



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 76

URUAPAN, MICHOACAN

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS EN LA COMUNIDAD DE GABRIEL ZAMORA”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ERIKA LUCRECIA MADRIGAL MAGAÑA

URUAPAN, MICH.

2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN
LA COMUNIDAD DE GABRIEL ZAMORA”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ERIKA LUCRECIA MADRIGAL MAGAÑA

ASESOR DE TESIS:


DRA. LILIAN ERENDIRA PACHECO MAGAÑA

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN EN SALUD HGZ N 8

CORREO ELECTRÓNICO: lilian_arendira@hotmail.com

Teléfono: 453 136 7311

COASESORA


DRA. CLAUDIA JANETH MÓRFIN MACIAS.

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E

INVESTIGACION EN SALUD UMF No 75

Uruapan, Michoacán

2018

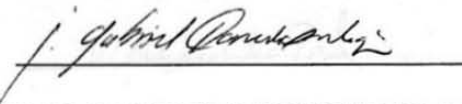
**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN
LA COMUNIDAD DE GABRIEL ZAMORA”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

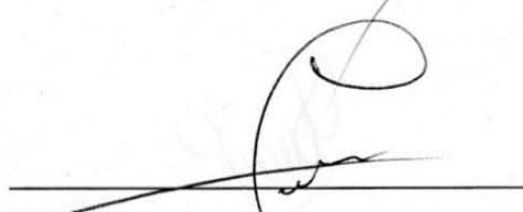
DRA. ERIKA LUCRECIA MADRIGAL MAGAÑA

AUTORIZACIONES



DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL



DR. CLETO ALVAREZ AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD

DE LA DELEGACION MICHOACAN

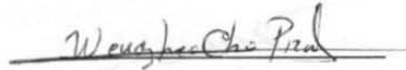
**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN
LA COMUNIDAD DE GABRIEL ZAMORA”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ERIKA LUCRECIA MADRIGAL MAGAÑA

AUTORIZACIONES



DRA. WENDY LEA CHACÓN PIZANO

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 76



DRA. MARIA SELENÉ TORRES GONZALEZ

COORDINAR CLINICO DE EDUCACION E

IVESTIGACION EN SALUD HGZ No. 8

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN
LA COMUNIDAD DE GABRIEL ZAMORA”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

PRESENTA:

DRA. ERIKA LUCRECIA MADRIGAL MAGAÑA

AUTORIZACIONES


DR. CESAR TINOCO TALAVERA

DIRECTOR MEDICO DE LA UNIDAD SEDE DEL CURSO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 76



DR. EDUARDO ALBERTO UNG MEDINA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E

INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF No. 81

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN
LA COMUNIDAD DE GABRIEL ZAMORA”**

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

DRA. ERIKA LUCRECIA MADRIGAL MAGAÑA

PRESENTA:

DRA. ERIKA LUCRECIA MADRIGAL MAGAÑA

AUTORIZACIONES



DRA. LIANA NAVA

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD

EN MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 76

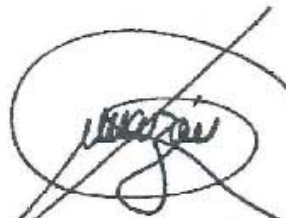
**"FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN
LA COMUNIDAD DE GABRIEL ZAMORA"**

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

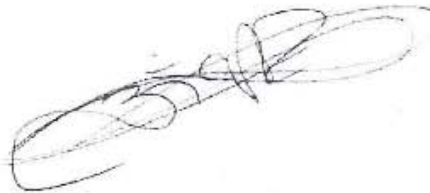
PRESENTA

DRA. ERIKA LUCRECIA MADRIGAL MAGAÑA

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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



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

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme llegar hasta donde estoy

A mi amado Esposo por el apoyo incondicional que siempre me ha brindado, el esfuerzo, motivación y amor para ser una mejor persona.

A Mi Padre quien siempre hizo una persona de bien en mí, enseñándome con el ejemplo, a mis Hermosas Hermanas Verónica, Angelica, Bella, quienes, con sus palabras de aliento, no me dejaban decaer para que continuara adelante, siempre perseverante y cumpliendo con mis ideales y ese gran angelito que está en el cielo Mi Madre.

A la Dra. Lilian Pacheco por aceptar ser mi Asesora y porque siempre creyó en mi para concluir este proyecto, Dra. Claudia Morfin por ser una Gran persona y sobre todo gran Profesora que nos enseñó lo bonito de la Medicina Familiar.

A Mis Amigas, por permitirme aprender más de la vida a su lado y que siempre estuvieron conmigo.

A mis Compañeros presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías, tristezas, “los Rs 24” quienes son y siempre serán mis compañeros de Residencia.

A todos los que, de alguna manera, me brindaron el conocimiento necesario e influyeron para que fuera mejor persona Dr. Ung, Dra. Lili, todos y cada uno de ustedes en esta nuestra segunda casa Hospital General de Zona No. 8, Uruapan Mich.

Gracias Totales a Todos

DEDICATORIA

Este Logro se lo dedico a La Gran Familia a la cual pertenezco orgullosamente,

especialmente a mis, más grandes Amores,

 Mi Esposo Julio Duran,

 Mi Padre Baltazar Madrigal siempre un Hombre ejemplar y

 Sin dudarlo a mi Ángel del cielo Mi Madre

 Por que sin su apoyo nada de esto hubiera sido posible

ÍNDICE

RESUMEN.....	12
INTRODUCCIÓN	14
MARCO TEÓRICO.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	38
JUSTIFICACIÓN	39
OBJETIVO.....	40
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
HIPÓTESIS.....	41
MATERIAL Y MÉTODOS	42
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	43
CRITERIOS INCLUSIÓN:.....	43
CRITERIOS EXCLUSIÓN:.....	43
CRITERIOS ELIMINACIÓN:.....	43
VARIABLE DEL ESTUDIO:.....	44
METODOLOGÍA Y / O PROCEDIMIENTO.....	45
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	54
CONSIDERACIONES ÉTICAS	55
RESULTADOS.....	58
CONCLUSIONES	73
COMENTARIOS.....	74
BIBLIOGRAFÍAS.....	75
ANEXOS 1	78

RESUMEN

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA COMUNIDAD DE GABRIEL ZAMORA”

Madrigal-Magaña E.L.* Pacheco Magaña L.E.** Morfin Macías C.J. UMF N45 Gabriel Zamora*, HGZ N 8 Uruapan Michoacán**, UMF 81 Uruapan Michoacán **

ANTECEDENTES.

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública en México, ya que se define como un embarazo de alto riesgo debido a varios factores: la edad de la mujer y su relación con el desarrollo anatómico fisiológico, lo que conlleva repercusiones en su salud, sociales, el enfrentar el papel de ser madre a tan corta edad y dejar de lado metas escolares de recreación y buscar una homeostasis familiar.

OBJETIVO.

Determinar la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas de la comunidad de Gabriel Zamora, Michoacán de noviembre 2016 a julio del 2018.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal, en las pacientes adolescentes embarazadas de la comunidad de Gabriel Zamora, se tomó una muestra de trabajo no probabilística, siendo $n=32$, detectadas en un periodo comprendido de noviembre 2016 a enero del 2017, en el cual se utilizó como instrumento de evaluación Apgar Familiar y Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III FACES III, para evaluar la funcionalidad familiar. Los Resultados se expresan en Frecuencias y Porcentajes.

RESULTADOS.

Los hallazgos señalan se revisaron n=32 pacientes adolescentes embarazadas, y que la mayoría se encuentran en un rango de edad entre 14 y 19 años de edad, con un promedio de 15 años, de las cuales el inicio de las relaciones sexuales fue a los 15 años, con un embarazo planeado en total son n=16 (50%), de las cuales se encuentra con una disfunción leve n=10 (31.3%), n=1(3.1%) disfunción moderada, 5 (15.6 %) funcionales y el no planeado n=16 (59%), funcionales 10 (31.3%), 5 (15.6%) disfunción leve, y 1 (3.1%) disfunción moderada. En cuanto a la funcionalidad Familiar de las adolescentes Embarazadas, se encontró muy poca diferencia en cuanto al porcentaje de funcionalidad familiar, predominando la disfunción familiar en cuando a ser funcionantes, n=15 (46.9%) están con disfunción familiar leve, 15 (46.9%) son funcionales y 2 (6.3%) son familias con disfunción familiar moderada.

CONCLUSIONES.

Se concluye que, al relacionar la funcionalidad Familiar y el embarazo en las adolescentes, encontramos que, aunque existe muy poca diferencia entre la familia funcional y no funcional, predomina la disfuncionalidad familiar leve, siendo dos de estas con disfuncionalidad familiar moderada, y en algunos casos aunque el embarazo sea planeado existe mayor disfuncionalidad familiar en estas pacientes, en cuanto a la cohesión y flexibilidad familiar la mayoría cayeron en no relacionada, aglutinadas y con rigidez, ambas con disfunción familiar leve, por lo que favorece a la aplicación de medidas de promoción para la salud y su integración, a través de estrategias educativas, a la medida de la población.

Palabras clave: embarazadas adolescentes, funcionalidad familiar.

INTRODUCCIÓN

En México, los embarazos en menores de 18 años se encuentran en primer lugar, según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en el 2015, hubo una incidencia de 1,252 partos diarios, un embarazo por minuto en niñas desde los 10 años hasta la adolescencia.¹

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública. Es una situación de salud de alto impacto ya que puede tener repercusiones en la salud de la adolescente, dificultades socioeconómicas, en su entorno psicosocial que se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja, lo que se conoce como el "Síndrome del fracaso". Es por tanto la etapa que puede determinar el sentido de la vida y el bienestar futuro.

Es una etapa de inestabilidad emocional, baja autoestima, en contribución a una mala o deficiente comunicación con los padres, problemas entre ellos, ignorancia entre los diferentes escenarios y que por falta de conocimiento para la toma de decisiones se vuelven vulnerables a diversos factores de riesgo como:

- Conductas inadecuadas
- Alcoholismo, tabaquismo, drogadicción.
- Suicidios
- Inicio de vida sexual activa a temprana edad y consecuentemente embarazos no planeados o no deseados
- Enfermedades de transmisión sexual

El perfil psicológico en el adolescente es generalmente transitorio e inestable; el desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelve.

Por esta razón, la adolescencia debería ser una etapa en la que cuente con un espacio claro seguro de transformación emocional, sexual y psicológica que supone la realización de funciones propias de los adultos responsables y con su pleno apoyo en el hogar, la escuela y la comunidad.

La aparición de un embarazo adolescente en la familia, obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar; Por ello es importante determinar el grado de disfuncionalidad familiar, con la aparición del embarazo en las adolescentes con la finalidad de identificar los factores que rodean a esta problemática y que a través de grupos multidisciplinarios se puedan intervenir y disminuir la incidencia y así proponer algunas medidas de promoción de la salud y prevención; dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información necesaria y no se vea afectado el curso de sus vidas su desarrollo y bienestar.

MARCO TEÓRICO

ADOLESCENCIA, SALUD REPRODUCTIVA Y EMBARAZO

ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa relevante en el ciclo vital individual y en el familiar, debido a que involucra importantes cambios físicos y emocionales que producen gran impacto a nivel personal, en familia y en la sociedad.⁷

La adolescencia ha sido en general, definida desde diferentes enfoques biológicos, psicológicos, pedagógicos o bien demográficos.

Desde punto de vista de la sociología, ve a la adolescencia como una construcción histórica asociada a la prolongación de la vida escolar y la democratización de la educación. “La adolescencia es ese campo abierto a la educación, ese tiempo de latencia social que crea la evolución de las sociedades modernas” (Philibert y Wiel, 1998: 25). Es el tiempo que tienen los individuos para formarse en sociedades. Si la infancia, del nacimiento a la pubertad, ha sido identificada como una fase natural, biológicamente determinada, la adolescencia es un producto de la civilización.⁸

Según la Organización Mundial de la Salud “la adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos e integración de funciones de carácter reproductivo, etapa que transcurre entre los 10 y 19 años de edad.⁹

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, se señala que la adolescencia es una etapa en la que se establecen patrones de comportamiento para la vida al transitar de la niñez a la edad adulta.¹

Por lo tanto, se considera que las decisiones que en esta etapa se tomen serán decisivas para el futuro del individuo.

De acuerdo con Issler a la adolescencia se le puede dividir en tres etapas:

- “Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales (como la menarca).

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías (irreales). Personalmente se preocupa por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

- “Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha, cuando se ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos.

Es considera la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; son invulnerables, asumen conductas generadoras de riesgo; se preocupan por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

- “Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Se presentan pocos cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres, sus valores presentan una perspectiva más adulta, adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.”¹

En materia de atención de la salud, las etapas previas y posterior a este periodo son de suma importancia para la adopción y mantenimiento de un estilo de vida que promueva la salud. La Organización Panamericana de la Salud destaca la importancia de la intervención temprana previa a la adolescencia, en lugar de hacerlo más tarde, cuando ya se han adquirido los patrones de conducta que comprometen la salud y posiblemente sea más difícil modificarlos; esta intervención es más eficiente cuando la atención de la salud continúa hasta el inicio de la siguiente etapa de la vida.

El aumento de la población en este rango de edad genera una demanda específica permanente en los sistemas nacionales de salud, educación, y trabajo.¹⁰

En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; que por su naturaleza lo exponen a conductas de riesgo que habrán de manifestarse durante la vida adulta como determinantes de la salud. El adolescente comienza a descubrir los cambios corporales e inicia su vida sexual activa exponiéndose a embarazos en edades muy tempranas.

El tipo de familia en que el adolescente ha sido socializado o con la que habita tiene una importante influencia sobre sus conductas sexuales y reproductivas.¹¹

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En la ENSANUT 2012 se señala que la salud sexual y reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad en todas las cuestiones relativas al aparato reproductor y sus funciones y procesos; es un componente esencial de la capacidad de los adolescentes para transformarse en personas equilibradas, responsables y productivas dentro de la sociedad.¹

La salud reproductiva está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia; representa el ejercicio de la sexualidad responsable sin riesgos. En las mujeres, la

salud reproductiva, refleja no solo la biología individual, sino también el ambiente sociocultural, económico y los lugares en que se desenvuelve, estos ambientes afectan la duración y calidad de sus vidas.

