



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 48
CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y REDES DE APOYO EN
EMBARAZADAS MENORES DE 20 AÑOS EN UMF #56 DEL
IMSS, CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA”**

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

PRESENTA

DRA. MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ REYES

CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 48
CIUDAD JUÁREZ CHIHUAHUA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y REDES DE APOYO EN
EMBARAZADAS MENORES DE 20 AÑOS EN UMF #56
DEL IMSS, CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ REYES

CIUDAD JUÁREZ CHIHUAHUA

2015

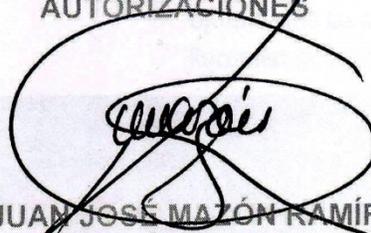
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y REDES DE APOYO EN
EMBARAZADAS MENORES DE 20 AÑOS EN UMF #56 DEL IMSS,
CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA**

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

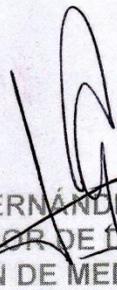
PRESENTA

DRA. MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ REYES

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE 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.**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y REDES DE APOYO EN
EMBARAZADAS MENORES DE 20 AÑOS EN UMF #56 DEL
IMSS, CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:

DRA. MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ REYES

AUTORIZACIONES

DR. RENÉ ALBERTO GAMEROS GARDEA
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
DELEGACIÓN CHIHUAHUA



DR. JUAN LEOBARDO HERNÁNDEZ VILLA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL



DR. HUMBERTO CAMPOS FAVELA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN DE SALUD EN
EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 66



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y REDES DE APOYO EN
EMBARAZADAS MENORES DE 20 AÑOS EN UMF #56 DEL
IMSS, CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA”**

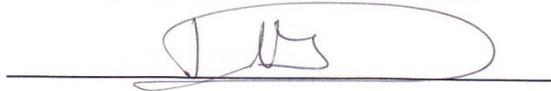
**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:**

Dra. María del Carmen Gómez Reyes

ASESORES

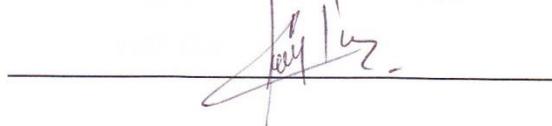
DRA. MARÍA DOLORES MELÉNDEZ VELÁZQUEZ

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 48
ASESORA METODOLÓGICA



DRA. LIDIA ISELA ORDOÑEZ TRUJILLO

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
ASESORA METODOLÓGICA



CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA

2015

DICTAMEN

MEXICO

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



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

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 802
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA 12/08/2013

DRA. MARIA DEL CARMEN GOMEZ REYES

P R E S E N T E

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

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y REDES DE APOYO EN EMBARAZADAS MENORES DE 20 AÑOS EN UMF #56 DEL IMSS, CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA

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-2013-802-23

ATENTAMENTE

DR. SALVADOR BENJAMIN HINOJOSA HERNANDEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ABSTRACT

FAMILY FUNCTIONALITY AND SOCIAL SUPPORT IN UNDER TWENTY-YEAR-OLD PREGNANT WOMEN AT FAMILY MEDICINE UNIT NO. 56 OF THE MEXICAN SOCIAL SECURITY INSTITUTE IN CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA

Advisors: Dr. María Dolores Meléndez Velázquez and Dr. Lidia Isela Ordoñez Trujillo. **Student:** Dr. María del Carmen Gómez Reyes.

Theoretical framework: Family functionality is the capacity of the system to confront and pass every life cycle phase and juncture it crosses. In that regard, pregnancy in under twenty-year-old women constitutes a medical and social problem, since a holistic approach is needed to respond the psychosocial care of the pregnant woman, her family and her social support. **General objective:** Determine family functionality and social support in under twenty-year-old pregnant women at Family Medicine Unit No. 56 of the Mexican Social Security Institute. **Material and methods:** This study is observational, descriptive, transverse and prospective. The totality of under twenty-year-old pregnant patients was taken from November 1, 2013 to August 31, 2014, and the family APGAR was applied in order to make evident the family functionality state. Likewise, the DUKE-UNC, which is a useful scale to determinate social support, was applied. Similarly, sociodemographic questions were added, and the GRAFFAR scale was used to value the socioeconomic state of the pregnant women. **Results:** 87.3% of the surveyed patients referred a highly functional regards the family APGAR, while 84.1% got a normal support score after applying DUKE-UNC score. The most prevalent socioeconomic state was the one regards laborer family, with 57.1%. **Conclusions:** It is required to emphasize a practical process of education, especially sexual orientation with the purpose of making youth carry out their sexuality safely, likewise it is needed to train first-level health workers.

Keywords: Pregnancy, adolescence, social support, family functionality.

RESUMEN

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y REDES DE APOYO EN EMBARAZADAS MENORES DE 20 AÑOS EN UMF #56 DEL IMSS, CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA

Asesores: Dra. María Dolores Meléndez Velázquez y Dra. Lidia Isela Ordoñez Trujillo. **Alumna:** Dra. María del Carmen Gómez Reyes. **Marco teórico:** 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; al respecto, el embarazo en menores de 20 años constituye un problema desde el punto de vista médico y social, pues se debe adoptar un enfoque integral que atienda las necesidades psicosociales de la embarazada, su familia y las redes de apoyo con las que cuenta.

Objetivo general: Determinar la funcionalidad familiar y las redes de apoyo en embarazadas menores de 20 años derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social. **Material y métodos:** El estudio es observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Se tomó la totalidad de las pacientes embarazadas menores de 20 años del 1 de noviembre de 2013 al 31 de agosto de 2014 y se les aplicó el APGAR familiar con el fin de evidenciar el estado funcional de las familias. De igual manera, se aplicó la escala DUKE-UNC, una herramienta útil para determinar el apoyo social; asimismo, se agregaron preguntas sociodemográficas y se utilizó la escala de GRAFFAR para valorar el nivel socioeconómico de las embarazadas.

Resultados: El 87.3% de las pacientes encuestadas refirió un estado normofuncional respecto al APGAR familiar, mientras que el 84.1% de las mismas obtuvo una puntuación de apoyo normal tras la aplicación de la escala DUKE-UNC. El estado socioeconómico con mayor prevalencia entre las encuestadas fue el referente a familia obrera, con un 57.1%.

Conclusiones: Es requerido enfatizar un práctico proceso de educación y sobretodo, orientación sexual con el objetivo de que los jóvenes lleven a cabo su sexualidad en forma responsable y segura; asimismo, se necesita capacitar al personal que lleva a cabo la atención primaria de salud. **Palabras clave:** Embarazo, adolescencia, redes de apoyo, funcionalidad familiar.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A Dios por haberme otorgado fortaleza y permitirme llegar a esta etapa de mi vida.

A mis padres, por su apoyo y comprensión.

A mi hija Briseida, mi gran amor; mi camino seguiré por ti. Agradezco tu amor y tu paciencia, infinitamente gracias por existir.

A mis maestros y asesores: Dra. María Dolores Meléndez Velázquez, Dra. Lidia Isela Ordoñez Trujillo y Dr. Juan L. Hernández Villa por haberme ayudado a superarme como persona y por sus enseñanzas.

A mis compañeros y a la Dra. Agustina Micaela Osuna Lerma por su compañía incondicional.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por creer en mí desde hace 22 años.

A Cielo, por ser mi compañera de desvelos; con mucho amor te cuidaré.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	13
II. MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. Datos históricos.....	14
2.2. Situación actual.....	14
2.3. Definición.....	15
2.4. Etiología.....	16
2.5. Factores de riesgo.....	16
2.6. Fisiopatología.....	17
2.7. Clasificación.....	17
2.8. Manifestaciones clínicas de embarazo.....	18
2.9. Diagnóstico y criterios diagnósticos de embarazo.....	19
2.10. Tratamiento integral.....	19
2.10.1. Tratamiento psicológico.....	19
2.10.2. Tratamiento médico.....	21
2.11. Impacto del embarazo en adolescentes en la familia como crisis familiar.....	21
2.11.2. El embarazo en adolescente como crisis familiar.....	22
2.11.3. Pautas de relación en familias con adolescente embarazada, funcionalidad familiar y redes de apoyo social en relación a este padecimiento.....	23
III. JUSTIFICACIÓN.....	26
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
V. OBJETIVOS.....	28
5.1. General.....	28
5.2. Específicos.....	28
VI. MATERIAL Y MÉTODOS.....	29

6.1. Tipo y diseño del estudio	29
6.2. Población de estudio	29
6.3. Lugar y tiempo de estudio	29
6.4. Tamaño de la muestra	29
6.5. Descripción general del estudio.....	29
6.6. Criterios de estudio	29
6.7.1. Criterios de inclusión.....	29
6.7.2. Criterios de exclusión	30
6.7.3. Criterios de eliminación.....	30
6.9. VARIABLES	30
6.9.1. Dependientes.....	30
6.9.2. Independientes	31
6.9.3. Universales	31
VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	34
VIII. RECURSOS.....	35
IX. RESULTADOS	36
9.1. Tablas de contingencia	43
X. DISCUSIÓN	49
XI. CONCLUSIONES	52
XII. RECOMENDACIONES.....	53
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
XIV. ANEXOS.....	58
ANEXO 1. CARTAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	58
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES	58
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS	59
ANEXO 2. ESCALA DE VALORACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	60

ANEXO 3. ESCALA DE DUKE-UNC	61
ANEXO 4. ESCALA DE VALORACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO DE GRAFFAR	62
ANEXO 5. CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	63
ANEXO 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	64

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa entre la niñez y la edad adulta, constituye una de las etapas más vulnerables del ser humano para desarrollar costumbres y hábitos de riesgo para su salud. El perfil psicológico generalmente es transitorio y emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil, preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente. Por la misma inestabilidad emocional, la búsqueda de identidad y de su proyecto de vida, interés por lo prohibido y la rebeldía contra lo establecido, la influencia de compañeros, cultura permisiva, los medios de comunicación, el deseo de experimentar una nueva vivencia, y el desconocimiento de métodos anticonceptivos son factores que los exponen en situaciones desfavorables y en riesgo de modificarles la calidad y expectativa de vida, por la presencia de un embarazo, afectando al núcleo familiar y a la sociedad en general.

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. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo con el ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo.

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia existe una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre y del hijo; constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que presenta. Produce un serio problema biomédico, ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Datos históricos

En 1930 fue descubierta la gonadotropina coriónica humana, pero es hasta la década de 1980 cuando se utiliza como prueba de rutina en el diagnóstico de embarazo.

En la década de 1970, se reconoció que el embarazo en la adolescencia es un problema sociológico con consecuencias médicas. Se comprobó el alto riesgo obstétrico en las adolescentes relacionadas con pobreza, nutrición inadecuada y la mala salud antes del embarazo, pero no en la edad materna.

En 1977, se concluyó que había una fuerte asociación causal entre el embarazo en adolescentes y el abandono escolar prematuro.

En 1988, se determinó que un alto porcentaje abandonaba la escuela antes de embarazarse, se trataba de un grupo socialmente más aislado desde antes de embarazarse en relación con las adolescentes que no se embarazaron¹.

En 1990 se concluyó que las madres adolescentes tienen prácticamente la misma posibilidad de terminar su educación secundaria que sus compañeras, sin embargo una vez que abandonan la escuela, su probabilidad de terminar es solo del 30%.

En 1991, se reconoció que el adolescente que se embaraza típicamente tiene aspiraciones escolares más reducidas que la que no se embaraza.

2.2. Situación actual

Cada año, 15 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz en el mundo, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos.

En los países en desarrollo, en promedio, el 40% de las mujeres son madres antes de los 20 años, variando entre un 8% en Asia Oriental y el 56% en África Occidental.

En muchos países desarrollados, sólo el 10% de las adolescentes tienen su primer embarazo precozmente.

Gran Bretaña posee la tasa de embarazo adolescente más alta de la Unión Europea, con cerca de 90 mil adolescentes embarazadas cada año; a lo que se suman otras 100 mil niñas que deciden abortar².

