



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MF #1

**"FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A
CONTROL PRENATAL EN EL HGR C/MF #1 DEL IMSS, CUERNAVACA, MORELOS"**

No de registro del SIRELCIS R-2016-1702-58

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

SILVIA VERA ROSAS

Incluir: SELLO DE LA
SEDE ACADÉMICA

ASESORES DE TESIS:

DRA. ALEJANDRA SANTILLÁN GODÍNEZ

DR. OSCAR EMETERIO CEBALLOS

CUERNAVACA, MORELOS 20 DE JUNIO DEL 2017



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.

**"FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL EN EL
HGR C/MF #1 DEL IMSS, CUERNAVACA, MORELOS"**

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

SILVIA VERA ROSAS
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR C/MF #1

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

DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ
COORD. DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL

DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.
COORD. AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO.
COORD. AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.

DRA. GLADHIS RUIZ CATALÁN
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MONICA VIVIANA MARTINEZ MARTINEZ.
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS

DRA. ALEJANDRA SANTILLAN GODÍNEZ
MEDICO FAMILIAR DE LA UMF1

DR. OSCAR EMETERIO CEBALLOS
MÉDICO NO FAMILIAR DEL HGR C/MF #1

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL EN EL HGR C/MF #1 DEL IMSS, CUERNAVACA, MORELOS”

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

SILVIA VERA ROSAS

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

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
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

"FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL EN EL HGR C/MF #1 DEL IMSS, CUERNAVACA, MORELOS"

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

**SILVIA VERA ROSAS
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

PRESIDENTE DEL JURADO
DRA. ROSALBA MORALES JAIMES
MÉDICO FAMILIAR UMF # 3

SECRETARIO DEL JURADO
DR. MIGUEL TRUJILLO MARTINEZ
MÉDICO FAMILIAR UMF # 9

VOCAL DEL JURADO
DRA. ALEJANDRA SANTILLÁN GODÍNEZ
MÉDICO FAMILIAR DE LA UMF #1

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

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL EN EL HGR C/MF #1 DEL IMSS, CUERNAVACA, MORELOS”

1. Título.....	Pág. 1
2. Índice general	Pág. 5
3. Marco teórico.....	Pág. 8
Adolescencia y embarazo	Pág. 8
Familia.....	Pág. 11
Tipología familiar... ..	Pág. 14
Ciclo vital de la familia	Pág. 15
Funcionalidad familiar	Pág. 18
Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar... ..	Pág. 19
Antecedentes.....	Pág. 23
4. Planteamiento del problema	Pág. 25
5. Justificación	Pág. 25
6. Objetivos	Pág. 26
- General.....	Pág. 26
- Específicos.....	Pág. 26
7. Hipótesis.....	Pág. 27
8. Metodología.....	Pág. 27
- Tipo de estudio	Pág. 27
- Población, lugar y tiempo de estudio	Pág. 27
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	Pág. 27
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	Pág. 28
- Información a recolectar	Pág. 29
- Operacionalización de variables.....	Pág. 30
- Método o procedimiento para captar la información	Pág. 33
- Consideraciones éticas.....	Pág. 36
9. Resultados	Pág. 37
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados.....	Pág. 37

- Tablas (cuadros) y gráficas.....	Pág. 37
10. Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados.....	Pág. 54
11. Conclusiones.....	Pág. 57
12. Referencias bibliográficas.....	Pág. 58
13. Anexos.....	Pág. 60

RESUMEN

"FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL EN EL HGR C/MF #1 DEL IMSS, CUERNAVACA, MORELOS"

Vera-Rosas S, Santilla-Godínez A, Emeterio-Ceballos O.

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años, cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90 % en países en vías de desarrollo, durante el 2009 en México se reportaron 69 embarazos adolescentes por cada mil mujeres. El embarazo acarrea en la adolescente problemas que repercuten en toda la familia, presentando crisis por desorganización.

Palabras clave: funcionalidad familiar, adolescencia, embarazo.

Objetivo general: Identificar la funcionalidad familiar de la familia de origen, de las adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en el HGR C/MF #1 del IMSS Cuernavaca, Morelos.

Material y métodos: Diseño transversal, descriptivo, adolescentes entre 10 a 19 años, embarazadas y que asistieron a control prenatal en primer nivel, se aplicó FACES III, se solicitó consentimiento y asentimiento informado, el estudio fue evaluado y dictaminado por el comité local de investigación y ética del IMSS.

Resultados: De las 93 adolescentes embarazadas, 44 tenían 19 años (47.31%), escolaridad secundaria 43 adolescentes (46.24%), 27 (29.03%) estudiantes, 78 (83.87%) primigestas, en 48 (51.61%) tipo familiar arcaica, en 35 (37.63%) moderna, 52 (55.91%) familia nuclear, 67(72%) semiintegrada, 55 (59.13%) presentaron algún grado de disfuncionalidad.

Conclusiones: el embarazo en la adolescencia acarrea problemas de índole biológica, psicológica y social, que repercute en toda la familia, el 59 % de las adolescentes presentaron algún grado de disfunción familiar.

I. MARCO TEÓRICO

I.1. MARCO CONCEPTUAL

I.1.1. ADOLESCENCIA Y EMBARAZO

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años (1).

Según la OMS, el embarazo comienza cuando termina la implantación. El proceso de implantación comienza cuando se adhiere el blastocito al endometrio e invade el estroma, cinco a seis días después de la fecundación; la implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación. En ese momento inicia el embarazo, lo cual ocurre entre los días décimo segundo a décimo sexto tras la fecundación (2).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la OMS informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % viven en países en vías de desarrollo. Según la organización no gubernamental, *Save the Children*, cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90 % (11,7 millones) en los países en vías de desarrollo y en los países desarrollados el restante 10 % (1,3 millones) (2).

Durante el 2009, en México existían 69 embarazos adolescentes por cada mil mujeres. Esta cifra es superior a los de otros países latinoamericanos como Costa Rica, Uruguay, Chile o Perú (3).

En 2006, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) reportó que la tasa de embarazo en niñas y adolescentes de entre 12 y 19 años fue de 79 por cada mil mujeres. El censo de 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) estimó que uno de cada seis nacimientos acontece en madres de 15 a 19 años de edad (16.1%); siendo el Estado de México, Chiapas, Veracruz, Jalisco y Puebla, las entidades con mayor número de adolescentes en condiciones de maternidad (3).

Desde el año 2000, el fenómeno del embarazo en adolescentes se ha urbanizado; el 88% de los padres adolescentes económicamente activos residían en zonas urbanas y se presenta en mayor proporción en condiciones de pobreza. Los adolescentes que se convirtieron en padres alcanzaron menores niveles de escolarización que aquellos que engendraron a su primer hijo después de los 20 años; los adolescentes que son padres

enfrentan mayores dificultades para estudiar que aquellos que no lo son (4).

En cuanto a la actividad económica, los padres adolescentes trabajan en una proporción casi tres veces mayor que la de las madres adolescentes; la mitad de las mujeres que se convirtieron en madres antes de los 20 años no realizan trabajo remunerado. La distribución del trabajo remunerado y no remunerado está ligada al género; los varones menores de 20 años, que han tenido hijos, acceden al mercado laboral con mayor estabilidad contractual, jornadas completas y mayor acceso a la seguridad social contrastados con las mujeres en las mismas condiciones. La mitad de quienes han sido padres en la adolescencia son dependientes de otros adultos (padres, familiares o no familiares) (4).

Los datos anteriores muestran que el modelo tradicional del padre proveedor y madre dedicada al hogar está ligado al fenómeno de embarazo en adolescentes y favorecido por condiciones socioeconómicas (4).

La adolescencia es una época de transición en la vida de la mujer, durante la cual deja de ser niña para alcanzar su madurez. En esta época ocurren importantes cambios anatómicos, funcionales, psicológicos y ambientales que le imprimen características especiales. La llegada de la adolescencia es uno de los momentos más cruciales en donde la familia tiene que cambiar su organización y amoldarse a las nuevas necesidades de sus integrantes. El contexto familiar es un factor esencial en el proceso de la adolescencia considerada como un proceso psicológico y sociocultural del cual un individuo experimenta la transición de la niñez al estado adulto (5).

El embarazo acarrea en la adolescente problemas de índole biológica, psicológica y social. Los cuidados prenatales, en este grupo poblacional, estarán determinados por factores como el estado biológico de la adolescente en el momento de la concepción (enfaticando en su estado nutricional); la detección oportuna de las complicaciones prenatales más comunes como son riesgo de desarrollar anemia, toxemia, diabetes gestacional, hemorragias del tercer trimestre del embarazo, parto distócico, recién nacido de bajo peso y enfermedades genéticas en el producto. La atención obstétrica de la embarazada adolescente repercute en toda la familia, debido a que el sistema familiar debe enfrentar crisis transitorias por desorganización (2).

Aunado a lo anteriormente descrito, la embarazada adolescente enfrenta, dentro Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), obstáculos de índole administrativa para acceder a los servicios de salud y recibir los cuidados prenatales requeridos por su condición de gestante. El IMSS, en su régimen obligatorio, brinda servicio médico a las adolescentes que

reúnen ciertos requisitos:

- A) Sean hijas menores de 16 años del asegurado y del pensionado que dependan económicamente de éstos últimos.
- B) Sean hijas del asegurado cuando no puedan mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica, defectos físico o psíquico; hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padecen o hasta la edad de 25 años, cuando realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional.
- C) Sean hijas mayores de 16 años del pensionado por invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez, que se encuentren disfrutando de las asignaciones familiares; así como las de los pensionados por incapacidad permanente (6).

Las condiciones citadas anteriormente permiten la afiliación al IMSS de las adolescentes como beneficiarias hijas de trabajadores en activo (asegurados) o retirados (pensionados por invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez). Sin embargo, la Ley del Seguro Social (LSS) contempla que se dejarán de proporcionar los servicios institucionales a las beneficiarias hijas del asegurado durante un periodo de diez meses cuando se trate de embarazo.

La adolescente embarazada podrá recibir asistencia médica durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio (atención contemplada en el seguro de enfermedades y maternidad de la LSS) cuando:

1. La adolescente sea la asegurada.
2. La adolescente sea esposa del asegurado o, a falta de ésta, la mujer con quien ha hecho vida marital durante los cinco años anteriores a la enfermedad, o haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio.
3. La adolescente sea esposa del pensionado, a falta de esposa, la concubina si se reúnen los requisitos enunciados en el número anterior.
4. La adolescente que se encuentre estudiando en una institución pública de nivel medio superior (bachillerato o equivalentes) o superior (licenciatura) (6).
5. La adolescente, hija de trabajador del IMSS, se le proporcionará asistencia médica, farmacéutica, quirúrgica y obstétrica; el disfrute de esta prestación se extenderá hasta la edad de 25 años, siempre que no hayan contraído matrimonio o entrado en unión libre (7).

Los cuidados prenatales son una serie de actividades realizadas por el médico cuya función es evitar que la gestante abandone los límites fisiológicos, detectar enfermedades en fases iniciales y ofrecer tratamiento oportuno, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad perinatal (8).

Dentro del IMSS, la atención a la salud materno-infantil es una prioridad cuyo objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada. Lo anterior debido a que las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante la atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los factores de riesgo obstétrico y perinatal; la inversión en la maternidad sin riesgo no sólo reducirá la mortalidad y discapacidad materno infantil, sino que también contribuye a la mejor salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y sus comunidades.

En el IMSS, control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal; los cuales son realizados por personal del primer nivel y, en algunos casos, del segundo nivel de atención. El control prenatal deberá ser realizado de manera conjunta por personal de primer y segundo nivel de atención, médico familiar y ginecólogo respectivamente, cuando la embarazada sea adolescente (8).

Acorde a lo descrito con la Norma Oficial Mexicana los objetivos de la atención prenatal son:

- a) Disponer en un solo documento, de toda la información mínima necesaria.
- b) Identificar factores de riesgo materno y fetal.
- c) Precisar con mayor exactitud la edad gestacional.
- d) Diagnosticar la condición fetal y vigilar su desarrollo.
- e) Diagnosticar la condición materna (9).

I.1.2. FAMILIA

La palabra familia deriva de la raíz latina *famulus* que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo *famul*, que se origina de la voz osca *famel*, esclavo doméstico (10).