La OMS define la salud reproductiva “la posibilidad de que las personas, tengan una vida sexual satisfactoria y segura que gocen de una plena capacidad para reproducirse que puedan decidir con libertad si quieren reproducirse o no y cuan a menudo quieran hacerlo, y que tengan acceso a los servicios y cuidados de salud apropiados, para que el resultado de los embarazos sea la sobrevivencia y el bienestar de la madre y del infante.^{12,13}

Un nivel bajo de escolaridad femenino se asocia con un menor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, una menor planeación de la primera relación sexual y una edad más temprana en la iniciación sexual, lo que hace que las adolescentes sean más vulnerables al embarazo y a las enfermedades de transmisión sexual. La inequidad de género y otros aspectos socioculturales relacionados con las condiciones de desigualdad de las mujeres se agravan en un contexto de pobreza y falta de oportunidades.⁸

EMBARAZO ADOLESCENTE O EMBARAZO PRECOZ

El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud pública tanto en México, como en América Latina y el resto del mundo.

En México, del total de nacimientos registrados en 2012, 19.2% corresponde a mujeres adolescentes.¹⁴

El embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia.⁹

Al respecto Issler señala:

El Embarazo en la adolescencia se define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

La maternidad en las adolescentes trae problemas de índole biológico, psicológico y social, lo cual repercute en la calidad de vida de la madre y de su familia con un riesgo latente para el niño.⁹

Causas del Embarazo en la Adolescencia

Ya como una problemática social, entre las causas del embarazo en la adolescencia, que en general se manejan se encuentran las siguientes:

- El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer;
- La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos;
- La presión de los adolescentes a tener relaciones sexuales tempranas.
- El consumo de bebidas alcohólicas y drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada;
- Poca o nula información y conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición.
- La falta de una buena educación sexual

Las consecuencias y efectos negativos que se derivan de un embarazo temprano, en las adolescentes repercuten principalmente en tres aspectos:

Desde el punto de vista médico:

- En la adolescente embarazada: complicaciones en el parto (anemia, pre eclampsia), enfermedades de transmisión sexual, y un alto riesgo de morbilidad durante el embarazo; malformaciones congénitas, alteraciones en el desarrollo, retraso mental,

ceguera, epilepsia o parálisis cerebral; problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.⁸

Desde el punto de vista psicológico, que presentará la separación, el aislamiento, el pánico, la depresión, pueden ser fácilmente considerados como “factores suicidógenos circunstanciales”.

La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia, los problemas afectivos, las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto, la perturbación por las decisiones que se han de tomar.

Desde el contexto social destacan:

- Las escasas oportunidades de continuar con su escolarización.
- Las dificultades para su ingreso a un trabajo.
- Desarrollo social y cultural.
- La formación de una familia y su estabilidad.¹⁵

La edad ideal para el embarazo Biológicamente es antes de que cumpla los treinta años. El desarrollo físico y la fertilidad alcanzan su máximo índice entre los 20 y los 25 años, la fertilidad comienza a disminuir después de los 30 años.¹⁰

Emocionalmente algunas mujeres a sus veinte años, no se encuentran preparadas para aceptar las responsabilidades, el compromiso y el cambio del estilo de vida que la llegada de un bebé implica.

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en que se suman a la inestabilidad económica, deserción escolar o metas de la carrera profesional, objetivos personales truncados mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores; hoy en día muchas mujeres inician su maternidad después de los 35 y hasta los 40 años, cuando en generaciones anteriores a esas edades ya se consideraban o eran abuelos. La maternidad iniciada a dichas edades tiende a ir en aumento mundialmente.¹¹

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar. La familia es un sistema de relaciones e implica que las conductas de los individuos son interdependientes y mutuamente reguladas.¹¹

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención como, el enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza a su pareja y/o familia, con el médico en el cuidado de su propia salud.¹⁶

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, los servicios de planificación familiar y su información, son clave para mejorar la salud de los hombres y las mujeres, además que es un derecho humano; a pesar de que hoy en día existen diversos métodos de planificación familiar sigue habiendo una alta incidencia de adolescentes embarazadas.¹⁵

OMS, 2002: “Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para

que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos.”¹⁶

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

Es importante identificar no sólo las necesidades orgánicas de los adolescentes, sino también las de tipo emocional, económico, educativo y sus valores.

Reconocer, aceptar y facilitar la práctica de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.

Los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población.¹³

El objetivo principal es que se obtenga los conocimientos suficientes para optar por el método anticonceptivo más apropiado a sus características, teniendo en cuenta su deseo de evitar embarazos no deseados y la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS).

La información debe incluir por lo menos:

- Comprensión de la eficacia del método.
- Uso correcto y función.
- Efectos secundarios.
- Riesgos y beneficios para la salud inherentes al método.
- Información sobre el retorno a la fertilidad después de la interrupción del método.
- Información sobre protección contra las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

I. Perfil del método:

Eficacia: Es la capacidad de un método de impedir la gestación utilizado en condiciones técnicas óptimas.

No debe confundirse con la efectividad, que es la capacidad de impedir la gestación en condiciones de su uso y está condicionada por posibles fallos humanos.

Seguridad: Es la capacidad del método para alterar positiva o negativamente el estado de salud del usuario.

Como ejemplos tenemos el riesgo de enfermedad trombo embólica, o el alivio de la dismenorrea, también deben incluirse los efectos secundarios deseables como la capacidad de prevenir enfermedades de transmisión sexual de los métodos barrera.

Reversibilidad: Informa sobre si es posible el retorno a la fertilidad después de la interrupción de un método determinado.

Complejidad: Algunos métodos como el del calendario o el diafragma necesitan unos conocimientos mínimos y unas habilidades especiales con un mínimo de destreza.

Aceptabilidad: Es la capacidad de un determinado método para “convencer” a la pareja de su empleo, asegurar su continuidad y la eficacia en la prevención de un embarazo no planificado.

Relación con el coito: Distinguimos los que tienen una relación inmediata (preservativo), mediata (esponja vaginal, espermicidas y diafragma) y lejana (esterilización, dispositivo intrauterino y anticonceptivos hormonales). En este apartado debemos incluir la anticoncepción de urgencia, la cual brinda la oportunidad de cubrir a posterior a una relación no protegida.

Precio: Aunque pueda parecer de escasa importancia, sobre todo comparado con los costes de un embarazo no deseado, sí que puede influir en la selección del método y en el

cumplimiento, ya que algunas usuarias se ven obligadas a costear personalmente su opción anticonceptiva.

II. Perfil del usuario:

Frecuencia coital: Es importante a la hora de elegir el método anticonceptivo, ya que a mayor frecuencia mayor probabilidad de que el método falle. Por lo tanto, si la frecuencia coital es alta, debemos recomendar un método más seguro

Objetivo de la contracepción: Puede ser el espaciar los embarazos o la contracepción definitiva.

Edad de la usuaria y su perfil de salud: Puede influir en la selección de algunos métodos.

Riesgo de ITS: En el caso de que exista ese riesgo, siempre debemos recomendar el uso del preservativo.

Grado de colaboración de la pareja: Es un factor importante a considerar, por ejemplo, con los métodos naturales o con el preservativo masculino. Es importante además tener en cuenta las creencias religiosas o normas confesionales del potencial usuario.

III. Criterios médicos

Debemos descartar contraindicaciones absolutas del método elegido y valorar la indicación en el caso de que existan contraindicaciones relativas.

De la relación que se establece entre cada método anticonceptivo y situaciones clínicas concretas aparecen cuatro categorías:

Categoría 1: Se puede usar el método en cualquier circunstancia.

Categoría 2: Las ventajas superan claramente a los riesgos (puede usarse el método).

Categoría 3: El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados.

Categoría 4: No se debe usar el método.

IV. Patrón cronológico

Dependiendo de la edad de la paciente parecen más indicados unos métodos que otros, aunque no pueden establecerse normas rígidas en este sentido:

- En adolescentes, las relaciones sexuales suelen ser poco frecuentes, no programadas y con parejas no siempre fijas y conocidas, en estos casos sería aconsejable el uso del preservativo, sólo o asociado a otro método, así como una adecuada información relativa a la contracepción de urgencia.
- Cuando la actividad sexual adquiere estabilidad, la anticoncepción hormonal o el DIU serían una opción aceptable.
- Cuando la pareja ha completado su deseo de descendencia, podrían contemplarse los métodos irreversibles.

MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

Son aquellos métodos de planificación familiar reversibles, que se utilizan por un determinado tiempo en el que no se desee concebir un hijo.

- I. Naturales o de abstinencia periódica
- II. Métodos de barrera y espermaticidas
- III. Anticoncepción Hormonal
 - Hormonales orales combinados y no combinados
- IV. Anticoncepción hormonal postcoital o método de emergencia

- V. Método hormonal subdérmico (Parche Cutáneo).
- VI. Hormonales inyectables
 - Hormonales inyectables combinados y no combinados
- VII. Hormonal Subdérmico
- VIII. Dispositivo intrauterino

TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

Son aquellos métodos de planificación Familiar denominados definitivos o irreversibles, que una vez que se realizan la pareja no podrá concebir un hijo.

- IX. Oclusión turbaría bilateral
- X. Vasectomía.

DEFINICIÓN FAMILIA

Es la institución básica de las sociedades humanas.

Según La OMS: la define como los miembros de un Hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado de sangre, adopción o matrimonio.

El censo académico de México en el 2005 la define como *“un grupo social, organizado, como sistema abierto, constituido por un número variable de miembros que conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad”*.

Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad. ²

La familia es la que tiene la función más importante en la formación de la identidad, en la que transcurre la vida del individuo, recibe la información y los estímulos para su estructuración biológica, psicológica y socialización, se ha constituido como la unidad indispensable de toda organización social a través de la historia un vínculo entre la sociedad y el individuo. ²

La familia es la institución social básica en el seno del cual se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones en la comunidad; constituye la forma más simple de organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas comunes y funciones.³

FUNCIONES DE LA FAMILIA

La principal función social de la Familia es la de preparar al individuo para que tengan un buen desempeño en su actuar futuro dentro de la sociedad, moldear su carácter y personalidad, con la ayuda de la educación y de la vida familiar.⁴

Conocer el funcionamiento de una familia implica tomar en cuenta el contexto sociocultural en el que la familia vive, reflejando su herencia, sus lealtades, confianza, independencia y dinamismo.⁵

La familia debe satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias de sus integrantes, fomentar la libre relación entre ellos, permitir estimular la individualización, a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de sus integrantes y mantener la unión y la solidaridad en familia con un sentido positivo de libertad; estas funciones están estrechamente relacionadas, son interdependientes y se deben cumplir en familia como conjunto y unidad, las cuales se nombran a continuación:

1. Asegurar la subsistencia de cada uno de los miembros a través de su protección biopsicosocial, proporcionar abrigo, alimento, seguridad física incluyendo satisfacción sexual de la pareja. Artículo 4to de la constitución mexicana “*es deber de los padres preservar el derecho de los menores, la satisfacción de sus necesidades y su salud física y mental*”.
2. Promover el afecto, la unión, la solidaridad social a fin de mantener la capacidad de relación, con otros seres humanos (deficiente incumplimiento: mala adaptación conyugal, unión marital entre adolescentes, hijos sobreprotegidos y dependencia emocional).

3. Favorecer el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar que asegure la integridad psíquica y facilite el adiestramiento y enfrentamiento de nuevas experiencias.
4. Moldear el rol sexual condicionado por la imagen de integridad y madurez de los padres.
5. Educar y estimular el aprendizaje, la iniciativa y la realización creativa de los miembros de la familia en forma individualizada: (una familia enfrenta problemas en la socialización cuando existe ausencia de uno de los padres, toxicomanías, desempleo, inestabilidad laboral, delincuencia, prostitución, huida del hogar, retraso escolar).
6. Proporcionar nuevos miembros a la sociedad, a través de la reproducción y garantizar la supervivencia de la especie (situaciones de incumplimiento: embarazo no deseado o no planeado, o en adolescentes, disfunción sexual, abortos, infertilidad, excesivo número de hijos).
7. Determinar la posición sociocultural de sus integrantes, para que perpetúe sus tradiciones.³

Según Irigoyen los conocimientos de las funciones son de gran utilidad, para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de la familia, las agrupa en 5:

- I. **SOCIALIZACION:** La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con “independencia para desarrollarse en la sociedad.
- II. **CUIDADO:** En ella se identifican, cuatro determinantes: alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.
- III. **AFEECTO:** Definido como el objeto fundamental de “transacción dentro de la familia”

- IV. REPRODUCCIÓN: Durante siglos se observó como la función esencial de la familia. La misión de la familia era vista como casi exclusivamente suministrar nuevos miembros a la sociedad.

- V. OTORGAMIENTO DE ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONÓMICO.⁶

CICLO VITAL

El ciclo vital familiar es un concepto que se utiliza para entender la secuencia evolutiva de las familias y las crisis por las que atraviesa en función del crecimiento y desarrollo de sus integrantes.

Constituye un instrumento útil de organización y sistematización invaluable para el estudio de las etapas del desarrollo familiar, y permite el análisis genérico de la historia natural de una familia desde que se forma hasta su desintegración.