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

«Funcionalidad familiar y redes de apoyo en embarazadas menores de 20 años en Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Juárez, Chihuahua»

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. Estudios revelan que en América Latina entre un 15 y 25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años³.

En cuanto a las estadísticas nacionales, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía correspondientes a 2012, estados del norte como Coahuila, Nayarit y Sinaloa muestran los mayores porcentajes de embarazos adolescentes, con 79.56%. El estudio destaca que el Distrito Federal, Querétaro y Colima reportan el menor número de embarazos en mujeres de entre 15 a 19 años, dichas entidades muestran un porcentaje de 36.39%, 44.45% y 44.53, respectivamente⁴. En México, el 30% de las mujeres jóvenes de 15 a 24 años que pertenecen al estrato socioeconómico «muy bajo», es decir, una cuarta parte de las mexicanas, tuvieron un embarazo en la adolescencia, y 50% de éstos no fueron planeados⁵.

En Chihuahua se reportaron 9,186 embarazadas en el rango de edad de 10 a 19 años, se reportaron prevalencias entre el 15 al 17.4%⁶.

Durante el 2012 se reportaron 600 embarazos en la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de los cuales solamente 12 corresponden a mujeres adolescentes de 16 años, lo que representa el 2% de los embarazos. En el transcurso del 2013 se han reportado 182 embarazos, de los cuales 7 corresponden a menores de 16 años y 15 a embarazadas de 18 años.

2.3. Definición

La adolescencia se define como el periodo que transcurre entre los 10 y 19 años. Durante esta etapa el individuo adquiere la capacidad reproductiva, se transforman los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolidan la independencia socioeconómica y la identidad sexual. La adolescencia se divide en tres fases: temprana, de 10 a 13 años, considerada como el periodo peripuberal, fase en la que ocurren grandes cambios corporales y funcionales; adolescencia media, entre los 14 a 16 años, en la cual se completa el crecimiento y desarrollo somático; finalmente, la fase tardía, de los 17 a 20 años, que se caracteriza por ser el periodo de aceptación de estos cambios^{2, 7}. Por ende, definimos el embarazo adolescente como la

«Funcionalidad familiar y redes de apoyo en embarazadas menores de 20 años en Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Juárez, Chihuahua»

gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica^{3, 8}.

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aplicación de la enfermedad entre sus miembros; 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 disfuncionalidad familiar influye en las relaciones familiares sin armonía y las alteraciones del bienestar subjetivo, percibido con relación a la satisfacción familiar, el desempeño de roles, la comunicación, la jerarquía, la permeabilidad y la cohesión del medio familiar⁹.

Las redes de apoyo, por otra parte, suponen un conjunto de relaciones interpersonales que vincula a las personas con otras de su entorno y les permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.

2.4. Etiología

El embarazo adolescente tiene múltiples causas y soluciones. No obstante, hay dos hechos que son determinantes al analizar:

El inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales y la no utilización de método anticonceptivo eficaz¹⁰.

Otra de las cuestiones ha sido el ámbito o medio de hábitat de los jóvenes, habiéndose postulado que en el medio rural se inicia antes la actividad coital que en el medio urbano y, como consecuencia, se observan tasas más elevadas de embarazo adolescente. La búsqueda de independencia orilla al adolescente a buscar el camino hacia ésta a partir de una separación simbólica con su familia para sentirse libre¹¹.

2.5. Factores de riesgo

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

Factores de riesgo individuales, entre los cuales se encuentran menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

Factores de riesgo familiares, como disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

Factores de riesgo sociales, como bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del «amor romántico» en las relaciones sentimentales de los adolescentes^{3, 8, 12}.

2.6. Fisiopatología

La adolescencia es una época de complejos cambios físicos, psicosociales, sexuales y cognitivos. Los adolescentes que inician la actividad sexual antes de alcanzar la capacidad para intimidar, tienen el riesgo de sufrir experiencias indeseables o nocivas de la actividad sexual.

Durante la gestación es normal que la mujer aumente de peso 1.5 a 1.8 kg; durante el primer trimestre, unos 3.5 kg; suplementarios en el segundo y el resto en el tercero —0.4 kg por semana—. Dentro de este aumento, el feto, placenta y líquido amniótico representan entre 4.5 kg y 5 kg, y el otro gran componente que aumenta es la grasa materna de depósito, que alcanza un valor de alrededor de 3 a 4 kg.

Disminuye la motilidad gastrointestinal y se produce mayor relajación del cardias. Estos cambios en el sistema digestivo influyen notablemente en la aparición de vómitos, ardores y estreñimiento tan comunes en las gestantes.

Aumenta el volumen de sangre con la consiguiente hemodilución que suele conducir a una anemia fisiológica de la gestante. Tienen lugar una serie de variaciones en el metabolismo, entre los que destacan incremento del metabolismo basal, en ocasiones alteración de la tolerancia a la glucosa produciéndose lo que se llama diabetes gestacional e impedimento en el metabolismo del ácido fólico¹³.

2.7. Clasificación

Respecto a la clasificación del embarazo:

1. Embarazo intrauterino, el embrión se implanta dentro del útero. Es el embarazo normal, sin ninguna alteración. Este embarazo además puede ser único, gemelar, anembrionado o de huevo muerto retenido.

2. Embarazo extrauterino o ectópico, hasta uno de cada 50 embarazos es ectópico, palabra que significa «fuera de lugar»; es un embarazo anormal, en el que el óvulo fertilizado se implanta en el tejido fuera del útero o de la placenta y el feto comienza a crecer allí; sin embargo, los embarazos ectópicos se pueden producir en el ovario, en el abdomen y en la parte inferior del útero y el bebé no puede sobrevivir en estos casos.
3. Embarazo molar, se caracteriza porque la placenta crece de forma anormal durante los primeros meses y se convierte en una masa de quistes —llamada mola hidatiforme— que se asemeja a un racimo de uvas blancas. El embrión no se forma en absoluto o se forma mal y no puede sobrevivir, aproximadamente 1 de cada 1,500 embarazos es molar¹⁴.

Respecto a la adolescencia:

1. Pubertad o preadolescencia es un periodo de los 10 a 11 años en las niñas y de los 12 a 13 años en los niños.
2. Adolescencia media es un periodo entre los 14 a 16 años.
3. Adolescencia tardía es el periodo que va de los 17 a los 20 años¹⁵.

2.8. Manifestaciones clínicas de embarazo

1. Amenorrea, toda mujer con vida sexual activa que presente este síntoma se debe considerar embarazo hasta no demostrar lo contrario porque, aunque la amenorrea puede ser de tipo funcional, su causa más frecuente es el embarazo.
2. Náuseas y vomito son un signo típico del primer trimestre de la gestación, pero no exclusivo del embarazo.
3. Fatiga, se caracteriza por falta de ganas de trabajar al levantarse, somnolencia y disminución de la capacidad física, presente en los primeros meses de la gestación por la elevación de producción de progesterona.
4. Cambios en las mamas debido a la congestión de las mamas es un signo precoz, sobretodo en las primigrávidas y está asociado a la elevada producción de hormonas.
5. Crecimiento abdominal, todo crecimiento abdominal sugiere la posibilidad de embarazo luego del tercer mes.

6. Cambios uterinos, ya que el útero sometido a acción mecánica del feto experimenta una serie de cambios morfológicos que constituyen signos probables de embarazo.
7. Percepción de los movimientos fetales es un síntoma subjetivo y depende mucho de la importancia que la paciente le dé durante el primer mes¹⁶.

2.9. Diagnóstico y criterios diagnósticos de embarazo

Deben ofrecerse en cualquier ámbito social, ya sea urbano, suburbano, rural y de ello depende el nivel de atención médica. La gonadotropina coriónica humana se produce aproximadamente 10 días tras la fecundación, una mujer antes de la primera menstruación se puede diagnosticar, teniendo más falsos positivos cuanto más antes se haga.

1. Test de hemaglutinación consiste en que la orina se junta con hemáties de carnero; si la orina tiene gonadotropina coriónica humana, hemoliza la sangre.
2. Métodos radioinmunológicos para la determinación de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana¹⁷.
3. Ultrasonido, mediante la ecosonografía bidimensional es posible detectar estructuras fetales que varían según la edad gestacional; aunque se ha señalado la posibilidad de detectar el saco gestacional implantado dentro de la cavidad endometrial a partir de la semana 4, no es sino a partir de la quinta semana cuando el método adquiere valor diagnóstico¹⁸.

2.10. Tratamiento integral

En términos generales, el tratamiento integral del embarazo en la adolescencia implica apoyo psicoterapéutico, apoyo socioeconómico y acción sobre la red de apoyo familiar.

2.10.1. Tratamiento psicológico

El desarrollo del adolescente requiere que desarrolle una imagen personal e identidad realista y positiva; la identidad del joven incluye el desarrollo de las habilidades físicas, cognitivas y sociales, madurez emocional y espiritual e identidad sexual, incluida su orientación sexual. Es necesario lograr una independencia exitosa de la familia, alcanzar el éxito de un sentido estable de sí mismo permite al

adolescente avanzar y enfrentar la tarea del adulto joven. Las tareas centrales del desarrollo de la adolescencia incluyen las siguientes:

1. Adquirir la independencia emocional y de comportamiento.
2. Adquirir las experiencias educativas y de otros tipos necesarias para los roles de trabajo como adulto y el desarrollo de una meta vocacional.
3. Aprender a enfrentar la sexualidad emergente y alcanzar un nivel maduro de sexualidad.
4. Resolver problemas de identidad —en esencia, un nuevo nacimiento— y obtener una imagen personal, realista y positiva.
5. Desarrollo de habilidades interpersonales, incluida la capacidad para la intimidad, y preparación para formar una pareja íntima¹⁹.

2.10.2. Tratamiento médico

El médico familiar debe fomentar la comunicación abierta en casa, la provisión de algún manual para los padres podría ayudar a facilitar los debates sobre la sexualidad. La familia es el factor que más influye en el riesgo de un embarazo durante la adolescencia, pues si no hay información disponible en casa, el médico debe de tomar una posición única para servir como recurso y crear un ambiente adecuado para la discusión; introducir el tema de la sexualidad y proporcionar una guía anticipada tanto para los adolescentes como para la familia. En resumen, el nuevo código sanitario y el artículo 4 del Institución establece las reglas generales para la planificación familiar y su naturaleza sanitaria, basada en la educación de la población y la protección de la organización de la familia²⁰.

Respecto a la prevención, el «condón», que se empezó a utilizar hace más de cuatro siglos y en la actualidad lo utilizan millones de personas para prevenir la transmisión sexual de enfermedades es eficiente en grandes grupos de población y particularmente en todos los países del mundo. Otro método son los anticonceptivos hormonales administrados por vía oral y que consiste en una progesterona asociada o no con un estrógeno, el que por sí mismo y en dosis adecuada es un potente anovulatorio. Por otra parte, se encuentran los anticonceptivos mecánicos, como el diafragma y los dispositivos intrauterinos que se usan en la mujer, además de una variedad de medicamentos espermaticidas y los anticonceptivos de emergencia o poscoital, que actúan impidiendo la fertilización o fecundación o inhibiendo la ovulación cuando se administra en dosis elevadas.

Es indispensable mencionar el uso de procedimientos quirúrgicos tanto en el hombre —vasectomía— como en la mujer —salpingoclasia— que si bien está indicada en situaciones médicas que afectan a la familia, infertilidad permanente²¹.

2.11. Impacto del embarazo en adolescentes en la familia como crisis familiar

La familia es la principal institución del proceso de tipificación sexual dado que es formadora por excelencia y de difícil remplazo. El proceso de caracterización sexual se observa en las familias, no sólo en el proceso de transferencia de estos valores a las nuevas generaciones, sino como parte interior,

«Funcionalidad familiar y redes de apoyo en embarazadas menores de 20 años en Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Juárez, Chihuahua»

importante e innegable de los modelos relacionales que se establecen entre sus miembros, y que produce en no pocas ocasiones, alteraciones en las relaciones familiares y en el funcionamiento familiar. En este sentido, los adolescentes, en su proceso de socialización, están expuestos a influencias familiares, de medios masivos e interpersonales, por lo que en esta etapa se pueden favorecer factores protectores o de riesgo para la salud.

