

Esto nos da pauta de abordar los temas en la familia, ya que se sigue con el temor hablar de la sexualidad en los hogares de nuestra unidad y cabe mencionar a nivel nacional, ya que son también participes en el proceso de educación, crecimiento y desarrollo de las adolescentes como mujeres con un futuro de crecimiento personal, laboral y por supuesto también familiar.

Nuestro estudio nos lleva a pensar que la funcionalidad familiar en la mayoría de los casos es normal, y pocas son familias disfuncionales, esto nos dice que los programas de control prenatal, es importante que su aplicación sea completa desde el momento en que la paciente adolescente acude a consultar, continuando su atención garantizando la salud del binomio madre – bebe, y el bienestar funcional de nuestras familias, esto aplica a esta comunidad analizada de esta unidad, donde además del control prenatal, la movilización de recursos, red de apoyo y llegada de un bebe a la familia les permite continuar.

14. BIBLIOGRAFIA

1. Arias-Trujillo CM, Carmona-Serna IC, Castaño-Castrillón JJ, Castro-Torres AF, Ferreira-González, González Aristizábal AI, et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de Assbasalud ESE, Manizales (Colombia), 2012. Arch Med (Manizales) 2013; 13(2):142-59.
2. Soto-Acevedo F, León-Corrales IA, Castañeda-Sánchez O. Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México. Aten Fam. 2015; 22(3):64-67.
3. Angélica María Armendáriz Ortega y Bertha Yolanda Medel Pérez, Facultad de Enfermería y Nutriología/Universidad Autónoma de Chihuahua, Propuesta de intervención para prevenir el Embarazo en Adolescentes, Synthesis, Julio – Septiembre 2010, Volumen 55, paginas 19-24.
4. Norma Noguera O., Herly Alvarado R., Embarazo en adolescentes, una mirada desde el cuidado de enfermería, Revista Colombiana de Enfermería, ISSN-e 1909-1621, Vol. 7, N°. 7, 2012, págs. 151-160.
5. Laura Estela Alvarado Figueroa; Salome Infante Chavira, Mujer y Educación, Adolescentes embarazadas, Instituto Politécnico Nacional, Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos Cuauhtémoc., Congreso Iberoamericano de Educación metas 2021,2010, paginas 1-7.
6. Excélsior digital, México. 30/09/2014, (19 de mayo de 2016). México social: Embarazo adolescente, riesgos de salud y vida, Mario Luis Fuente. Disponible en: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/09/30/984329>.

7. Foro INEGI. Estadística a propósito del... Día Internacional de la Juventud (12 DE AGOSTO), 10 de agosto de 2015, Aguascalientes, Ags. P del 1-11., Disponible en : <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/juventud0.pdf>
8. Rodolfo Alarcón Argota; Jeorgelina Coello Larrea; Julio Cabrera García; Guadalupe Monier Despeine, Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia, Policlínico José Martí, Santiago de Cuba, Marzo, 2009.
9. Colomer Revuelta J y Grupo Previnfa/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia, Rev. Pediatría y Atención Primaria. 2013; 15:261-9.
10. Revista Médica Electrónica PortalesMédicos.com. Repercusión biopsicosocial del embarazo en la adolescencia, 23/07/2013, (8 de mayo de 2016). Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/repercusion-embarazo-adolescencia/>
11. Lic. Mayteé Vaillant Correoso; MSc. Caridad Dandicourt Thomas; Lic. Yolaydys Mackensie Soria. Prevención del embarazo en adolescentes. Revista Cubana de Enfermería. 2012; 28(2):125-135.
12. Revista Médica Electrónica PortalesMédicos.com. El embarazo adolescente: entre familia, educación y medios de comunicación. 5 de Enero de 2015, (12 de mayo de 2016). Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/embarazo-adolescente-familia/>

13. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Salud Pública México 2015;57:135-143.
14. De Castro, F., Allen-Leigh, B., Embarazo adolescente en México. Blog Primeros Pasos de la División de Protección Social y Salud del BID. 11 de agosto de 2014, (20 de mayo de 2016). Disponible en: <http://www.insp.mx/centros/salud-poblacional/prensa/3361-embarazo-adolescente-mexico.html>
15. Gilberto Enrique Menéndez Guerrero, G.B., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y., Espert Castellanos, E. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev. Cubana de Obstet Ginecol. 2012; 38(3):333-342.
16. Blázquez Morales, M.S.L. Embarazo Adolescente. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad ISSN 2007-2007, Vol.3, No. 1. Septiembre-diciembre 2012; PP. 1-8.
17. Méndez Robles, R., México registra 466 mil embarazos anuales en niñas de entre 10 y 19 años: Inmujeres, Noticias MVS, 28/10/2015. (18 de mayo de 2016). Disponible en: <http://www.mvsnoticias.com/#!/noticias/mexico-registra-466-mil-embarazos-anuales-en-ninas-de-entre-10-y-19-anos-inmujeres-419>

18. Doblado Donis Norma Isaura, De la Rosa Batista Idania, Junco Manrique Ana. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Sep [citado 2018 Jun 27] ; 36(3): 409-421. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011&lng=es.
19. Abortar-méxico.mx. Magro Gullón, F., ¿Por qué ir a Ciudad de México a interrumpir el embarazo?, Fátima Magro Gullón, mayo 6, 2016, (22 de mayo de 2016). Disponible en: <http://abortar-mexico.mx/2016/05/06/ir-a-ciudad-de-mexico-a-interrumpir-el-embarazo>.
20. Fernández Cantón Sonia B., Gutiérrez Trujillo Gonzalo, Viguri Uribe Ricardo. La mortalidad materna y el aborto en México. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2016 May 22]; 69(1):77-80. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000100011&lng=es
21. Mejía Luz Dary, López Lucero. La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. Index Enferm [Internet]. 2010 Sep [citado 2016 May 22];19(2-3):138-142. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200015&lng=es.