Las tareas para el desarrollo son las actividades que deben efectuar los integrantes de la familia antes de pasar a la siguiente etapa del ciclo vital, el cumplimiento oportuno de estas acciones los lleva a una vida sana y funcional, en tanto que su incumplimiento es fuente de diversos conflictos y tensiones.^{3,6}

CICLO VITAL FAMILIAR HUERTA

ETAPA	FASE	CARACTERISTICAS	DURACION
<u>Constitutiva</u>	Preliminar	Noviazgo	Indefinida
	Recién casados	Sin Hijos	Hasta el nacimiento 1er hijo
<u>Procreativa</u>	Expansión	Nacimiento del 1er hijo	Hijo mayor, del nacimiento al 2.5ª
		Hijos Preescolares	Hijo mayor de 2.5 a 6ª
	Consolidación y apertura	Inicia la socialización secundaria	Hijo mayor de 6 a 13ª (edad escolar) Hijo mayor de 13 a 20ª (adolescencia)
<u>Dispersión</u>	Desprendimiento	Inicia con la salida del hogar del 1er hijo y termina con la separación del último de los hijos	
<u>Final</u>	Independencia	Cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro	
	Disolución	Vejez de la pareja	Hasta la muerte del cónyuge
		Viudez	Hasta la muerte del miembro restante

TIPOLOGIA FAMILIAR

La familia es considerada como una unidad social total, que recibe sus características y valores fundamentales en su estructura y dinámica familiar, en la cual refleja las peculiaridades y problemática de la sociedad en general de modo que se habla de tipos de familia, tan numerosos como las regiones, las clases sociales y los subgrupos existentes en el interior de la sociedad, aun cuando todo individuo al crecer y madurar se va integrando a nuevas instituciones siempre pertenece a una familia a lo largo de su vida ^{3,6}.

Existen diferentes tipos de clasificaciones:

Clasificación de la Familia con Base en su Desarrollo:

- **Moderna:** tiene elementos que nos plantean la idea de un esquema social al cual representa y se encuentra en niveles socioeconómicos altos, rol económico activo de la mujer y aspectos intelectuales.
- **Tradicional:** representa a las familias de clase media, como las familias mexicanas que predeterminan, los modelos socioculturales, tradiciones, familiares, valores sociales que perpetúan a través de nuevas familias^{3,6}

Clasificación en base a su Demografía:

- **Urbana:** se encuentran en las grandes capitales y grandes polos de desarrollo de las principales ciudades del país.
- **Rural:** presentan características que pueden ser como las familias arcaicas o primitivas.

Clasificación de la familia con base a su integración:

- **Integrada:** en la cual los cónyuges viven y cumplen con sus funciones
- **Semi-Integrada:** en la cual los cónyuges viven juntos, pero no cumplen adecuadamente con sus funciones
- **Desintegrada:** es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, debido a muerte, divorcio, separación o abandono. ⁶

Clasificación Familiar según su composición:

- **Nuclear:** es aquella familia constituida por el padre, madre e hijos.
- **Extensa o extendida:** se refiere a la familia conformada por el padre, madre e hijos y algún otro familiar consanguíneo (abuelo, tíos, primos etc.).
- **Extensa compuesta:** es aquella compuesta por padre, madre, hijos, algún pariente consanguíneo y alguna otra persona sin parentesco familiar (amigo).²

Clasificación de la familia con base en la ocupación del jefe:

- **Campesina:** considera la actividad que desarrolla y el entorno geográfico en el que se desempeña, como principal actividad productiva el cultivo de la tierra.
- **Obrera:** principal característica contar con un empleo de base y remuneración que le permita el acceso a algunas satisfacciones básicas de vida.

- Técnica
- Profesional técnica
- Profesional: son aquellas en las que en su interior se encuentra por lo menos un elemento con estudios superiores al nivel técnico profesional o licenciatura el cual predeterminara su posición social, estatus y modo de vida

Clasificación de la familia en base a su funcionalidad:

- Funcionales
- Disfuncionales ^{2,6}

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La salud familiar es clave en el desarrollo y equilibrio biopsicosocial del ser humano es vital para la socialización cuyo objetivo es transformar a la persona en un individuo maduro, autónomo e independiente, capaz de tomar las mejores decisiones para su crecimiento personal y profesional.

Cuando hablamos del término “salud familiar” nos referimos al funcionamiento familiar como agente social primario.

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus integrantes, el cumplimiento e incumplimiento eficaz de sus funciones se habla de una familia funcional o disfuncional. ³

Funcional: es la utilidad de un patrón organizacional o conductual para lograr un objetivo, individual, familiar o social. ⁴

La Funcionalidad Familiar es la capacidad de un sistema de enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. ³

Son aquellas familias en la cuales se considera que cumplen todas sus funciones, además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes, una mejor atención de problemas relacionales personales y dinámica familiar en sus diferentes áreas y según sus interacciones personales.²

En la familia funcional las reglas de interacción son el principio rector de la vida familiar”.

Es un sistema regido por sus propias reglas o normas en el cual sus miembros se comportan entre si de una manera reiterada y organizada, prescriben y limitan conductas; están influidas por escalas de valores que presenta la sociedad, comunidad o cultura; deben de tener flexibilidad y adaptabilidad para facilitar un equilibrio entre estabilidad y cambio; (flexibilidad para respetar las diferencias individuales, facilitar el desarrollo en situaciones de crecimiento en las diferentes etapas del ciclo vital de familia y a las crisis inesperadas.⁴

La familia como grupo social debe de cumplir con tres funciones básicas: *económica*, *biológica* y *educativa*: cultural y espiritual; y así satisfacer sus necesidades básicas materiales y espirituales.

No se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable o fijo si no como un proceso que tiene que reajustarse continuamente: por lo tanto, la principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus integrantes.

La funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares y funciones básicas se cumplen plenamente y cuando se obtiene la finalidad de generar nuevos individuos a la sociedad mediante una comunicación adecuada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares.⁴

Existe un equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella, es un estado de bienestar biológico, psicológico y social, denominado *homeostasis familiar*; cuando este se ve amenazado la

familia trata de mantener el equilibrio, haciendo que uno de ellos enferme o comience a expresar el conflicto, el cual se le denomina paciente identificado (enfermo, malo culpable); sus síntomas pueden constituir una expresión de Disfunción Familiar.

Los incidentes afectan a los miembros de una familia en forma distinta en diferentes momentos es por eso que la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente solo en algunos periodos de la vida familiar.³

DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

La familia disfuncional o con funciones inadecuadas debe ser considerada como un factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades entre sus integrantes.

La familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo de vida y al desarrollo de sus integrantes como la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones.

Un indicador o síntoma de la disfunción familiar puede ser la descompensación de una enfermedad crónica, hay que ver al paciente no como problema sino como el portador de la problemática familiar.⁴

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes conceptos:

1. Comunicación: clara, directa, específica y congruente (opuestas disfuncional)
2. Individualidad: la autonomía debe ser respetada y las diferencias individuales se deben tolerar y favorecer el crecimiento individual y familiar.
3. Toma de decisiones: la búsqueda de solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha de poder. (En a familias disfuncionales esta quien busca salirse con la suya).
4. Reacción a los eventos críticos: una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse, cuando las demandas internas o ambientales se lo exigen conserva la

homeostasis; En la familia disfuncional la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición psicopatológica cuando las crisis amenazan con romper el equilibrio.

Gran parte de los trastornos psicosociales tiene origen en la disfunción familiar, sus integrantes tienden a utilizar frecuentemente los servicios de salud; denotar incongruencia entre el sufrimiento de su padecimiento y la naturaleza menor de sus síntomas, consultar por síntomas vagos o inespecíficos, conflictos emocionales o de relación y trastornos por ansiedad.

Estas situaciones no son detectadas ni tratadas medicamente en forma adecuada quizás por la formación biomédica tradicional y que constituyen indicios para alertar al médico sobre la conveniencia de trabajar en el contexto personal e interpersonal, más que en el clínico patológico.³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial, se estima que cada año hay 16 millones de mujeres adolescentes embarazadas que dan a luz principalmente en países de ingresos bajos a medianos hasta en un 95%.¹⁷

El incremento del embarazo y parto en edades tempranas constituye un problema universal pues de acuerdo con el Centro de Información sobre Fecundidad de Washington, 3 millones de adolescentes paren anualmente en el mundo.

En México según la UNICEF se registra cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, lo que equivale al 27.6% del total de adolescentes; afirmó que, a nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un obstáculo para mejorar las condiciones de salud, educativas, económicas y sociales de la mujer.¹⁷

Las complicaciones durante el embarazo y parto son la segunda causa de morbilidad materna infantil entre ellas se nombran, abortos provocados, hemorragias obstétricas, prematuridad, estados hipertensivos del embarazo (pre eclampsia, eclampsia), estados de desnutrición y anemias, aberraciones cromosómicas y malformaciones congénitas entre otras.¹⁸

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad. Debe ser capaz de cumplir con sus funciones: enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual, familiar y la crisis por las que pueda atravesar. La adolescencia es una etapa relevante, debido a que involucra importantes cambios físicos y emocionales que producen gran impacto a nivel personal, familiar, social, en la salud reproductiva, que refleja no solo la biología individual, sino también el ambiente sociocultural, económico en los lugares en que se desenvuelve. Estos ambientes afectan la duración y calidad de vida dado los tabúes sociales que con frecuencia los rodean.

Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas en la comunidad de Gabriel Zamora?

JUSTIFICACIÓN

Existen datos estadísticos que nos revelan que la incidencia del embarazo en la adolescencia, hoy en día, sigue en crecimiento. Este problema a la larga puede impactar en la formación del núcleo familiar, es por eso que debemos de reconocer la importancia de la funcionalidad familiar, la toma de decisiones y las repercusiones que estas conllevan en las adolescentes embarazadas.

Los datos que se obtengan de la presente investigación podrán fundamentar, en un futuro, diseñar planes de manejo integral mediante la realización de estrategias educativas a la medida de la población. De forma general se podrá incidir en la prevención de los embarazos en esta etapa de la vida y con ello ayudar en la disminución de la morbi-mortalidad materno infantil, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, los estados hipertensivos, entre otros. Es decir, proponer medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para que no se vea afectado el curso de sus vidas, su desarrollo y bienestar.

La muerte materna es un indicador de bienestar y desarrollo de una población. Si bien es cierto que hay varias causas de muerte materna, un embarazo en una adolescente incrementa el riesgo por sí mismo. El impacto que una muerte materna tiene en la familia y en la sociedad es de grandes dimensiones, ya que fundamentalmente la mujer apoya la cohesión familiar.

En la localidad de Gabriel Zamora se registran año con año un número importante de embarazos adolescentes, pero se desconoce su funcionalidad, ya que nunca se ha realizado un estudio de este tipo en la comunidad.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Determinar la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas de la comunidad de Gabriel Zamora, Michoacán en un periodo comprendido noviembre 2016 a julio del 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el estado civil de las embarazadas adolescentes de la comunidad de Gabriel Zamora
- Conocerla estructura familiar de cada embarazada adolescente.
- Identificar los antecedentes Ginecobstétricos
- Identificar tipología familiar en pacientes embarazadas adolescentes
- Identificar ocupación de las adolescentes embarazadas
- Identificar la utilización de algún método de planificación familiar previo al embarazo
- Identificar el ciclo vital de la familia de la embarazada adolescente

HIPÓTESIS

Existe disfuncionalidad familiar en las pacientes embarazadas adolescentes.

HIPÓTESIS NULA

No existe disfuncionalidad familiar en pacientes adolescentes embarazadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO:

MIXTO: Cuantitativo

- Descriptivo
- Transversal.
- Observacional.

UNIVERSO DE TRABAJO:

El universo de trabajo lo comprenderá las adolescentes embarazadas de la comunidad de Gabriel Zamora.

LUGAR

El estudio se realizará en la comunidad de Gabriel Zamora

TIEMPO

Este estudio de se realizará de noviembre 2016 a julio del 2018.

TIPO MUESTRA Y TAMAÑO

Se tomará una muestra de trabajo no probabilística por conveniencia, en todas las adolescentes embarazadas de la comunidad de Gabriel Zamora que deseen participar en un periodo comprendido de noviembre 2016 a enero del 2017 por lo que el número de pacientes, que acudan en ese tiempo, se considerará el total de la muestra para su estudio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS INCLUSIÓN:

- Pacientes Adolescentes de 10 a 19ª Embarazadas
- Residentes de la comunidad de Gabriel Zamora

CRITERIOS EXCLUSIÓN:

- Pacientes embarazadas adolescentes que no acepten participar en el estudio
- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado

CRITERIOS ELIMINACIÓN:

- Cuestionario incompleto.
- Pacientes que no desean continuar con el estudio de la investigación

VARIABLE DEL ESTUDIO:

VARIABLE DEPENDIENTE

- Embarazadas Adolescentes

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Funcionalidad familiar
- Edad
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Planificación familiar
- Tipología
- Ciclo vital

**METODOLOGÍA Y / O PROCEDIMIENTO
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIZA- CIÓN VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION
INDEPENDIEN TE Apgar Familiar	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar	Se determinará por los componentes del instrumento Apgar Familiar, son 5 elementos (Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos), que evalúan la funcionalidad de la familia.	Cualitativa Categoría Nominal	1.Normal 2.Disfunción leve 3.Disfunción moderada 4.Disfunción severa
INDEPENDIEN TE Funcionalidad familiar	Es la capacidad y habilidad de la familia de adaptarse en la presencia de cambios importantes, así	La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) evalúa dos de las principales	Cualitativa	COHESION: No relacionada. Semirrelacionada

	como el grado de vínculo emocional que exista entre ellos, la forma comprometerse y ayudarse mutuamente	dimensiones del Modelo Circunflejo: la cohesión y la flexibilidad familiar.		Relacionada Aglutinada. ADAPTABILIDAD: Rígida. Estructurada. Flexible. Caótica
Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento.	Años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa Discreta	Años
Estado Civil	Situación jurídica de las personas determinados por derecho desde el punto de vista del registro civil. siguiente: soltero /a – casado /a – divorciado /a – viudo /a.	Mediante interrogatorio el que refiera el Encuestado	Cualitativa Nominal	1. Viudo 2. Casado o 3. Soltero o 4. Separado 5. Unión Libre 6. Divorciado

Escolaridad	Número de grados escolares aprobados.	Grado de estudio que ha recibido la persona.	Cuantitativa Continua discreta	Años de Escolaridad
Ocupación	Trabajo u oficio que una persona se dedica en un determinado tiempo.	La que refiera al interrogatorio.	Cualitativa Nominal	Actividad laboral
Tipología familiar	Es un estudio que se utiliza para la organización de los diferentes grupos familiares, la forma en que interactúan, sus funciones para ser catalogados como familia.	Se determinará según los diferentes tipos de familias según su: Desarrollo Demografía Integración Composición Ocupación del jefe de familia Funcionalidad	Cualitativa	Tipos de Familia en base a: Desarrollo Demografía Integración Composición Ocupación del jefe de familia Funcionalidad

Ciclo vital familiar	Es un instrumento de organización y sistematización para el estudio de la secuencia evolutiva de las familias y las crisis por las que atraviesa en función del crecimiento y desarrollo de sus integrantes.	Se determinará según el ciclo vital familiar de Huerta: Fase Constitutiva (preliminar y recién casados). Fase Procreativa (expansión, consolidación y apertura). Fase de Dispersión (desprendimiento) Fase Final (independencia y disolución)	Cualitativa	Etapas evolutivas de desarrollo familiar
----------------------	--	---	-------------	--

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio, descriptivo, transversal y observacional, con la finalidad de medir la funcionalidad familiar del total de embarazadas adolescentes de la comunidad de Gabriel Zamora, del 1 noviembre 2016 al 31 enero 2017. Con previa Autorización del Comité de Investigación y ética, así como Carta de Consentimiento Informado firmada, se realizó para la parte cuantitativa, por medio de los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario de datos sociodemográfico (se realizará piloteo del 5%)
2. Faces III
3. Apgar Familiar

Descripción de los instrumentos:

APGAR Familiar (Anexo 3)

El Apgar Familiar (1978 Smilkstein), es un cuestionario que se elaboró con base a cinco elementos esenciales: adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, afectividad y solución; a base de cinco preguntas, que buscan evidenciar el estado funcional de la familia, (crisis familiares) y estar en posibilidad de sugerir alternativas de solución; funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión al respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos.