Además del procesamiento del problema por parte de la familia y el tipo de respuesta que esta genere, hay otros factores que intervienen en el impacto familiar, tal es el caso de la cultura familiar, que está vista como el conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros de una familia intervienen en su evolución y desenlace, el impacto será diferente en cada momento de la vida de una familia y del miembro al que le ocurra.

La comunicación familiar es fundamental en todos los momentos de la vida de los seres humanos y será muy difícil la convivencia si no ejecutamos intercambio de información²².

2.11.2. El embarazo en adolescente como crisis familiar

Los períodos de crisis son etapas de desestabilización del equilibrio; períodos de cambio.

La enfermedad como tal puede considerarse como una crisis, dada la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, con lo que se producen diferentes desajustes que van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella^{3, 23}.

Todos los seres humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de su vida a experimentar crisis, caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación. Los patrones sucesivos de desarrollo, a través de diversas etapas se tienen el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o más bajos. Una crisis es un estado temporal de trastornos y desorganizaciones, se caracteriza sobre todo por una incapacidad para manejar la situación particular y el individuo utiliza métodos dado el potencial para obtener resultados, radicalmente positivos o negativos^{22, 24}.

1. El embarazo, parto y puerperio antes de los 20 años —en particular, antes de los 18— implican mayores riesgos de salud para madres y bebés.
2. Las madres adolescentes tienen más probabilidades de sufrir sesgos y discriminación de género, experimentando estigma cultural o permanencia atada a roles femeninos tradicionales.
3. Los adolescentes que han tenido hijos tienen más dificultades para consolidar una familia.
4. La probabilidad de tener hijos durante la adolescencia es mucho mayor entre los grupos pobres.
5. La tolerancia y aceptación familiar hacia las actividades sexuales premaritales es un asunto sensible, puesto que las madres adolescentes solteras enfrentan desaprobación y estigma²⁵.

2.11.3. Pautas de relación en familias con adolescente embarazada, funcionalidad familiar y redes de apoyo social en relación a este padecimiento

La proporción actual de adolescentes en el país genera una enorme demanda de servicios en todos los ámbitos, incluido el de asistencia médica, donde el embarazo no planeado representa un problema de salud pública; suceden cerca de medio millón de embarazos anuales.

La adolescente muestra cambios psicológicos como irritabilidad, rechazo del embarazo, aislamiento y rebeldía hacia las normas de conducta y es posible que en las adolescentes los aspectos psicosociales y culturales del embarazo y la maternidad sean más abundantes e impactantes que los médicos, sobretodo si son menores de 16 años²⁶.

En esta etapa, muchos adolescentes experimentan distanciamiento con sus progenitores y un mayor acercamiento con sus amistades, quienes, en un buen porcentaje; suplen las necesidades de información. Aumentando la situación de vulnerabilidad a problemas como el embarazo no planeado, tienen menos información y preparación para las prácticas de cuidados durante su embarazo y por consiguiente, tienen más riesgos y complicaciones en su edad durante el embarazo y parto, así como las de sus hijos que las mujeres de 20 años²⁷.

«Funcionalidad familiar y redes de apoyo en embarazadas menores de 20 años en Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Juárez, Chihuahua»

El soporte familiar —que incluye al embarazador— con el que puedan contar y el trabajo de los equipos de salud que las acompañen serán los factores protectores que les permitirán llevar adelante la empresa con mejores logros. En la mayoría de los casos, los padres muestran actitudes iniciales de rechazo que se convierten luego en aceptación y apoyo, con el transcurrir de la gestación; en gran cantidad de situaciones, las actitudes de aceptación del embarazo por parte de la familia de origen pueden inscribirse en la lógica de la naturalización de la sinonimia mujer madre. Es decir, si bien mayormente los adultos referentes de las adolescentes conciben el embarazo como un problema y presuponen consecuencias negativas a partir de él, esto no implica que la maternidad se haya puesto en cuestión²⁸.

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; esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas como socialización, cuidados, afecto, reproducción y otorgamiento de estatus y nivel socioeconómico, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante. La funcionalidad familiar se determina a través de la aplicación del APGAR familiar²⁹ con el fin de evidenciar el estado funcional de las familias, este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein —quien, basándose en su experiencia como médico de familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de atención primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar—. Consta de cinco preguntas y se evalúa de la siguiente manera:

1. Normofuncional equivale de 7 a 10 puntos.
2. Disfuncional leve equivale de 3 a 6 puntos.
3. Disfuncional grave corresponde de 0 a 2 puntos.

De igual manera, la escala DUKE-UNC es una herramienta útil para determinar el apoyo social que reciben las adolescentes embarazadas; es un cuestionario que consiste en la aplicación de 11 preguntas y que recoge valores referidos al apoyo confidencial —preguntas 1, 4, 6, 7, 8 y 10— y el resto de cuestionamientos son referidos al apoyo afectivo —preguntas 2, 3, 5, 9 y 11— cada aspecto se evalúa mediante una escala con cinco opciones y se evalúa de la siguiente manera:

«Funcionalidad familiar y redes de apoyo en embarazadas menores de 20 años en Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Juárez, Chihuahua»

1. Apoyo normal equivale de 32 a 55 puntos.
2. Apoyo social percibido bajo, equivalente de 0 a 31 puntos.

Así como nos es de utilidad la aplicación de la escala GRAFFAR para valorar el nivel socioeconómico de las adolescentes, la cual consta de 20 preguntas y se califica así:

1. Alto de 4 a 6 puntos.
2. Medio alto de 7 a 9 puntos.
3. Medio bajo de 10 a 12 puntos.
4. Obrero de 13 a 15 puntos.
5. Marginal de 16 a 18 puntos.

Además, se anexarán preguntas para conocer el estado sociodemográfico de las pacientes.

III. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes necesita un apoyo importante del grupo familiar que lo apoye en la vigilancia de su embarazo, toma de decisiones, y en la ejecución de acciones adecuadas.

El apoyo familiar es clave para el adecuado control del embarazo, al propiciar un ambiente favorable que reduzca el estrés y mejore el cumplimiento del control prenatal. Este apoyo tiene su base en las redes sociales, y deriva de las relaciones interpersonales familiares o de parejas.

Por otro lado, es importante establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares, y debe considerarse que es más apropiado preocuparse por definir el grado de funcionalidad familiar, pues es tarea del médico fomentar en la familia la idea de autorresponsabilidad en la salud de este colectivo y de sus miembros, así como desarrollar y utilizar todas las potencialidades del grupo en áreas de mejorar su salud. Para hablar de estado de salud adecuado, es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo, y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado «familia», y de allí que consideramos muy importante también para su salud, su modo de vida familiar.

Equivalentemente, la familia como grupo social debe cumplir funciones básicas como son cuidado, afecto, socialización y reproducción, además de la económica, la biológica, educativa, la cultural, y la espiritual, siendo éstas uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, es decir, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

La función del médico familiar en el primer nivel de atención será el llevar a cabo la evaluación dinámica, organizada y longitudinal del estado de salud de las jóvenes en su entorno familiar y social con el fin de lograr un control adecuado de las adolescentes en situaciones de riesgo.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo y la maternidad de adolescentes son hechos más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí. Es difícil determinar con exactitud las razones del embarazo en las adolescentes, ya que las causas son múltiples y se relacionan entre sí.

El embarazo durante la adolescencia en nuestro país es un problema que ha ido aumentando a través de los años, hasta convertirse en cifras significativas. Según las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, los estados del norte de México se encuentran en los primeros lugares con cifras alarmantes. En nuestro estado, Chihuahua, existe una prevalencia del 15%, marcando así una inestabilidad y desequilibrio que genera dificultades al personal de salud y la sociedad; en conjunto, tenemos una enorme responsabilidad de cuidar y preservar a la mujer embarazada.

Una de las grandes responsabilidades del médico familiar es analizar la dinámica y la funcionalidad familiar de sus pacientes, abordando para que acepten, comprendan, apoyen y resuelvan sus problemas para así, cumplir un buen desempeño de sus roles; por ello, se establece la siguiente cuestión:

¿Cuál es la funcionalidad familiar y las redes de apoyo en embarazadas menores de 20 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Juárez, Chihuahua?

V. OBJETIVOS

5.1. General

Establecer la funcionalidad familiar y redes de apoyo en embarazadas ≤ 20 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Juárez, Chihuahua.

5.2. Específicos

1. Establecer la funcionalidad familiar en embarazadas \leq de 20 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. Determinar la ocupación más predominante en pacientes embarazadas ≤ 20 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
3. Identificar redes de apoyo con los que cuentan las pacientes embarazadas ≤ 20 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
4. Reconocer el estado civil más frecuente en embarazadas ≤ 20 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
5. Identificar la edad más frecuente en la que se presenta embarazo en pacientes \leq de 20 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
6. Identificar la escolaridad más frecuente en pacientes embarazadas ≤ 20 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
7. Establecer el nivel socioeconómico en embarazadas ≤ 20 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. Tipo y diseño del estudio

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

6.2. Población de estudio

La población de estudio fue la totalidad de embarazadas ≤ 20 años, que cumplieron con criterios de inclusión y que acudieron a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Juárez, Chihuahua; del 1 de noviembre de 2013 al 31 de agosto de 2014.

6.3. Lugar y tiempo de estudio

Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en la calle Miguel Hidalgo No. 3904, col. Durango en Ciudad Juárez, Chihuahua, con una población adscrita de 53,300 personas; el tiempo de estudio fue del 1 noviembre del 2013 al 31 de agosto del 2014.

6.4. Tamaño de la muestra

Se incluyó al total de embarazadas ≤ 20 años que estuvieron en control prenatal, que fueron 63 derechohabientes.

6.5. Descripción general del estudio

Fue realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 56 tomando en cuenta a la totalidad de las embarazadas ≤ 20 años que acudieron a consulta de control prenatal del periodo del 1 de noviembre de 2013 al 31 de agosto de 2014, a las cuales se les autoaplicaron tres instrumentos para valorar la funcionalidad familiar —APGAR familiar—, las redes de apoyo —escala de DUKE-UNC— y el nivel socioeconómico —escala de GRAFFAR—.

6.6. Criterios de estudio

6.7.1. Criterios de inclusión

1. Pacientes embarazadas ≤ 20 años.
2. Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Juárez, Chihuahua.
3. Pacientes que acepten contestar las encuestas.
4. Pacientes que completen las encuestas.
5. Pacientes que firmen el consentimiento informado.

6.7.2. Criterios de exclusión

Embarazadas menores de 16 años sin convenio 178/2006.

6.7.3. Criterios de eliminación

Pacientes que no completen la encuesta correctamente.

6.9. VARIABLES

6.9.1. Dependientes

6.9.1.1. Funcionalidad familiar

Definición conceptual: La funcionalidad familiar es la capacidad de la familia para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas como socialización, cuidados, afecto, reproducción y otorgamiento de estatus y nivel socioeconómico, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante.

Definición operativa: Se determinó la funcionalidad familiar mediante la aplicación del APGAR familiar.

Escala de medición: Cualitativa ordinal.

Indicador:

1. Normofuncional equivale de 7 a 10 puntos.
2. Disfuncional leve equivale de 3 a 6 puntos.
3. Disfuncional grave corresponde de 0 a 2 puntos.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva.

6.9.1.2. Redes de apoyo

Definición conceptual: Conjunto de relaciones interpersonales que vincula a las personas con otras de su entorno y les permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.

Definición operativa: Se determinó mediante la aplicación de la escala DUKE-UNC.

Escala de medición: Cualitativa ordinal.

Indicador:

1. Apoyo normal equivale de 32 a 55 puntos.
2. Apoyo social percibido bajo, equivalente de 0 a 31 puntos.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva.

6.9.2. Independientes

6.9.2.1. Estado civil

Definición conceptual: Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establecen ciertos derechos y deberes.

Definición operativa: Para fines de este estudio se tomó estado civil como el estado referido por el paciente.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador:

1. Soltera.
2. Casada.
3. Unión libre.
4. Divorciada o separada.
5. Viuda.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva.

6.9.3. Universales

6.9.3.1. Edad

Definición conceptual: Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta el momento actual.

Definición operativa: Para fines de este estudio se tomó la cantidad de años que declaró la encuestada al momento de llenar el cuestionario.

Escala de medición: Cuantitativa nominal.

Indicador: Correspondió a los años cumplidos de la encuestada al momento del estudio.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva.