De acuerdo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (ONU, 2012),

la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado; es el grupo social básico en el que la mayoría de la población se organiza para satisfacer sus necesidades y en el cual los individuos construyen una identidad mediante la transmisión y actualización de los patrones de socialización (2).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), los cambios demográficos, económicos, sociales y culturales ocurridos en México durante las últimas décadas, han influido en la evolución y composición de las familias, lo que invita a reflexionar sobre su situación actual, es decir, sobre la nueva familia mexicana (11).

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico, en ser humano, y según los socialistas, es la célula básica de la sociedad. En ella sus miembros mantienen en forma común y unitaria relaciones directas personales, con un vínculo entre sus componentes mediante el cual se comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones y en el existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza (12).

La familia, como grupo social, está condicionada por el sistema económico y el período histórico social y cultural en el cual se desarrolle; por lo que en este medio es donde se expresan las interrelaciones existentes entre el individuo y la sociedad. Al interior del mismo adquiere sus primeras experiencias, acepta las normas sociales, expresa sus primeros sentimientos, adquiere valores éticos y morales, a su vez incorpora recursos de apoyo, protección, y habilidades para su desarrollo y crecimiento, por lo que, la familia aporta al individuo las condiciones para un desarrollo sano de la personalidad o en su defecto es la principal fuente de trastornos emocionales (1).

La familia es un grupo primario cuyas características son las de un sistema natural abierto, en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contrarreacciones en los otros y en él mismo. Es por eso que no debe ser entendida sólo en función de la personalidad de sus integrantes, sino también, en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se establece. Como sistema de apoyo ante la aparición del embarazo se ve obligada a la reestructuración de las funciones de los miembros, trayendo consigo el cambio de roles y las responsabilidades pertinentes para asegurar el bienestar y buen desarrollo del nuevo integrante que llegará al hogar (11).

Cada unidad familiar cuenta con unas características diferenciales asociadas a sus necesidades y circunstancias, a su estructura y tipología, a la naturaleza de las relaciones que tienen lugar en su seno, a la asunción y distribución de roles, etc., que la hacen diferente de

otras familias. Es de esperar que el sistema familiar promueva el desarrollo óptimo de los niños y adultos que alberga, dada su influencia educativa como agente de socialización; para ello requiere fomentar actuaciones de asesoramiento familiar sobre cómo llevar a efecto esta función educativa y el desempeño del rol parental (13).

La teoría sistémica define a la familia como una unidad organizada, integrada por elementos y subunidades que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera. Al definir a la familia como un sistema y a sus integrantes como elementos del mismo, se evidencia que el sistema y cada uno de sus componentes serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual, así como por la naturaleza de las relaciones que existan entre ellos. Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones. Los principales subsistemas de una familia son (10):

- Subsistema conyugal: se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Las pautas de complementariedad le permiten a cada cónyuge ceder sin sentir que se ha entregado o vencido. Tanto uno como el otro deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. Este subsistema puede constituirse en un refugio ante el estrés externo y en la base para el contacto con los otros sistemas sociales. Asimismo, debe desarrollar límites que lo protejan de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas, por ejemplo, cuando hay hijos, deben poseer un territorio psicosocial propio (10).
- Subsistema paterno-filial: el nacimiento de un hijo ocasiona un cambio radical en la organización familiar; al aparecer este nuevo subsistema, surge también la necesidad de reorganizar los límites y las funciones familiares, satisfacer otras necesidades e iniciar el manejo de nuevas relaciones sin renunciar al apoyo que caracteriza al sistema conyugal, no es simplemente asumir nuevos roles (10).
- Subsistema fraterno: constituye el entorno social en el que los hijos pueden experimentar relaciones con sus iguales. En él aprenden a negociar, compartir, cooperar y competir. Los niños sin hermanos suelen desarrollar pautas y procesos del mundo adulto que pueden manifestarse como un desarrollo precoz (10).

I.1.2.1. TIPOLOGÍA FAMILIAR

La familia es una unidad microsocial totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales. En su estructura y en su dinámica refleja las peculiaridades y la problemática de la sociedad en general, que es la macroestructura (10).

Todo individuo al crecer y madurar se va integrando a nuevas instituciones, sin embargo, siempre pertenecerá a una familia a lo largo de su vida. En nuestro medio, el sistema familiar global está formado por familias relacionadas entre sí, en ellas, cada persona es miembro de dos familias (10):

- Familia de origen. Es aquella en la que se nace y obtiene el estatus de hijo y de la cual se aleja para dar lugar a otro grupo familiar.
- Familia de procreación. Se conforma a través del matrimonio o de la simple unión con su pareja.

La familia puede ser clasificada desde una gran variedad de puntos de vista. Es posible tipificarla de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre; pueden ser tradicionales o modernas, según sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento. Se pueden catalogar como integradas (ambos cónyuges cohabitan en la misma casa y cada uno cumple con su rol), semi-integrada (ambos cónyuges cohabitan en la misma casa, pero no cumplen con sus roles) y desintegrada (ausencia de alguno de los cónyuges por separación, divorcio o muerte).

Existen familias urbanas y rurales en base al enfoque demográfico; desde el punto de vista psicosocial y según la dinámica de las relaciones intrafamiliares, pueden ser funcionales o disfuncionales. Según los límites en su estructura pueden considerarse amalgamadas o desvinculadas; por las características ocupacionales del jefe de familia pueden agruparse en familias campesinas, obreras, profesionistas, comerciantes, etc (10).

Según su conformación, se definen los siguientes tipos de familia (10):

- Familia nuclear (conyugal, biparental, elemental o biológica): es la que conforma la pareja con o sin hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimos y por el hecho de vivir juntos bajo el mismo techo.
- Familia seminuclear (monoparental o uniparental): familia de un solo padre, ya sea por

la soltería de la madre (con hijos que pueden ser de un solo padre o como resultado de la monogamia serial) o como consecuencia de complicaciones en el desarrollo familiar como el fallecimiento (familia contraída), separación o divorcio (familia interrumpida) de la pareja.

- Familia consanguínea (asociada, multigeneracional): es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo lugar más de dos generaciones. Incluye la unidad familiar nuclear y uno o más familiares consanguíneos viviendo bajo el mismo techo.
- Familia extensa: es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y permaneció allí después de realizar su unión conyugal.
- Familia semiextensa: consiste en una familia nuclear con la que viven uno o varios miembros de la familia de origen de uno de los cónyuges.
- Familia compuesta (ampliada): puede ser cualquiera de los tipos de familia descritos, incluyendo además a otros miembros sin nexos consanguíneos ni de filiación.
- Familia múltiple: son dos o más familias de cualquier tipo que vivan bajo el mismo techo. Pueden ser extensas o compuestas, según haya o no parentesco.
- Familia extensa modificada: se refiere al sistema de redes familiares y sus pautas de ayuda mutua. Este concepto implica la idea de una estructura, organización y las relaciones familiares con la parentela, en donde el parentesco es el criterio principal de afiliación al sistema o red.

I.1.2.2. CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Es un concepto para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de una familia desde que se forma hasta su disolución; constituye un útil instrumento de organización y sistematización invaluable para el análisis clínico. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes (10).

Según Geyman, la familia se desarrolla en el transcurso de cinco etapas a lo largo de las cuales el sistema familiar sufre variaciones; los periodos de desarrollo pueden provocar

transformaciones al sistema y un salto a una etapa nueva. Aunque otros autores consideran estas mismas etapas, pero nombradas de manera diferente, las etapas del ciclo de vida familiar son:

1. Etapa de matrimonio. Inicia con la decisión de la pareja de tener una vida juntos (con o sin matrimonio) y termina con el nacimiento del primer hijo. La pareja debe acoplarse a la vida en común y al mismo tiempo atender las necesidades básicas de la personalidad del otro cónyuge.
2. Etapa de expansión. Inicia con el nacimiento del primer hijo, con lo que la familia crece en sentido numérico, y termina con el nacimiento del último, pero puede intercalarse con la etapa de dispersión.
3. Etapa de dispersión. Inicia con el ingreso del primer hijo a la escuela y termina cuando éste empieza a vivir fuera de la casa. El principal problema que enfrentan los padres es la obtención de un buen proceso de socialización y ayudar a los hijos a tener su propia autonomía, cubrir sus necesidades y ayudarlo a construir su nueva vida social.
4. Etapa de independencia. Inicia cuando los hijos se separan del seno familiar para iniciar sus propias familias, pero persiste el vínculo afectivo con los padres.
5. Etapa de retiro y muerte. Inicia con la salida del último de los hijos del hogar familiar o bien con la muerte o jubilación de alguno de los padres. También llamada etapa de "nido vacío". En esta etapa los padres enfrentan cambios propios de la edad, la aparición de enfermedades y el reencuentro con su pareja, en caso de persistir la unión.

En cada etapa requiere de nuevas reglas de interacción familiar. Sin embargo, hay familias que pueden permanecer *atoradas* en una etapa, a pesar de que el sistema familiar requiere de una transformación ante nuevas situaciones como, el nacimiento de un hijo (a) y su crecimiento. Este estancamiento en alguna etapa del ciclo vital puede llevar a la disfuncionalidad familiar y manifestaciones sintomáticas (10).

Los miembros de una familia se relacionan de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar a la cual define como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia". Dentro de ella se pueden identificar las siguientes formas de interacción (10):

A) Límites: constituidos por las reglas que definen quienes participan y de qué manera lo hacen en la familia; tienen la función de proteger la diferenciación del sistema.

- Límites al interior del sistema: aquellos que se establecen entre los subsistemas familiares (individual, conyugal, parental y fraterno) y pueden ser de tres tipos:

a) Claros: cuando se definen las reglas de interacción con precisión, es decir, todos saben qué se debe hacer y qué se puede esperar.

b) Difusos, cuando las reglas no son claras ni firmes, permitiendo múltiples intromisiones; son característicos de las familias con miembros muy dependientes o intrusivos entre sí.

c) Rígidos: cuando las interacciones entre los miembros de la familia son independientes, desligados y poco proclives a la entrada o salida de miembros al sistema familiar.

- Límites al exterior del sistema: son las reglas de interacción entre la familia y otros sistemas.

B) Jerarquía: hace referencia a la distribución del poder y destaca al miembro con mayor poder en la familia; no al que grita más fuerte sino el que se hace obedecer y mantiene el control sobre los demás.

C) Centralidad: indica parte del territorio emocional de la familia y se refiere al integrante de la familia sobre el cual giran la mayor parte de las interacciones familiares; dicho miembro puede destacarse por cuestiones positivas o negativas.

D) Periferia: este parámetro se refiere al miembro menos implicado en las interacciones familiares.

E) Alianzas: se refieren a la unión de dos o más personas para obtener un beneficio sin dañar a otro como; por ejemplo, las alianzas por afinidad de intereses.

F) Coaliciones: es la unión de dos o más personas para dañar a otra; así, existen coaliciones abiertas o encubiertas.

G) Hijo (a) parental: es aquel miembro de la familia que asume el papel y las funciones de padre o madre, de forma permanente, lo cual le impide vivir de acuerdo a su posición y rol que le corresponde como hijo y miembro del subsistema fraterno.

I.1.2.3. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Es la homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social. Las familias tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma; estos aspectos interesan a la medicina contemporánea llamándola funcionalidad familiar y corresponde a uno de los parámetros principales que se evalúa en el estudio de la salud familiar. Según Geyman la familia desempeña cinco funciones (14):

1. Cuidado: significa cubrir las necesidades físicas y materiales, así como las de salud de cada uno de los miembros de la familia, esto implica proporcionar casa, alimento, vestido, esta función está directamente relacionada con el nivel social cultural y económico de la familia.
2. Afecto: esta función está en relación directa con los aspectos psicológicos de los individuos, e implica cubrir las necesidades afectivas de los miembros de la familia, esto es tan importante entre los padres, hijos y hermanos.
3. Reproducción: proceso en el que la familia educa y establece condiciones para que sus integrantes expresen su sexualidad en las diferentes modalidades: social, cultural y familiar; generando condiciones que permita a sus integrantes poder regular la fecundidad según sus intereses.
4. Socialización: la familia tiene la responsabilidad primaria de proporcionar las condiciones que favorezcan a los miembros de la familia el desarrollo psicosocial de su persona y propicia la réplica de los valores individuales y modelos conductuales propios de cada familia.
5. Estatus social: la familia socializa al niño dentro de un nivel o clase social, la cual le permite transmitir aspiraciones, anhelos, tradiciones, herencia sociocultural y expectativas según su nivel o clase social.