La equivalencia de la puntuación con la función familiar, evaluada con las 5 primeras preguntas, es la siguiente:

0	Nunca
1	Casi nunca
2	Algunas veces
3	Casi siempre
4	Siempre

Buena función familiar	18-20
Disfunción familiar leve	14 – 17
Disfunción familiar moderada	10 – 13
Disfunción familiar severa	9 o menos

Para las 2 preguntas de soporte de amigos, el puntaje máximo es de 8/8. Se evalúa la presencia de soporte y su calidad. La importancia radica en que se ha encontrado como fundamental el

apoyo de una persona para hacer el efecto equilibrador entre estresores y recursos y obtener, por tanto, un mejor equilibrio psicosocial.

La puntuación conjunta entre el APGAR familiar y el soporte de amigos, da un valor máximo de 28/28. Es posible definir el uso del APGAR familiar del soporte de amigos, a nivel individual o para evaluación conjunta, según el objetivo de la investigación y/o evaluación.

FACES III (Anexo 4)

A través del FACES, podemos caracterizar a las familias de los adolescentes de acuerdo a los puntajes para Cohesión y Adaptabilidad.

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la 3ª versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circunflejo: la cohesión y la flexibilidad familiar.

Consta de 20 ítems, cada uno con una escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca).

Evalúa el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento.

La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. La de adaptabilidad lo es a la de los ítems pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se buscan las clasificaciones en cada una de las amplitudes de clase con lo cual puede obtenerse la clasificación de la familia con la relación al esquema del modelo circunflejo, en el cual clasifica a las familias según su cohesión.

De esta combinación resultan 16 tipos de familias al conjuntar al tipo de familia según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas. Así se clasifican a las familias en: balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente disfuncionales según el Modelo Circunflejo de Olson, resultado que permite tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir con las familias

Cohesión (nones)	Amplitud de clase	Adaptabilidad (pares)	Amplitud de clase.
No relacionada	10 a 34	Rígida	10 a 19
Semi-relacionada	35 a 40	Estructurada	20 a 24
Relacionada	41 a 45	Flexible	25 a 28
Aglutinada	46 a 50	Caótica	29 a 50

Clasificación de familias según el FACES III						
Baja ← Cohesión → Alta						
Adaptabilidad	Alta		Disgregada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada.
	Caótica		Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	Flexible		Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
Baja						

	Estructura da	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada
	Rígida	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada

Fases metodológicas:

Fase I: Identificación de adolescentes embarazadas.

La primera fase será de identificación de pacientes adolescentes embarazadas mediante el censo extenso de IMSS-Prospera, así como domicilio, ya que incluye la totalidad de embarazadas de la comunidad. Se seguirá a lo largo del periodo de noviembre 2016 a enero del 2017.

Fase II: Acercamiento y consentimiento.

Se realizará acercamiento con las pacientes mediante la consulta de la UMF 45 para las pacientes pertenecientes a dicha unidad y a las demás mediante visita domiciliaria. Se les invitará a participar en esta investigación explicándoles de manera extensa y entregando el consentimiento informado.

Fase III: Recolección de datos

Se aplicarán los cuestionarios a las pacientes adolescentes embarazadas que aceptaron participar en el estudio: de datos sociodemográficos y un instrumento que corresponde al el Apgar familiar, FACES III y entrevista de Ciclo de vida.

Fase IV. Procesamiento de datos.

Se realizará la elaboración de base de datos en Excel v., limpieza de bases de datos y manual de codificación para ser analizado en SPSS v.

Fase V. Redacción y análisis de resultados

Fase VI. Devolución de resultados.

Se dará difusión de resultados durante la presentación final de la tesis a sinodales y personal de salud. Se invitará a una reunión a las participantes con el fin de dar entrega socializada de resultados y entrega de folletos informativos. Se presentarán los resultados en un foro de investigación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados se muestran en medias \pm desviación estándar en las variables continuas, mientras que las variables categóricas en porcentajes. Las diferencias en las variables continuas se analizarán con la prueba de t de Student para muestras independientes, mientras que los resultados de las variables categóricas con la prueba de la χ^2 . Todos los cálculos serán realizados con el paquete estadístico SPSS v20 para Windows. Se considerará de significancia estadística a un valor de $p < 0.05$.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este protocolo de investigación se ajusta a la normatividad marcada por la Ley General de Salud en Materia de Investigación y a la normatividad internacional como son:

TRATADO DE HELSINKI Y TOKIO

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están representadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

La investigación se realizará de acuerdo a los lineamientos de la declaración de Helsinki de 1964 el cual entra en vigencia el año 1989. En ella se declara que la finalidad de la investigación biomédica con sujetos humanos debe ser el "mejoramiento de los métodos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogenia de la enfermedad la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas,

diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

El médico no apoyará, aprobará ni participará en la práctica de la tortura ni de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, cualquiera que sea el delito que se sospeche en la víctima de tales tratos, acusado o convicto, y cualesquiera que sean los motivos o creencias de la víctima, y cualesquiera que sean las circunstancias, incluyendo los conflictos armados y las luchas civiles. El médico debe tener independencia clínica completa para decidir sobre el cuidado de una persona de la que sea médicamente responsable.

La World Medical Association apoyará, y animará a la comunidad internacional, a las asociaciones médicas nacionales y a los médicos individuales, a que apoyen al médico y a su familia en caso de amenazas o represalias por su negativa a participar en la tortura o en otras formas de tratamiento cruel, inhumano o degradante.

El médico está obligado en toda circunstancia a aliviar el sufrimiento de sus semejantes, y ninguna razón, sea personal, colectiva o política, debe prevalecer contra este objetivo superior.

RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS

El investigador principal aplicara los cuestionarios y recolectara los datos.

HUMANOS:

Dra. Erika Lucrecia Madrigal Magaña

FISICOS:

- Sala de espera de Consulta Externa
- Área de Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 Gabriel Zamora

MATERIALES:

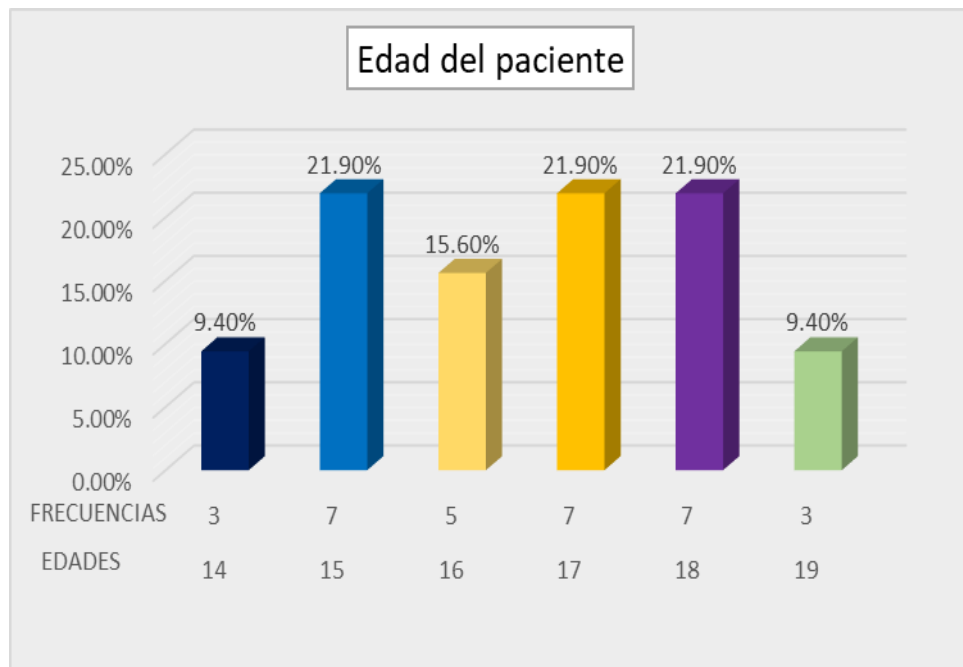
- Equipo de cómputo.
- 1 impresora y 3 cartuchos de tinta
- 1000 hojas blancas.
- Lápices, lapicero, corrector
- Tabla plástica con clip
- Fotocopiadora

FINANCIEROS:

El investigador proporcionara la computadora, impresora, cartuchos de tinta y las hojas de papel bond. No se cuenta con financiamiento externo

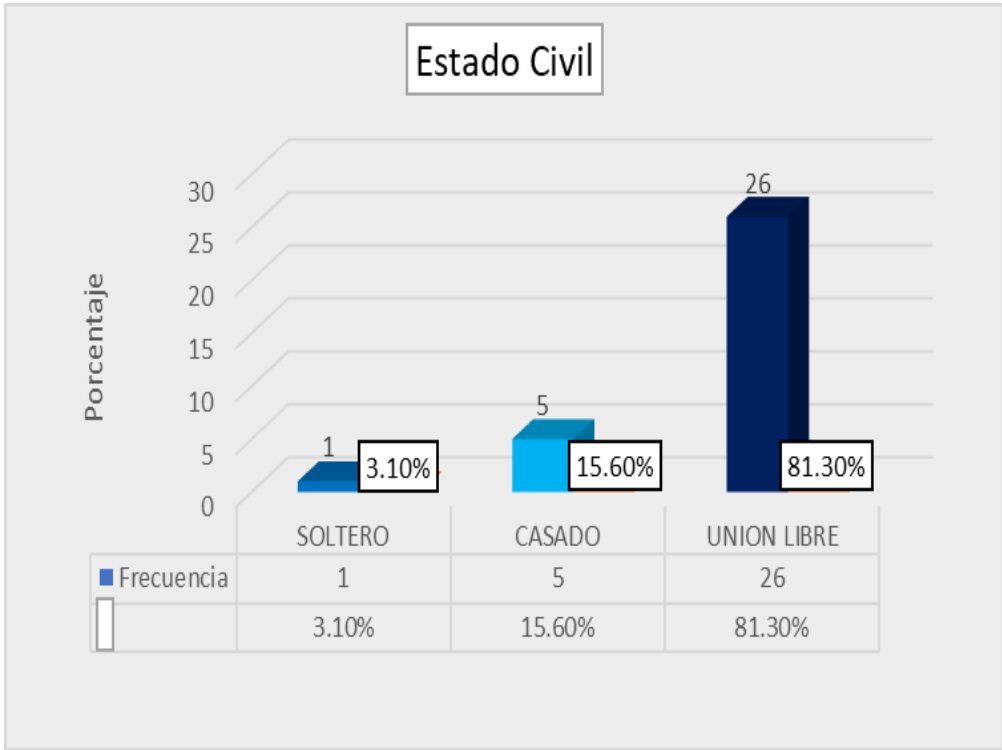
RESULTADOS

Se estudiaron un total de n=32 pacientes adolescentes embarazadas, en un rango de edad mínimo de 14ª y un máximo de 19 años, el grupo mayoritario se encuentra representado por adolescentes embarazadas de 15ª a 18ª de edad, 15ª (7= 21.9%), 17ª (7= 21.9%), 18ª (7= 21.9%), con una minoría en edades de 14ª (3= 9.4%), 16ª (5= 15.6%), 19ª (3= 9.4%). (Grafica 1).