6.9.3.2. Escolaridad

Definición conceptual: Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza y conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes.

Definición operativa: Para fines de este estudio se captó la escolaridad referida por el paciente.

Escala de medición: Cualitativa.

Indicador:

1. No sabe leer ni escribir.
2. Primaria terminada o incompleta.
3. Secundaria terminada o incompleta.
4. Técnica o equivalente.
5. Profesional.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva.

6.9.3.3. Ocupación

Definición conceptual: Trabajo asalariado, al servicio de un empleador.

Definición operativa: Para fines de este estudio, se captó el empleo referido por la paciente en la encuesta.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador:

1. Ama de casa.
2. Obrera.
3. Comerciante.
4. Profesional.
5. Otros.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva.

6.9.3.4. Nivel socioeconómico

Definición conceptual: Posición o estatus que obtiene una persona en la sociedad a través de los recursos económicos que posee.

Definición operativa: Para propósitos del estudio, equivale a la categoría del estrato social en la que se ubica la persona según la puntuación obtenida en la escala GRAFFAR.

Escala de medición: Cualitativa.

Indicador:

1. Alto de 4 a 6 puntos.
2. Medio alto de 7 a 9 puntos.
3. Medio bajo de 10 a 12 puntos.
4. Obrero de 13 a 15 puntos.
5. Marginal de 16 a 18 puntos.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se otorgó el formato de consentimiento informado a las pacientes, explicando los lineamientos de bioética que expresan que no se pone en riesgo la integridad ni la vida de los pacientes y se sujeta a las declaraciones internacionales, considerando la autonomía y la beneficencia de los pacientes.

VIII. RECURSOS

Humanos: Investigador, asesores, pacientes.

Físicos: Utilización de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Financieros: Respecto los recursos financieros, éstos fueron propios del médico residente.

Materiales: Empleo de una impresora, computadora personal, materiales de escritorio —hojas de papel, lápices, plumas, borrador, etcétera— internet y libros, principalmente.

IX. RESULTADOS

En referencia a la funcionalidad familiar, el 87.3% de las encuestadas obtuvo una puntuación normofuncional de acuerdo al APGAR familiar, lo que corresponde a 55 pacientes, como lo muestra la tabla 1.

TABLA 1

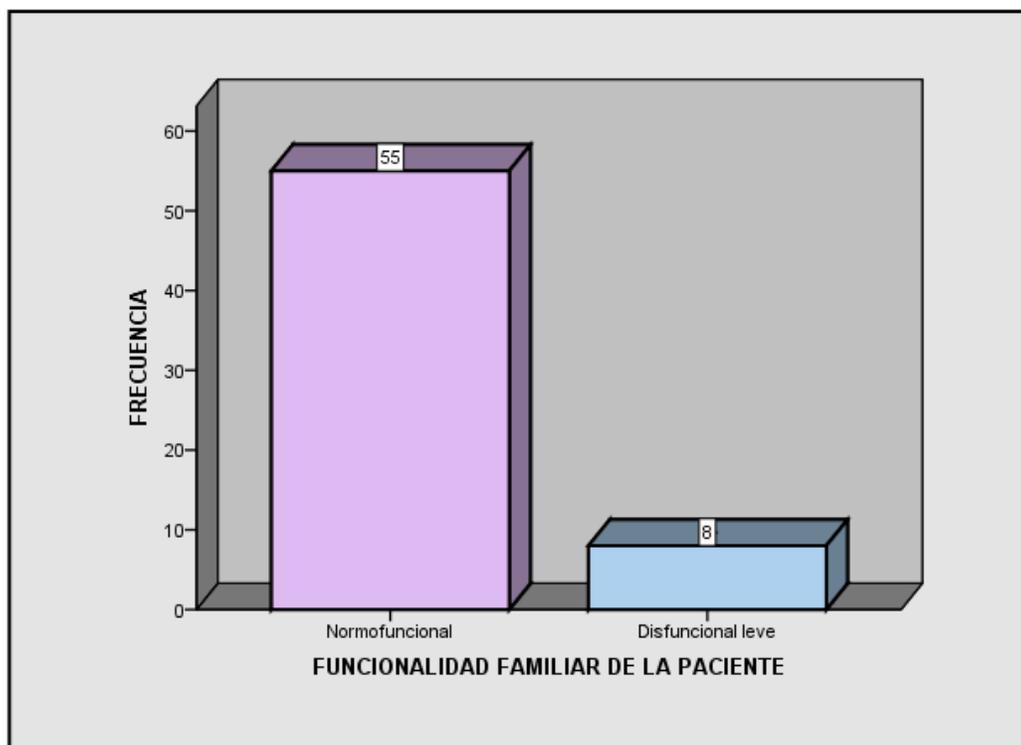
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Normofuncional	55	87.3	87.3	87.3
	Disfuncional leve	8	12.7	12.7	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

Fuente: Aplicación del APGAR familiar

GRÁFICA 1

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.



Fuente: Tabla 1

El 38.1% de las pacientes refirieron ser obreras de acuerdo a la encuesta realizada, lo que corresponde a 24 pacientes; el 36.5% respondió llevar a cabo otra ocupación, lo que corresponde a 23 pacientes. El 25.4% restante de las encuestadas son amas de casa, correspondiendo a 16 encuestadas como se puede observar en la tabla 2.

TABLA 2

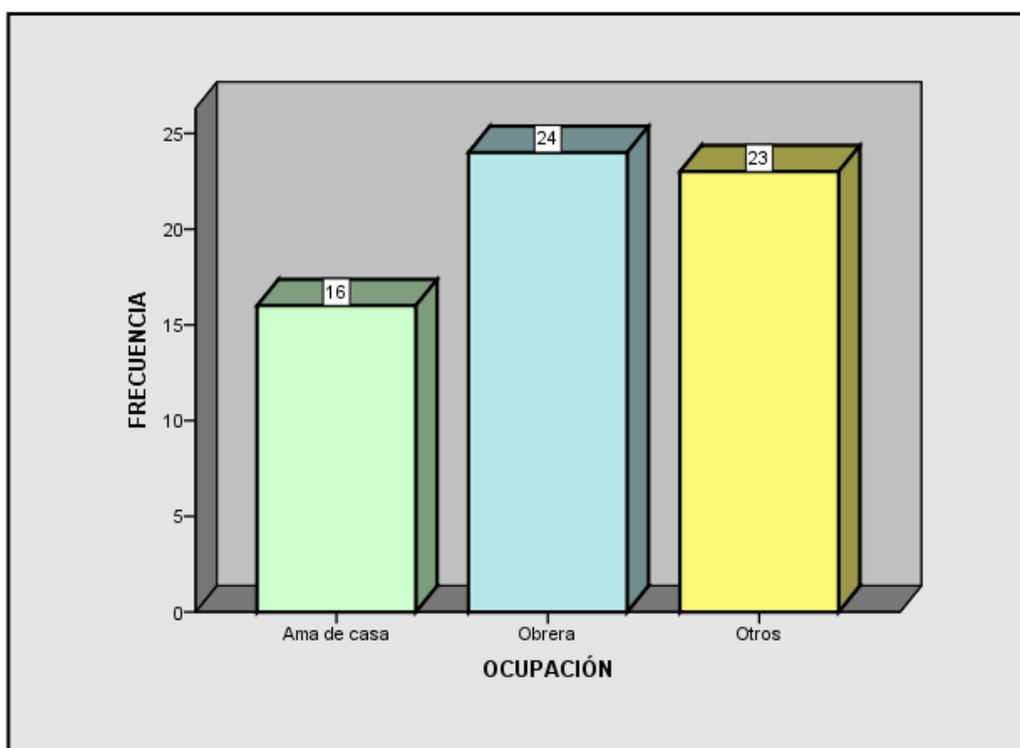
OCUPACIÓN EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ama de casa	16	25.4	25.4	25.4
	Obrera	24	38.1	38.1	63.5
	Otros	23	36.5	36.5	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

Fuente: Aplicación de cuestionario

GRÁFICA 2

OCUPACIÓN EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.



Fuente: Tabla 2

En cuanto a las redes de apoyo, el 84.1% de las pacientes —lo que corresponde a 53 de las encuestadas— respondió la escala de DUKE-UNK obteniendo como puntuación apoyo normal, mientras que el 15.9% restante obtuvo una calificación de apoyo social percibido bajo —10 pacientes— tal y como se puede ver en la tabla 3.

TABLA 3

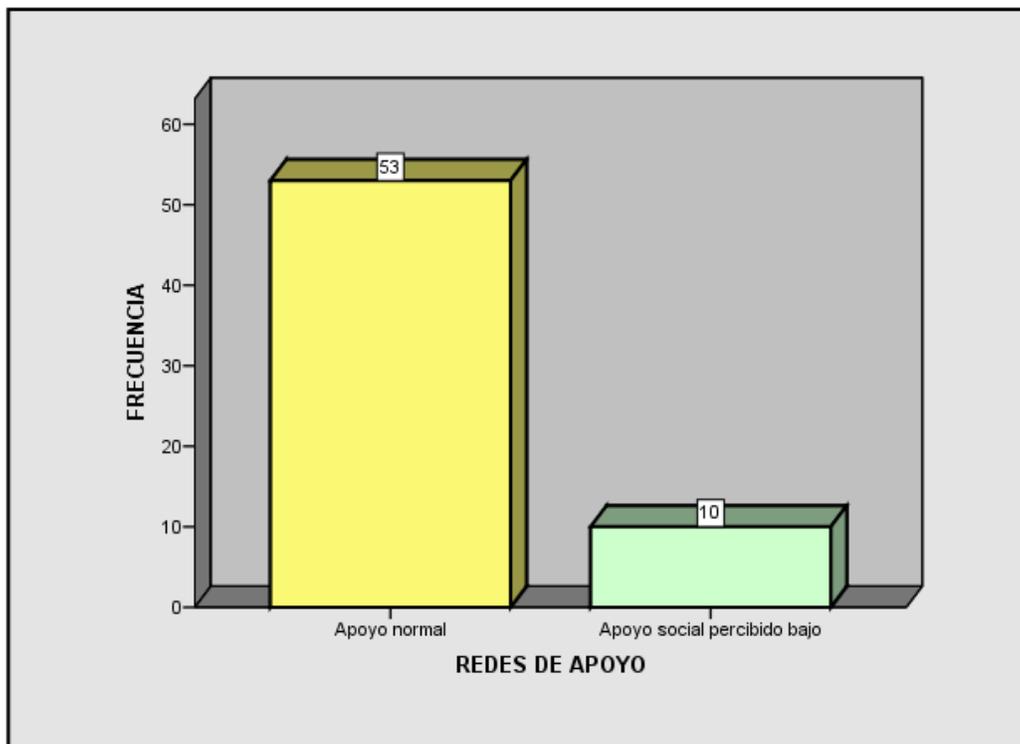
REDES DE APOYO EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Apoyo normal	53	84.1	84.1	84.1
Apoyo social percibido bajo	10	15.9	15.9	100.0
Total	63	100.0	100.0	

Fuente: Aplicación de la herramienta DUKE-UNC

GRÁFICA 3

REDES DE APOYO EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.



Fuente: Tabla 3

Referente al estado civil de las pacientes encuestadas, se encontró que el 50.8% —32 pacientes— vive en unión libre, mientras que el 33.3% están casadas, lo que corresponde a 21 encuestadas. El 15.9% restante son solteras —10 embarazadas— tal y como se muestra en la tabla 4.