De acuerdo a la funcionalidad familiar, existen dos tipos de familias (14):

- a) Las familias funcionales son aquellas en las cuales se cumplen todas las funciones; donde el desarrollo de sus integrantes, expresa una mejor atención de problemas y de dinámica familiar, en sus diferentes áreas y según sus interacciones personales.
- b) Las familias disfuncionales son las familias que, en mayor o menor grado, no actúan según lo que de ellas se espera en relación a las funciones que se les tiene asignadas.

Aunque existen varios métodos e instrumentos para evaluar el grado de funcionalidad familiar, son pocos los que tienen un valor práctico, dada la complejidad, extensión, limitación o dudosa confiabilidad y validez de la mayoría de los instrumentos existentes. Entre los que se han utilizado se encuentran los siguientes (14):

- Índice de función familiar (Pless y Satterwhite.)
- Escala de evaluación familiar (Beavers y Timberlawn).
- Clasificación triaxial de la familia (Tseng y McDermott).
- Modelo de McMaster.
- Escala de eventos críticos (Thomas Holmes).
- Apgar familiar (Gabriel Smilkstein).
- Círculo familiar (Thrower, Bruce y Walton).
- FACES (David H. Olson).
- Evaluación del subsistema conyugal (Chávez y Velazco).

I.1.2.3.1. Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (Family Adaptability and cohesion Evaluation Scales III, por sus siglas en inglés) es un instrumento que cuenta con el respaldo más de 700 publicaciones científicas; es un instrumento que fue diseñado por Olson, Russel y Sprenkle y fue traducido al español en 2001.

El FACES III fue validado en México durante el 2003 por Gómez Clavelina e Irigoyen. Posterior al proceso de traducción y adaptación transcultural de FACES III en población mexicana se evaluó su fiabilidad (con un alfa de Cronbach de 0.70) y se concluyó que era un instrumento válido y fiable comparado con la versión anglosajona, desarrollada por Olson *et al* (alfa de Cronbach de 0.80) (15, 16).

El modelo circunflejo de Olson y colaboradores se integra de tres dimensiones de la vida familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Las dos primeras son las principales y se estima que la comunicación es una dimensión facilitadora que contribuye a que las otras dos se mantengan en niveles saludables. Este modelo propone que sus dos dimensiones principales presentan cuatro posibles grados o niveles, de los cuales, los dos intermedios son normales o “balanceados” mientras que los niveles más altos o más bajos son “extremos”; la funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para “moverse” dentro

del modelo como resultado del efecto de factores de estrés normativo o no normativo.

La disfuncionalidad se define como la incapacidad de las familias para moverse y modificar sus niveles de cohesión y adaptabilidad; el FACES III mide el grado de cambio de estas dos dimensiones señaladas en el modelo. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción. El modelo circunflejo tiene como propósito facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias (12).

La *Cohesión familiar* se define como la unión emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Dentro del modelo circunflejo los niveles de cohesión son 4 (16):

No relacionada o Dispersa: se caracteriza por la extrema separación emocional entre sus miembros, poca interacción y falta de cercanía paterno-filial; con predominio de la separación personal, preferencia de espacios separados e intereses desiguales focalizados fuera de la familia.

Semirelacionada o Separada: se caracteriza por la separación emocional, aunque en ocasiones se demuestra la correspondencia afectiva. Los miembros de este tipo de familias aceptan el involucramiento, pero prefieren la distancia; existen límites parento-filial claros y, aunque se prefieren los espacios separados, se comparte el espacio familiar. Las decisiones se toman individualmente; existe también la posibilidad de decisiones conjuntas, interés y recreación focalizado fuera de la familia.

Relacionada o conectada: se caracteriza por la cercanía emocional, las interacciones afectivas son alentadoras y preferidas. La lealtad familiar es esperada y el interés de sus miembros se focaliza dentro de la familia, se enfatiza la interrelación; pero se permite la distancia personal. La necesidad de separación es respetada pero no valorada, los límites entre los subsistemas son claros con cercanía parento-filial, los amigos individuales y preferencias se comparten.

Aglutinada: se caracteriza por el involucramiento altamente simbiótico y dependencia entre sus miembros; expresada con la reactividad emocional. El interés focalizado en la familia que permiten poco tiempo y espacio privado; hay coaliciones parento-filiales.

La *Adaptabilidad familiar* (cambio): se define como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poderes, relaciones, de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés emocional o evolutivo. Existen 4 niveles de adaptabilidad familiar: (16)

Rígida: el liderazgo es autoritario donde existe fuerte control parenteral; la disciplina es estricta, rígida y su aplicación es severa; las reglas se hacen cumplir estrictamente. Son familias autocráticas dentro de las cuales los padres imponen las decisiones; los roles están

estrictamente definidos y no existe la posibilidad de cambio.

Estructurada: el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario; la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles las consecuencias de la transgresión a las normas, las cuales se hacen cumplir firmemente. Es un tanto democrática, los padres toman las decisiones; las funciones son estables, pero pueden compartirse y pocas son las que cambian.

Flexible: el liderazgo es igualitario, permite cambios; la disciplina es algo severa, aunque las reglas se hacen cumplir con flexibilidad y se negocian las consecuencias al transgredirlas. Son familias democráticas, dentro de las cuales, se alcanzan acuerdos en la toma de decisiones, se comparten los roles o funciones.

Caótica: liderazgo limitado y/o ineficaz; la disciplina es muy poco severa, debido a cambio frecuente en las reglas, por lo que hay inconsistencia en las consecuencias al transgredirlas. Las decisiones parenterales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los roles.

El instrumento FACES III contiene 20 preguntas: 10 ítems que evalúan la cohesión familiar y 10 ítems la adaptabilidad familiar. Cuenta con una escala que incluyen cinco opciones de respuesta con valores del 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4, y siempre, 5) de tal manera que la puntuación posible para cohesión y adaptabilidad es de 10 a 50. Puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 18 años de edad. Permite calificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Los puntajes que permiten clasificar los diferentes niveles de adaptabilidad y cohesión familiar. (Tabla 1)

Tabla 1. Niveles de cohesión y adaptabilidad definidos mediante FACES III.	
Puntuación para niveles de cohesión	Puntuación para niveles de adaptabilidad
-Dispersa: 10 a 34	-Rígida: 10 a 19
-Separada: 35 a 40	-Estructurada: 20 a 24
-Conectada: 41 a 45	-Flexible: 25 a 28
-Aglutinada: 46 a 50	-Caótica: 29 a 50

El FACES III permite calificar a las familias en 16 posibles combinaciones en sus dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad. (Tabla 2)

Tabla 2. Tipos de familias con base en su cohesión y adaptabilidad medida mediante FACES III.				
	No relacionada o dispersa 10 a 34	Semirelacionada o separada 35 a 40	Relacionada o conectada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
Caótica 29 a 50	Caóticamente No relacionada	Caóticamente Semirelacionada	Caóticamente Relacionada	Caóticamente Aglutinada
Flexible 25 a 28	Flexiblemente No relacionada	Flexiblemente Semirelacionada	Flexiblemente Relacionada	Flexiblemente Aglutinada
Estructurada 20 a 24	Estructuralmente No relacionada	Estructuralmente Semirelacionada	Estructuralmente Relacionada	Estructuralmente Aglutinada
Rígida 10 a 19	Rígidamente No relacionada	Rígidamente Semirelacionada	Rígidamente Relacionada	Rígidamente Aglutinada
(Rojo): familias extremas = disfunción grave. (Amarillo): familias en rango medio = disfunción leve. (Verde): familias balanceadas =funcionales.				

II. ANTECEDENTES

El embarazo durante la adolescencia es considerado como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de las jóvenes. Casi medio millón de mexicanas menores de 20 años dieron a luz en el año 2005.

En dicho año hubo 144,670 casos de adolescentes con un hijo o un primer embarazo entre los 12 y 18 años que no han concluido su educación básica. En este mismo rango de edad, considerando a quienes tienen más de un hijo, los datos ascienden a 180,408 casos de madres.

La paternidad y la maternidad tempranas conducen a las niñas, de manera abrupta, a un mundo adulto para el cual no están preparadas, con efectos desfavorables sobre su vida y la de sus hijos.

En 2006, Pérez Herrero y colaboradores realizaron en Madrid España un estudio de campos; en el que se evaluaron las estrategias para prevenir y afrontar conflictos en las relaciones familiares (padres e hijos). Encontraron que el 71,6% eran familias biparentales, el 15,4% monoparentales y el 2,3% familias reconstituidas (13).

En 2008 en Lima Perú, Urreta Palacios realizó un estudio aplicativo, cuantitativo, descriptivo y transversal; en el cual evaluó la relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes. Encontró que el 51.3%, de las participantes, tuvo un funcionamiento familiar funcional y 48.7% fue disfuncional. Al evaluar la capacidad familiar en el área de solución de conflictos, el 52.6% refirió tener capacidad funcional de solución de conflictos y en el 47.4% de los participantes fue disfuncional (21).

En 2011 Guridi González *et all* realizaron en La Habana Cuba, un estudio descriptivo, prospectivo y transversal; en el cual evaluaron el funcionamiento y la repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas. Se encontró que casi la totalidad de las adolescentes embarazadas se encontraban en el grupo de 15 a 18 años, predominando el nivel escolar de secundaria básica, las parejas no estables y las desocupadas. Prevalcieron las familias de tamaño mediano, extensas, monoparentales, trigeracionales y moderadamente funcionales (1).

En 2006, Marín Foucher y Villafañe Gurza, realizaron en la Ciudad de México, un estudio cuantitativo de tipo transversal y correlacional; en el cual evaluaron la relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente. Se encuestó a una muestra de 82 adolescentes de entre 12 y 19 años, 31 embarazadas reclutadas aleatoriamente en una

institución médica particular y 51 no embarazadas, encontrando que el mayor número de adolescentes embarazadas se encontraban inmersas en un ambiente mayor libertad de expresión a diferencia de las adolescentes no embarazadas que percibían un ambiente mayor restricción. Al aplicar la escala de independencia, que mide la permisividad dentro del ambiente familiar, se encontró que la mayoría de las adolescentes embarazadas percibían tener mayor grado de libertad y responsabilidad en sus vidas que las adolescentes no embarazadas, siendo esta diferencia significativa. Por otro lado, se observó una diferencia significativa en el área de orientación cultural e intelectual revelando que las adolescentes no embarazadas perciben su ambiente más enriquecedor en cuanto a la presencia de oportunidades intelectuales, sociales y culturales (5).

En 2012, Ramírez García, realizó en el Estado de México, un estudio transversal, descriptivo, prospectivo y observacional, donde evaluaron la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 75. Se encontró que el 59.5% de las adolescentes embarazadas percibían a sus familias como altamente disfuncionales y sólo el 6% percibían a sus familias como funcionales. Se documentó que el 84% de las participantes se encontraban en el rango de edad de 17 a 19 años (14).

En el 2012, Barona Jiménez, Cuernavaca, Morelos, un estudio transversal y observacional; en el cual se evaluó la estructura y funcionalidad familiar mujeres con embarazo de alto riesgo obstétrico; encontró que la disfunción familiar en las participantes de este estudio fue muy alta de un 70.59% muy semejante a la reportada en estudios previos. El 57.2% se trató de embarazadas pertenecientes a familias moderna, urbana, con escolaridad media y profesionista. La etapa de ciclo vital en la que se encontró la mayoría de las familias de las embarazadas fue la de dispersión en el 43.3% de las participantes (19).

En 2013, Aguilar Valdés realizó en Cuernavaca un estudio transversal donde evaluó la estructura y funcionalidad familiar de las embarazadas de riesgo obstétrico bajo asistentes a la UMF 1; encontró que el 56% pertenecía a familia nuclear, el 72% se encontraba en etapa del ciclo familiar de dispersión. En cuanto a la funcionalidad identificó que el 75% pertenecían a familias con disfunción de las cuales el 38% presentaban disfunción familiar moderada y 62% disfunción extrema (20).