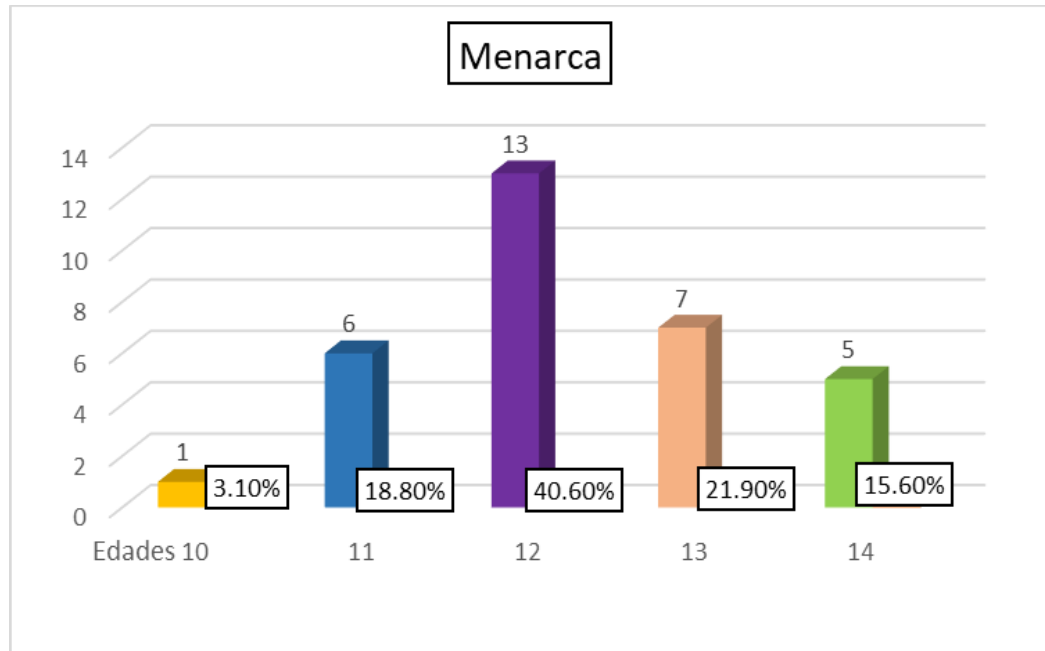
Grafica 1. Frecuencia de Edades del Estudio sociodemográfico

En relación al estado civil de las pacientes la gran mayoría refirieron estar en unión libre n= 26 (81.3%), casados n= 5 (15.6%), y solteras n= 1 (3.1%). (Grafica 2).



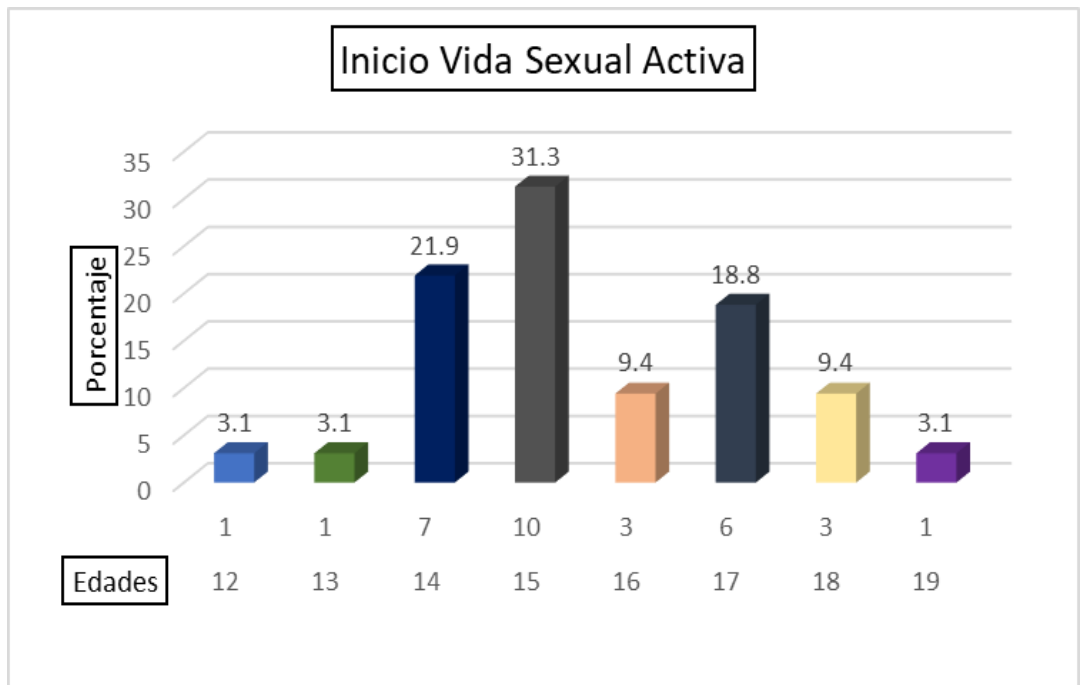
Grafica 2. Estado Civil del estudio sociodemográfico.

Respecto a los antecedentes Gineco-Obstétricos; la menarca se presenta entre los 10 y los 14 años de edad, observando que el valor de la frecuencia que más valor tiene es 12 años con 13(40.6%) adolescentes. (Grafica 3).



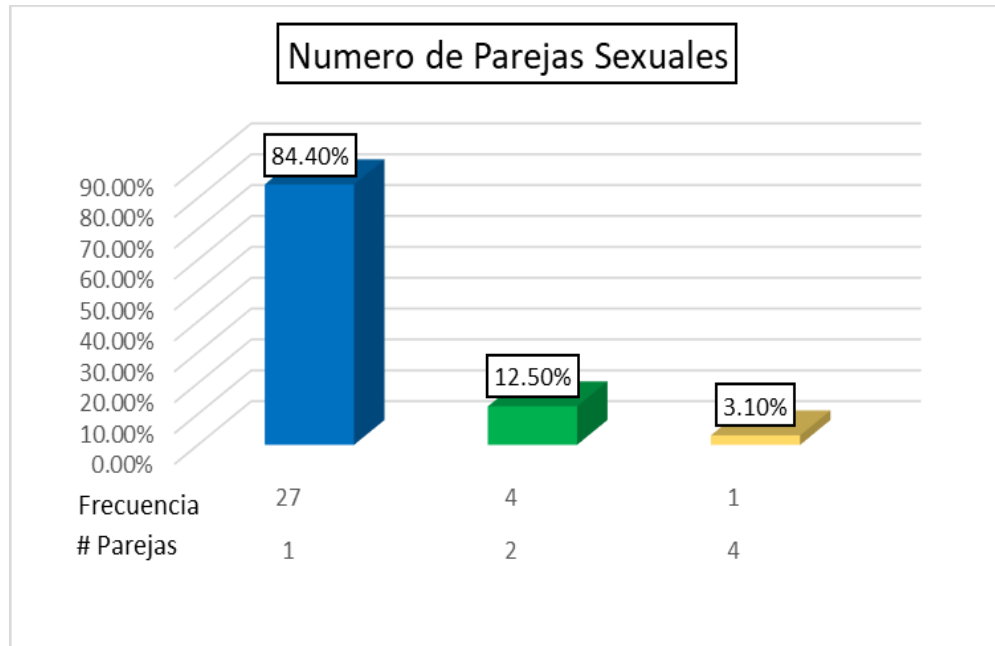
Grafica 3. Menarca del estudio sociodemográfico.

El inicio de vida sexual activa es de 15 años el valor más frecuente n=10 (31.3%), siguiéndole las de 14 años con n=7 (21.9%). (Grafica 4)



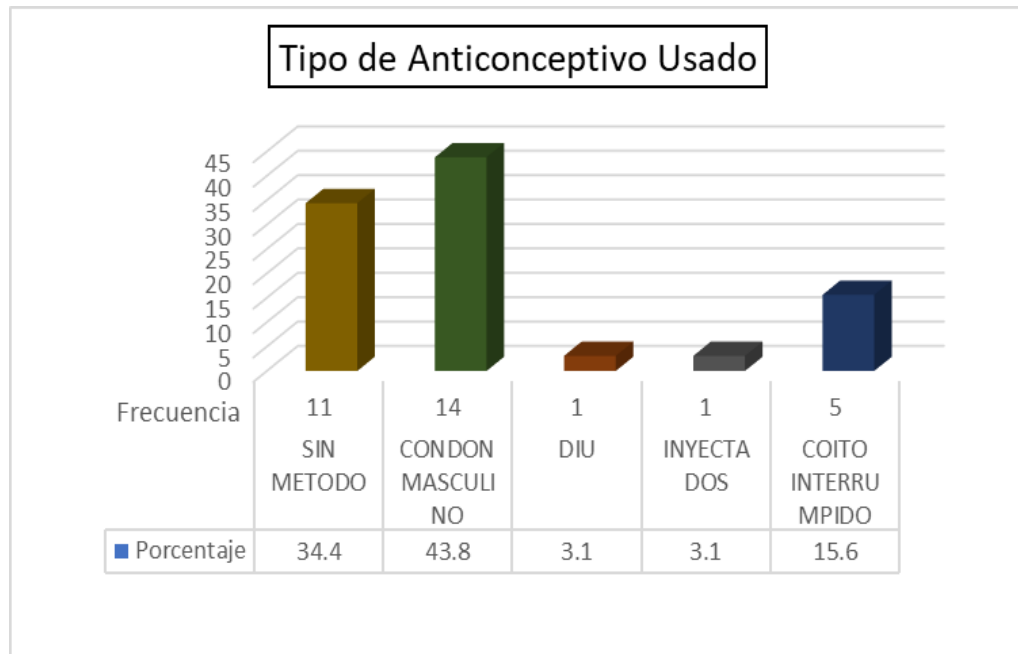
Grafica 4. Inicio de la Vida Sexual del estudio sociodemográfico.

El número de parejas sexuales es de una en n=27 (84.4%), dos parejas sexuales en n=4 (12.5%), y por último una persona refirió 4 parejas. ($\chi^2=15.565$, $gl=2$, $sig. = .004$). Aquí si hubo cifra estadísticamente significativa ($p<0.05$) (Grafica 5).



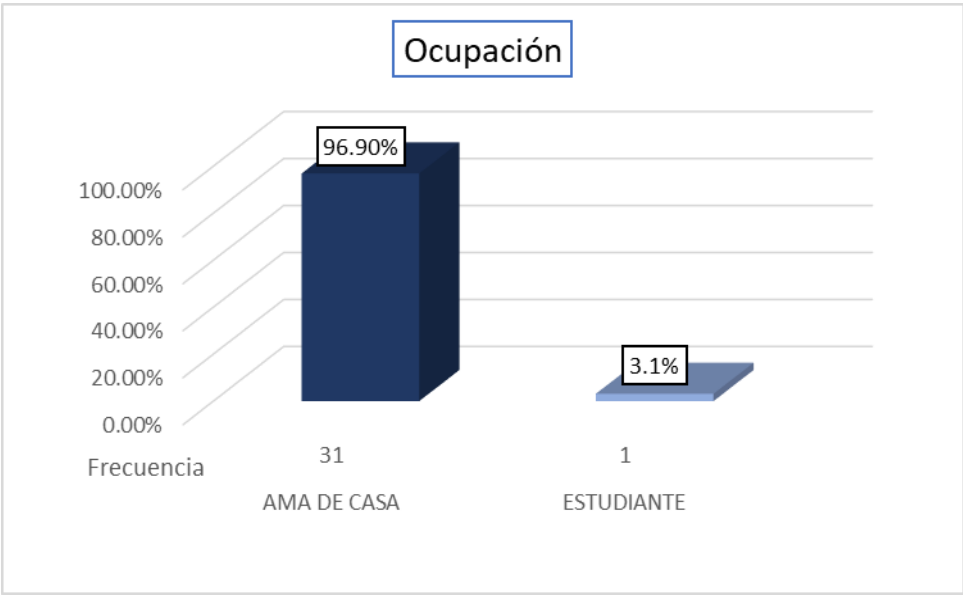
Grafica 5. Número de parejas Sexuales del estudio sociodemográfico.

El uso de anticonceptivos el n=11 (34.4%) no han utilizado ningún método de planificación familiar, y el n=21 (65.7%) si lo han utilizado, de los cuales n=14 (43.8%) ha utilizado condón masculino, n=1 (3.1%) utilizo DIU, n=1 (3.1%) Inyección, n=5 (15.7%) prefirieron utilizar el coito interrumpido. (Chi2=5.491, gl=8, sig.= .704). (Grafica 6).



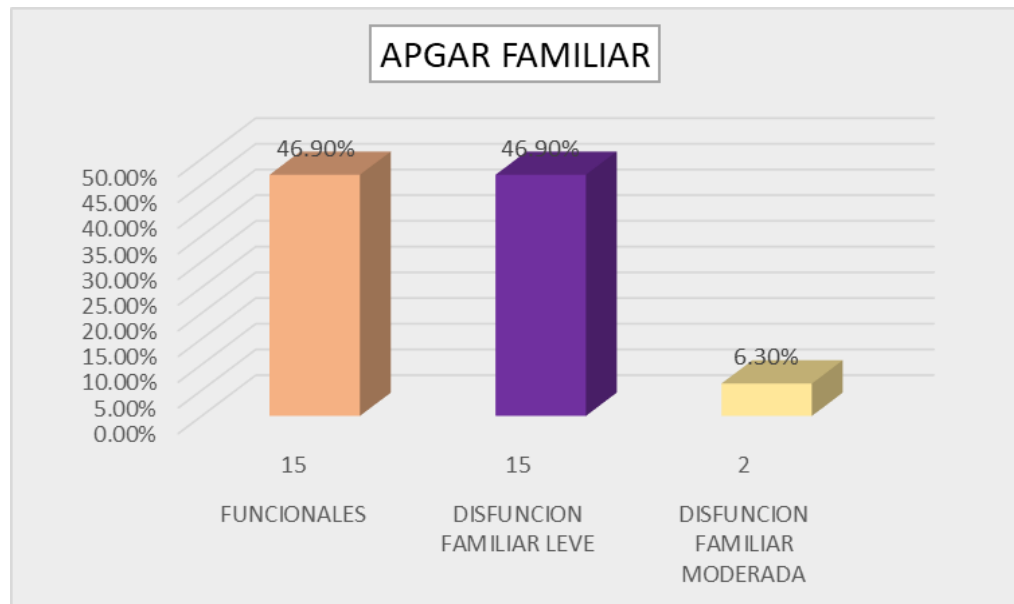
Grafica 6. Tipo de Método Anticonceptivo Usado del estudio sociodemográfico.