TABLA 4

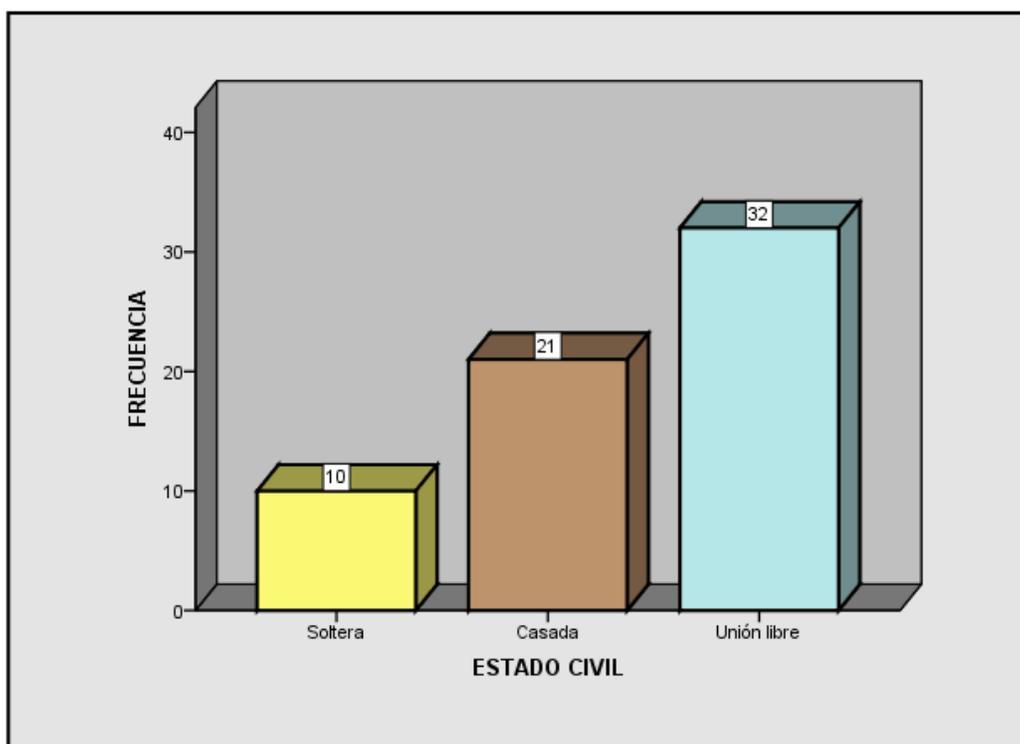
ESTADO CIVIL EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	10	15.9	15.9	15.9
	Casada	21	33.3	33.3	49.2
	Unión libre	32	50.8	50.8	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

Fuente: Aplicación de cuestionario

GRÁFICA 4

ESTADO CIVIL EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.



Fuente: Tabla 4

El 58.7% de las pacientes refirió tener 20 años al momento de la autoaplicación de las herramientas de evaluación, lo que equivale a 37 encuestadas. El 17.5% de las encuestadas —11 pacientes— tenía 19 años, mientras que el 12.7% contestó tener 18 años, tal y como se muestra en la tabla 5.

TABLA 5

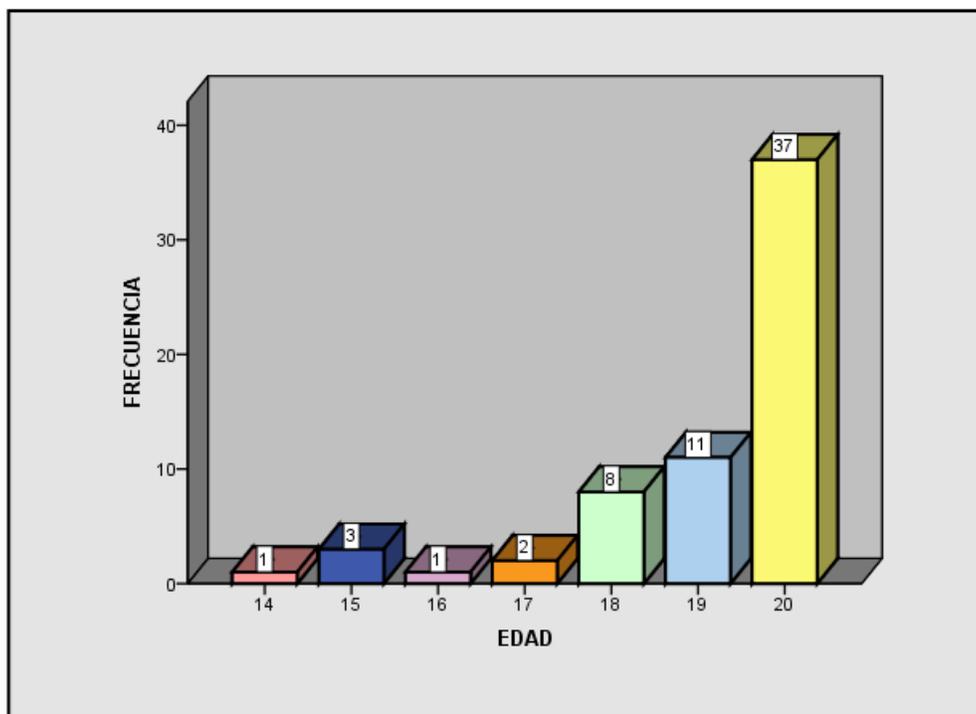
EDAD EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 56.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 14	1	1.6	1.6	1.6
15	3	4.8	4.8	6.3
16	1	1.6	1.6	7.9
17	2	3.2	3.2	11.1
18	8	12.7	12.7	23.8
19	11	17.5	17.5	41.3
20	37	58.7	58.7	100.0
Total	63	100.0	100.0	

Fuente: Aplicación de cuestionario

GRÁFICA 5

EDAD EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.



Fuente: Tabla 5

En referencia a la escolaridad, el 63.5% —40 encuestadas— tiene escolaridad nivel secundaria terminada o incompleta. El 20.6% contestó tener escolaridad nivel técnico o equivalente, mientras que el 12.7% de las encuestadas tiene escolaridad nivel primaria terminada o incompleta; solamente el 3.2% —2 pacientes— ha alcanzado el nivel de escolaridad profesional o está en ese nivel, como se puede ver en la tabla 6.

TABLA 6

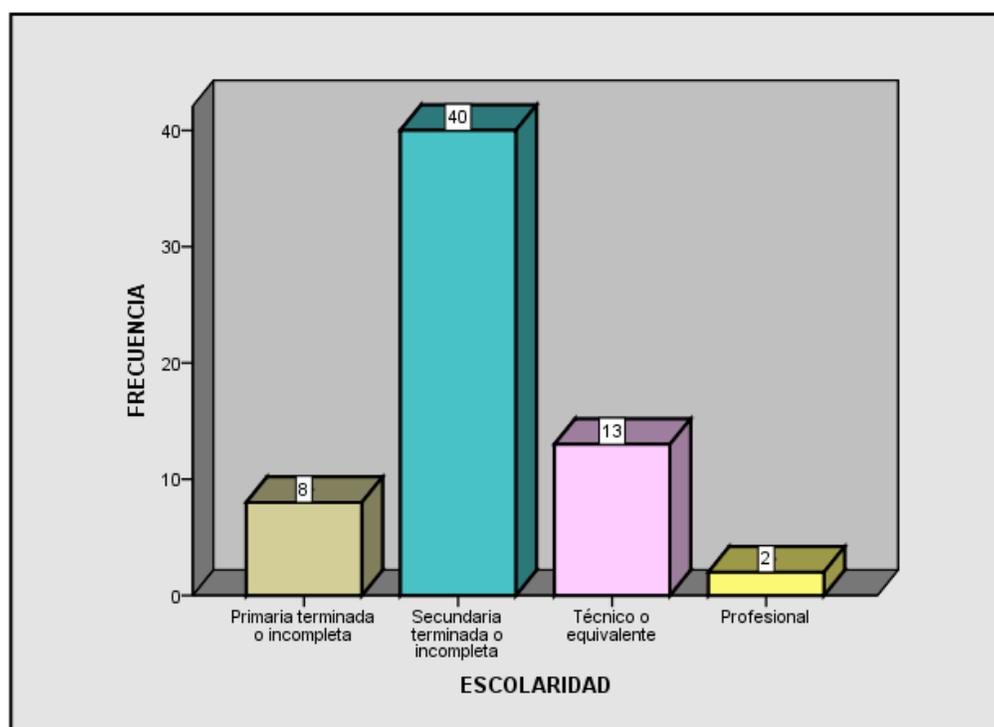
ESCOLARIDAD EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria terminada o incompleta	8	12.7	12.7	12.7
	Secundaria terminada o incompleta	40	63.5	63.5	76.2
	Técnico o equivalente	13	20.6	20.6	96.8
	Profesional	2	3.2	3.2	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

Fuente: Aplicación de cuestionario

GRÁFICA 6

ESCOLARIDAD EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.



Fuente: Tabla 6

En cuanto al nivel socioeconómico de las encuestadas, el 57.1% —36 pacientes— tiene el nivel de una familia obrera. El 28.6% —18— refirió tener un nivel medio bajo, como se muestra en la tabla 7, mientras que el 7.9% —5— de las pacientes obtuvo una puntuación de nivel medio alto según la escala de GRAFFAR.

TABLA 7

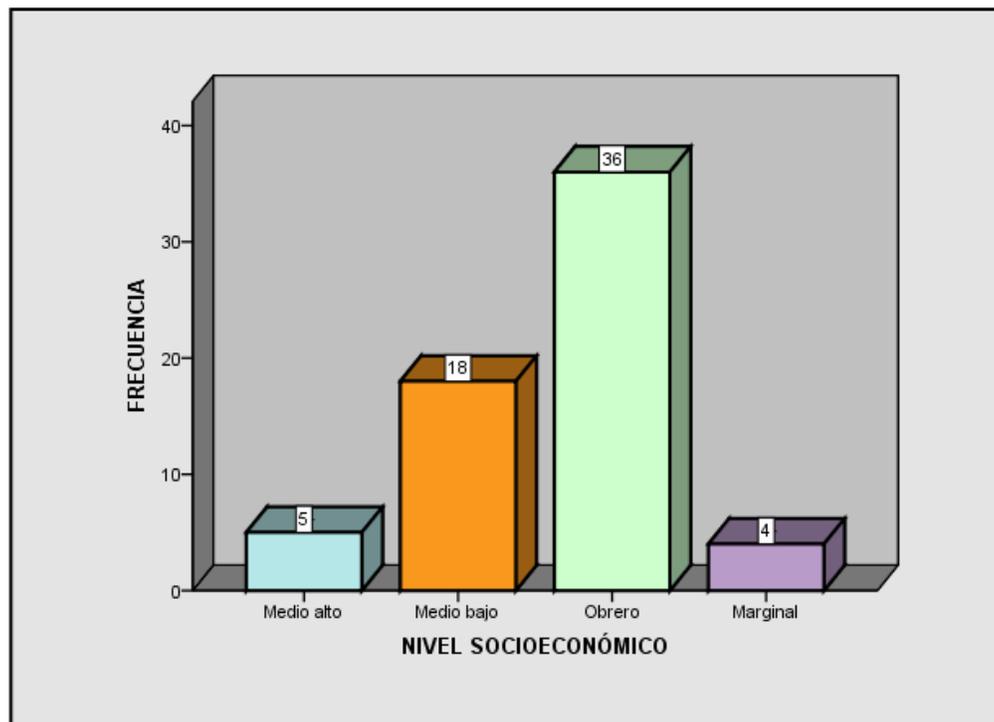
NIVEL SOCIOECONÓMICO EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Medio alto	5	7.9	7.9	7.9
	Medio bajo	18	28.6	28.6	36.5
	Obrero	36	57.1	57.1	93.7
	Marginal	4	6.3	6.3	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

Fuente: Aplicación de escala de GRAFFAR

GRÁFICA 7

NIVEL SOCIOECONÓMICO EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.



Fuente: Tabla 7

9.1. Tablas de contingencia

Referente a la funcionalidad familiar y ocupación de las pacientes, se puede observar que la ocupación más frecuente fue la de obrera con un total de 24 encuestadas, de las cuales 21 refirieron normofuncionalidad familiar tras la autoaplicación del APGAR familiar, como se muestra a continuación.