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia como grupo social es el que más influye en la formación de la personalidad de los individuos; en ella se moldean; creencias, temores, comportamientos, que condicionan las actitudes de sus integrantes ante los eventos de la vida. El funcionamiento familiar depende de la interacción entre sus miembros para cumplir con sus funciones; éste juega un papel importante en la determinación del proceso salud-enfermedad de sus miembros y constituye un tema de estudio importante para el médico familiar.

La disfunción familiar puede considerarse como un factor predisponente en la aparición de trastornos emocionales y psicológicos en sus miembros que, durante la adolescencia, pueden ser expresados mediante conductas dañinas como; farmacodependencia, deserción escolar, inicio de vida sexual temprana, embarazos no deseados. La presencia de embarazo durante esta etapa acarrea problemas de índole biológica, psicológica y social; es un problema social y público, porque no solo afecta a las personas y familias involucradas, sino a la sociedad en su conjunto, los cuidados prenatales, la atención obstétrica y los cuidados durante el puerperio repercuten en el grupo familiar, debido a que el sistema debe enfrentar crisis normativas y paranormativas.

En los últimos años se han implementado medidas, para lograr identificar y tratar este problema, pero como sistema de salud, distamos mucho de tener una comprensión clara de este fenómeno y que es necesario reformular la investigación y el conocimiento existentes a fin de proponer medidas más adecuadas para enfrentarlo, por lo que surge la pregunta de investigación.

III.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas que asisten control prenatal en el HGR C/MF #1 del IMSS, Cuernavaca, Morelos?

IV. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes ha sido descrito como un problema de salud pública en Latinoamérica, dada su magnitud y las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales que conlleva. A nivel social, la adolescente verá limitada las posibilidades para el futuro por la posible interrupción de su educación formal. A nivel psicológico, no se encuentran preparadas para asumir la responsabilidad de este nuevo rol. A nivel biológico, el riesgo de morbilidad-mortalidad es más elevado cuanto más joven sea la madre, debido a las potenciales

complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Por todo lo anterior el apoyo familiar resulta sumamente importante ante esta situación, para que la adolescente comience a ser responsable ante su condición de gestante y se fortalezcan los lazos filiales. Lo anterior hace relevante conocer la funcionalidad de las familias de las adolescentes embarazadas.

La embarazada adolescente enfrenta, dentro del IMSS, obstáculos de índole administrativa para acceder a los servicios de salud y recibir los cuidados prenatales requeridos por su condición de gestante; por lo que, a pesar de que el embarazo en adolescentes es un problema de gran magnitud, se calcula que existen pocas pacientes que reciben atención prenatal en la consulta externa del primer nivel de atención (medicina familiar) del HGR-MF1 de Cuernavaca. Lo anterior motiva a incluir, también, a todas las adolescentes embarazadas que acudan a control prenatal en la consulta externa del segundo nivel de atención (que incluye los servicios de clínica de hipertensión, de embarazo de alto riesgo y ginecología-obstetricia) del HGR-MF1, dado que estas pacientes proceden de las unidades de medicina familiar distribuidas en la ciudad de Cuernavaca y que, dada su condición de adolescente embarazada, requieren atención prenatal conjunta entre el primer y segundo nivel de atención. Por lo tanto, se pretende invitar a participar a todas las adolescentes embarazadas que asistan a control prenatal a las consultas externas de primer y segundo nivel de atención del HGR-MF1; todo lo anterior con el fin de reunir el tamaño muestral.

V.OBJETIVOS

V.1. OBJETIVO GENERAL

- Identificar la funcionalidad familiar de la familia de origen de las adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en el HGR C/MF #1 del IMSS Cuernavaca, Morelos.

V.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la edad más frecuente de embarazo en adolescentes.
- Conocer el estado civil, la escolaridad, la ocupación y los antecedentes gineco-obstétricos de las adolescentes embarazadas.
- Conocer la edad de inicio de la vida sexual activa en las adolescentes embarazadas.
- Identificar los aspectos sociodemográficos de las familias a las que pertenecen las adolescentes embarazadas que permitan determinar la tipología de sus familias de

origen.

- Identificar la cohesión familiar de la familia de origen de la embarazada adolescente.
- Identificar la adaptabilidad familiar de la familia de origen de la embarazada adolescente.

VI. HIPÓTESIS

La disfunción familiar de la embarazada adolescente que asiste a control prenatal en el HGR C/MF #1 del IMSS, Cuernavaca, Morelos es igual a lo reportado por la literatura (70%).

VII. METODOLOGÍA

VII.1. UNIVERSO DE TRABAJO

Se invitó a participar en el presente protocolo de investigación a todas las embarazadas adolescentes, durante su asistencia a control prenatal en las consultas externas de primer y segundo nivel de atención del HGR C/MF #1, durante el periodo que duró el presente estudio y que aceptaron participar mediante la firma de asentimiento informado (Anexo A.2); se solicitó la anuencia del familiar acompañante de la adolescente embarazada, mediante firma de consentimiento informado (Anexo A.1), para incluir a la embarazada en el protocolo de investigación. Se trató de una población ambulatoria cuya residencia se encuentra en la ciudad de Cuernavaca, Morelos.

VII.2. TAMAÑO MUESTRAL

Se solicitó ante el jefe de archivo clínico el número total de adolescentes embarazadas que asistían a control prenatal en el HGR C/MF #1, tanto en primer como en segundo nivel de atención, con el fin de calcular el tamaño muestral con base en la fórmula para estimar proporciones para población finita. El número de pacientes reportadas por archivo clínico fue 93 y, debido a ello, se decidió invitar a participar a la totalidad de las adolescentes embarazadas.

Por lo anterior se realizó el cálculo de potencia estadística, el cual se efectúa con base en:

-n muestral: la cantidad de elementos de la muestra. Donde $n=93$.

-nivel de error: denominado también simplemente como α y generalmente establecido en un nivel de 0,05 o 0,01. Donde el valor de $\alpha=0.05$.

-tamaño de efecto (effect size).

-prevalencia 16% (0.1600).

La potencia estadística, considerando que se incluyeron las 93 adolescentes embarazadas que asistieron a control prenatal, fue de 0.8912 (89%); dado que la potencia estadística es mayor al 80%, la muestra que se incluyó fue válida para el presente estudio.

VII.3. DISEÑO

El presente estudio se clasifica en función de:

- Causalidad: se cataloga como no experimental (observacional) debido a que no es posible la manipulación de una exposición determinada en la población de individuos estudiados; en este tipo de estudios, la exposición ocurrirá sin la participación del investigador y de acuerdo con variables que están fuera del control del investigador.
- Número de mediciones: se cataloga como transversal o de prevalencias, donde se estudia simultáneamente la exposición y el fenómeno estudiado en una población definida en un momento determinado. Se realizan a través de una sola determinación en los sujetos de estudio para evaluar de manera concurrente la exposición y el evento de interés.
- Temporalidad del estudio: se cataloga como prospectivo debido a que, al inicio del estudio, el evento investigado está presente pero aún no se ha cuantificado.
- Enfoque: se cataloga como cuantitativo.
- Alcance: se cataloga como descriptivo.

VII.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

VII.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes entre 10 a 19 años que estuviesen embarazadas y que asistieron a control prenatal en las consultas externas de primer nivel (medicina familiar) y segundo nivel (clínica de hipertensión, de embarazo alto riesgo y gineco-obstetricia) de atención del HGR C/MF #1 de Cuernavaca, Morelos.
- Adolescentes embarazadas que aceptaron participar en el estudio mediante firma de asentimiento informado.
- Adolescentes embarazadas que hayan tenido la anuencia de su familiar para participar en el estudio, mediante la firma de consentimiento informado.
- Adolescentes embarazadas que sepan leer y escribir.

VII.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adolescentes entre 10 y 19 años que estuviesen embarazadas y que asistieron a control prenatal en las consultas externas de primero y segundo nivel de atención que hayan declinado a participar en el estudio.
- Adolescentes embarazadas analfabetas.
- Adolescentes embarazadas que hayan brindado información incompleta para el momento del análisis de la información.

VII.4.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Adolescentes entre 12 y 19 años que estuviesen embarazadas y que hayan perdido el producto.

VII.5. Operacionalización de variables. (Tabla 3)

Tabla 3. Operacionalización de variables				
<i>Variable</i>	<i>Definición</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Instrumento de medición</i>
Edad	Es el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento al momento actual	Cuantitativa	De Razón	Formato de registro de aspectos sociodemográficos para embarazada adolescente "FRASEA"
Sexo	Diferencia constitutiva del hombre y la mujer	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	FRASEA
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue a lo largo de su educación formal	Cualitativa	Ordinal (politémica): primaria, secundaria, bachillerato, carrera técnica, profesionista, posgrado	FRASEA
Religión	Culto que tributo el individuo a una Divinidad	Cualitativa	Nominal (politémica): católica, cristiana, testigo de Jehová	FRASEA ../..
Ocupación	Empleo, oficio, trabajo o profesión que desarrolla un individuo como medio de manutención.	Cualitativa	Nominal (politémica): ama de casa, estudiante, empleado, comerciante, obrero, profesionista, desempleado	FRASEA

Tabla 3. Operacionalización de variables				
<i>Variable</i>	<i>Definición</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Instrumento de medición</i>
Estado civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles	Cualitativa	Nominal (politémica): soltera, unión libre, casada, divorciada o separada, viuda	FRASEA ../..
Menarca	Edad en que la mujer presenta su primera menstruación	Cuantitativa	De Razón	FRASEA ../..
Número de parejas sexuales	Cantidad de varones con los que ha tenido relaciones sexuales	Cuantitativa	De Razón	FRASEA ../..
Inicio de vida sexualmente activa de la paciente	Edad en que la persona tiene por primera vez relaciones sexuales	Cuantitativa	De Razón	Formato de registro de aspectos sociodemográficos para embarazada adolescente "FRASEA"
Numero de embarazo actual de la paciente	Cifra de embarazos que ha tenido la mujer, considerando el presente.	Cuantitativa	De Razón	FRASEA

Tabla 3. Operacionalización de variables				
<i>Variable</i>	<i>Definición</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Instrumento de medición</i>
Edad gestacional	Edad de un embrión o feto calculada al sumar dos semanas (14 días) al número de semanas completadas después de la fecundación	Cuantitativa	De Razón	FRASEA ../..
Funcionalidad familiar reportado por la paciente	<p>Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de sus etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.</p> <p>Puntuación para niveles de cohesión: -No relacionada 10-34 - Semirelacionada 35-40 -Relacionada 41-45 -Aglutinada 46-50</p> <p>Puntuación para niveles de Adaptabilidad: - Rígida, 10-19 - Estructurada, 20-24 - Flexible, 25-28 - Caótica, 29-50</p>	<p>Cualitativa:</p> <p>Caoticamente: no relacionada, semirrelacionada, relacionada, aglutinada.</p> <p>Flexiblemente: no relacionada, semirrelacionada, relacionada, aglutinada.</p> <p>Estructuralmente: no relacionada, semirrelacionada, relacionada, aglutinada.</p> <p>Rigidamente: no relacionada, semirrelacionada, relacionada, aglutinada.</p>	Ordinal: Disfunción grave (familias extremas) disfunción leve (familias en rango medio) y funcionales (familias balanceadas).	<p>Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (FACES III)</p> <p>../..</p>

Tabla 3. Operacionalización de variables				
<i>Variable</i>	<i>Definición</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Instrumento de medición</i>
Etapa del ciclo vital familiar	Una de las fases por las que atraviesa el curso del desarrollo de una familia.	Cualitativa	Ordinal (politémica): matrimonio, de expansión, de dispersión, de independencia, de retiro o muerte.	Formato de registro de aspectos sociodemográficos para embarazada adolescente "FRASEA"
Tipología familiar según desarrollo	La disposición en que se relacionan los miembros de la familia con respecto al integrante que funge como proveedor	Cualitativa	Nominal (politémica): moderna, tradicional o arcaica	FRASEA
Tipología familiar según composición	La disposición de consanguinidad entre los miembros de una familia que habitan en la misma casa	Cualitativa	Nominal (politémica): nuclear, seminuclear, extensa, semiextensa, compuesta, múltiple, extensa modificada	FRASEA ../..
Tipología familiar según integración	La disposición en que se relacionan los miembros de una familia en función del cumplimiento de los roles que les fueron asignados	Cualitativa	Nominal (politémica): integrada, semi-integrada, desintegrada.	FRASEA ../..