La tendencia a su ocupación, la mayoría resulto con una ocupación de amas de casa n=31 (96.9%), y estudiante n=1 (3.1). (Grafica 7).



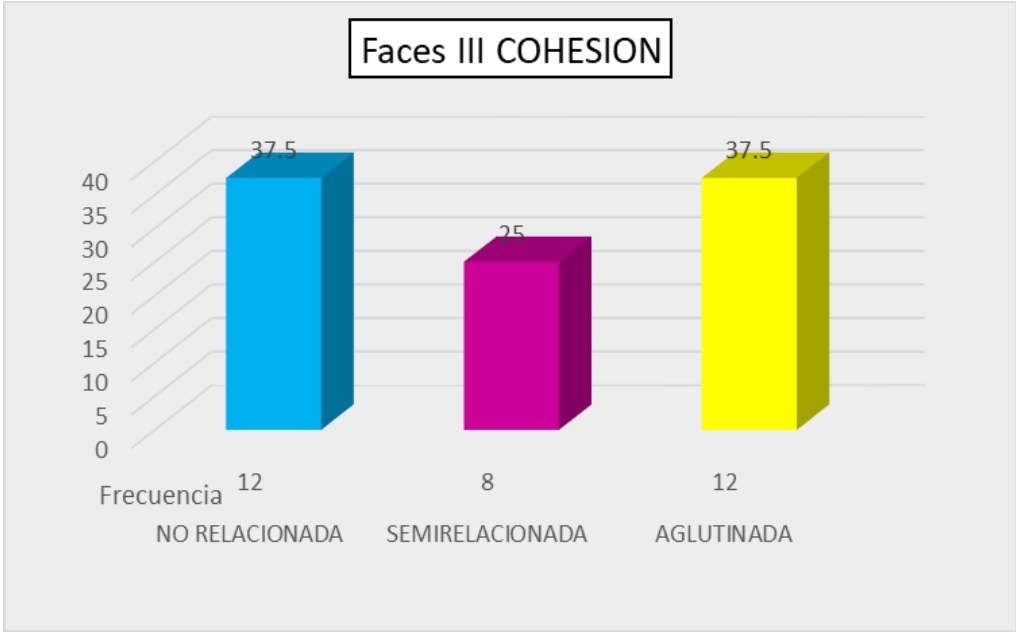
Grafica 7. Ocupación del Estudio Sociodemográfico

Según el APGAR 2(6.3) son familias con disfunción familiar moderada, 15(46.9) están con disfunción familiar leve y finalmente 15(46.9) son funcionales (Grafica 8)



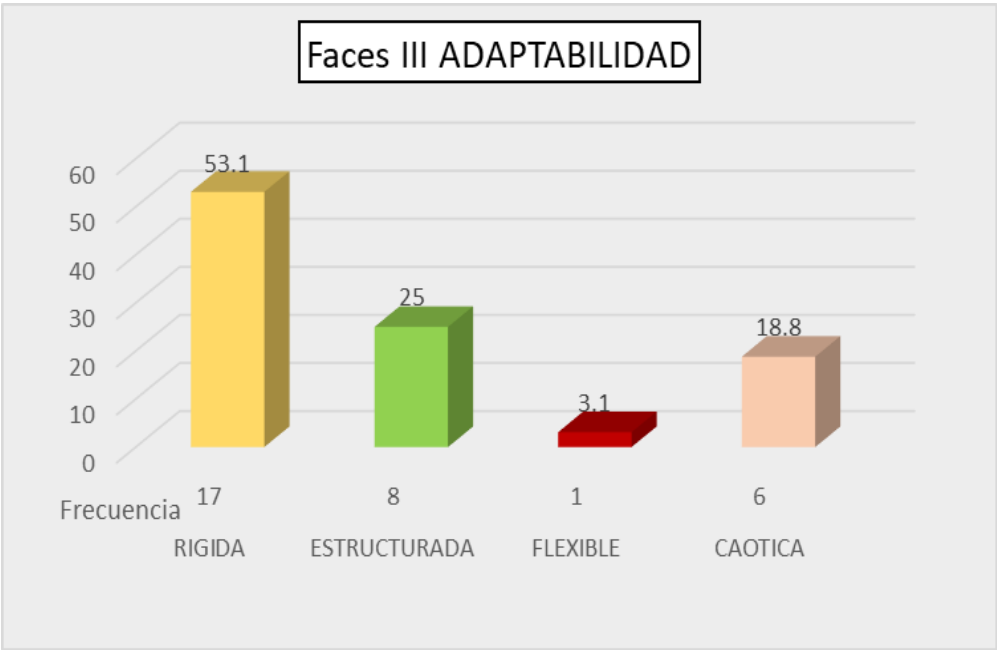
Grafica 8. APGAR Familiar del Estudio Sociodemográfico

En relación al FACES III Cohesión Familiar; en cuanto a su cohesión, esta se distribuyó en no relacionada n=12 (37.5%%) y semirelacionada n=8 (25%%), y aglutinada 12 (37.5%). (Grafica 9).



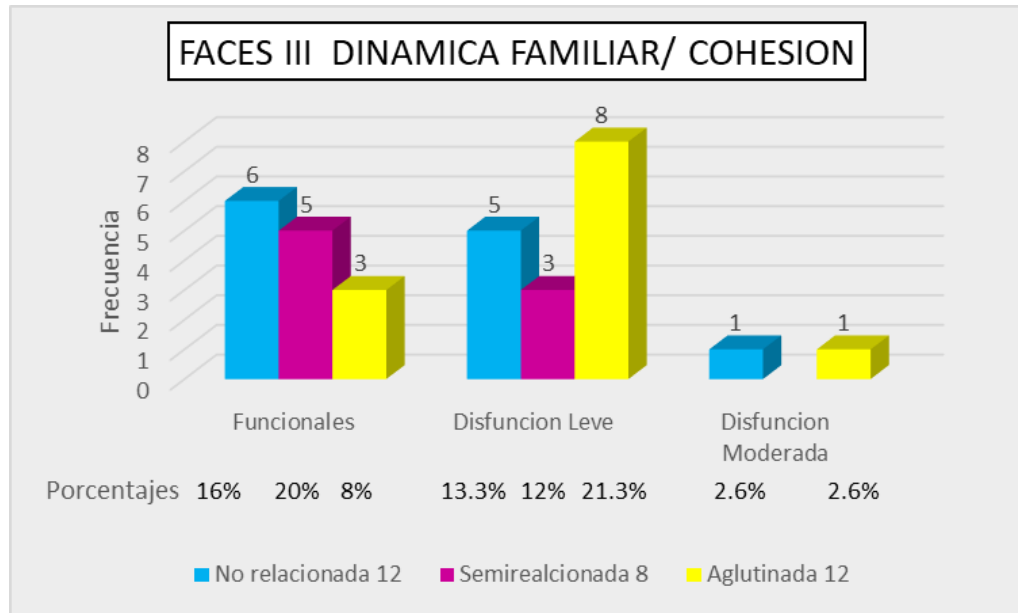
Grafica 9. FACES III Cohesión Familiar del Estudio Sociodemográfico

En relación al FACES III Adaptabilidad Familiar; esta se distribuyó en rígida n=17 (53.1%), estructurada n=8 (25%), caótica 6 (18.8%) y solo una flexible (18.8%). (Grafica 10).



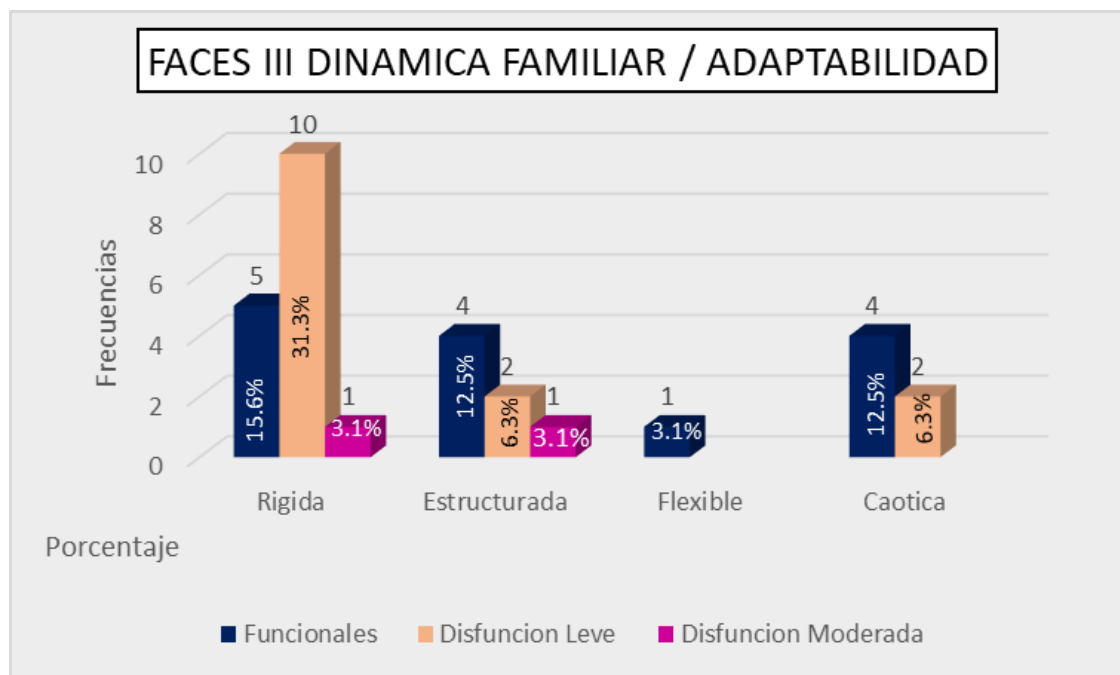
Grafica 10. FACES III Adaptabilidad Familiar del Estudio Sociodemográfico

La asociación de la dinámica familiar con la tipología familiar, en lo que la Cohesión se refiere en la categoría de no relacionada, el n=6 (16%) fueron funcionales, disfunción leve n=5 (13.3%) y 1 (2.6%) con disfunción moderada; semi-relacionada con n=5(20%) funcionales, y disfunción leve 3 (12%), Aglutinada funcionales 3(8%), Disfunción leve 8(21.3%), y 1 (2.6%) disfunción moderada (Grafica 11).



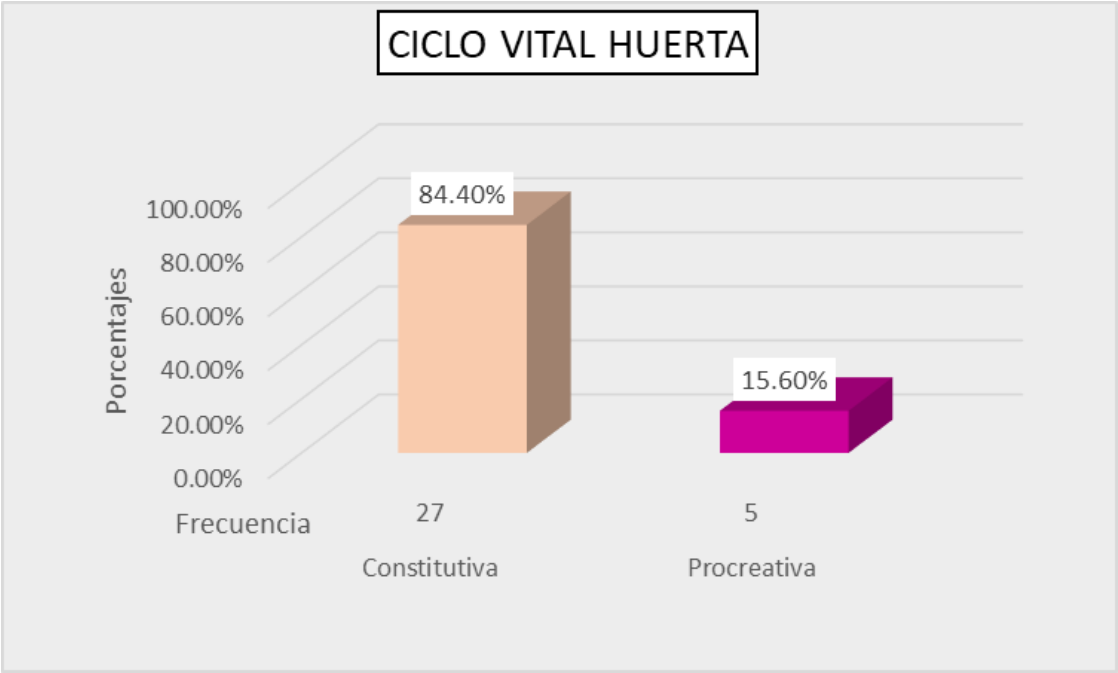
Grafica 11. FACES III Dinámica Familiar /Cohesión del Estudio Sociodemográfico

La asociación de la dinámica familiar con la tipología familiar, en lo que Adaptabilidad se refiere en la categoría de rígida el n=5 (15.6%%) fueron funcionales, disfunción leve n=10 (%) y 1 (3.1%) con disfunción moderada; estructurada n=4 Funcionales, n=2(%) disfunción leve, 1(3.1%) disfunción moderada; Flexible solo 1 (3.1%) funcional; Caótica n=4 (%) funcionales y 2 (%) con disfunción leve (Grafica 12).