22. Jiménez Garcés, Dra. Clementina. Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. Portales médicos. 2010 Feb. [citado 2016 May 22]
Disponible en:
<https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2001/1/Funcionalidad-familiar-y-problematika-de-salud-en-adolescentes.html>
23. Guridi, M. Z., Franco, Virginia., Cabana, D. & Fernández, A. P. (2012, 06 de marzo). Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar. *Revista Psicología Científica.com*, 14(5). Disponible en:
<http://www.psicologiacientifica.com/adolescentes-embarazadas-repercusion-familiarpoliclinico-calabazar>.
24. Urzua M Alfonso. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2010 Mar [citado 2016 Jun 7]; 138(3):358-365. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017&lng=es
25. Gómez Clavelina, Francisco Javier, Ponce Rosas Efrén Raúl, Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR (versión en español), *Aten. Fam.* 2010;17(4):102-106. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=34451>

26. Hernández-Castillo, Lizbeth, Cargill-Foster Nelly R., Gutiérrez-Hernández, Gabriela. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. Salud en Tabasco 2012, 18 (Enero-Abril): [Fecha de consulta: 8 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48724427004> ISSN 1405-2091

15. ANEXOS

ANEXO 1

Formato de recolección de la información

Datos Sociodemográficos:

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

No. De afiliación: _____

Consultorio Adscrito: _____ Turno: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Estado civil: _____

Somatometría:

Peso: _____ kg, talla: _____ cm, IMC: _____ Kg/cm²

Presión Arterial: _____ Frecuencia Cardíaca _____

Numero de Gesta: _____

Semanas de gestación: _____

¿Cuántas consultas prenatales lleva?: _____

¿Recibe apoyo familiar? _____ Si su respuesta es SI,

¿considera que influye para un buen control prenatal? _____

Si su respuesta es NO,

¿considera que influye para un buen control prenatal? _____

Por favor escuche atentamente al entrevistador y conteste las preguntas:
Recuerde... Esto **NO ES UN EXAMEN**, ni nada parecido a eso. Solo es una forma de recoger SUS opiniones en cuanto a este tema. Así que **NO HAY** contestaciones correctas o incorrectas, **SOLO HAY** contestaciones que son **CIERTAS PARA UD.**

ANEXO 3

C. TEST FF-SIL Marque el número de la respuesta que considere correcta ;		
1. Casi Nunca 2. Pocas veces 3. A veces 4. Muchas veces 5. Casi Siempre		
1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.		
2. En mi casa predomina la armonía.		
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.		
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.		
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.		
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.		
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.		
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.		
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.		
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.		
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.		
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.		
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.		
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.		
CALIFICACION 36SS-FIL (Llenar por el investigado)		
Baremo: _____	1.14 a 27 puntos. 2. 28 a 42 puntos. 3. 43 a 56 puntos. 4. 57 a 70 puntos	

BAREMO

De 70 a 57 puntos. Familias funcional

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

Número de pregunta y las Situaciones Variables que mide:

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

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 vivenciar 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 requiera.

El Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL elaborado por Ortega, T., De la Cuesta, D. and Dias, C. (1999).

ANEXO 4



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF No. 20 JUAREZ, NUEVO LEON
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Funcionalidad Familiar en la Adolescente Embarazada, su Relación con el Control Prenatal de una Unidad de Medicina Familiar.

Nombre del estudio:							
Patrocinador externo (si aplica):							
Lugar y fecha:	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20, JUAREZ, NUEVO LEON						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	DETERMINAR EL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y SU BUEN CONTROL PRENATAL QUE ACUDEN A LA UMF 20 DE JUAREZ, NUEVO LEON						
Procedimientos:							
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNO						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	SE DETERMINARÁ EL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EXISTENTE EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS, PARA TRATAR Y MEJORAR SU ENTORNO FAMILIAR, QUE FAVOREZCA UN APEGO EN EL CONTROL PRENATAL Y DISMINUIR COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE PARTICIPEN SE LE INFORMARÁ SOBRE EL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR, QUE FAVOREZCA UN BUEN CONTROL PRENATAL.						
Participación o retiro:							
Privacidad y confidencialidad:	LA INFORMACION OBTENIDA SERÁ PRIVADA, SOLO SE USARÁ CON FINES ESTADÍSTICOS Y DESCRIPTIVOS DEL PRESENTE ESTUDIO, APEGADO AL CÓDIGO DE ÉTICA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:	MEJORAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR, PARA FAVORECER UN MEJOR CONTROL DEL EMBARAZO.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	SALVADOR ANTONIO SANTIAGO RODRIGUEZ TELEFONO 8110253275						
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							

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