Tabla 3. Operacionalización de variables				
<i>Variable</i>	<i>Definición</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Instrumento de medición</i>
Tipología familiar según ocupación	La clase a la que pertenece una familia en función de la actividad remunerada que realice el proveedor	Cualitativa	Nominal (politémica): campesina, obrera, comerciante, empleada, profesionalista,	FRASEA

VII.6. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se identificó a las embarazadas adolescentes que asistieron a control prenatal en las consultas externas del primer nivel (medicina familiar) y segundo nivel (embarazo de alto riesgo, clínica de hipertensión y gineco-obstetricia) de atención del HGR C/MF #1 y se les invitó a participar en la presente investigación; previa explicación del objetivo de la misma, se procedió a solicitar la participación de la adolescente embarazada y del familiar acompañante mediante la firma de asentimiento informado y consentimiento informado respectivamente (anexo A.1 y A.2). Cabe señalar que, en caso de tratarse de adolescentes mayores de 18 años, sólo se solicitó el consentimiento informado; en las adolescentes menores de 18 años se solicitó el consentimiento informado del familiar acompañante, así como el asentimiento informado de la adolescente.

VII.6.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE EN EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Se elaboró un formato *ad hoc* denominado “Formato de registro de aspectos sociodemográficos para embarazada adolescente” (*FRASEA*) en el que se inscribió la información obtenida directamente de la paciente (anexo B). Este formato incluyó entre otros datos: nombre, folio, número de afiliación, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, número de convivientes, parentesco de los convivientes, religión.

La paciente recibió instrucciones de cómo contestar el *FRASEA*, quien lo respondió de manera personal, en la sala de espera en el momento previo o posterior a recibir consulta de control prenatal. Se revisó que al final no quede ningún rubro sin contestar; los resultados se capturaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel para su posterior análisis.

VII.6.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (*FACES III*) es un instrumento de autoaplicación que evalúa Cohesión y Adaptabilidad a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión) a través de una escala tipo Likert que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) con valores que van de 1 a 5 (anexo C). Dicho instrumento se aplicó solamente a la adolescente embarazada, pidiéndole que lo contestara teniendo en mente la interacción que sostiene con su familia de origen.

Se revisó que al final no quedara ningún rubro sin contestar; los resultados se capturaron por rubro en una hoja de cálculo de Microsoft Excel.

VII.7. PLAN DE ANÁLISIS

Se realizó estadística descriptiva, cálculo de frecuencias y proporciones para variables cualitativas y para variables cuantitativas se utilizó la prueba T de student, mediante programa estadístico STATA v 9.0; se realizó análisis bivariado y se aplicó, en función de la distribución de las variables, el estadístico más adecuado.

VIII. ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo de investigación fue sometido a revisión ante el Comité Local de Investigación para su aprobación y posterior realización.

A todas las pacientes que desearon participar se les informó sobre los objetivos del estudio, así como a su familiar acompañante; aquella adolescente que contó con la anuencia de su familiar para participar en el estudio, mediante firma de consentimiento informado, se le solicitó su participación mediante la firma del asentimiento informado.

El protocolo de investigación siguió los lineamientos básicos para la investigación médica dados a conocer en la Declaración de Helsinki, emitida durante la 41ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial en 1989.

A toda paciente que se le identificó disfunción familiar severa se canalizó, por el equipo de investigadores, al servicio de psicología o, en su caso, se les dio información de la institución a la que pudiera asistir fuera del Instituto Mexicano del Seguro Social.

IX.FACTIBILIDAD

Debido a que el presente protocolo de investigación fue de tipo observacional y no hubo intervención terapéutica, no implicó riesgo físico alguno para el paciente o su producto. Se solicitó consentimiento escrito informado para ingresar a cada paciente al estudio y se le explicó que los resultados aportados por los cuestionarios que contestó no tuvieron utilidad directa en las decisiones terapéuticas que tomó su médico tratante, siendo esta información tratada de una forma totalmente confidencial.

X. RECURSOS

X.1. HUMANOS

Adolescentes embarazadas derechohabientes que acudieron a control prenatal de las consultas externas del primer y segundo nivel de atención del HGR C/MF #1 en Cuernavaca, Morelos; que aceptaron participar, mediante la firma de asentimiento informado y que contaron con la anuencia de su familia (mediante la firma del consentimiento informado), en el presente estudio y que supieran leer y escribir.

X.2. INSUMOS

- a) Papelería y artículos de oficina: consentimiento informado y cuestionarios previamente impresos, bolígrafos, lápices y correctores.
- b) Equipo de cómputo: computadora TOSHIBA, impresora.

X.3. SOFTWARE

- a) Hoja de cálculo de Excel 2010.
- b) Procesador de textos Word 2010.
- c) Programa estadístico STATA v 9.0.

XI. RESULTADOS

Se invitó a participar en el estudio a 93 adolescentes embarazadas, que acudieron a la consulta externa de primer (medicina familiar) y segundo (perinatología, clínica de hipertensión, embarazo de alto riesgo y tococirugía) nivel de atención, de ambos turnos, del HGR C/MF #1 en Cuernavaca durante los meses de junio a noviembre del 2016.

En la población estudiada, se encontró que 44 de las pacientes tenían 19 años (47.31%), 32 pacientes tenían 18 años (34.41%); 8 pacientes tenían 17 años (8.60%) 4 pacientes tenían 15 años (4.30%), 3 pacientes tenían 16 años (3.23%) y tan sólo 2 pacientes tenían 14 años (2.15%).

La escolaridad predominante fue secundaria, reportada por 43 adolescentes embarazadas (46.24%); 34 (36.56%) pacientes tenía bachillerato terminado y 16 (17.2%) participantes habían cursado una carrera técnica.

La ocupación más frecuente fue ama de casa con 36 (38.71%) pacientes; 29 (31.18%) eran empleadas, 29 (31.18%) pacientes eran empleadas 27 (29.03%) se encontraban estudiando y sólo 1 (1.08%) refirió dedicarse al comercio. (Tabla 4)

Tabla 4. Características socioeducativas de las embarazadas adolescentes del HGR C/MF #1.		
<i>Variable</i>	<i>n= 93</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Edad (años cumplidos)		
14	2	2.15
15	4	4.30
16	3	3.23
17	8	8.60
18	32	34.41
19	44	47.31
Escolaridad		
Secundaria	43	46.24
Bachillerato/ preparatoria	34	36.56
Carrera técnica	16	17.20
Ocupación		
Estudiante	27	29.03
Ama de casa	36	38.71
Empleada	29	31.18
Comerciante	1	1.08

En lo referente al estado civil, 48 pacientes (51.61%) refirieron ser casadas, 23 (24.73%) vivían en unión libre y 22 (23.66%) se encontraban solteras en el momento de su participación. La mayoría de la población estudiada refirieron ser católicas (96.77%) y el resto refirió que no profesaba ninguna religión. (Tabla 5)

Tabla 5. Características socio-religiosas de las embarazadas adolescentes del HGR C/MF #1.		
<i>Variable</i>	<i>n= 93</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Estado civil		
Soltera	22	23.66
Unión libre	23	24.73
Casada	48	51.61
Religión		
Católica	90	96.77
Ninguna	3	3.23

En lo concerniente a los antecedentes ginecoobstétricos de las embarazadas adolescentes participantes, la menarca se presentó a la edad de 12 años en 42 (45.16%) pacientes; la segunda edad, de presentación de la menarca, más frecuente fue 11 años con 22 (23.66%) participantes.

La edad de inicio de la vida sexual activa de 18 años fue la más frecuente, siendo reportada por 44 (47.31%) de las pacientes; en segundo lugar, la edad de 17 años fue comunicado por 20 (21.51%) participantes; en tercer lugar, la edad de 15 años fue informada por 12 (12.90%) adolescentes y la menor edad de 13 años fue reportada por 1 (1.08%). (Tabla 6)

Tabla 6. Antecedentes ginecoobstétricos de las embarazadas adolescentes del HGR C/MF #1.

<i>Variable</i>	<i>n= 93</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Edad de presentación de la menarca		
9 años	1	1.08
10 años	5	5.38
11 años	22	23.66
12 años	42	45.16
13 años	16	17.20
14 años	7	7.53
Edad del inicio de vida sexual activa		
13 años	1	1.08
14 años	3	3.23
15 años	12	12.90
16 años	4	4.30
17 años	20	21.51
18 años	44	47.31
19 años	9	9.68
Número de parejas sexuales		
1	38	40.86
2	41	44.09
3	13	13.98
6	1	1.08
Número de gestas (número de la gestación actual)		
1	78	83.87
2	14	15.05
3	1	1.08
Trimestre de gestación reportado en el momento de su participación		
Primero	18	19.35
Segundo	61	65.59
Tercero	14	15.05

En la población estudiada, 41(44.09%) pacientes refirieron que habían tenido dos parejas sexuales; 38 (40.86%) pacientes informaron que habían tenido una pareja, 13 (13.98%) pacientes afirmaron haber tenido 3 parejas sexuales y 1 (1.08%) paciente indicó que había tenido 6 parejas. (Tabla 6)

En lo referente al embarazo actual, se encontró que 78 (83,87%) de las encuestadas, se encontraba cursando su primera gestación; 14 (83.87%) participantes cursaban su segundo embarazo y sólo 1(1.08%) caso se trató de la tercera gesta. (Tabla 6)

En lo tocante al momento del embarazo en que se encontraban las pacientes en el momento de su participación, 61 (65.59%) se encontraba cursando el segundo trimestre; 18 (19.35%) se encontraba cursando el primero y 14 (15.05%) adolescentes se encontraban en el último trimestre de la gestación. (Tabla 6)

En cuanto a la estructura de la familia de origen de las adolescentes embarazadas participantes: según su desarrollo en 48 (51.61%) de las pacientes fueron de tipo arcaica, en 35 (37.63%) casos de tipo moderna y en 10 (10.75%) encuestadas fueron de tipo tradicional. (Tabla 7)

La tipología familiar, tomando en cuenta su composición: 52 (55.91%) familias fueron de tipo nuclear, 25 (26.88%) familias fueron de tipo consanguínea, 12 (12.90%) familias fueron de tipo seminuclear; las familias de tipo extensa y extensa compuesta presentaron la misma frecuencia de 2 (2.15%) casos.

Según la integración de la familia de origen de las participantes se encontró que: 67 (72.04%) familias fueron del tipo semiintegrada, 15 (16.12%) familias de tipo integrada y sólo 11 (11.82%) fueron de tipo desintegradas.

En función de la ocupación del proveedor principal de la familia fueron: 28 (30.10%) familias de tipo profesionalista; 25 (26.88%) de tipo empleada, 22 (23.65%) de las familias fueron comerciantes, 12 (12.905) fueron de tipo obrera y sólo 6 (6.45%) reportaron ser de tipo campesina.

De acuerdo a la etapa del ciclo vital familiar, en la que se encontraban las familias de las adolescentes embarazadas encuestadas: 48 (51.61%) familias se encontraban en fase de independencia, 36 (38.71) familias en fase de dispersión, 8 (8.60%) familias estaban en fase de expansión y sólo 1 en fase de retiro o muerte. (Tabla 7)

Tabla 7. Tipología de la familia de origen de las embarazadas adolescentes del HGR C/MF #1.

<i>Variable</i>	<i>n= 93</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Desarrollo		
Arcaica	48	51.61
Tradicional	10	10.75
Moderna	35	37.63
Composición		
Nuclear	52	55.91
Seminuclear*	12	12.90
Consanguínea	25	26.88
Extensa	2	2.15
Semiextensa	2	2.15
Integración		
Integrada	15	16.12
Semiintegrada	67	72.04
Desintegrada	11	11.82
Ocupación		
Campesina	6	6.45
Obrera	12	12.90
Comerciante	22	23.65
Empleada	25	26.88
Profesionista	28	30.10
Etapas del ciclo vital familiar^{&}		
Expansión	8	8.60
Dispersión	36	38.71
Independencia	48	51.61
Retiro o muerte	1	1.08

*Seminuclear, monoparental o uniparental: contraída o interrumpida.
 & Clasificación según Geyman.