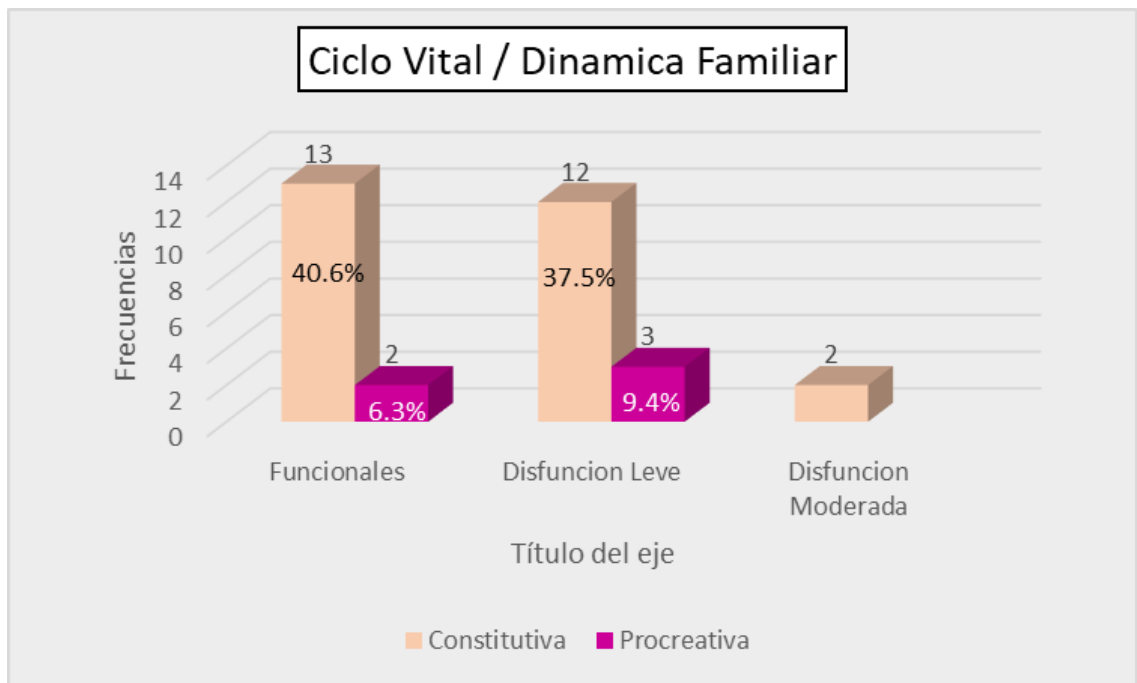
Grafica 12. FACES III Dinámica Familiar /Adaptabilidad del Estudio Sociodemográfico

El ciclo vital según Huerta lo conforman 27(84.4%) constitutivas, y 5(15.6%) procreativa.
(Grafica 13)



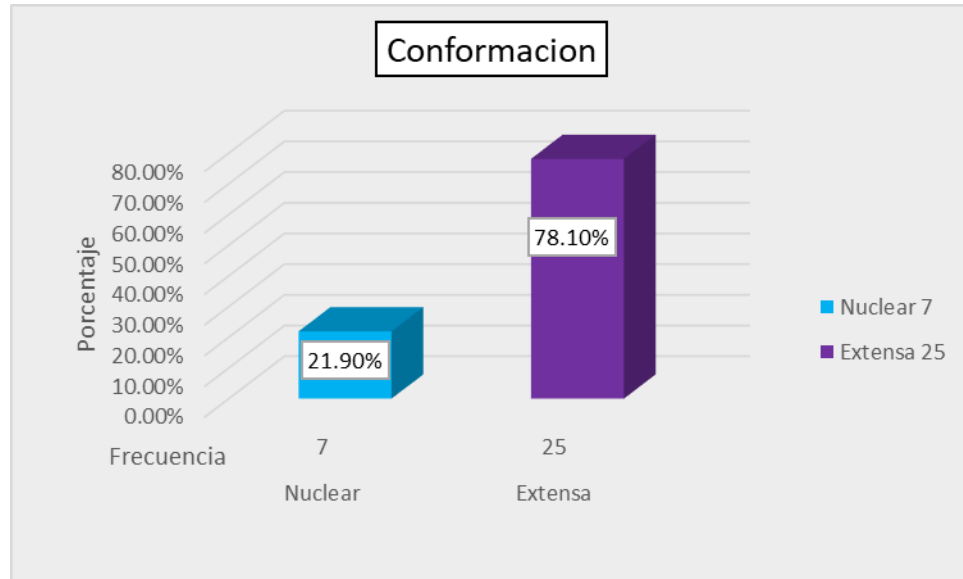
Grafica 13. Ciclo Vital Huerta del Estudio Sociodemográfico

En cuanto a la Dinámica Familiar y el ciclo Vital la conforman la constitutiva redistribuyéndose en n=13 (40.6%) en funcional, n=12 (37.5%) en disfunción leve y 2 (6.3%) para la disfunción moderada; para la procreativa, n=2 (6.3%) para las funcionales y en n=3 (9.4%) para la de disfunción leve (Grafica 14)

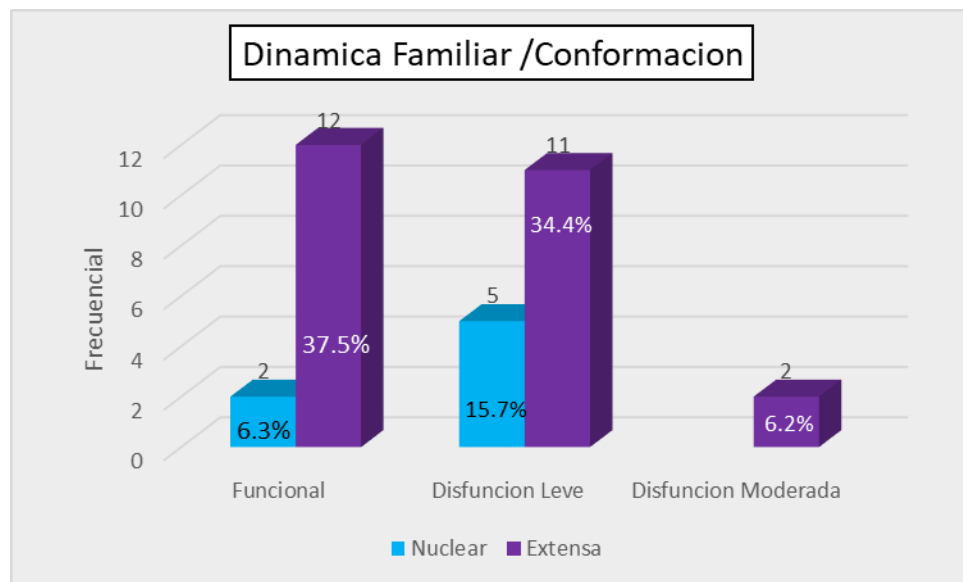


Grafica 14. Ciclo Vital / Dinámica Familiar del Estudio Sociodemográfico

En cuanto a su conformación la mayoría caen en la categoría de extensa 25(78.1%) y solo 7(21.9%) en la nuclear. (Grafica 15).



En cuanto a su conformación y Dinámica Familiar en la categoría de extensa la constituyen 12(37.5%) funciona, 11 (34.4%) en disfunción leve y 2 (6.3%), y en cuanto la Nuclear solo 2 (6.3%) Funcionales y 5 (15.7%) con disfunción Leve. (Grafica 16)



CONCLUSIONES

La funcionalidad Familiar se encuentra relacionada con las adolescentes embarazadas, aunque no de forma significativa, pero predominantemente a la Disfunción Familiar; en el rango de edad en su mayoría se encuentran 14 y 19 años de edad, con un promedio de 15 y 18 años, a la disfunción familiar leve y dos de 15 años a la disfunción familiar moderada; el inicio de las relaciones sexuales fue precoz predominando a los 15 años, y aunque la mitad de las pacientes fue un embarazo planeado, en su mayoría prevalece la disfunción familiar.

La asociación de la dinámica familiar con la tipología familiar, en lo que a Cohesión se refiere, se presentaron en misma cantidad la no relacionada y Aglutinada, en las cuales en la mayoría predominó la disfunción leve, más sin embargo en la Adaptabilidad con predominio la Rígida con disfunción Leve.

El ciclo vital según Huerta la mayoría se clasifican en la etapa constitutiva y la minoría en la etapa procreativa, predominando en ambas la disfunción familiar.

La gran mayoría según su integración son integrada con disfunción familiar.

Por lo consiguiente el realizar el presente estudio con una muestra probabilística permitió que los resultados obtenidos sean de un aporte importante, pues debemos de tener énfasis en nuestros adolescentes, ya que son un grupo muy vulnerable.

Se concluye que existe una correlación significativa estadísticamente entre la funcionalidad familiar y el embarazo en los adolescentes.

COMENTARIOS

En el presente estudio cabe destacar la Importancia del grupo de edad con el que estamos enfocados, ya que es un grupo muy vulnerable, pero con el cual se puede trabajar y orientar de manera directa, para así incidir en la disminución de los embarazos en adolescentes y por consiguientes sus complicaciones.

Consideramos importante el manejo de promoción de la salud, con ayuda del equipo de salud, en todos aquellos adolescentes que inician su pubertad, con gran enfoque a la población abierta, ya que nos encontramos con un problema de deserción escolar y donde las adolescentes embarazadas se convierten en amas de casa.

Lograr que el personal de salud tenga esa empatía con la población para así implementar estrategias de salud, para el manejo de la educación sexual, métodos de planificación familiar, fomentar su buen uso, tanto por medio de platicas, así como en la misma consulta médica.

Necesitamos tener el apoyo por parte del servicio de trabajo social para así crear conciencia en las familias, y evitar los embarazos en las adolescentes, a su vez evitar las posibles complicaciones que se pudieran presentar.

Implementar Redes de Apoyo para todas aquellas familias vulnerables de alto riesgo.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), Resultados Nacional, Instituto Nacional de Salud Pública; 74 Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
2. Membrillo Luna A, Fernández Ortega M.A, Quiroz Pérez J.R, Rodríguez López J. L. Familia Introducción al estudio de sus elementos. México: Editorial ETM, 2008; 37 – 58
3. Huerta González José Luis. La familia en el proceso salud-enfermedad. 1ª ed. México: Editorial Alfil; 2005; 34 - 40
4. Pons Álvarez Octavio Noel, Anzures Carro R. L, Chávez Aguilar V, García Peña Ma. Del Carmen. Medicina Familiar. 1ª ed. México: Editorial mexicana; 2008; 411 -419
5. Herrera-Santi P. M. L familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Medicina general Integral. 1997; 13 (6):591-5.
6. Irigoyen Coria Arnulfo E. Nuevos Fundamentos de la Medicina Familiar. 3ª ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2005; 188.
7. Meneses Garduño Jorge, Armengol Ortiz J, Arias Castillo L, Piña Assaf C. PAC MF1 Salud del Adolescente. Tomo 1. 1ª ed. México: Editorial intersistemas; 1999; 5.
8. Menkes Bancet Catherine, Suárez López Leticia. Sexualidad y Embarazo adolescente en México. vol. 9, núm. 35, enero-marzo, 2003 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México; 1-3.

9. Issler, Juan R. Embarazo en la Adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107-Agosto/2001; 11-23. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.
10. NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.
11. Armas Vélez Ana L., Pons Álvarez Octavio N., Colín Colín Miguel, Flores Martínez Albina, García Cortés Luis R. Diferencia en la estructura y Dinámica Familiar entre familias de adolescentes embarazadas y no embarazadas. Vol. 18 n 1 enero –junio 2010; 32-33.
12. Saint Martin Florencia Peña, León Parra Beatriz. La Medicina social en México V. género, sexualidad, violencia y cultura. 1ª ed. México: Editorial Eón; 2010; 14.
13. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.
14. Salud pública de México / vol. 57, no. 2, marzo-abril de 2015; 136
15. Trillo Fernández C, Navarro Martin J.A, Luque Barea M. A, Seoane GarcíaJ. GuíaPráctica de Planificación Familiar en Atención Primaria. 2ª ed. Editorial: CristóbalTriloFernández. 2008; 21.
16. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
17. Díaz Sánchez V. El embarazo en las adolescentes en México. GacMed Mex 2003; 139(1)
18. Secretaria de Salud. Prevención del embarazo no planeado en las adolescentes. Segunda Edición; México 2002; 33-35.

19. Méndez Espinosa E, Ramírez Lumbreras C, Riquelme Heras H. Crisis familiares accidentales y enfermedad psicosomática. Arch. Med. Fam 2001; 3(4): 105-108.
20. De la Revilla A. L, Fleitas C. L. Función y Disfunción Familiar. En: de la Revilla A. L. Conceptos e instrumentos de la atención Familiar. Barcelona, España: Doyma; 1994; 91
21. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. ArchMedFam 1999; 1 (2): 45-57.
22. Mendoza Solís LA, Soler Huerta E, Sainz Vázquez L, Gil Alfaro I, Mendoza Sánchez HF, Pérez Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Arch. Med. Fam 2006;8(1): 27-32.
23. Arias C. L, A. Herrera A. J.El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. 1994;25(1).
24. Leyva Jiménez R, Hernández Juárez A M, Nava Jiménez G, López Gaona V. Depresión en Adolescentes y funcionalidad Familiar.RevMedIns Mex Seguro Soc 2007; 45(3); 225-232.
25. Secretaría de Salud. El derecho a la libre decisión... La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva; Primera edición 2002; 17-18.
26. Pérez-Palacios, Gregorio, et al. El Cambio de Paradigmas. De la Planificación Familiar a la Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, México 2000.
27. Secretaria de Salud. Planificación Familiar y Anticoncepción; Primera edición 2002 México.

ANEXOS 1

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



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1603** con número de registro **13 CI 16 102 158** ante COFEPRIS
H GRAL ZONA NUM 8, MICHOACÁN

FECHA **20/10/2016**

DR. ERIKA LUCRECIA MADRIGAL MAGAÑA

P R E S E N T E

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

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA COMUNIDAD DE GABRIEL ZAMORA

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A_U_T_O_R_I_Z_A_D_O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-1603-56

ATENTAMENTE

DR.(A). GUSTAVO GABRIEL PÉREZ SANDI LARA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1603

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 2.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 45 GABRIEL ZAMORA.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Gabriel Zamora a _____ dé _____ del _____.

Por medio de la presente yo _____

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas en la comunidad de Gabriel Zamora, sede Uruapan, Mich.” registrado ante el Comité Local de Investigación 1603, con el número __R-2016-1603-56

Justificación: El presente estudio se realizará con la finalidad de evaluar y conocer la funcionalidad familiar a la que se enfrentan las adolescentes embarazadas de la comunidad de Gabriel Zamora.