TABLA 8

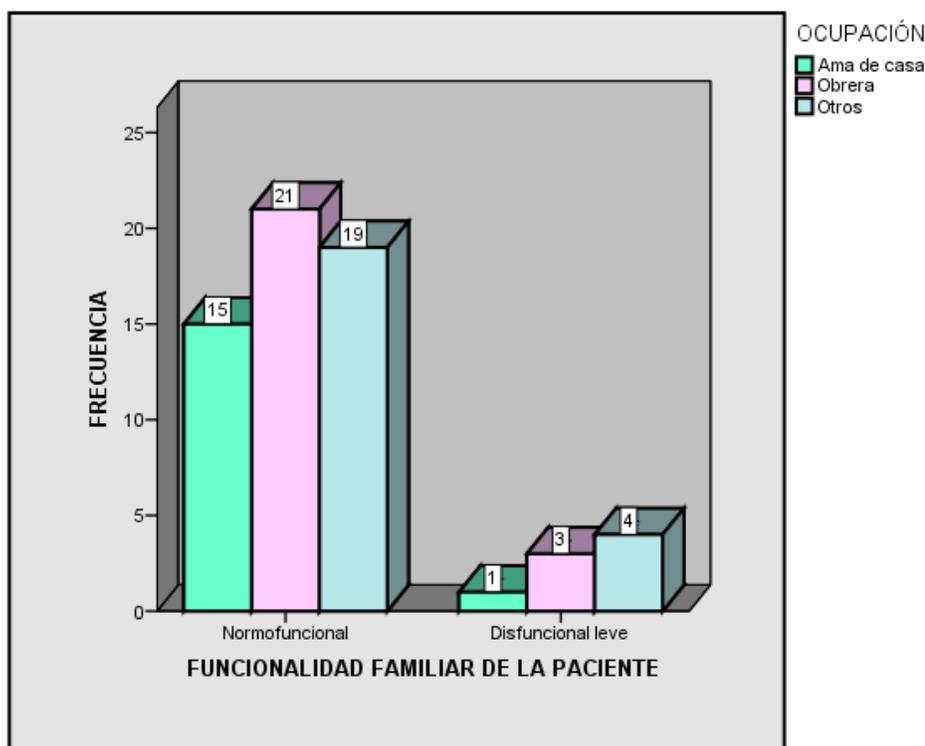
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y OCUPACIÓN EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.

		OCUPACIÓN			Total
		Ama de casa	Obrera	Otros	
FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LA PACIENTE	Normofuncional	15	21	19	55
	Disfuncional leve	1	3	4	8
Total		16	24	23	63

Fuente: Aplicación de APGAR familiar y cuestionario.

GRÁFICA 8

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y OCUPACIÓN EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.



Fuente: Tabla 8

En la siguiente gráfica se puede apreciar que 50 de las encuestadas que refirieron tras la autoaplicación de las herramientas de evaluación poseer una red de apoyo normal, también contestaron tener una normofuncionalidad familiar, lo que equivale a 87.3% de la población de estudio.

TABLA 9

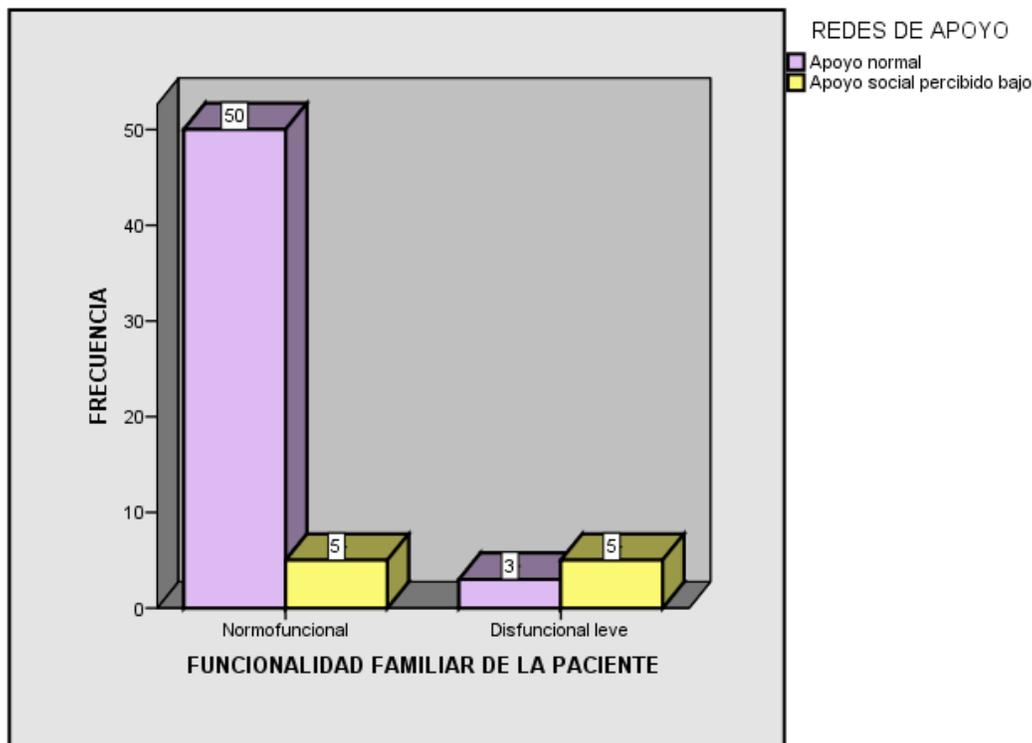
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y REDES DE APOYO EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.

		REDES DE APOYO		Total
		Apoyo normal	Apoyo social percibido bajo	
FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LA PACIENTE	Normofuncional	50	5	55
	Disfuncional leve	3	5	8
Total		53	10	63

Fuente: Aplicación de APGAR familiar y DUKE-UNC

GRÁFICA 9

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y REDES DE APOYO EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.



Fuente: Tabla 9

Respecto la funcionalidad familiar, en la siguiente gráfica y tabla se puede apreciar que el estado civil más frecuente fue el referente a unión libre con 32 pacientes, de las cuales el 87.5% contestó poseer una «normofuncionalidad», como se puede observar a continuación.

TABLA 10

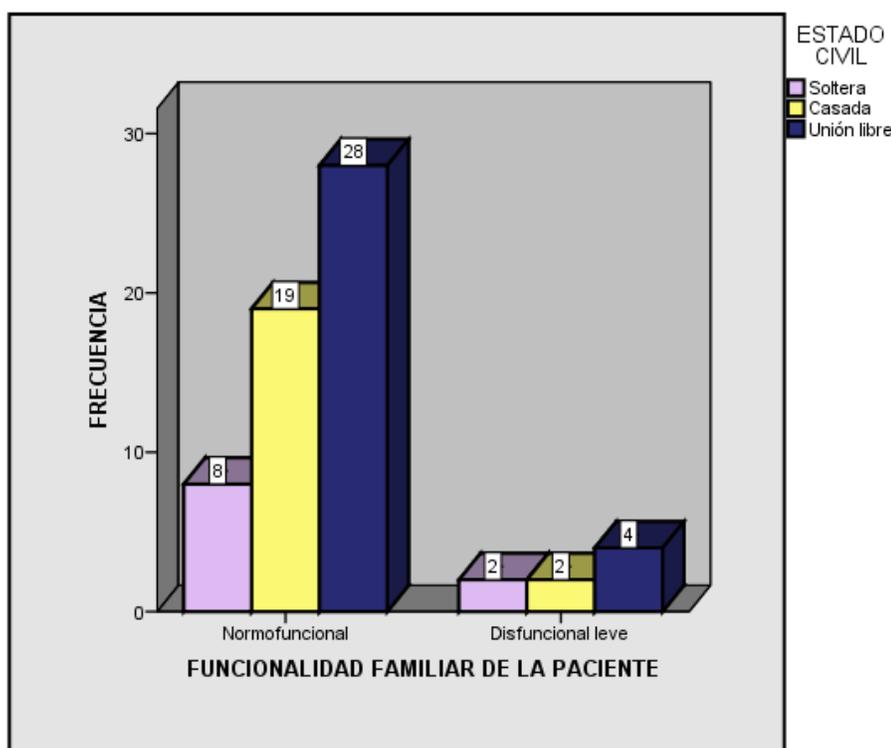
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO CIVIL EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.

		ESTADO CIVIL			Total
		Soltera	Casada	Unión libre	
FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LA PACIENTE	Normofuncional	8	19	28	55
	Disfuncional leve	2	2	4	8
Total		10	21	32	63

Fuente: Aplicación de APGAR familiar y cuestionario

GRÁFICA 10

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO CIVIL EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.



Fuente: Tabla 10

En referencia a la funcionalidad familiar y edad se encontró que de las 55 pacientes que refirieron normofuncionalidad, 31 tenían 20 años al momento de la autoaplicación de las herramientas de valoración; cantidad equivalente al 49.2% de la población encuestada.

TABLA 11

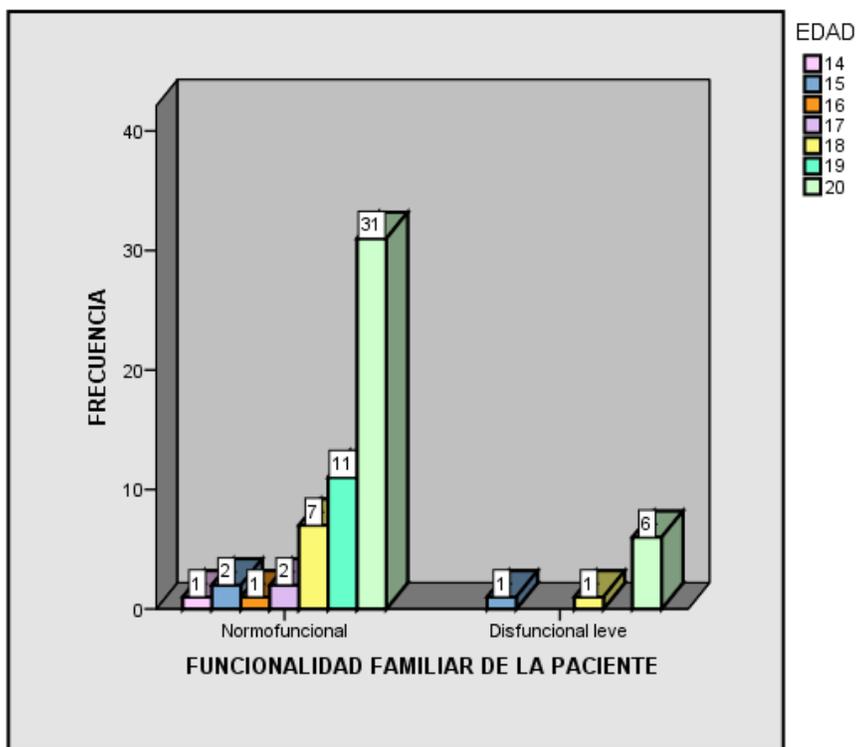
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EDAD EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LA PACIENTE		EDAD							Total
		14	15	16	17	18	19	20	
Normofuncional	Normofuncional	1	2	1	2	7	11	31	55
	Disfuncional leve	0	1	0	0	1	0	6	
Total		1	3	1	2	8	11	37	63

Fuente: Aplicación de APGAR familiar y cuestionario

GRÁFICA 11

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EDAD EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.



Fuente: Tabla 11

En referencia a funcionalidad familiar y escolaridad, se encontró que el nivel de educación más frecuente en la población de interés fue el de secundaria terminada o incompleta con 40 pacientes, de las cuales 34 contestaron en el APGAR familiar tener una normofuncionalidad familiar; aproximadamente al 54% de la población de estudio, como se puede observar a continuación.

TABLA 12

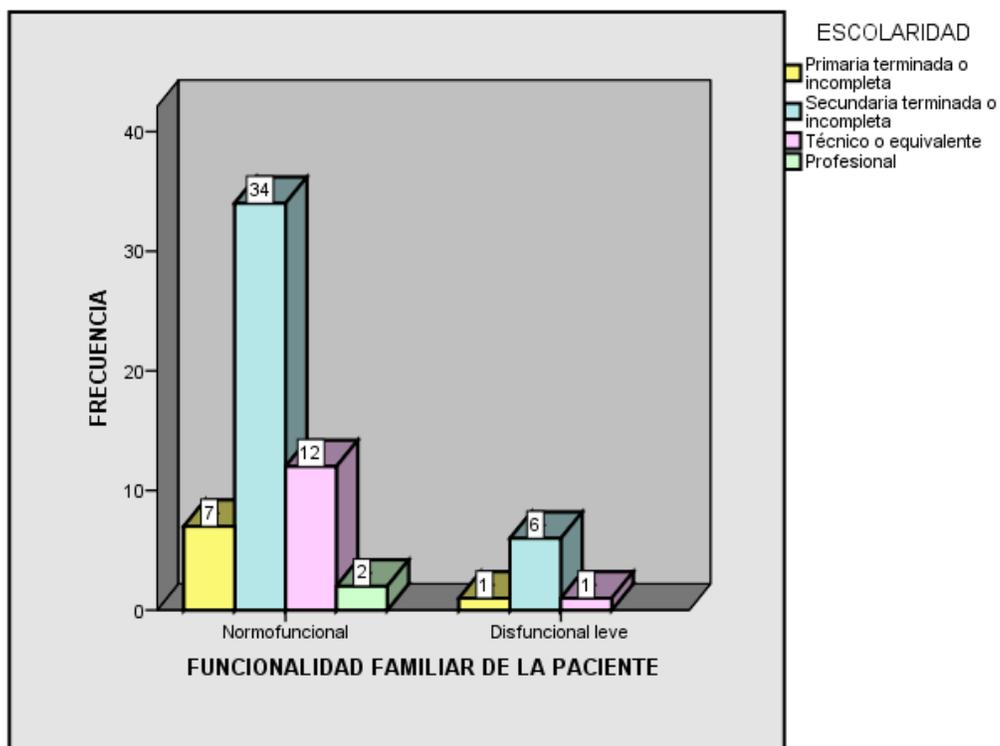
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESCOLARIDAD EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.