En lo referente a la adaptabilidad de las familias de origen de las embarazadas adolescentes, se encontró que las familias de tipo flexibles fueron las más frecuentes, con 34 (36.55%) familias; 31 (33.33%) de las familias se les identificó una adaptabilidad de nivel caótica, 18 (19.35%) fueron estructuradas y sólo 10 (10.75%) fueron rígidas. (Tabla 8)

La distribución de frecuencias de los niveles de cohesión, de las familias de origen de las embarazadas adolescentes fueron: 55 (59.13%) familias de nivel separada; 20 (21.50%) familias fueron dispersas, 14 (15.05) fueron conectadas y sólo 4 (4.30%) tuvieron presentaron cohesión de nivel aglutinado. (Tabla 8)

Tabla 8. Adaptabilidad y cohesión de las embarazadas adolescentes del HGR C/MF #1.		
<i>Variable</i>	<i>n= 93</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Niveles de Adaptabilidad		
Caótica	31	33.33
Flexible	34	36.55
Estructurada	18	19.35
Rígida	10	10.75
Niveles de Cohesión		
Dispersa	20	21.50
Separada	55	59.13
Conectada	14	15.05
Aglutinada	4	4.30

Con base en el nivel de adaptabilidad y cohesión, los tipos de familia a las que pertenecían las participantes fueron: estructuralmente semirrelacionada 21 (22.58%) casos; en segundo lugar, se encontraron las familias de tipo rígidamente semirrelacionada 18 (19.35%). (Tabla 9)

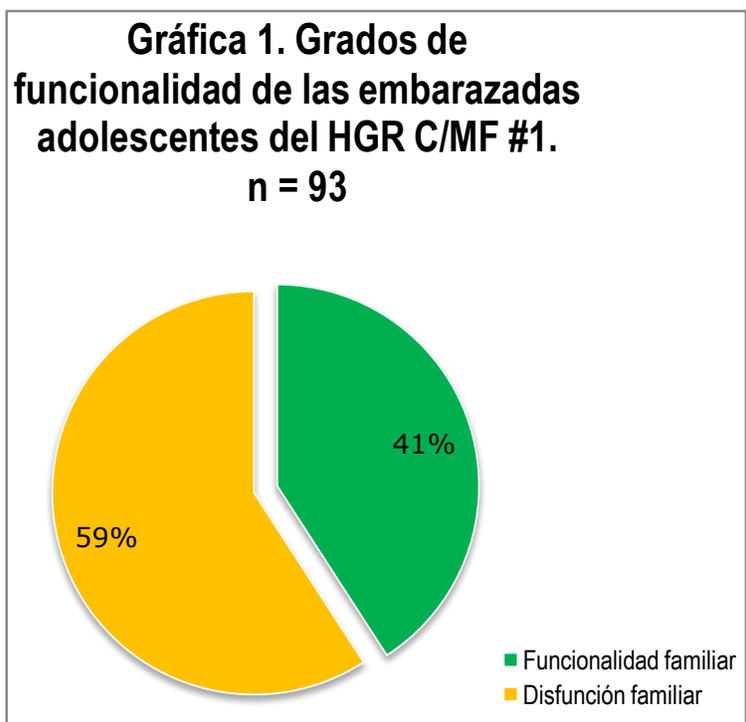
Las familias de tipo estructuralmente no relacionadas y rígidamente no relacionadas presentaron la misma frecuencia de 8 (8.60%) casos; no existieron casos de familias de tipo flexiblemente aglutinada, caóticamente no relacionada y caóticamente aglutinada. (Tabla 9)

Tabla 9. Tipos de familias de las embarazadas adolescentes del HGR C/MF #1. *		
<i>Variable</i>	<i>n= 93</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Flexiblemente semirrelacionada	10	10.75
Flexiblemente relacionada	4	4.30
Estructuralmente semirrelacionada	21	22.58
Estructuralmente relacionada	3	3.22
Caóticamente semirrelacionada	6	6.45
Caóticamente relacionada	4	4.30
Flexiblemente no relacionada	4	4.30
Flexiblemente aglutinada	0	0
Estructuralmente no relacionada	8	8.60
Estructuralmente aglutinada	2	2.15
Rígidamente semirrelacionada	18	19.35
Rígidamente relacionada	4	4.30
Caóticamente no relacionada	0	0
Caóticamente aglutinada	0	0
Rígidamente no relacionada	8	8.60
Rígidamente aglutinada	1	1.07

*Con base en el nivel de adaptabilidad y cohesión reportado por la paciente y concerniente a la familia de origen.

El grado de funcionalidad familiar de la familia de origen, reportado por la población participante fue: el 59 % presentaron algún grado de disfunción familiar y 41% fueron funcionales. (Gráfica 1)

Se integró un solo grupo, denominado disfunción familiar, con las participantes pertenecientes tanto a familias con disfunción leve como aquellas procedentes de familias con disfunción grave, con el fin de compararlas con aquellas que resultaron funcionales.



En la tabla 10, al explorar la funcionalidad de la familia de origen de las embarazadas adolescentes en función al grupo de edad, en el grupo de disfunción familiar encontramos que 55 adolescentes tenían un promedio de edad de 18.38 años, con una desviación estándar de 0.84 y un intervalo de confianza al 95% de 18.15% a 18.61%; comparado con el grupo de funcionalidad familiar donde encontramos que 38 adolescentes tenían un promedio de edad de 17.7, con una desviación estándar de 1.48 y un intervalo de confianza 95% de 17.22% a 18.19% ($p = 0.006$).

Tabla 10. Funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes según edad, del HGR C/MF #1.

<i>Grados de Funcionalidad Familiar*</i>	<i>n= 93</i>			<i>Intervalo de Confianza 95%</i>
	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	
Disfunción familiar	55	18.38	0.84	18.15 – 18.61%
Funcionales	38	17.7	1.48	17.22 – 18.19%
Total	93	18.10	1.19	17.86 – 18.35%

*De la familia de origen de la adolescente embarazada encuestada.
Pr = 0.006

En la tabla 11 se puede observar que no existe diferencia estadísticamente significativa en la escolaridad de las pacientes de acuerdo a la funcionalidad familiar ($p=0.06$).

Tabla 11. Funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes según escolaridad, del HGR C/MF #1.

<i>Escolaridad*</i>	<i>n= 93</i>		
	<i>Disfunción familiar</i>	<i>Funcionales</i>	<i>Total</i>
Secundaria	20 (46.51%)	23 (53.49%)	43 (100%)
Bachillerato/Preparatoria	23 (67.65%)	11 (32.35%)	34 (100%)
Carrera técnica	12 (75.00%)	4 (25.00%)	16 (100%)
Total	55	38	93

*De la adolescente embarazada encuestada.
Fisher's exact = 0.06

En la tabla 12 se puede observar que no existe diferencia estadísticamente significativa en el estado civil de las pacientes de acuerdo a la funcionalidad familiar ($p=0.16$).

Tabla 12. Funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes según estado civil, del HGR C/MF #1.			
<i>Estado civil*</i>	<i>n= 93</i>		
	<i>Disfunción familiar</i>	<i>Funcionales</i>	<i>Total</i>
Soltera	11 (50.00%)	11 (50.00%)	22 (100%)
Unión libre	11 (47.83%)	12 (52.17%)	23 (100%)
Casada	33 (68.75%)	15 (31.25%)	48 (100%)
Total	55	38	93

*De la adolescente embarazada encuestada.
Fisher's exact = 0.16

En la tabla 13 se puede observar que no existe diferencia estadísticamente significativa en la ocupación de las adolescentes embarazadas de acuerdo a la funcionalidad familiar ($p=0.09$).

Tabla 13. Funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes según ocupación, del HGR C/MF #1.			
<i>Ocupación*</i>	<i>n= 93</i>		
	<i>Disfunción familiar</i>	<i>Funcionales</i>	<i>Total</i>
Estudiante	11 (40.74%)	16 (59.26%)	27 (100%)
Ama de casa	23 (63.89%)	13 (36.11%)	36 (100%)
Empleada	20 (68.97%)	9 (31.03%)	29 (100%)
Comerciante	1 (100%)	0	1 (100%)
Total	55	38	93

*De la adolescente embarazada encuestada.
Fisher's exact = 0.09

En la tabla 14 se puede observar que no existe diferencia estadísticamente significativa en la religión de las pacientes de acuerdo a la funcionalidad familiar ($p=1.00$).

Tabla 14. Funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes según religión, del HGR C/MF #1.

<i>Religión*</i>	<i>n= 93</i>		
	<i>Disfunción familiar</i>	<i>Funcionales</i>	<i>Total</i>
Católica	53 (58.89%)	37 (41.11%)	90 (100%)
No creyente	2 (66.67%)	1 (33.33%)	3 (100%)
Total	55	38	93

*De la adolescente embarazada encuestada.
Fisher's exact = 1.00

En la tabla 15 se puede observar que no existe diferencia estadísticamente significativa en la edad de la menarca de las pacientes de acuerdo a la funcionalidad familiar ($p=0.14$).

Tabla 15. Funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes según edad de la menarca, del HGR C/MF #1.

<i>Grados de Funcionalidad Familiar*</i>	<i>n= 93</i>			
	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Intervalo de Confianza 95%</i>
Disfunción familiar	55	12.07	0.92	11.82 – 12.32%
Funcionales	38	11.76	1.12	11.39 – 12.13%
Total	93	11.94	1.01	11.73 – 12.15%

*De la familia de origen de la adolescente embarazada encuestada.
Pr = 0.14

En la tabla 16 se puede observar que no existe diferencia estadísticamente significativa en el número de gesta de las pacientes de acuerdo a la funcionalidad familiar ($p=0.10$).

Tabla 16. Funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes según número de gestación, del HGR C/MF #1.

<i>Número de gesta*</i>	<i>n= 93</i>		
	<i>Disfunción familiar</i>	<i>Funcionales</i>	<i>Total</i>
1	43 (55.13%)	35 (44.87%)	78 (100%)
2	11 (78.57%)	3 (21.43%)	14 (100%)
3	1 (100%)	0	1 (100%)
Total	55	38	93

*Número de embarazo actual de la población participante.
Fisher's exact = 0.10

En la tabla 17 se puede observar que no existe diferencia estadísticamente significativa en el trimestre de embarazo de las pacientes de acuerdo a la funcionalidad familiar ($p=0.77$).

Tabla 17. Funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes según trimestre de gestación, del HGR C/MF #1.

<i>Trimestre de embarazo*</i>	<i>n= 93</i>		
	<i>Disfunción familiar</i>	<i>Funcionales</i>	<i>Total</i>
1o.	10 (66.67%)	5 (33.33%)	15 (100%)
2o.	35 (56.45%)	27 (43.55%)	62 (100%)
3o.	10 (62.50%)	6 (37.50%)	16 (100%)
Total	55	38	93

*Trimestre de embarazo de la gesta actual de la población participante.
Fisher's exact = 0.77

En la tabla 18 se puede observar que no existe diferencia estadísticamente significativa en el número de parejas sexuales de las pacientes de acuerdo a la funcionalidad familiar ($p=0.66$).

Tabla 18. Funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes según NPS*, del HGR C/MF #1.

<i>NPS*</i>	<i>n= 93</i>		
	<i>Disfunción familiar</i>	<i>Funcionales</i>	<i>Total</i>
1	21 (55.26%)	17 (44.74%)	38 (100%)
2 o más	34 (61.82%)	21 (30.10%)	55 (100%)
Total	55	38	93

*NPS: Número de Parejas Sexuales, de la adolescente embarazada encuestada.
Fisher's exact = 0.66

En la tabla 19, al explorar la funcionalidad de la familia de origen de las embarazadas adolescentes en función al inicio de vida sexual activa (IVSA), en el grupo de disfunción familiar encontramos que 55 adolescentes tenían un promedio de edad de IVSA de 17.5 años, con una desviación estándar de 1.13 y un intervalo de confianza al 95% de 17.20% a 17.81%; comparado con el grupo de funcionalidad familiar donde encontramos que 38 adolescentes tenían un promedio de edad de IVSA de 16.81 años, con una desviación estándar de 1.55 y un intervalo de confianza al 95% de 16.30% a 17.32% ($p = 0.014$).

Tabla 19. Funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes según IVSA*, del HGR C/MF #1.