El objetivo Es conocer la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas.

Procedimientos: Se me ha explicado que mi participación en el estudio consistirá en contestar algunas preguntas sobre datos personales como, la edad, estado civil, ocupación, número de hijos, contestaré el Apgar Familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que buscan evidenciar el estado funcional de mi familia, y otro cuestionario que se llama FACES III, el cual consiste en evaluar la cohesión y la flexibilidad familiar.

Posible riesgo y molestias: Se me ha explicado que los riesgos son mínimos por tratarse de contestar unas preguntas. Las molestias que se pueden presentar son incomodidad en contestar algunas preguntas.

Posibles beneficios: Los beneficios de participar en este estudio es identificar el grado de funcionalidad y o disfuncionalidad familiar que existe en mi familia.

Información sobre resultados: Se me explico que obtendré información de forma oportuna, clara y precisa los resultados obtenidos en este estudio, así mismo la posibilidad de una alternativa de tratamiento que mejoren mi calidad de vida.

Participación o retiro: He sido informado que puedo retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

Privacidad y confidencialidad: Se me ha informado y se me ha asegurado que la información que yo aporte es confidencial, se usara solamente para reportes científicos en los cuales no se me identificara de ninguna manera.

Por todo lo anterior declaro que acepto participar en estudio y puedo retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme a:

Investigador responsable: Dra. Erika Lucrecia Madrigal Magaña Tel. 4521435546

Investigador asociado: Dra. Lilian Eréndira Pacheco Magaña Tel: 4525243731

Investigador asociado: Dra. Claudia Yaneth Morfin Macías Tel: 4251077558

Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud No. 1603

Secretario del Comité: Dra. Lilian Eréndira Pacheco Magaña. Tel: 4525243731

En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podré dirigirme con el Secretario Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud N° 1603 al teléfono 452 52 437 31.

O bien a:

Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso
Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores México, D.F., CP 06720. Teléfono
(55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

Investigador Responsable

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma

ANEXO 3.
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (NIÑOS Y PERSONAS
CON DISCAPACIDAD).**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 45 GABRIEL ZAMORA.

Gabriel Zamora a _____ dé _____ del _____.

Proyecto de investigación titulado “Funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas de la comunidad de Gabriel Zamora, sede Uruapan, Mich.” registrado ante el Comité Local de Investigación 1603, con el número __R-2016-1603-56

Justificación: El presente estudio se realizará con la finalidad de evaluar y conocer la funcionalidad familiar a la que se enfrentan las adolescentes embarazadas de la comunidad de Gabriel Zamora.

El objetivo es conocer la funcionalidad familias de las adolescentes embarazadas.

Procedimientos: Se me ha explicado que mi participación en el estudio consistirá en contestar algunas preguntas sobre datos personales como, la edad, estado civil, ocupación, número de hijos, contestaré el Apgar Familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que buscan evidenciar el estado funcional de mi familia, y otro cuestionario que se llama FACES III, el cual consiste en evaluar la cohesión y la flexibilidad familiar.

Posible riesgo y molestias: Se me ha explicado que los riesgos son mínimos por tratarse de contestar unas preguntas. Las molestias que se pueden presentar son incomodidad en contestar algunas preguntas.

Posibles beneficios: Los beneficios de participar en este estudio es identificar el grado de funcionalidad y o disfuncionalidad familiar que existe en mi familia

Información sobre resultados: Se me explico que obtendré información de forma oportuna, clara y precisa los resultados obtenidos en este estudio, así mismo la posibilidad de una alternativa de tratamiento que mejoren mi calidad de vida.

Participación o retiro: He sido informado que puedo Retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

Privacidad y confidencialidad: Se me ha informado y se me ha asegurado que la información que yo aporte es confidencial, se usara solamente para reportes científicos en los cuales no se me identificara de ninguna manera.

Por todo lo anterior declaro que acepto participar en estudio y puedo Retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme a:

Investigador responsable: Dra. Erika Lucrecia Madrigal Magaña Tel. 4521435546

Investigador asociado: Dra. Lilian Eréndira Pacheco Magaña Tel: 4525243731

Investigador asociado: Dra. Claudia Yaneth Morfin Macías Tel: 4251077558

Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud No. 1603

Secretario del Comité: Dra. Lilian Eréndira Pacheco Magaña. Tel: 4525243731

En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podré dirigirme con el Secretario Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud N° 1603 al teléfono 452 52 437 31.

O bien a:

Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Investigador Responsable

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma

ANEXOS 4

“CUESTIONARIO FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA COMUNIDAD DE GABRIEL ZAMORA”

El presente cuestionario es para uso exclusivo de este estudio, los datos que nos brinde serán totalmente confidenciales y serán utilizados únicamente por los investigadores responsables de este estudio.

FOLIO:

Aplica: (nombre de quien aplica)

Contesta: a) Paciente b) Tutor

Nombre de la paciente: _____

Edad: _____ Estado civil: _____

Ocupación actual: _____ Procedencia: _____

Ocupación anterior: _____

Domicilio y/o teléfono: _____

Tipo de seguridad: _____

Acompañada por:

1. Madre 2. Padre 3. Ambos padres 4. Abuelos 5. Suegros

6. Esposo 7. Hermano(a) 8. Amiga(o) 9. Otro: _____

Antecedentes Gineco-Obstétricos

1. Menarca: _____ años

2. Ciclos: _____

3. IVSA: _____ años

4. Número de parejas: _____

5. Gesta: _____ 5a. Edad de sus hijos: _____

6. Para: _____ 7. Cesárea: _____

7. Abortos: _____ 9. Óbito: _____

Riesgo Obstétrico: _____

Anticoncepción:

¿Alguna vez ha usado anticonceptivos?

1. Sí 2. No (pase a la pregunta 12)

¿Qué tipo de anticonceptivos ha usado?

1. Condón masculino 2. DIU 3. Orales 4. Inyectados
5. Otros: _____

¿Tiene pareja actualmente?

1. Sí 2. No

¿Su actual embarazo fue planeado?

1. Sí 2. No

Usted depende de:

1. Padres 2. Abuelos 3. Pareja 4. Ninguno

Número de integrantes de la familia: _____

La casa donde actualmente vive es:

1. Propia 2. Rentada 3. Prestada 4. Vivo con mis padres
5. Vivo con mis suegros 6. Otros: _____

¿Cómo ha sido su experiencia durante el embarazo?

FOLIO:

Guía de entrevista semiestructurada para ciclo vital:

I. Familia

1. Miembros de la familia

- ¿Quién es su familia?
- ¿Cuántos pertenecen a su familia?
- ¿Qué nos identifica como familia?
- Todos están: percepción de cuando se fueron de casa

2. De dónde son

- Abuelos
- Padres
- Hermanos
- Esposo
- Suegros
- Hijos
- Otros

3. Pertenencia:

- Grupo étnico
- Grupo religioso
- Grupo social
- Grupo político

4. Ocupación

- Abuelos
- Padres
- Hermanos
- Esposo
- Suegros
- Hijos

- Otros

II. Nacimiento

1. Historia de su nacimiento

- Fecha de nacimiento
- Lugar en dónde nació
- Su nacimiento ¿fue igual que los de sus hermanos?

III. Infancia

1. Desarrollo

- Escolar: guardería, jardín de niños
- Cuidador: ¿quién? ¿Cómo? y ¿por qué?

2. Percepción de su infancia

- ¿Cómo fue?
- ¿Qué significo?
- ¿Cómo era su familia?

IV. Escolar

1. Amistad

- Experiencias dentro de la escuela
- Experiencias fuera de la escuela

2. Aprendizaje

- Primaria
- Aprovechamiento
- Otros cursos

3. Futuro

- Percepción del futuro
- A qué se quería dedicar

4. Familia

- ¿Cómo era sus familias en esta etapa?
- Apoyo para tareas

- Convivencia
- Desacuerdos

V. Adolescencia:

1. Redes de apoyo

- Amistad
- Familiar
- Grupos a los que pertenece

2. Soltería

- Planes de vida planteados en esta etapa
- Percepción acerca de la soltería
- Percepción acerca de su soltería
- Antecedentes de sus abuelos: historia
- Antecedentes de sus padres: historia
- Antecedentes de sus hermanos: historia

3. Noviazgo

- Planes de vida planteados en esta etapa
- Antecedentes de sus abuelos: historia
- Antecedentes de sus padres: historia
- Antecedentes de sus hermanos: historia
- Antecedentes de ella: Primer noviazgo, cuantos novios, su percepción acerca del noviazgo, como eran sus relaciones interpersonales, inicio de vida sexual: experiencia, uso de algún anticonceptivo o condón

4. Matrimonio

- Planes de vida planteados en esta etapa
- Antecedentes de sus abuelos: historia
- Antecedentes de sus padres: historia
- Antecedentes de sus hermanos: historia
- Antecedentes de ella:
 - Historia de cuando decidieron casarse

- Por qué
- Quién tomo la decisión
- Opinión de la familia de ella
- Opinión de la familia de él
- Cuando decidieron tener hijos
- Como se perciben como matrimonio: evolución desde el inicio a la actualidad

VI. Maternidad

Antecedentes maternos

- Experiencia de maternidad de su abuela
- Experiencia de maternidad de su mamá
- Experiencia de maternidad de sus hermanas

Antecedentes paternos

- Experiencia de paternidad de su abuelo
- Experiencia de paternidad de su papá
- Experiencia de paternidad de sus hermanos

VII. Presente y futuro

- Significado del embarazo
- Significado de nacimiento
- Planes a futuro

FOLIO:

ANEXO 5

APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

FOLIO:

ANEXO 6.

FACES III

ANEXO 1 **FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).**
Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
Describa su familia:				
<input type="checkbox"/> 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí				
<input type="checkbox"/> 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
<input type="checkbox"/> 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				
<input type="checkbox"/> 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
<input type="checkbox"/> 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos				
<input type="checkbox"/> 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
<input type="checkbox"/> 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
<input type="checkbox"/> 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				
<input type="checkbox"/> 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia				
<input type="checkbox"/> 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos				
<input type="checkbox"/> 11. Nos sentimos muy unidos				
<input type="checkbox"/> 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
<input type="checkbox"/> 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente				
<input type="checkbox"/> 14. En nuestra familia las reglas cambian				
<input type="checkbox"/> 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia				
<input type="checkbox"/> 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
<input type="checkbox"/> 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones				
<input type="checkbox"/> 18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad				
<input type="checkbox"/> 19. La unión familiar es muy importante				
<input type="checkbox"/> 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar				

TABLA 1 Supuestos del modelo de análisis factorial utilizado en la validez de constructo de FACES III (versión mexicana)

Supuestos de validez de constructo

1. El determinante de la matriz de correlación debía ser mayor de 0,30 para cumplir con el supuesto de no combinaciones lineales entre las variables
2. La medida de adecuación de la muestra se realizó mediante el valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la matriz de correlación "identidad" se contrastó con la prueba de esfericidad de Bartlett
3. Los valores de antiimagen de la matriz de correlación se establecieron en 0,40 o mayores para ser considerado un modelo adecuado de AF
4. La matriz de correlación múltiple debía tener más del 40% de correlaciones significativas ($p < 0,05$) entre todas las variables del modelo
5. Los componentes principales iniciales obtenidos (dos idealmente representando las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar) debían tener autovalores o eigenvalores mayores a 1,0, respectivamente
6. Se determinó obtener dos factores independientes (ortogonales) representando a las dos dimensiones mencionadas
7. El valor mínimo de la carga factorial de cada variable para incorporarla al modelo (validarla en cada dimensión) se estableció en 0,35 o más
8. Los residuales de la matriz de correlación observada y estimada no debían ser mayores del 40%
9. El número de variables consideradas hipotéticamente pertenecientes a cada dimensión fue de 10 para cohesión y 10 para adaptabilidad
10. Se consideró realizar una rotación varimax (se simplifica el número de factores obtenidos minimizando el número de variables que los representan) conservando los factores ortogonales, es decir, independientes
11. La varianza mínima esperada por el modelo de AF se estableció en un 45%, distribuida en dos factores (dimensiones)
12. El supuesto de fiabilidad de la escala ya se había logrado en el reporte previo ya señalado¹⁷

FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)

Basado conceptualmente en el modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar: adaptabilidad, cohesión y comunicación. El modelo circunflejo dio lugar a un paquete de instrumentos de evaluación entre los cuales se incluye FACES III, que es un instrumento de auto aplicación que evalúa dos principales funciones a través de 20 reactivos. Es de fácil aplicación e interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre. El cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de la familia con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo a la escala de calificación, considerando cada aseveración correlación a su familia.

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

No.	DESCRIBA A SU FAMILIA	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
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 de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie.					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la 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.					

Calificación: según cohesión: 10 a 34 no relacionada, 35 a 40 semirrelacionada, 41 a 45 relacionada y 46 a 50 aglutinada. Según adaptabilidad: 10-19 rígida, 20-24 estructurada, 25-28 flexible, 29-50 caótica.

FACES III **no** mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad); la comunicación es la tercera dimensión del modelo y se evalúa mediante otro instrumento llamado ENRICH. Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y

ANEXO 7.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MARZO 2016	Marzo - Agosto- 2016	Agosto	septiembre 2016	Septiembre – Octubre 2016	Noviembre 2016 –Agosto 2017	Septiembre 2017.- Enero- 2018	Febrero – Mayo 2018-	Junio - septiembre 2018.-	julio 2018
Elección del tema	X									
Elaboración del protocolo		X								
Presentación ante el Comité de Investigación.			X							
Registro ante SIRELCIS			X							
Modificación de acuerdo a observaciones del Comité.				X						
Espera de Dictamen de Autorización por CLIES					X					
Aplicación de encuestas.						X				
Resultados.							X			
Análisis de datos.								X		
Discusión.								X		
Elaboración del escrito final.									X	
Presentación ante el Comité.										X