		ESCOLARIDAD				Total
		Primaria terminada o incompleta	Secundaria terminada o incompleta	Técnico o equivalente	Profesional	
FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LA PACIENTE	Normofuncional	7	34	12	2	55
	Disfuncional leve	1	6	1	0	8
Total		8	40	13	2	63

Fuente: Aplicación de APGAR familiar y cuestionario

GRÁFICA 12

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESCOLARIDAD EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.



Fuente: Tabla 12

En relación a la funcionalidad familiar y nivel socioeconómico en las pacientes encuestadas, se encontró que el nivel socioeconómico más frecuente en la población fue el equivalente al obrero en la escala de GRAFFAR con 36 pacientes, de las cuales, 30 refirieron normofuncionalidad en la autoaplicación del APGAR familiar; cantidad que corresponde al 47.6% de la población de interés.

TABLA 13

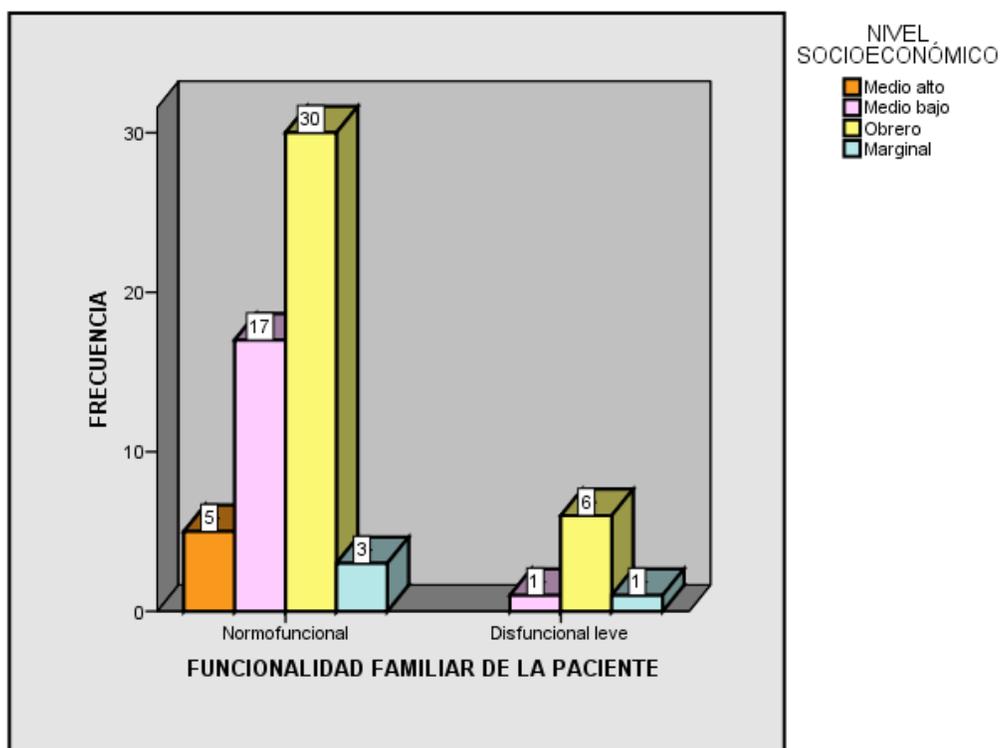
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL SOCIOECONÓMICO EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.

		NIVEL SOCIOECONÓMICO				Total
		Medio alto	Medio bajo	Obrero	Marginal	
FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LA PACIENTE	Normofuncional	5	17	30	3	55
	Disfuncional leve	0	1	6	1	8
Total		5	18	36	4	63

Fuente: Aplicación de APGAR familiar y GRAFFAR

GRÁFICA 13

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL SOCIOECONÓMICO EN EMBARAZADAS \leq 20 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 56.



Fuente: Tabla 13

X. DISCUSIÓN

El embarazo en la adolescencia requiere una reestructuración de las funciones de sus integrantes, puesto que se crean nuevas necesidades en torno a los miembros involucrados y la movilización del sistema familiar con el fin de encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar; constituye un problema desde el punto de vista médico y social debido al requerimiento de un enfoque integral que logre satisfacer las necesidades psicosociales de la embarazada, así como de su familia y las redes de apoyo con las que cuenta.

La población de estudio fue constituida por un total de 63 pacientes embarazadas menores de 20 años de edad de las cuales, el 87.3% obtuvo una puntuación normofuncional según el APGAR familiar y el resto de las encuestadas mostró una puntuación equivalente a disfuncional leve.

Respecto la funcionalidad familiar de las familias con adolescente gestante, Veloza Morales concluyó en el 2012 que los integrantes no sienten o no perciben el riesgo de sufrir una patología durante el embarazo y por ende, su funcionalidad familiar no se ve en su totalidad afectada e inclusive; la califica como saludable pese a su transformación dinámica puesto que el 90% de las adolescentes encuestadas —100— refirieron una salud familiar satisfactoria o altamente satisfactoria³⁰, una cifra ligeramente mayor a la encontrada en el presente estudio. Relativamente, García Rueda y Martínez de Acosta en un artículo publicado en 2011 afirman que las familias con adolescentes gestantes presentan un elevado nivel de efectividad respecto la funcionalidad familiar en contraste a las familias con adolescentes no gestantes; quienes refieren un nivel intermedio de efectividad en su funcionalidad familiar³¹.

El 38.1% de las encuestadas son obreras de acuerdo a la encuesta realizada. El porcentaje previamente citado es mayor al 18% —29 pacientes— que Llenera Espinoza reportó en un artículo publicado en Ecuador en el 2015³².

En cuanto a las redes de apoyo, el 84.1% de las pacientes respondió la escala de DUKE-UNK obteniendo una puntuación de apoyo normal, mientras que el 15.9% restante obtuvo una calificación de apoyo social percibido bajo. El porcentaje referente a la puntuación de apoyo normal es mayor al identificado por Islado

«Funcionalidad familiar y redes de apoyo en embarazadas menores de 20 años en Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Juárez, Chihuahua»

Campos y Vilchez Reyes en un artículo publicado en el 2014, en el que el 80% de 100 pacientes refirió recibir apoyo social por parte de sus familiares³³.

En referencia al estado civil de las pacientes encuestadas, el 50.8% vivía en unión libre, 33.3% estaban casadas y el 15.9% restante eran solteras. En un estudio publicado en el 2013, 47.9% de las cuestionadas —de 292 pacientes— refirieron vivir en unión libre, un porcentaje menor al encontrado en la presente investigación³⁴.

Por otra parte, el 58.7% de las pacientes refirieron tener 20 años al momento de ser encuestadas, lo que equivale a 37 encuestadas; el 17.5% tenía 19 años y el 12.7% contestó tener 18 años cuando se les aplicaron las herramientas de evaluación, el 4.8% —3 encuestadas— refirieron tener 15 años, mientras que el 3.2% tenía 17 años.

El incremento demográfico, los cambios en el estilo de vida, y los desequilibrios socioeconómicos han facilitado el surgimiento de problemas de crecimiento y desarrollo, trastornos de conducta, afecciones emocionales, dificultades de aprendizaje, embarazo y la crianza de hijos a temprana edad. A pesar de la disminución de la fertilidad en general, la tasa de embarazos en el grupo de adolescentes permanece estable, lo que se traduce en aumento relativo del porcentaje de mujeres embarazadas menores de 20 años. La tercera parte de los embarazos atendidos en instituciones de salud del país son en mujeres menores de 24 años, y 13% a menores de 19 años³⁵.

Respecto la escolaridad, se obtuvo como moda la escolaridad de nivel secundaria terminada o incompleta con el 63.5% de la población, seguido de escolaridad de nivel técnico o equivalente, con el 20.6%. El porcentaje referente a nivel secundaria terminada o incompleta es menor al que reportan Escartín C, Vega M, Torres C y compañía de 41.1% —113 pacientes— en un estudio realizado en Querétaro, México en 2011³⁶.

En cuanto al nivel socioeconómico de las encuestadas, el 57.1% —36 pacientes— tenían el nivel de una familia obrera seguido del 28.6% que refirió tener un nivel medio bajo; el 7.9% de las pacientes a las que se les realizó la encuesta obtuvieron una puntuación de nivel medio alto según la escala de GRAFFAR y el 6.3% —4 encuestadas— restante poseía un nivel socioeconómico marginal. El resultado obtenido en el presente estudio en referencia al nivel socioeconómico de la población es ligeramente mayor al reportado en un estudio llevado a cabo en Bucaramanga, Colombia en el año 2012, el cual fue realizado por Domínguez, García y colaboradores; se encontró que el 56.3% de las encuestadas pertenecían al estrato socioeconómico obrero, en contraste al 57.1% obtenido en este estudio³⁷.

XI. CONCLUSIONES

La población de estudio fue constituida por un total de 63 pacientes embarazadas menores de 20 años de edad de las cuales, el 87.3% obtuvo una puntuación normofuncional según el APGAR familiar y el resto de las encuestadas mostró una puntuación equivalente a disfuncional leve.

El 38.1% de las encuestadas son obreras de acuerdo a la encuesta realizada mientras que el 36.5% respondió llevar a cabo otra ocupación, lo que corresponde a 23 pacientes; el 25.4% restante de las encuestadas son amas de casa.

En cuanto a las redes de apoyo, el 84.1% de las pacientes respondió la escala de DUKE-UNK obteniendo una puntuación de apoyo normal, mientras que el 15.9% restante obtuvo una calificación de apoyo social percibido bajo. En referencia al estado civil de las pacientes encuestadas, el 50.8% vivía en unión libre, 33.3% estaban casadas y el 15.9% restante eran solteras.

Por otra parte, el 58.7% de las pacientes refirieron tener 20 años al momento de ser encuestadas, lo que equivale a 37 encuestadas; el 17.5% tenía 19 años y el 12.7% contestó tener 18 años cuando se les aplicaron las herramientas de evaluación, el 4.8% —3 encuestadas— refirieron tener 15 años, mientras que el 3.2% tenía 17 años.

En referencia a la escolaridad, se obtuvo como moda la escolaridad de nivel secundaria terminada o incompleta con el 63.5% de la población, seguido de escolaridad de nivel técnico o equivalente, con el 20.6%.

En cuanto al nivel socioeconómico de las encuestadas, el 57.1% —36 pacientes— tenían el nivel de una familia obrera seguido del 28.6% que refirió tener un nivel medio bajo; el 7.9% de las pacientes a las que se les realizó la encuesta obtuvieron una puntuación de nivel medio alto según la escala de GRAFFAR y el 6.3% —4 encuestadas— restante poseía un nivel socioeconómico marginal.

XII. RECOMENDACIONES

A las autoridades gubernamentales:

Es menester destinar más recursos para la atención primaria de este problema biomédico que se ha exacerbado en nuestro país, en especial en lo que a prevención y difusión se refiere.

A nivel central del Instituto:

Se requiere enfatizar un práctico proceso de educación y sobretodo, orientación sexual con el objetivo de que los jóvenes lleven a cabo su sexualidad en forma responsable y segura; asimismo, se necesita capacitar al personal que lleva a cabo la atención primaria de salud.

A las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 56:

Como se mencionaba anteriormente, la orientación y educación sexual podría ser una opción preventiva factible respecto a este problema biomédico, así como la realización de campañas de capacitación del personal.

A los médicos familiares:

Los médicos familiares poseen la intrincada misión de llevar a cabo la evaluación dinámica, organizada y longitudinal del estado de salud de las jóvenes en su entorno familiar y social con el fin de lograr un control adecuado de las adolescentes en situaciones de riesgo, para lo cual se debería contar con los instrumentos de evaluación diagnóstica.

A los alumnos del curso de especialización en Medicina Familiar para médicos generales del Instituto Mexicano del Seguro Social:

Los trabajos de investigación enfocados en este problema biomédico son plenamente requeridos debido a su actualidad, por lo cual se deberían seguir realizando.

Es menester mencionar la importancia de la capacitación respecto a la sexualidad y las intrincadas complicaciones en la educación y orientación sexual dirigida a la población juvenil.

A los padres de familia:

Si bien el personal médico no ha tenido el papel necesitado en la entrega de información respecto a la educación sexual en la juventud, los padres deberían ser los más importantes predicadores de esta actividad debido a la importancia de la influencia familiar en el individuo; de esta manera, la forma de comunicar la información podría ser la adecuada e inclusive, poseer conocimiento adecuado sobre la sexualidad y lo que conlleva un embarazo en la adolescencia.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Chávez NP., Reyes Hernández U., Reyes Gómez U., et al. Factores que inducen a la deserción escolar en la adolescente embarazada. Sonora: Boletín Clínico Hospitalario del Estado de Sonora; 2006; 23(2): 64-68.
2. Baena-Rivero A., Alba A, Jaramillo MC., et al. Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: Una investigación documental. Atención Familiar; 2012; 19(4): 82-85.
3. Rodríguez Vignoli J. La reproducción en la adolescencia en América Latina: Viejas y nuevas vulnerabilidades; 2012.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Incidencia de embarazos en adolescentes es mayor en el norte; 2013.
5. Menkes Bancet C. Embarazos adolescentes no planeados. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México; 2011.
6. Martínez M. Embarazos adolescentes en Chihuahua. Chihuahua: El Heraldo de Chihuahua; 2013.
7. Parra-Villaruel J., Pérez Villegas R. Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales. Concepción, Chile: Universidad de Concepción; 2009.
8. León P., Minassian M., Borgoño R., et al. Revista Pediatría Electrónica. Universidad de los Andes; 2009; pp. 42-51.
9. León Martínez CA., Espín Coto R., García Cedeño Y. Percepción familiar del embarazo en la adolescencia. Acta Médica del Centro; 2011.
10. Lete Lasa I., de Pablo Lozano JL., Martínez Arévalo C., Parrilla Paricio JJ. Manual de salud reproductiva en la adolescencia; pp. 819-822.
11. Nava Flores CM. La maternidad en la adolescencia. Contribuciones a las Ciencias Sociales; 2009.
12. Valdés Dacal S., Essien J., Bardales Mitac J., et al. Embarazo en la adolescencia: Incidencia, riesgos y complicaciones. Cuba: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología; 2012; 28(2): 84.

13. Cetin I., Cardellicchio M. Fisiología del embarazo: Interacción materno-infantil; 2010; 68: 7-16.
14. García Aguilar A. Tipos de embarazo y sus consecuencias; 2010; pp. 38-57.
15. Cuyún C. Etapas de la adolescencia; 2013.
16. Instituto Mexicano del Seguro Social. Embarazo y adolescencia: Combinación que conlleva complicaciones de salud. México; 2012.
17. Gil Almira A. Embarazo: Diagnóstico, edad gestacional y fecha de parto. Santiago de Cuba: Centro Provincial de Ciencias Médicas; 2008; 12(4).
18. Aller J., Pagés G. Diagnóstico de embarazo. Obstetricia moderna; 2008.
19. Díaz FE. Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia. Revista de Perinatología y Reproducción Humana; 2007; 21: 100-110.
20. Gual Castro C. El inicio del embarazo en la mujer, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos. México: Revista Médica del Hospital General de México; 2012; 75(4).
21. Armendáriz Ortega AM., Medel Pérez BY. Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes; 2010; pp. 19.24.
22. Membrillo Luna A., Fernández Ortega MA., Quiroz Pérez JR., et al. Familia: Introducción al estudio de sus elementos; 2008; p. 181.
23. Langer A. En embarazo no deseado: Impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública; 11(3).
24. Rangel JL. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México; 4(1).
25. Jiménez Garcés C. Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. Revista de Medicina y Ciencias de la Salud; 2010.
26. Ayala Castellanos MM., Vizmanos Lamotte B., Portillo Dávalos RA. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en México. Ginecología y Obstetricia de México; 2011; 79(2): 86-92.
27. Tapia Martínez, Jiménez Mendoza, Pérez Cabrera I. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un hospital público de la Ciudad de México; 2012.

28. Colombo G., Pombo G., Luxardo N. Género, embarazo y adolescencia: Modelos familiares, redes de apoyo y construcción de proyectos personales desde la perspectiva de las adolescentes. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*; 2012; 8(2): 161-182.
29. Irigoyen Coria A. *Nuevos fundamentos de Medicina Familiar*. Tercera edición conmemorativa; p. 188.
30. Veloza Morales MC. Salud familiar en familias con adolescente gestante. *Avances en Enfermería*; 2012; XXX(1): 75-81.
31. García Rueda A., Martínez de Acosta CH. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. *Avances en Enfermería*; 2011; XXIX(1): 75-86.
32. Llenera Espinoza GA. Factores socioculturales, nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su influencia en adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que acuden al servicio ginecobstetricia del hospital provincial Docente Ambato periodo junio-noviembre del 2014; 2015; p. 45.
33. Islado Campos AA., Vilchez Reyes MA. Determinantes de la salud en adolescentes gestantes. Puesto de salud Miraflores Alto-Chimbote. *Revista IN CRESCENDO*; 2014; pp. 271-283.
34. Contreras-Pulache H., Mori-Quispe E., Hinostroza-Camposano WD., Yancachajilla-Apaza M., Lam-Figueroa N., Chacón-Torrice H. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*; 2013.
35. Mora-Cancino AM., Hernández-Valencia M. Embarazo en la adolescencia. *Ginecología y Obstetricia de México*; 2015; 83: 294-301.
36. Escartín CM., Vega MG., Torres CO., Manjarrez QC. Estudio comparativo de los hijos de madres adolescentes y adultas de comunidades rurales del estado de Querétaro. *Ginecología y Obstetricia de México*; 2011; 79(3): 131-136.
37. Pinilla Gómez E., Domínguez Nariño CC., García Rueda A. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. *Enfermería Global*; 2014.

XIV. ANEXOS

ANEXO 1. CARTAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Juárez, Chihuahua; junio de 2013.

Por medio del presente, autorizo que mi hija _____ participe en el proyecto de investigación titulado:

Funcionalidad familiar y redes de apoyo en embarazadas menores de 20 años en UMF #56 del IMSS, Ciudad Juárez, Chihuahua

El objetivo del estudio es determinar la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que se me ha explicado que mi participación consiste en contestar adecuadamente cada una de las preguntas que se presentan en el cuestionario.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: No hay ningún riesgo de la paciente durante el estudio.

El investigador principal Dra. María del Carmen Gómez Reyes con matrícula 8857687 y correo carmen.dra@hotmail.com se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclaración que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento, pues en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento. Entendí que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto. El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representada en el mismo.

NOMBRE Y FIRMA DE AMBOS PADRES O TUTORES O DEL REPRESENTANTE LEGAL

TESTIGO 1

TESTIGO 2

«Funcionalidad familiar y redes de apoyo en embarazadas menores de 20 años en Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Juárez, Chihuahua»
Dra. María del Carmen Gómez Reyes

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Juárez, Chihuahua; junio de 2013.

Por medio del presente yo, _____ autorizo y accedo a participar en el proyecto de investigación titulado:

Funcionalidad familiar y redes de apoyo en embarazadas menores de 20 años en UMF #56 del IMSS, Ciudad Juárez, Chihuahua

El objetivo del estudio es determinar la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que se me ha explicado que mi participación consiste en contestar adecuadamente cada una de las preguntas que se presentan en el cuestionario.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: No hay ningún riesgo de la paciente durante el estudio.

El investigador principal Dra. María del Carmen Gómez Reyes con matrícula 8857687 y correo carmen.dra@hotmail.com se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclaración que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento, pues en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento. Entendí que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto. El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representada en el mismo.

NOMBRE Y FIRMA DE AMBOS PADRES O TUTORES O DEL REPRESENTANTE LEGAL

TESTIGO 1

TESTIGO 2

«Funcionalidad familiar y redes de apoyo en embarazadas menores de 20 años en Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Juárez, Chihuahua»

ANEXO 2. ESCALA DE VALORACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR APGAR FAMILIAR

Iniciales _____ **No. Afiliación** _____
Edad _____ **Ocupación** _____
Escolaridad _____ **Estado civil** _____

FUNCIÓN	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

1. Normofuncional de 7–10 puntos.
2. Disfuncional leve de 3–6 puntos.
3. Disfuncional grave de 0–2 puntos.

ANEXO 3. ESCALA DE DUKE-UNC

INSTRUCCIONES En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
Recibo visitas de mis amigos y familiares					
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
Recibo amor y afecto					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas sociales y familiares					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en la vida					
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

ANEXO 4. ESCALA DE VALORACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO DE GRAFFAR

VARIABLES

Profesión del jefe de familia

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

Nivel de instrucción de la madre

1. Universitaria o su equivalente.
2. Enseñanza técnica o superior, secundaria completa.
3. Secundaria incompleta o técnico inferior con cursos cortos.
4. Educación primaria completa.
5. Primaria incompleta, analfabeta.

Principal fuente de ingresos

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente como por grandes negocios, juegos de azar.
2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales —médicos, abogados, etcétera— deportistas profesionales.
3. Sueldo quincenal o mensual.
4. Salario diario o semanal.
5. Ingresos de origen público o privado.

Condiciones de la vivienda

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

PUNTAJE

1. Alto de 4-6 puntos.
2. Medio alto de 7-9 puntos.
3. Medio bajo de 10-12 puntos.
4. Obrero de 13-15 puntos.
5. Marginal de 16-18 puntos.

ANEXO 5. CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Folio _____ Edad _____

ESTADO CIVIL

1. Soltera
2. Casada
3. Unión libre
4. Divorciada o separada
5. Viuda

ESCOLARIDAD

1. No sabe leer ni escribir
2. Primaria terminada o incompleta
3. Secundaria terminada o incompleta
4. Técnica o equivalente
5. Profesional

OCUPACIÓN

1. Ama de casa
2. Obrera
3. Comerciante
4. Profesional
5. Otros

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

1. Normofuncional
2. Disfuncional leve
3. Disfuncional grave

REDES DE APOYO

1. Apoyo normal
2. Apoyo social percibido bajo

NIVEL SOCIOECONÓMICO

1. Alto
2. Medio alto
3. Medio bajo
4. Obrero
5. Marginal

ANEXO 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO	2013			2014				2015			
	ABRIL	JULIO	OCTUBRE	ENERO	ABRIL	JULIO	OCTUBRE	ENERO	ABRIL	JULIO	OCTUBRE
ACTIVIDAD	JUNIO	SEPTIEMBRE	DICIEMBRE	MARZO	JUNIO	SEPTIEMBRE	DICIEMBRE	MARZO	JUNIO	SEPTIEMBRE	DICIEMBRE
DELIMITACIÓN DEL TEMA	<input checked="" type="checkbox"/>										
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>									
REVISIÓN DEL PROYECTO CON ASESORES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>									
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>									
REVISIÓN DEL PROTOCOLO		<input checked="" type="checkbox"/>									
ACEPTACIÓN DEL PROTOCOLO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								
APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN				<input checked="" type="checkbox"/>							
RECOLECCIÓN DE DATOS				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
CODIFICACIÓN DE DATOS						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
ANÁLISIS DE RESULTADOS								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONCLUSIONES								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
ESTRUCTURA DE TESIS O INFORMES								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
RESULTADOS Y ENTREGA DE TESIS									<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	