<i>Grados de Funcionalidad Familiar*</i>	<i>n= 93</i>			
	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Intervalo de Confianza 95%</i>
Disfunción familiar	55	17.50	1.13	17.20 – 17.81%
Funcionales	38	16.81	1.55	16.30 – 17.32%
Total	93	11.94	1.01	11.73 – 12.15%

*IVSA: Inicio de Vida Sexual Activa, de la adolescente embarazada encuestada.
*De la familia de origen de la adolescente embarazada encuestada.
Pr = 0.014

En la tabla 20 se puede observar que no existe diferencia estadísticamente significativa en relación del desarrollo de la familia de origen de las pacientes de acuerdo a la funcionalidad familiar ($p=0.23$).

Tabla 20. Funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes según desarrollo*, del HGR C/MF #1.			
<i>Desarrollo*</i>	<i>n= 93</i>		
	<i>Disfunción familiar</i>	<i>Funcionales</i>	<i>Total</i>
Moderna	23 (51.11%)	22 (48.89%)	35 (100%)
Tradicional	31 (65.96%)	16 (34.04%)	10 (100%)
Arcaica	1 (100%)	0	48 (100)
Total	55	38	93

*De la familia de origen de la población en estudio.
Fisher's exact = 0.23

En la tabla 21 se puede observar que no existe diferencia estadísticamente significativa en relación a la composición de la familia de origen de las pacientes de acuerdo a la funcionalidad familiar ($p=0.61$).

Tabla 21. Funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes según composición*, del HGR C/MF #1.			
<i>Composición*</i>	<i>n= 93</i>		
	<i>Disfunción familiar</i>	<i>Funcionales</i>	<i>Total</i>
Nuclear	30 (57.69%)	22 (42.31%)	52 (100%)
Seminuclear	1 (50.00%)	1 (50.00%)	2 (100%)
Consanguínea	8 (80.00%)	2 (20.00%)	10 (100%)
Extensa	13 (52.00%)	12 (48.00%)	25 (100%)
Semiextensa	1 (50.00%)	1 (50.00%)	2 (100%)
Total	55	38	93

*De la familia de origen de la población en estudio.
Fisher's exact = 0.61

En la tabla 22 se muestra la distribución de la integración familiar de acuerdo con la funcionalidad familiar, donde se observa que la mayoría de las familias integradas son funcionales (73%), mientras que las semiintegradas y desintegradas son predominantemente disfuncionales (65% y 63% respectivamente); esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.02$).

Tabla 22. Funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes según integración*, del HGR C/MF #1.

<i>Integración*</i>	<i>n= 93</i>		
	<i>Disfunción familiar</i>	<i>Funcionales</i>	<i>Total</i>
Integrada	4 (26.67%)	11 (73.33%)	15 (100%)
Semi-integrada	44 (65.67%)	23 (34.33%)	67 (100%)
Desintegrada	7 (63.64%)	4 (36.36%)	11 (100%)
Total	55	38	93

*De la familia de origen de la población en estudio.
Fisher's exact = 0.020

En la tabla 23 se puede observar que no existe diferencia estadísticamente significativa en relación a la ocupación de la familia de origen de las pacientes de acuerdo a la funcionalidad familiar ($p=0.70$).

Tabla 23. Funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes según ocupación*, del HGR C/MF #1.

<i>Ocupación*</i>	<i>n= 93</i>		
	<i>Disfunción familiar</i>	<i>Funcionales</i>	<i>Total</i>
Campechina	3 (50.00%)	3 (50.00%)	6 (100%)
Obrera	7 (58.33%)	5 (41.67%)	12 (100%)
Comerciante	15 (68.18%)	7 (31.82%)	22 (100%)
Empleada	16 (64.00%)	9 (36.00%)	25 (100%)
Profesionista	14 (50.00%)	14 (50.00%)	28 (100%)
Total	55	38	93

*De la familia de origen de la población en estudio.
Fisher's exact = 0.70

En la tabla 24 se puede observar que no existe diferencia estadísticamente significativa en relación a la etapa del ciclo vital de la familia de origen de las pacientes de acuerdo a la funcionalidad familiar ($p=0.32$).

Tabla 24. Funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes según etapa del ciclo vital*, del HGR-MF 1.

<i>Etapa del ciclo vital*</i>	<i>n= 93</i>		
	<i>Disfunción familiar</i>	<i>Funcionales</i>	<i>Total</i>
Expansión	4 (50.00%)	4 (50.00%)	8
Dispersión	18 (50.00%)	18 (50.00%)	36
Independencia	32 (66.67%)	16 (33.33%)	48
Retiro y muerte	1 (100%)	0	1
Total	55	38	93

*De la familia de origen de la población en estudio.
Fisher's exact = 0.32

XII. DISCUSIÓN

Diversos autores mencionan que el principal determinante del embarazo en adolescentes es la desigualdad socioeconómica que conlleva a pobreza, exclusión y vulnerabilidad como factores que limitan las posibilidades de superación de las adolescentes embarazadas; las restricciones preexistentes en sus vidas como la disfunción de la familia de origen, la falta de educación sexual integral, el poco acceso a métodos anticonceptivos, el rezago educativo, son apenas algunos de los factores que se han identificado para explicar este fenómeno.

El presente estudio abarcó una muestra de 93 adolescentes embarazadas que asistían a control prenatal en primer y segundo nivel de atención del HGR-UMF1 siendo esta mayor a la analizada por Foucher y Villafañe. Las edades predominantes fueron 19 años resultó ser la de mayor frecuencia con 47.3% de los casos, 18 años con 34.4% de las participantes y 17 años con 8.6% de casos lo cual constituyó el 90.3% de la población participante; esta frecuencia fue mayor a la reportada por Ramírez García quien documentó que el rango de 17-19 años de edad constituyó el 84% de su población estudiada. A diferencia de lo reportado por Guridi González quien encontró que casi la totalidad de las adolescentes embarazadas, que encuestó, se encontraban en el grupo de 15 a 18 años. (1, 5, 15)

En los hallazgos del estudio de Cuernavaca documentó que el 46.24% de las participantes, tenía cursada la secundaria, como escolaridad máxima, al igual que lo descrito por Guridi González. (1)

En el estudio de Guridi González encontró que las embarazadas con parejas no estables y las desocupadas fueron las más frecuentes. A diferencia de lo hallado en el presente estudio donde el estado civil predominante fue el casado (51.61%) y la ocupación más frecuente fue ama de casa (38.71%). (1)

Entre las adolescentes embarazadas participantes en el presente estudio se documentó: la religión más frecuente fue la católica (96.7%). La edad más frecuente de menarca fue 12 años (45.1%); el 44% de las participantes informaron haber tenido dos parejas sexuales y el 47% de las pacientes informaron haber iniciado vida sexual activa a la edad de 18 años. El 83.8% de las participantes cursaban su primer embarazo y 65.5% se encontraba en el segundo trimestre de la gestación; los anteriores resultados no fueron contrastados con la literatura dado que son datos que no fueron reportados por los autores consultados durante la realización del presente estudio.

El presente estudio documentó que la mayoría de las familias de origen de las participantes eran de tipo nuclear (51.91%), semiintegradas (72%) y de tipo profesionistas (30.1%); a diferencia de los hallazgos de Pérez Herrero *et al* quienes encontraron que el 71,6% de las familias, participantes en su estudio, fueron biparentales, 15,4% monoparentales y el 2,3% familias reconstituidas (13).

En el estudio de Cuernavaca 51.61% de las familias de origen de las adolescentes se encontraban en etapa de independencia; a diferencia de los hallazgos de Guridi González, en cuyo estudio, prevalecieron las familias de tamaño mediano, extensas, monoparentales, trigeracionales y moderadamente funcionales. (1)

Marin Foucher y Villafañe Gurza realizaron un estudio en el cual evaluaron la relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente; encontraron que el mayor número de adolescentes embarazadas se encontraban inmersas en un ambiente de mayor libertad a diferencia de las adolescentes no embarazadas que percibían un ambiente familiar de mayor restricción. A diferencia de los hallazgos del presente estudio que mostraron que predominó el tipo de familia estructuralmente semirelacionada (22.58%), en segundo lugar, la familia rígidamente semirelacionada (19.35%) y en tercer lugar la familia flexiblemente semirelacionada (10.75%). (5)

En los resultados del estudio de Cuernavaca, Morelos se documentó que el 49.46% pertenecían a familias con disfunción leve, el 9.68% disfunción grave y 40.85% pertenecían a familias funcionales. Siendo estos hallazgos menores a los reportados por Ramírez García *et al*, quienes realizaron en el estado de México, un estudio donde evaluaron la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas derechohabientes de la Unidad de UMF 75, con una población de 200 adolescentes y se aplicó Apgar familiar; encontraron que el 59.5% de las adolescentes embarazadas percibían a sus familias como altamente disfuncionales y sólo el 6% percibían a sus familias como funcionales. (15) Y son mayores a lo reportado por Urreta Palacios en cuyo estudio el 48.7% de las participantes procedían de familias con disfunción familiar, donde la población estudiada fue de 78 adolescentes, sólo se estudió a adolescentes que cursaban su primera gesta y se aplicó un instrumento que valoraba la funcionalidad familiar en cuanto a la solución de conflictos y el ambiente emocional. (23)

En la misma unidad médica de donde proceden los datos del presente estudio, Barona Jimenez realizó en 2012 un escrutinio sobre la estructura y funcionalidad familiar en mujeres con embarazo de alto riesgo obstétrico (dicha categoría es en la que se incluyen las adolescentes embarazadas); esta autora encontró que la disfunción familiar fue de 70.59%.

(23).

Se integró un solo grupo, denominado disfunción familiar, con las participantes pertenecientes tanto a familias con disfunción leve como aquellas procedentes de familias con disfunción grave; con el fin de compararlas con aquellas procedentes de familias funcionales. Al contrastar la funcionalidad y disfuncionalidad, de las familias de origen de las adolescentes embarazadas, en relación a las variables propias de la participante (escolaridad, estado civil, ocupación, religión, edad de la menarca, número y trimestre de la gestación actual, y número de parejas sexuales) no se encontraron diferencias, estadísticamente significativas ($p > 0.05$). Tampoco se encontraron diferencias significativas al comparar la funcionalidad y disfuncionalidad, de las familias de origen de las participantes, en relación con la estructura familiar (según desarrollo, composición, ocupación y etapa del ciclo vital familiar). Por otro lado, se encontraron diferencias significativas entre las familias funcionales y disfuncionales con respecto a la integración familiar ($p 0.02$), a la edad de la adolescente embarazada ($p 0.007$) y al inicio de vida sexual activa de las adolescentes embarazadas ($p 0.014$).

La evidencia científica muestra que el embarazo en adolescentes incrementa las dificultades para manejar situaciones tanto cotidianas como eventuales, como aquellas vinculadas con el desarrollo escolar y futuro laboral, esta situación agudiza las inequidades de género y precariedad en las mujeres. La expectativa social de la adolescencia es que es una etapa en la que los individuos se preparan para la vida y adquieren habilidades para desarrollarse a plenitud, la presencia de inadecuada funcionalidad familiar, es un factor que favorece el embarazo a edades tempranas. A nivel mundial está documentado que la educación sexual integral constituye un pilar esencial y estratégico para favorecer comportamientos más saludables que contribuyen a prevenir el embarazo en adolescentes.

Las principales limitaciones del estudio es que el tamaño de la muestra fue pequeño y el tiempo de recolección de la muestra fue por un periodo de 6 meses, sin embargo ingresamos al estudio a todas las adolescentes embarazadas registradas que asistieron a consulta de control prenatal; consideramos que el presente estudio presenta la fortaleza metodológica, dado que abarca a la totalidad de adolescentes embarazadas derechohabientes del IMSS que recibían atención prenatal durante el periodo que comprendió el estudio.

XIII. CONCLUSIONES

La disfunción familiar predominó en el 59% de las familias de origen de las adolescentes participantes; las características sociodemográficas predominantes, en la población participante, fueron las siguientes:

La edad más frecuente fue 19 años.

El grado máximo de escolaridad cursado fue secundaria.

La gran mayoría de las participantes fueron amas de casa, casadas, católicas.

Los antecedentes ginecoobstétricos más frecuentes, entre las adolescentes embarazadas, fueron los siguientes:

La edad de menarca más frecuente fue 12 años.

El número de parejas sexuales predominante fue dos.

La edad de inicio de vida sexual activa predominante fue 18 años.

La mayoría de las participantes cursaban el segundo trimestre de su primera gestación.

El tipo de familia a la que pertenecían la mayoría de las participantes fue la familia nuclear, arcaica, semiintegradas profesionistas; la etapa del ciclo vital familiar en la que se encontraba la mayoría de ellas era la fase de independencia.

En el presente estudio el nivel de adaptabilidad que predominó fue la familia flexible y, según el nivel de cohesión, la familia separada. Al integrar los niveles de cohesión y adaptabilidad se encontró que el tipo de familia más frecuente fue la de tipo estructuralmente semirelacionada y, en segundo término, la de tipo rígidamente semirelacionada.

Es recomendable realizar estudios con mayor fortaleza metodológica, prospectivos y que capten a todas las adolescentes embarazadas. Resulta de vital importancia incrementar la actualización y el conocimiento de los médicos, de primer nivel de atención, con el fin de mejorar sus habilidades en consejería dirigida a este grupo poblacional, que les permita incrementar la educación sexual que ofrecen y empoderar a las adolescentes para disminuir las prácticas sexuales de riesgo.

XIV. LITERATURA CITADA

1. Guridi-González A, Franco-Pedraza Z, Guridi-Lueges JA. Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar. Policlínico: Mártires de Calabazar; 2012.
2. Menéndez-Guerrero GE, Navas-Cabrera I, Hidalgo-Rodríguez Y, Espert-Castellanos E. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Obstetricia y Ginecología* 2012; 38(3): 333-342.
3. Secretaría de Educación Pública. Embarazo adolescente y madres jóvenes en México. México, DF 2012. Secretaría de Educación Pública.
4. Sadler M, Aguayo F. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Centro Interdisciplinario de Estudios del Género (CIEG). Chile; 2006.
5. Marin-Foucher ML, Villafañe-Gurza A. La relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente. *Psicología Iztacala* 2006; 9(3): 24-42.
6. Ley del Seguro Social. Diario Oficial de la Federación, 21 de diciembre de 1995.
7. Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. Contrato Colectivo de Trabajo 2011-2013. México, DF. Pp:47
8. Barrios y Montes M. El control prenatal. *Revista Paceyña de Medicina Familiar* 2007; 4(6): 128-131.
9. Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con enfoque de riesgo. México. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2009.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
11. Huerta-González J. Medicina Familiar: La familia en el proceso salud-enfermedad. 1a. ed. México, D.F: Editorial Alfil; 2005.
12. Zambrano-Plata GE, Vera-León SF, Flores-Ortega LL. Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. *Ciencia y Cuidado* 2012; 9(2): 9-16.
13. León-Martínez CA, Espin-Coto RM. Percepción familiar del embarazo en adolescencia. Departamento de Sanidad: Cuba: 2011.
14. Departamento de Ciencias de la Educación. Estrategias para prevenir y afrontar conflictos en las relaciones familiares (padres e hijos). Barcelona, España: 2006
15. Ramírez-García D. Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas

- derechohabientes de la UMF No. 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México. [Tesis de especialidad de Medicina Familiar] Universidad Autónoma del Estado de México Facultad de Medicina Coordinación de Investigación y Estudios Avanzados Departamento de Estudios Avanzados Coordinación de la Especialidad en Medicina Familiar Departamento de Evaluación Profesional. 2013
16. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria AE, Ponce-Rosas ER, Mazón-Ramírez JJ, Dickinson-Bannack ME, Sánchez-González ME, Fernández-Ortega MA. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*). Arch Med Fam 1999;1(3):73-79.
 17. Olson DH, Gorall DM. Circumplex model of marital and family systems. 3a ed. NY: Guilford Press:2003.
 18. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ, Terán Trillo M, Irigoyen-Coria AE, Landgrave-Ibáñez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Atención Primaria 2002; 30(1(2): 45-57.
 19. Rojas Saunero LP, Claros-Beltrán N. Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia. Artículos originales La Paz 2014; 20(1): 18-27.
 20. Calderón-Morales CM, Del-Río-Aguirre CI, Rodríguez-Zamora O, Guisandes-Zayas AA. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. MEDISAN 2014; 18(11): 1544.
 21. Barona Jiménez D.D. Estructura y función familiar en familias de mujeres con embarazo de alto riesgo obstétrico de HGR No1 de Cuernavaca, Morelos. [Tesis de especialidad de Medicina Familiar]. Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Facultad de Medicina en asociación a Coordinación de Posgrado e Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2012.
 22. Aguilar Valdés D. M. Estructura y funcionalidad familiar en embarazadas de bajo riesgo en el Hospital General Regional No 1 de Cuernavaca Morelos. [Tesis de especialidad de Medicina Familiar]. Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Facultad de Medicina en asociación a Coordinación de Posgrado e Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2013.
 23. Urreta Palacios M. E. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. U. Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana. 2008

XV. ANEXOS

Anexo A.1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL EN EL HGR C/MF #1 DEL IMSS EN CUERNAVACA, MORELOS.

La estamos invitando a participar en un estudio de investigación que se lleva a cabo en la consulta externa del HGR C/MF #1. El objetivo del estudio es identificar la funcionalidad familiar, de la familia de origen, en las adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal.

Usted ha sido invitado (a) a participar en este estudio porque es paciente de esta clínica y, al igual que usted, otras personas serán invitadas a participar. Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Por favor lea la información que le proporcionamos, y haga las preguntas que quiera antes de decidir si desea o no participar.

Su participación implica responder a varios cuestionarios, si alguna de las preguntas contenidas en éstos le hiciera sentirse incomodo (a) puede dejarla sin responder. Los cuestionarios evalúan aspectos generales de sus antecedentes ginecoobstétricos así como aspectos sobre la interacción que sostiene con los miembros de su familia.

Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica ningún gasto para usted. Quizá no perciba ningún beneficio directo al participar en este estudio, sin embargo, usted recibirá información sobre la funcionalidad o disfuncionalidad que percibe al interior de su familia, lo cual pudiera ser un beneficio para usted.

Si usted decide no participar, su decisión, no afectará su relación con el IMSS ni su derecho a obtener la atención, los servicios y procedimientos que recibe del instituto.

La información que nos proporcione al responder los cuestionarios será guardada de manera confidencial para garantizar su privacidad. Los investigadores y su médico tratante, sabrán que usted está participando en este estudio; sin embargo, nadie más tendrá acceso a la información que usted nos proporcione. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad; para lo cual le asignaremos un número que usaremos para identificar sus datos en nuestras bases de datos.

Si tiene dudas sobre este estudio de investigación puede comunicarse de 9 a 14 hrs, de lunes a viernes con la Dra. Alejandra Santillán Godínez al teléfono 777 219 6188 E-mail: saidaxa@yahoo.com.mx (Medico Familiar de la UMF 1); con el Dr. Oscar Emeterio Ceballos al teléfono 777327471, E-mail: emeteriogineco@hotmail.com o con la Dra Silvia Vera Rosas. Tel. 2223716901. E-mail: sil_vcfpa@hotmail.com. (Médico Residente de Medicina Familiar del HGR C/MF #1).

Después de que me han explicado con claridad en qué consiste este estudio, he leído el contenido de este formato de consentimiento, he podido hacer preguntas y éstas han sido contestadas a mi satisfacción al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Fecha: _____

Nombre y firma: _____

Anexo A.2. CARTA DE ASENTIMIENTO
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN
“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A
CONTROL PRENATAL EN EL HGR C/MF #1 DEL IMSS, CUERNAVACA, MORELOS”

Cuernavaca, Morelos a ____ de _____ 201__.

Te invito a participar en una investigación para conocer la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas.

Si aceptas participar deberás:

- Contar con el consentimiento de tus padres o alguna persona responsable para poder participar.
- La finalidad de este proyecto de investigación es: identificar la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal.
- El procedimiento que se llevará a cabo en este estudio será: responder a varios cuestionarios, si alguna de las preguntas contenidas en éstos le hiciera sentirse incomoda puede dejarla sin responder. Los cuestionarios evalúan aspectos generales de sus antecedentes ginecoobstétricos así como aspectos sobre la interacción que sostiene con los miembros de su familia.
- Se te aplicará un cuestionario el cual deberá contestar de acuerdo a cada una de las opciones que se muestran.
- Los beneficios de este proyecto de investigación son que recibirás: información sobre la funcionalidad o disfuncionalidad que percibe al interior de su familia.
- Se te darán a conocer los resultados del estudio, explicándote lo que significan dichos resultados.
- Tu participación es voluntaria por lo que si no deseas participar o te quieres salir de la investigación en algún momento lo puedes hacer.

Acepto participar:

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA PACIENTE

Investigador responsable
Alejandra Santillán Godínez
Médico Familiar
saidaxa@yahoo.com.mx

Investigador asociado
Oscar Emeterio Ceballos
Médico No Familiar
emeteriogineco@hotmail.com

Investigador asociado
Silvia Vera Rosas
Médico Residente de Medicina
Familiar
sil_vcfpa@hotmail.com

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

“Funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en el HGR C/MF #1 del IMSS, Cuernavaca, Morelos”

B) Formato de registro de aspectos sociodemográficos para embarazada adolescente (FRASEA).

Instrucciones: Escriba en la línea el dato que se le solicita o subraye, de las diferentes opciones de respuesta que se le presentan, la que se ajuste a su persona.

Folio: _____

Número de afiliación: _____

a) Nombre: _____ b. Edad: _____

c) Su estado civil es:

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

d) Su escolaridad es:

1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato (preparatoria) 4. Carrera técnica

e) La religión que usted profesa (práctica) es:

1. Católica 2. Cristiana 3. Testigo de Jehová 4. Otra (anote cual): _____

f) Usted se dedica a:

1. Estudiante 2. Ama de casa 3. Empleada 4. Comerciante 5. Obrera 6. Desempleada

g.) Actualmente, usted vive en:

1. Casa propia y con su pareja/esposo

2. Casa de sus padres (anote que otros parientes conviven con usted): _____

3. Casa de los padres de su pareja (anote que parientes de su pareja conviven con usted): _____

h) Marque todos los servicios públicos con los que cuenta la casa que usted habita:

1. Agua entubada 2. Luz 3. Drenaje y/o fosa séptica 4. Teléfono 5. Internet 6. TV cable

i) ¿A qué edad tuvo su primera menstruación (regla)? _____

j) ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____

k) ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? _____

l) ¿Cuántas veces ha estado embarazada? (contar el embarazo actual) _____

m) Su fecha de última menstruación fue: (escriba día/mes/año) _____

Las siguientes preguntas buscan explorar la estructura de su familia de origen, por favor subraye la respuesta que se ajuste a su familia.

Cuando usted vivía en la casa de sus padres:

n) La persona que aportaba el gasto familiar era:

1. Padre 2. Madre 3. Ambos 4. Hermanos(as) 5. Abuelos(as) 6. Usted 7. Todos los anteriores

ñ) La ocupación de la persona que aportaba el gasto familiar era:

1. Campesino 2. Empleado 3. Obrero 4. Comerciante 5. Profesionista 6. Otro (anote cual): _____

o) Subraye el parentesco que tenía con las personas que vivían, junto con usted, en la casa de sus padres (puede marcar más de una opción):

1. Hermanos(as) 2. Cuñados(as) 3. Abuelos(as) 4. Tíos (as) 5. Solo usted 6. Otros (quienes): _____

p) Cuando vivía en la casa de sus padres, ¿Quién desempeñaba la función de proveedor (quien aportaba el gasto familiar)? Anote el parentesco que tiene con esa persona: _____

q) ¿Quién desempeñaba la función de cuidador (quien cuidaba de la casa, el abasto de alimentos, el cuidado de los hijos)? Anote el parentesco que tiene con esa persona: _____

r) Si estas dos funciones (proveedor y cuidador) eran compartidas, anote el parentesco que tiene con las personas que compartían estas funciones: _____

C) TEST FACES III

FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee). Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen				
<i>Instrucciones: Coloque en el cuadro de la izquierda (precediendo al enunciado) el número que mejor califique las acciones dentro de su familia.</i>				
Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
Describa a su familia:				
	1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí			
	2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas			
	3. Aceptamos las amistades los demás miembros de la familia			
	4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina			
	5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos			
	6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad			
	7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia			
	8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas			
	9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia			
	10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos			
	11. Nos sentimos muy unidos			
	12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones			
	13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente			
	14. En nuestra familia las reglas cambian			
	15. Con facilidad podemos planear actividades en familia			
	16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros			
	17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones			
	18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad			
	19. La unión familiar es muy importante			
	20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar			