



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA SEDE:

**HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA CON MEDICINA FAMILIAR No. 7,
TIJUANA, BAJA CALIFORNIA**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN LA
UMF No. 35 DE TIJUANA B.C.**

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

PRESENTA:

DRA. MARIA ESPAÑA FLORES ZATARAIN

REGISTRO DE AUTORIZACIÓN: R-2017-204-36

TIJUANA, BAJA CALIFORNIA



FEBRERO 2020

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



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.

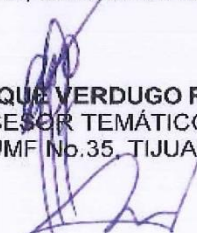
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS
ADOLESCENTES EN LA UMF No. 35 DE TIJUANA B.C.
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:


MARIA ESPAÑA FLORES ZATARAIN

AUTORIZACIONES:


DRA. DIANA BARO VERDUGO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS EN
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA CON MEDICINA FAMILIAR No. 7,
TIJUANA, BAJA CALIFORNIA


DR. ENRIQUE VERDUGO ROBLES
ASESOR TEMÁTICO
MEDICO FAMILIAR EN UMF No.35, TIJUANA, BAJA CALIFORNIA

DR. ANTONIO MOLINA CORONA
ASESOR METODOLÓGICO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN HGR
No. 20, TIJUANA, BAJA CALIFORNIA


DR. MARCO ANTONIO RUÍZ DORADO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA

TIJUANA, BAJA CALIFORNIA



FEBRERO 2020

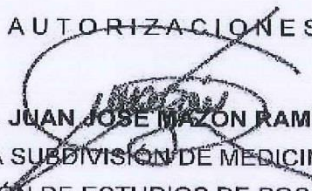
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DELEGACIÓN DE MEDICINA BAJA CALIFORNIA


**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN LA
UMF No. 35 DE TIJUANA B.C.
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**


PRESENTA:

DRA MARIA ESPAÑA FLORES ZATARAIN

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 ORTÍZ
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.



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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA SEDE:**



HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No 7, TIJUANA, BAJA CALIFORNIA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN LA
UMF No. 35 DE TIJUANA B.C.**

IDENTIFICACION DE INVESTIGADORES:

DRA. MARIA ESPAÑA FLORES ZATARAIN

Matricula: 99021862

Categoría: Médico General

Adscripción: UMF No 35, Tijuana, B.C.

Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social

Teléfono 664 6272621, 664 4938557

Correo electrónico: florezparati@hotmail.com

ASESORES:

Dr. Enrique Verdugo Robles

Matricula: 99020668

Categoría: Médico Familiar

Adscripción: UMF No. 35, Tijuana, B:C:

Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Teléfono: 664 6481521

Correo electrónico: dr.enriqueverdugo@gmail.com, enrique.verdugo@imss.gob.mx

Dr. Antonio Molina Corona

Matricula: 99377235

Categoría: Coordinador Clínico de Educación e Investigación

Adscripción: HGR 20, Tijuana, B.C.

Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social

Teléfono: 664 3417934

Correo electrónico: antonio.molina@imss.gob.mx

Dra. Diana Baro Verdugo

Matricula: 99026794

Categoría: Médico Familiar.

Adscripción: HGO/UMF 7

Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social

Teléfono: 664 2623057

Correo electrónico: diana.baro@imss.gob.mx, dianabaro@hotmail.com

INDICE

| | |
|---|----|
| Resumen | 2 |
| Marco teórico | 4 |
| Antecedentes | 8 |
| Justificación | 12 |
| Planteamiento del problema | 13 |
| Objetivos | 14 |
| Material y métodos | 15 |
| Diseño del estudio | 15 |
| Tamaño de muestra | 15 |
| Criterios de selección | 16 |
| Metodología | 17 |
| Análisis estadístico | 18 |
| Operación de variables | 19 |
| Aspectos éticos | 24 |
| Recursos: humanos, materiales y financieros | 25 |
| Resultados | 26 |
| Discusión | 33 |
| Conclusiones | 36 |
| Referencias bibliográficas | 37 |
| Anexos | 41 |

RESUMEN

TÍTULO. Funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes en la UMF No. 35 de Tijuana, B.C.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES. María España Flores Zatarain, Enrique Verdugo Robles, Antonio Molina Corona, Diana Baro Verdugo.

INTRODUCCIÓN. El embarazo adolescente es un problema de salud pública, equivale al 10% de todos los embarazos a nivel mundial; en México, de los dos millones de nacimientos al año, la quinta parte son en menores de 19 años. La presencia de un embarazo a temprana edad es una crisis del ciclo vital: el funcionamiento familiar se afecta ante la presencia de una maternidad temprana en su núcleo, obligando a disponer de técnicas de reacomodamiento.

OBJETIVO. Determinar la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas en la UMF No. 35 de Tijuana, B.C.

MATERIAL Y MÉTODOS. Previa autorización del Comité Local de Investigación 204, se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en las adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta externa en la UMF No. 35 de Tijuana, B.C. en el periodo del 01 de noviembre del 2017 al 31 de octubre del 2018. Se analizaron variables sociodemográficas y se evaluó la funcionalidad familiar utilizando el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión de variables cuantitativas y proporciones para cualitativas; estadística no paramétrica con prueba Ji cuadrada para análisis bivariado. Se utilizó programa SPSS versión 21.

RESULTADOS. De la totalidad de embarazadas adolescentes, la funcionalidad familiar predominante fue familias funcionales con un 78.9%, familias moderadamente funcionales con 16.2% y el 5.4% fueron familias disfuncionales.

CONCLUSIONES. La familia es la principal fuente de información y apoyo, aunque también puede ser un factor de riesgo para que la adolescente se embarace. En la presente investigación la mayoría de las familias fueron funcionales; entre los hallazgos más significativos se encontró que el hecho de que las adolescentes sean trabajadoras, la no utilización de un método anticonceptivo, la baja escolaridad de los padres y un estrato socioeconómico bajo, son factores que predisponen a un embarazo en esta etapa.

PALABRAS CLAVE. Embarazo adolescente, funcionalidad familiar

MARCO TEÓRICO

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, período en el que se producen intensos cambios físicos y biopsicosociales, comienza con la aparición de los primeros signos de la pubertad y termina al cesar el crecimiento, es un período de aprendizaje que se prolonga en el tiempo para la adquisición de conocimientos y estrategias para afrontar la edad adulta.¹

El término adolescencia según la Organización Mundial de la Salud es el periodo de la vida comprendido entre los 10 y 19 años, se divide en tres etapas cada una con características diferentes, con formas distintas de enfrentar la sexualidad y un embarazo: adolescencia temprana (10 a 14 años), adolescencia media (15-16 años) y adolescencia tardía (17-19 años).²

La adolescencia es una etapa compleja, ya que de las decisiones y conductas que se tomen, dependerán las oportunidades económicas, laborales, educativas, oferta de anticoncepción, situación socioeconómica, normas sociales e influencia del medio o contexto social en que viven y crecen. La actividad sexual ocurre cada vez a más temprana edad con promedios de inicio de 13.5-16 años; la edad del primer coito es de aproximadamente 15-16 años para las jóvenes de muchos países de América Latina.³

Las relaciones sexuales a temprana edad sin el uso adecuado de anticonceptivos, el inicio temprano de alcohol y drogas, abandonar la escuela, carecer de un grupo de apoyo o pocos amigos, la carencia de intereses en la escuela, familia o actividades comunitarias, vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes, crecer en condiciones empobrecidas o haber sido víctimas de abuso sexual aumenta el riesgo potencial de gestar para las niñas adolescentes.⁴

El embarazo adolescente es el que se produce entre los 10-19 años e independientemente de la edad ginecológica, es una crisis que se superpone a la crisis de la adolescencia, conlleva profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y la acentuación de conflictos no resueltos con anterioridad.⁵

Los riesgos médicos asociados con el embarazo adolescente son múltiples, enfermedad hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, aunado a una nutrición deficiente, elevan las cifras de morbilidad y mortalidad maternas y aumentan de dos a tres veces la mortalidad infantil. Los problemas de salud de hijos de madres adolescentes son Apgar bajo, bajo peso al nacer, traumatismo al nacimiento, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida.⁶

Los aspectos emocionales y sociales resultantes del impacto de la noticia de un embarazo adolescente también son un factor de riesgo, por la etapa evolutiva por la cual se está atravesando, que no le permite aceptar fácilmente el embarazo y encargarse de la crianza del niño, requiriendo de un soporte familiar si están en la escuela o universidad y las que pertenecen a sectores sociales medios o altos piensan con frecuencia en el aborto como opción.⁷

El problema del embarazo en la adolescencia no tiene una causa específica, es multifactorial, incluyendo factores de riesgo biológicos y psicosociales, lo primero se refiere a que las adolescentes con menarquia precoz tienen mayor riesgo de embarazo, hay un aumento de las relaciones sexuales precoces y el empleo de los métodos anticonceptivos es bajo. El segundo aspecto plantea que un mal funcionamiento familiar predispone a una relación sexual prematura o que el funcionamiento familiar se afecte ante la presencia de una maternidad temprana.⁸

Desde la antigüedad la unidad familiar es factor clave en el crecimiento y desarrollo normal de las personas, a través de ella el adolescente se reconoce a sí mismo y se apropia de su proyecto de vida, así que cualquier suceso que altere la dinámica familiar puede obstaculizar su sano desarrollo.⁹

La familia constituye la célula fundamental de la sociedad, se reconoce su importancia como institución, ubicándola en estrecha relación con la sociedad; en su microestructura se incluyen elementos como la presencia, calidad y facilidad de acceso a instituciones educacionales, de salud, culturales, deportivas, el acceso a una alimentación adecuada y el ingreso familiar, entre otros, poniendo a la familia en el plano de asegurador por excelencia, por lo cual debe poner en funcionamiento sus propias potencialidades como grupo humano.¹⁰

El embarazo a temprana edad es una anomalía en el ciclo vital, así mismo es una anomalía para el grupo familiar en que se desenvuelve la adolescente. La maternidad debe realizarse en las condiciones que se consideren adecuadas: edad adulta, constitución de nuevas familias, buenos antecedentes genéticos y de crianza y adecuadas condiciones económicas para el crecimiento y desarrollo normal de los hijos.¹¹

El embarazo genera cambios en la madre, en su pareja y en todo el núcleo familiar que los rodea, en el ámbito físico, social, económico y se maximizan cuando proviene de un vientre adolescente; estos cambios y riesgos potenciales que acompañan al embarazo precoz representan un reto para indagar acerca de las necesidades que presentan estas madres adolescentes, cada joven madre podría experimentar rechazo, temor y mucha confusión durante esta etapa.¹²

La adolescencia desde el punto de vista sociológico es un periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma, por ello la disfunción familiar es un factor predisponente en la aparición de trastornos emocionales psicológicos, expresados muchos de ellos en conductas dañinas para el adolescente, como la farmacodependencia, el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar, la depresión, el suicidio, entre otros.¹³

La familia es entendida como un sistema que se reconfigura a partir de las experiencias de la vida por la que atraviesa a lo largo de su ciclo vital; la configuración del sistema familiar se presenta en términos del número de miembros y posiciones que ocupan dentro de él y con respecto a los demás subsistemas, a través del cual interactúan poniendo de manifiesto la manera de agruparse ante una situación dada, en términos de cohesión familiar y la adaptabilidad familiar.¹⁴

El embarazo en la adolescencia tiene muchas consecuencias desde el punto de vista individual y familiar, así como en la sociedad en general, asimismo el funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud y en la aparición de la enfermedad entre sus miembros, con base en el cumplimiento de las funciones de cada uno hablamos de funcionalidad o disfunción familiar.¹⁵

La familia como sistema de apoyo ante un embarazo temprano se ve obligada a reestructurar las funciones de los miembros, trayendo consigo el cambio de roles y las responsabilidades pertinentes para asegurar el bienestar y buen desarrollo del nuevo integrante que llegará al hogar, este hecho genera un conflicto familiar en el que los padres sienten frustración, por su parte la adolescente debe utilizar estrategias de afrontamiento para manejar la situación.¹⁶

Existen diferentes instrumentos confeccionados para diagnosticar el funcionamiento familiar, uno de ellos es el Test de percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL), la validación se realizó en 1994 en La Habana, Cuba, permite la evaluación del funcionamiento familiar a través de las categorías cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad; constituye una prueba de alta confiabilidad por su estabilidad y coherencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.931, lo que le confiere una elevada consistencia.¹⁷

La evaluación de la efectividad de la funcionalidad familiar permite dar orientación a los integrantes de la familia, en este caso a familias con adolescentes gestantes, para conservar la integración familiar, la salud física, psicológica, la coherencia y el afecto, así como para generar acciones tendientes a cumplir las funciones que se esperan de ella.¹⁸

ANTECEDENTES

Actualmente la población mundial estimada es de 7,200 millones de personas, de las cuales el 17.5% tiene entre 15 y 19 años, el 10% de estos jóvenes presenta un embarazo lo que equivale a 10% de todos los nacimientos del mundo, es decir, aproximadamente 15 millones de mujeres de 15 a 19 años tiene un parto cada año. Por lo que se refiere a México, entre 2003 y 2012 ocurrieron 2.59 millones de nacimientos anuales, lo que representa un promedio anual de 448,000 nacimientos en madres que tenían menos de 19 años en el momento del parto, lo que constituye el 20% de los nacimientos anuales a esta edad.¹⁹

Del año 2010 al 2030, el total de la población mundial de adolescentes se incrementará a 1.3 billones a pesar de que el pronóstico de fertilidad declina. El número de adolescentes de 10 a 19 años se elevará a casi 65 millones, representando el 15% de la población femenina.²⁰

Aproximadamente el 10% de todas las mujeres de entre 15 y 19 años y el 19% de aquellas que han tenido coito quedan embarazadas. La mayoría de los embarazos en adolescentes son involuntarios y de éstos, el 50% no uso ningún método anticonceptivo antes del embarazo, el 24% porque su pareja no quiso usarlo, el 31% pensó que su pareja no quedaría embarazada, el 13% tuvo problemas para obtener anticonceptivos y el 22% no le dio importancia al riesgo de embarazo.²¹

En los últimos años, la tasa de fecundidad global entre las mujeres adultas ha descendido notablemente, incrementándose en las adolescentes. De 4 embarazos reportados uno es adolescente, por lo que podríamos concluir que de cien embarazos, veinticinco son precoces, parte de ello se debe a que la edad de inicio de la relación sexual en las mujeres ha disminuido a los 14 años y como consecuencia tenemos que ocho de cada diez embarazos adolescentes no son deseados, el 95% de las madres jóvenes no tienen trabajo durante el periodo de gestación y tres de cada diez tienen un segundo hijo antes de terminar la adolescencia.²²

Entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), Estados Unidos de América, seguido de Nueva Zelanda, presenta la tasa más elevada de fertilidad entre los 15 y 19 años. En Europa, las tasas más elevadas de embarazo adolescente se encuentran en Rusia y en Europa occidental la más alta corresponde al Reino Unido. A nivel mundial, 7 países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, República Democrática del Congo, Etiopía, India, Nigeria y Estados Unidos de América.²³

El informe de la Agencia de Comunicación-PANDI (2013) da un panorama de América Latina y el Caribe, destacando que la tasa de adolescentes de 15 a 19 años embarazadas en América Latina y el Caribe sólo es superada por África.²⁴

En los Estados Unidos la tasa de embarazos en adolescentes es sustancialmente más alta que en otras naciones occidentales industrializadas y aún persisten las disparidades geográficas y raciales étnicas en la tasa de embarazos de adolescentes; en este país en el 2015, un total de 229,715 bebés nacieron de mujeres de entre 15 y 19 años, con una tasa de nacimientos de 22.3 por cada 1000 mujeres pertenecientes a este grupo de edad.²⁵

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el 25% de las mujeres en América Latina y el Caribe, son madres antes de los 20 años y el 45% de estos embarazos resultan del mal uso o de la falta de un método anticonceptivo.²⁶

En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 con respecto al debut sexual, reporta un aumento tanto en hombres como en mujeres de 12 a 19 años; el 25.5% de los hombres y el 20.5% de las mujeres de este grupo etario ha iniciado su vida sexual. Del total de adolescentes sexualmente activos, 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual. Con respecto al embarazo adolescente, del total de mujeres adolescentes de 12 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9%) alguna vez ha estado embarazada.²⁷

La proporción de nacimientos en madres adolescentes de 10 a 19 años para 2008-2012 a nivel nacional, representó el 20.6%. Por entidad federativa se halla un rango

de 9.8 puntos porcentuales, entre valores mínimo y máximo de 17.4 y 24.2%. Por arriba del porcentaje nacional están 17 entidades federativas, entre las 17 con mayores porcentajes están incluidas 7 que corresponden a la zona norte del país: Chihuahua, Durango, Coahuila, Sonora, Sinaloa, Baja California y Baja California Sur, consideradas con un índice de desarrollo alto.²⁸

Según datos obtenidos a partir de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 en Baja California, la edad mediana de la primera relación sexual en mujeres fue de 17.2, con una media de 17.7 años; del total de mujeres embarazadas en Baja California en 2014, 34.1% declararon que su embarazo no era planeado y de éste el mayor porcentaje se encuentra entre las mujeres de 15 a 19 años con un 45.1%.²⁹

La morbilidad y mortalidad materna se incrementan durante el embarazo adolescente, especialmente entre las más jóvenes. Para la OPS el 95% de muertes maternas son evitables y es posible disminuir esta cifra a menos de 10 muertes por cada 10 000 nacimientos.³⁰

El embarazo adolescente es un evento de salud pública asociado a elevadas tasas de morbilidad y mortalidad en la madre y el neonato; genera impactos socioculturales y psicológicos negativos, con elevados costos a nivel personal, educacional y familiar. Representa el 11% de los nacimientos a nivel mundial y 19% en países en desarrollo.³¹

Estudios realizados en el ámbito nacional e internacional demuestran la importancia de la funcionalidad familiar en las familias con adolescentes gestantes. Entre estos estudios se encuentran el realizado por Ávila y otros sobre aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia, que revela un incremento de las familias moderadamente disfuncionales, ausencia de la figura paterna, pobre comunicación entre padres e hijos e inestabilidad emocional en la adolescente gestante.³²

La funcionalidad familiar se ha constituido en un tema de gran relevancia para los investigadores sociales y para la salud pública. En Bogotá se han reportado

prevalencias de disfuncionalidad familiar del 59%, en Perú del 35%, en Costa Rica del 31.4%, en Brasil del 26.8%.³³

Datos más actuales indican que en el México del siglo XXI la mayor parte de los hogares continúan siendo familiares 90.5% y 97.3% de la población residente del país forma parte de ellos. La proporción de los hogares no familiares es de 9.3% y la conforman los hogares unipersonales o grupos de personas que no tienen parentesco con el jefe el hogar. Hay casos donde el jefe convive solo con sus hijos (hogar monoparental) o bien convive con sus hijos y su cónyuge (biparental); en conjunto a estos hogares se les denomina nucleares y representan el 79% del total.³⁴

Es importante reconocer que a pesar de los avances logrados y los importantes esfuerzos que se han puesto en marcha en México en materia de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes, quedan muchos retos en esta área para mejorar la misma, y por ende, su calidad de vida.³⁵

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, la tasa de embarazos en el mundo ha descendido notablemente, aumentando el número de nacimientos en adolescentes, en México sigue siendo relativamente alta; las madres adolescentes tienen un riesgo superior al general de perder la vida debido al embarazo y parto, sus hijos tienen niveles más altos de morbilidad y mortalidad.

El papel de la familia es primordial en la prevención de conductas de riesgo, es el principal agente protector y facilitador del sano desarrollo del adolescente, en ella se forman hábitos de vida, formas de expresar afectos, relacionarse con los demás, resolver conflictos y desarrollar conductas de autocuidado, que permitirán que el adolescente se convierta en una persona autónoma.

El embarazo en la adolescente es un problema de salud pública, por sus repercusiones biológicas, psicológicas y sociales, es un problema culturalmente complejo, que actúa desfavorablemente sobre la salud reproductiva de las adolescentes y la familiar.

La presencia de un embarazo adolescente puede originar el síndrome de fracaso de la adolescente embarazada, ocasionando fracaso de la identidad propia, deserción escolar, incapacidad de construir una familia estable, de ser autosuficiente y potencialmente, en tener hijos sanos.

Conocer el tipo de entorno familiar de las madres adolescentes y como ellas afrontan la situación en la que se encuentran, permitirá crear estrategias de atención dirigidas a este grupo de población; determinar el grado de funcionalidad familiar y evaluar cuantitativamente factores como participación, adaptación, afectividad, crecimiento y resolución, determinantes en la interrelación familiar, convierten este estudio en un valioso aporte para la salud familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia y su dinámica son primordiales en la conducta del adolescente, fundamentalmente en las manifestaciones de su sexualidad; el funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o la aparición de la enfermedad entre sus integrantes.

La aparición de un embarazo adolescente en la familia obliga a la reestructuración en las funciones de sus miembros, creándose nuevas necesidades en torno a este binomio.¹⁵

Dado el impacto que genera en la sociedad la aparición de un embarazo en la adolescente, así como la importancia que tiene el funcionamiento familiar para mantener la homeostasia de sus miembros y afrontar esta crisis paranormativa, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en las embarazadas adolescentes en la Unidad de Medicina Familiar número 35 de Tijuana, B.C.?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la funcionalidad familiar en las embarazadas adolescentes en la UMF No. 35.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Identificar a la totalidad de las adolescentes embarazadas en el período de noviembre del 2017 a octubre del 2018.
- 2.- Conocer la edad más frecuente de presentación del embarazo en adolescentes.
- 3.- Identificar el estado civil en las adolescentes embarazadas.
- 4.- Indicar la ocupación de las adolescentes embarazadas.
- 5.- Señalar la escolaridad de las adolescentes embarazadas.
- 6.- Enunciar la presencia de deserción escolar en las embarazadas adolescentes.
- 7.- Señalar si existe antecedente de embarazo previo en la adolescente.
- 8.- Indicar si las adolescentes utilizaron algún método anticonceptivo.
- 9.- Conocer el motivo de inicio de vida sexual activa en la adolescente embarazada.
- 10.- Determinar el nivel socioeconómico de la embarazada adolescente.
- 11.- Identificar el estado civil de los padres de la adolescente.
- 12.- Distinguir la escolaridad de la madre de la adolescente.
- 13.- Señalar la escolaridad del padre de la embarazada adolescente.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta externa en la UMF No. 35 del IMSS en Tijuana, B.C. durante el periodo del 01 de noviembre del 2017 al 31 de octubre del 2018.

LUGAR DE REALIZACIÓN.

Unidad de Medicina Familiar No 35 del IMSS en Tijuana, B:C:

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se tomó la totalidad de las embarazadas adolescentes derechohabientes del IMSS de la UMF 35, que acudieron durante el periodo de estudio.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Se realizó selección de pacientes embarazadas adolescentes mediante censo nominal.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1.- Embarazadas cuya edad oscile entre 10 y 19 años que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar.
- 2.- Adscritas a la Unidad de Medicina Familiar número 35, ambos turnos.
- 3.- Que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento y asentimiento (en caso de ser menores de 18 años) por escrito.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- 1.- Adolescentes embarazadas menores de edad sin autorización de los padres para participar en el estudio.
- 2.- Adolescentes embarazadas beneficiarias hijas que no cuenten con dispensa por el H. Consejo Consultivo del IMSS para atención de embarazo.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- 1.- Cuestionarios incompletos.
- 2.- Cuestionarios no entregados.

METODOLOGÍA

Previa aprobación del presente estudio por el Comité Local de Investigación y Ética (CLIEIS), se solicitó permiso a las autoridades correspondientes de la UMF No 35; las adolescentes embarazadas fueron seleccionadas mediante el censo nominal, durante el periodo del 01 de noviembre del 2017 al 31 de octubre del 2018; se les habló de manera privada y en un lugar expreso para eso, iniciando con la hoja de consentimiento informado a las embarazadas mayores de 18 años y, en caso de menores de edad, los padres firmaron la hoja de consentimiento informado y la menor la de asentimiento informado; posteriormente se procedió a llenar la hoja de recolección de datos, la escala de Graffar-Méndez Castellanos y se aplicó el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL. En caso de una reacción emocional adversa se contó con equipo multidisciplinario para su abordaje: Médico Familiar y Trabajo Social para intervención en crisis.

El cuestionario de Graffar-Méndez Castellanos clasifica el estrato socioeconómico de las familias en base a 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia y condiciones de alojamiento; se obtiene un puntaje de 4 a 20 dando a mayor puntaje menor estrato socioeconómico, considerándose de estrato alto hasta marginal, interpretándose los resultados como estrato alto (04-06 puntos), estrato medio alto (07-09 puntos), estrato medio bajo (10-12 puntos), estrato obrero (13-16 puntos), estrato marginal (17-20 puntos).

El cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL permite evaluar la cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad, donde se presentan situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

Variables que mide: 1 y 8 cohesión, 2 y 13 armonía, 5 y 11 comunicación, 7 y 12 permeabilidad, 4 y 1 afectividad, 3 y 9 roles, 6 y 10 adaptabilidad. Cada situación tiene una escala de 5 respuestas cualitativas, que tienen a su vez una escala de

puntos. Escala cualitativa: casi nunca 1 punto, pocas veces 2 puntos, a veces 3 punto, muchas veces 4 puntos, casi siempre 5 puntos. Cada situación es respondida con una cruz según la percepción del encuestado, al final se realiza la sumatoria de puntos de la siguiente manera:

De 70 a 57 puntos: familia funcional.

De 53 a 46 puntos; familia moderadamente funcional.

De 42 a 28 puntos: familia disfuncional.

De 27 a 14 puntos: familia severamente disfuncional.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente:

Funcionalidad familiar.

Variables independientes:

Edad, estado civil, ocupación, escolaridad, deserción escolar por embarazo, edad gestacional, antecedente de embarazo previo, utilización de método anticonceptivo, motivo de inicio de vida sexual activa (IVSA), nivel socioeconómico, estado civil de los padres, escolaridad de la madre, escolaridad del padre.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y proporciones para cualitativas. Se seleccionó estadística no paramétrica con prueba Ji cuadrada para análisis bivariado, SPSS versión 21.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| Variable dependiente | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Escala de medición |
|------------------------|---|--|-----------------------|--|
| Funcionalidad familiar | Es la capacidad de la familia para superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que se atraviesa | Es la forma en que cada familia supera las crisis a las que está sometida. Se evaluará mediante la aplicación del cuestionario FF-SIL | Cualitativa ordinal | 1) 70-57: familia funcional. 2) 56-43: familia moderadamente funcional. 3) 42-28: familia disfuncional. 4) 27-14: familia severamente disfuncional. |
| Edad gestacional | Sistema estandarizado para cuantificar la progresión del embarazo | Semanas de gestación de la adolescente | Cuantitativa discreta | Semanas de gestación |
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo, contando desde su nacimiento | Años de la adolescente en el momento de la encuesta | Cuantitativa discreta | Años |

| | | | | |
|--------------------------------|---|---|----------------------------------|--|
| Estado civil | Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc. de un individuo | Relación que tiene con una persona del sexo opuesto | Cualitativa nominal y politémica | 1) Soltera 2) Casada 3) Unión libre 4) Separada |
| Ocupación | Actividad que realiza la persona | Es el trabajo que desempeña la adolescente | Cualitativa Nominal | 1) Ama de casa 2) Estudiante 3) Trabaja 4) Otro |
| Escolaridad | Nivel académico de los individuos | Grado de estudios que tiene la adolescente | Cualitativa ordinal | 1) Analfabeta 2) Primaria incompleta 3) Primaria completa 4) Secundaria incompleta 5) Secundaria completa 6) Bachillerato incompleto 7) Bachillerato completo 8) Carrera técnica 9) Otro |
| Deserción escolar por embarazo | Abandono escolar por embarazo | Abandono de clases de la adolescente por embarazo | Cualitativa nominal | 1) Si 2) No |
| Embarazo previo | Antecedente de uno o más embarazos anteriores | Embarazos previos en la adolescente | Cualitativa nominal | 1) Si 2) No |

| | | | | |
|--|---|---|---------------------|--|
| Utilización de métodos anticonceptivos | Conjunto de métodos para evitar un embarazo | Si la adolescente utilizaba algún método anticonceptivo | Cualitativa nominal | 1) Si 2) No |
| Motivo de inicio de vida sexual activa | Causas que motivaron a la adolescente a tener relaciones sexuales | Motivos de inicio de vida sexual activa en la adolescente | Cualitativa nominal | 1) Decisión propia 2) Presión de pareja 3) Presión de amigos 4) Abuso sexual 5) Otro |
| Nivel socioeconómico | Capacidad económica y social de un individuo | Clase socioeconómica a la que pertenece la adolescente. Se evaluará mediante la escala de Graffar-Méndez Castellanos. | Cualitativa ordinal | 1)04-06: estrato alto. 2)07-09: estrato medio alto. 3)10-12: estrato medio bajo. 4)13-16: estrato obrero. 5)17-20: estrato marginal. |
| Estado Civil de los padres | Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. | Situación civil de los padres de la adolescente | Cualitativa nominal | 1) Soltero (a) 2) Unión libre 3) Casados 4) Separados 5) Divorciados 6) Viudo (a) |

| | | | | |
|-------------------|--|--|---------------------|--|
| Escolaridad padre | Tiempo en que la madre acudió a la escuela o centro de enseñanza | Grado máximo de estudios del padre de la adolescente | Cualitativa ordinal | <ol style="list-style-type: none"> 1) Analfabeta 2) Primaria incompleta 3) Primaria completa 4) Secundaria incompleta 5) Secundaria completa 6) Bachillerato incompleto 7) Bachillerato completo 8) Carrera 9) Posgrado 10) Maestría 11) Otro |
| Escolaridad madre | Grado académico del padre | Grado máximo de estudios de la madre de la adolescente | Cualitativa ordinal | <ol style="list-style-type: none"> 1) Analfabeta 2) Primaria incompleta 3) Primaria completa 4) Secundaria incompleta 5) Secundaria completa 6) Bachillerato incompleto 7) Bachillerato completo 8) Carrera |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | 9) Posgrado 10) Maestría 11) Otro |
|--|--|--|--|---|

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los lineamientos de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se realizó conforme al Título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría "I" que dice: "Investigación sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental y aquellos donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se pueden considerar: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros donde no se identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño. Asimismo, la investigación no viola ninguna recomendación y en ésta participan seres humanos, contenida en la Declaración de Helsinki, enmendada en la 41 Asamblea Médica Mundial en Hong Kong en septiembre de 1989 y Edimburgo, Escocia en octubre del 2000 y la nota de clasificación del párrafo 29, agregada a la Asamblea General de la AMM, Washington 2002.

El proyecto se apegó a lo dispuesto en la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevalece es el que respecta a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, evitando hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y asegurando la confiabilidad de dichos datos (artículo 13). La participación fue voluntaria y se protegieron los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14 fracción V).

En el presente estudio se solicitó carta de consentimiento informado a las adolescentes de 18 años en adelante; en el caso de las menores de edad, se habló con los padres para solicitar su consentimiento informado y posteriormente se realizó entrevista a la adolescente embarazada menor de edad, pidiendo firma de asentimiento informado. Se entregaron los resultados y en caso de existir disfunción familiar se derivaron a atención médica especializada y atención integral de la familia.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTOS

Se contó con el recurso humano: el investigador, así como el material, como hojas blancas, plumas, lápices, impresora, etc. no se requirió de financiamiento y se contó con una población de adolescentes embarazadas que acuden a control en la UMF No. 35.

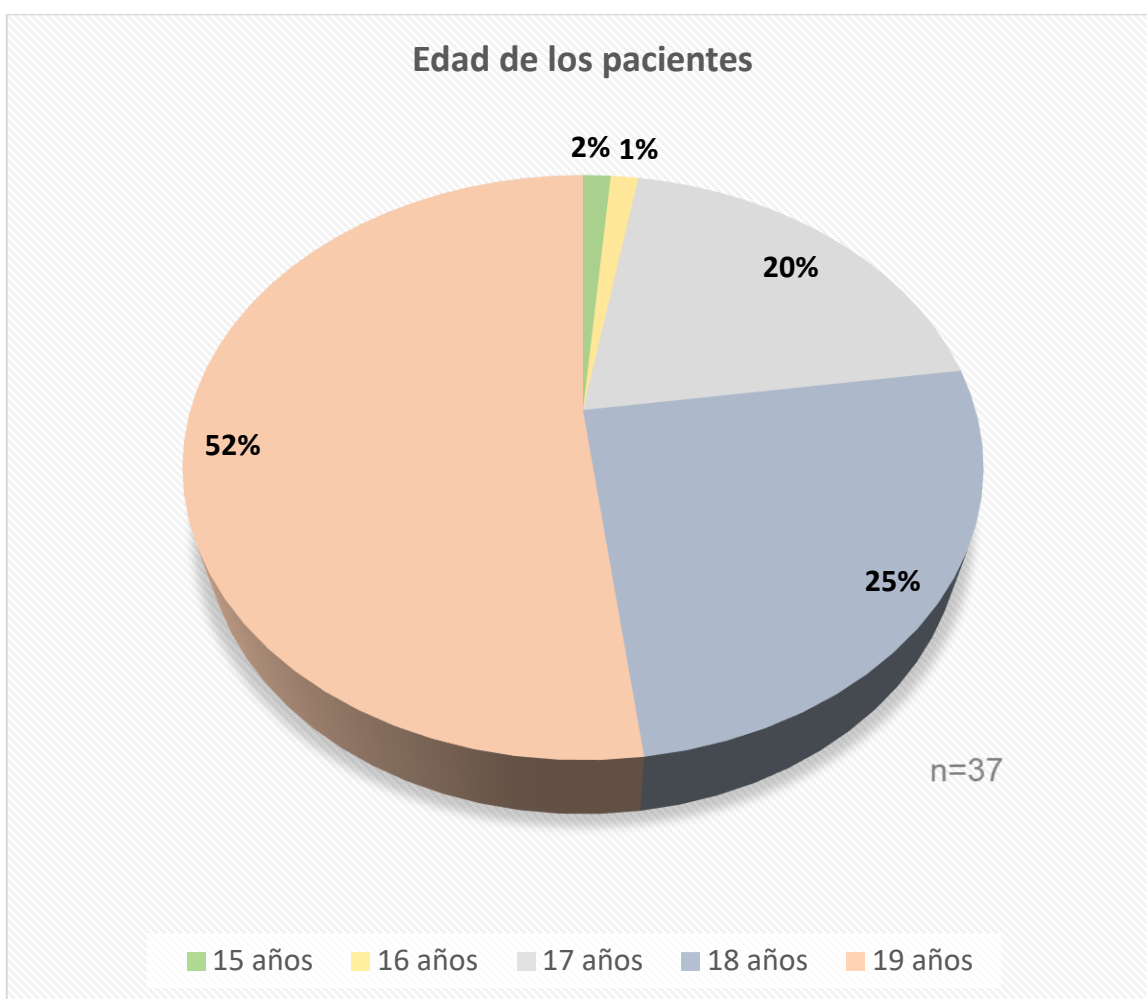
RESULTADOS

Se realizaron 37 encuestas, de las cuales no se descartó ninguna y se tomaron en su totalidad para fines de análisis estadístico.

Los datos obtenidos de las variables estudiadas de la presente investigación arrojaron lo siguiente:

En la edad de las pacientes, se presentó una media de 18.27 ± 0.9 , con rango de 4 años, edad mínima de 15 y máxima de 19 años. (Ver Gráfica 1).

Gráfica 1. Edad de las adolescentes embarazadas



En cuanto a la etapa de la adolescencia, el 2.7% de las pacientes corresponde a adolescentes en etapa media de 14-16 años y 97.3% corresponden a adolescentes en etapa tardía de 17-19 años. (Ver Tabla 1).

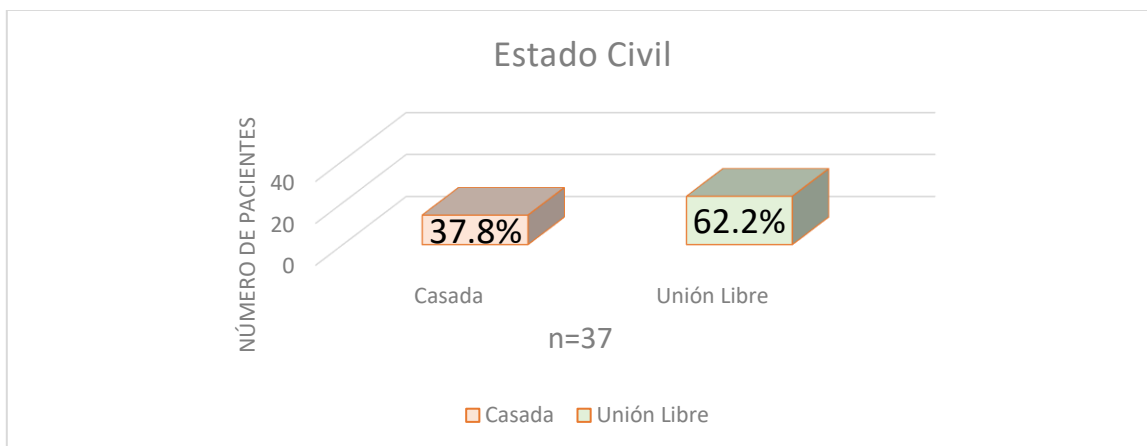
Tabla 1. Etapas de adolescencia

| Etapas de adolescencia | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Adolescencia media 14-16 años | 1 | 2.7 |
| Adolescencia tardía 17-19 años | 36 | 97.3 |
| Total | 37 | 100.0 |

Con respecto a la edad gestacional, presentaron una media de 16.3 ± 3.160 , con rango de 13 semanas, mínimo de 10 y máximo de 23 semanas.

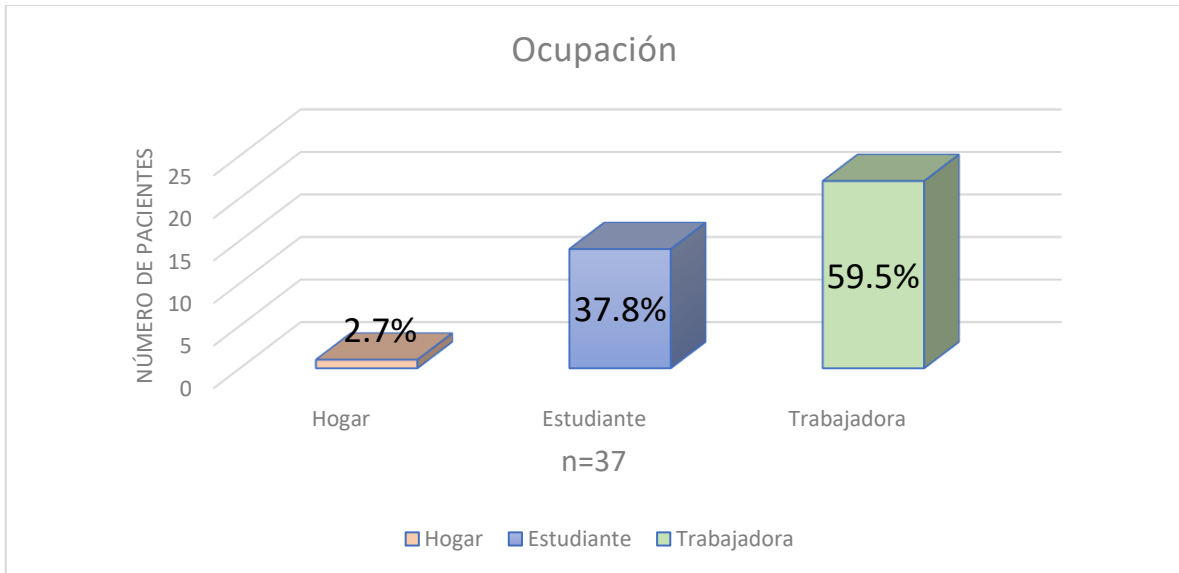
En relación al estado civil, el 37.8% de las adolescentes son casadas (14) y el 62.2% (23) viven en unión libre. (Ver Gráfica 2).

Gráfica 2. Estado civil de las adolescentes embarazadas



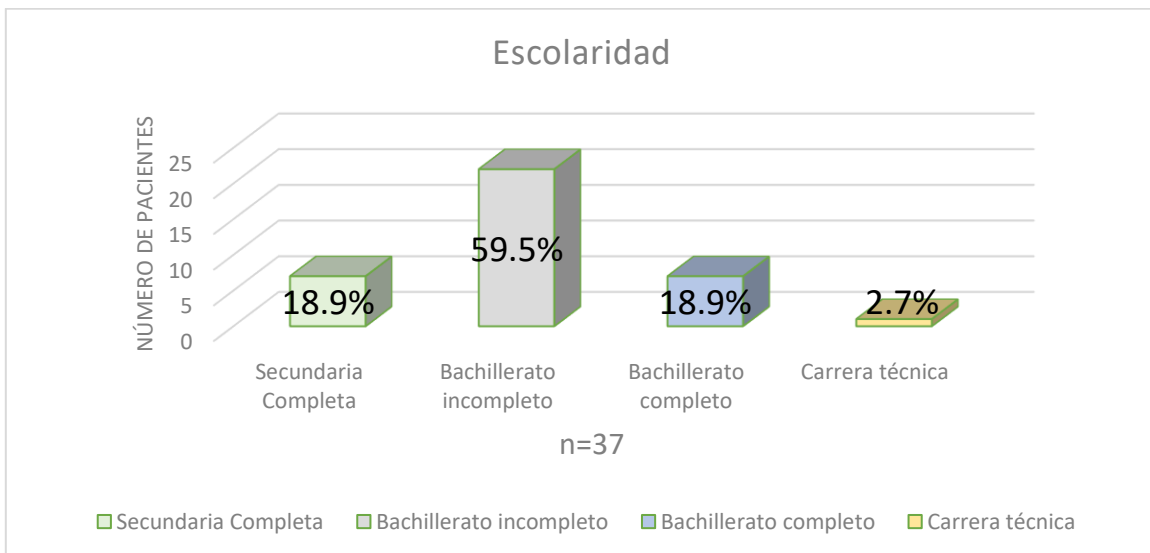
Respecto a la ocupación, 2.7% (1) se dedican al hogar, 37.8% (14) son estudiantes y 59.5% (22) trabajadoras. (Ver Gráfica 3).

Gráfica 3. Ocupación de las adolescentes embarazadas



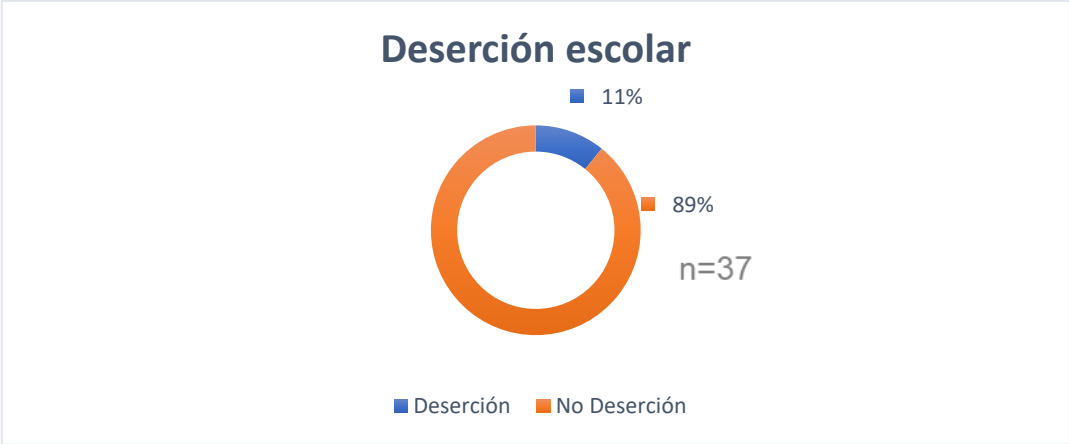
Los resultados en cuanto a escolaridad mostraron que el 18.9% (7) tienen secundaria completa, 59.5% (22) bachillerato incompleto, 18.9% bachillerato completo (7) y el 2.7% (1), carrera técnica. (Ver Gráfica 4).

Gráfica 4. Escolaridad de las adolescentes embarazadas



En cuanto a deserción escolar por motivo del embarazo, el 10.8% (4) de las encuestadas presentó deserción y el 89.3% (33) no la tuvo. (Ver Gráfica 5).

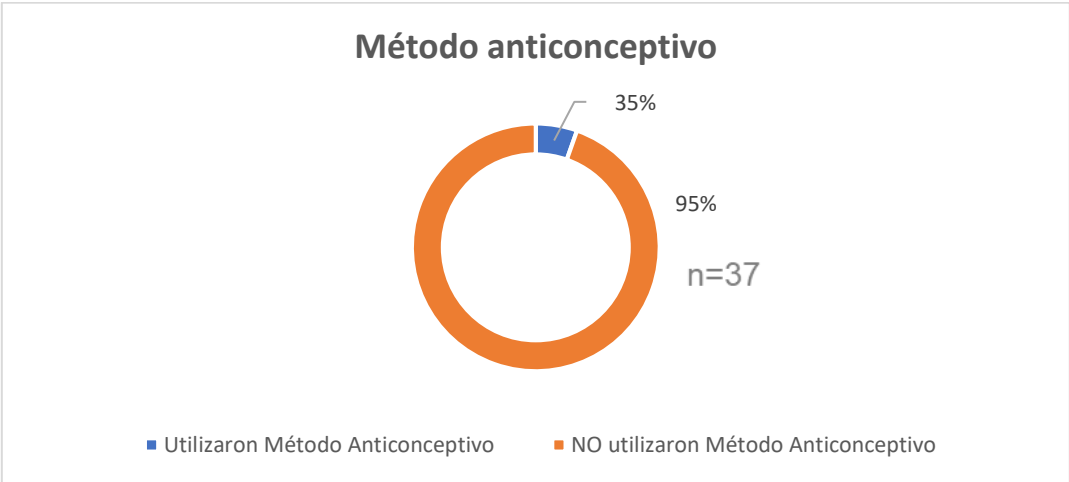
Gráfica 5. Deserción escolar de las adolescentes embarazadas



La totalidad de las embarazadas adolescentes (100%) no tuvieron un embarazo previo al actual.

Con respecto a la utilización de un método anticonceptivo, el 5.4% (2) si utilizaron un método anticonceptivo y el 94.6% (35) no lo utilizaron. (Ver Gráfica 6).

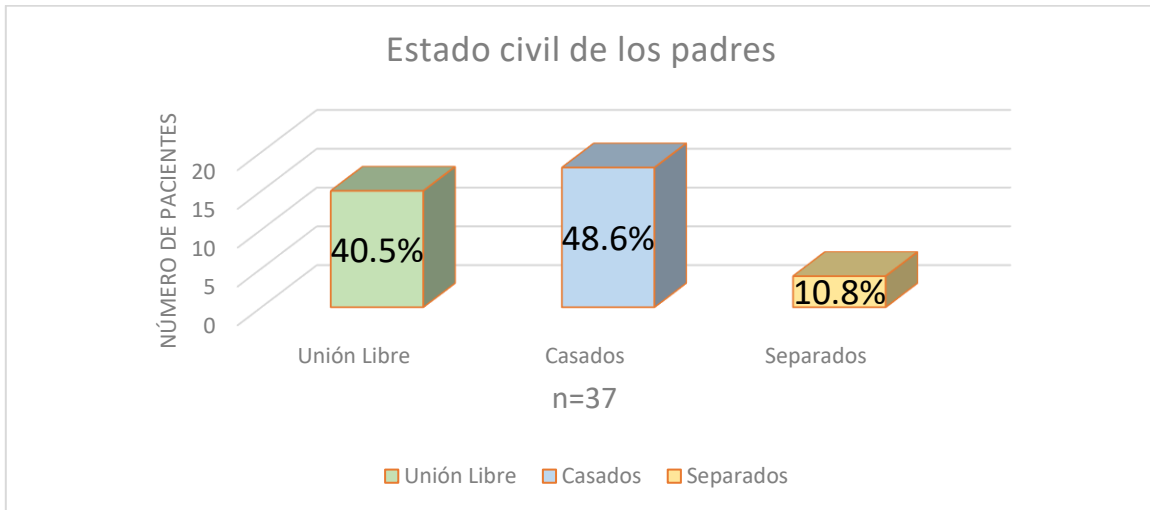
Gráfica 6. Método anticonceptivo de las adolescentes embarazadas



El 100% de las adolescentes encuestadas, refirieron que el motivo de inicio de vida sexual activa fue por decisión propia.

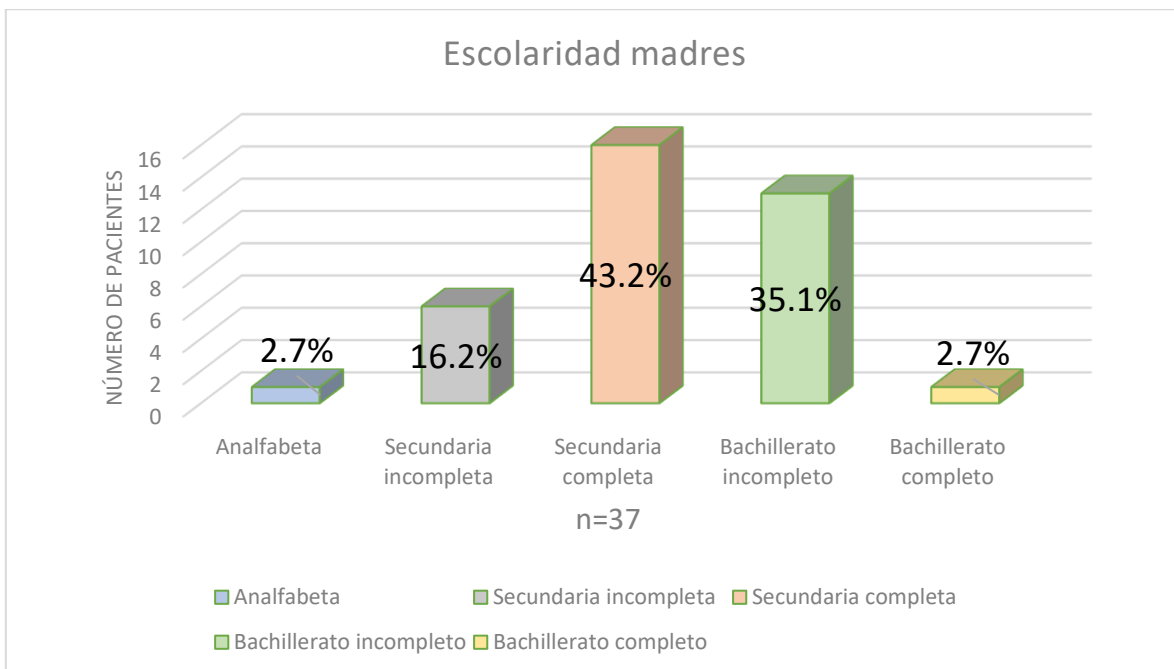
En cuanto al estado civil de los padres, el 40.5% (15) viven en unión libre, el 48.6% (18) son casados, y el 10.8% (4) están separados. (Ver Gráfica 7).

Gráfica 7. Estado civil de los padres de las adolescentes embarazadas



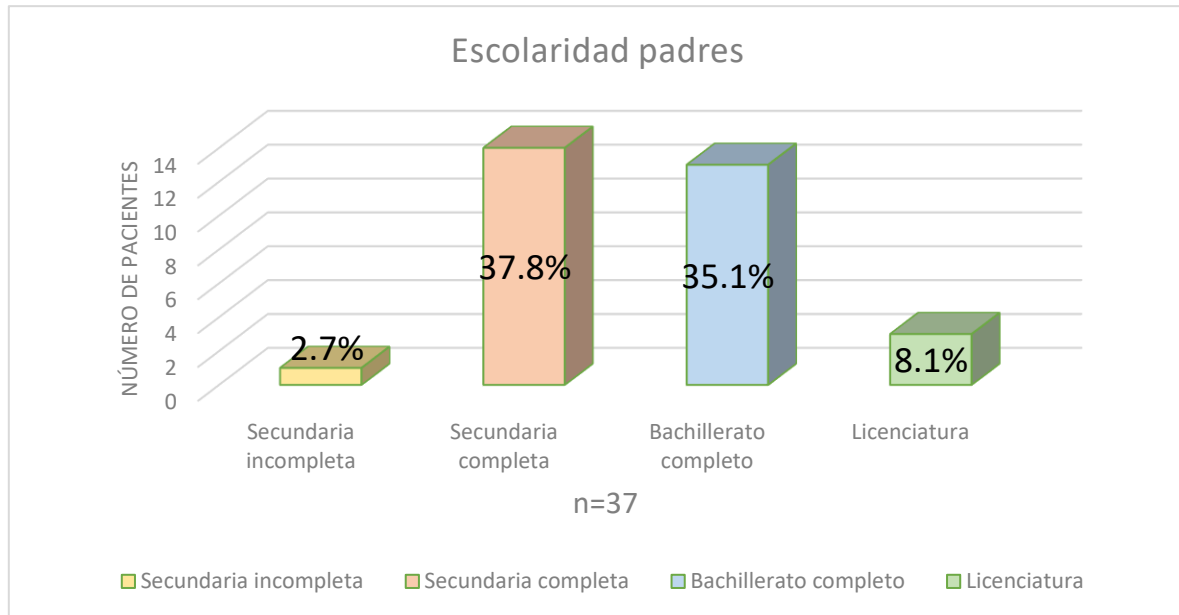
De la totalidad de madres de adolescentes, el 2.7% (1) es analfabeta, el 16.2% (6) tiene secundaria incompleta, el 43.2% (16) secundaria completa, el 35.1% (13) bachillerato incompleto, el 2.7% (1) bachillerato completo. (Ver Gráfica 8).

Gráfica 8. Escolaridad madres de las adolescentes embarazadas



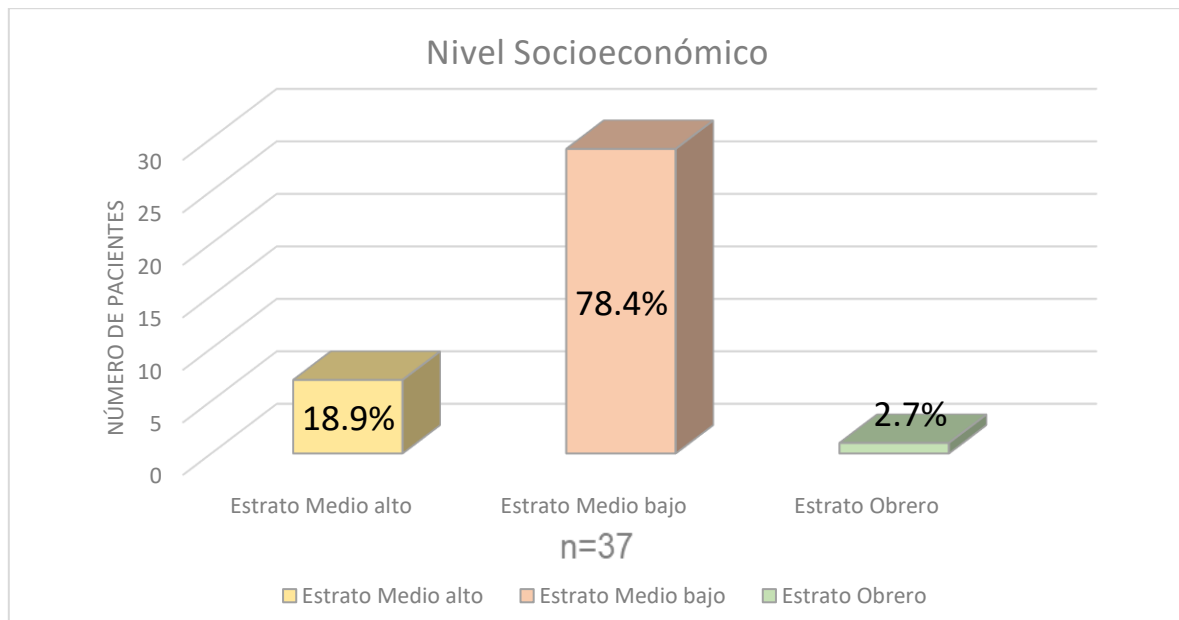
De los padres, el 2.7% (1) tienen estudios de secundaria incompleta, el 37.8% (14) secundaria completa, el 35.1% (13) bachillerato completo, el 8.1% (3), licenciatura. (Ver Gráfica 9).

Gráfica 9. Escolaridad padres de las adolescentes embarazadas



Con respecto al nivel socioeconómico, el 18.9% (7) son de estrato medio alto, el 78.4% (29) de estrato medio bajo y el 2.7% (1) de estrato obrero. (Ver Gráfica 10).

Gráfica 10. Nivel socioeconómico de las adolescentes embarazadas



De la totalidad de las embarazadas adolescentes, la funcionalidad familiar predominante fue de 78.9% (29) para familias funcionales, el 16.2% (6) familias moderadamente funcionales y el 5.4% (2) familias disfuncionales. (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Funcionalidad familiar

| Concepto | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| Familia funcional | 29 | 78.4 |
| Familia moderadamente funcional | 6 | 16.2 |
| Familia disfuncional | 2 | 5.4 |
| Total | 37 | 100.0 |

Al realizar análisis bivariado, no se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas edad, edad gestacional, estado civil, ocupación, escolaridad, deserción escolar, método anticonceptivo, escolaridad de las madres, escolaridad de los padres, estado civil de los padres y nivel socioeconómico con funcionalidad familiar; no se encontró ningún valor con $p < 0.05$.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio es conocer la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas en la UMF No. 35 del IMSS en Tijuana, B.C. Existen antecedentes de estudios analizando la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas utilizando diferentes instrumentos de medición dentro de la familia.

En un estudio realizado por Gómez y Mercado³⁶ a adolescentes embarazadas para establecer la relación entre los factores sociales, demográficos, familiares y económicos con el embarazo adolescente, se encontró en el 94.6% de éstas una edad predominante mayor de 15 años; resultados similares se obtuvieron en esta investigación, donde el predominio de edad fue de 15-19 años, con mayor porcentaje de adolescentes en etapa tardía del 97.3%.

Gálvez F y Cols³⁷ estudiaron las características epidemiológicas del embarazo adolescente, con edades comprendidas entre los 12 y 19 años, en Península de Macanao, Venezuela; con respecto a la distribución de gestantes en relación a contar con pareja, encontró que el 44.4% se encontraba unida y el 55.5% sin pareja; difiriendo de nuestro estudio, en donde el 100% de las adolescentes cuentan con pareja.

Respecto a la ocupación, nuestros hallazgos muestran que el 3% de las adolescentes embarazadas se dedican al hogar; estos resultados difieren a los reportados por Sánchez, et al.³⁸ (2013) en un estudio de casos y controles, en los que encontraron que el 50% se dedicaban al hogar; por su parte Soto J y Rodríguez D³⁹ en una población de 137 embarazadas adolescentes que acudieron a consulta en el Hospital General de Juárez, México, reportaron resultados similares a Sánchez et al, encontrando que las adolescentes que tenían 17 años al embarazarse y por ende, menor escolaridad, la ocupación que se presentó con mayor frecuencia, fueron las actividades del hogar en un 44%.

En un estudio transversal descriptivo realizado en el estado de Sonora, México, de marzo del 2012 a noviembre del 2013, por Soto-Acevedo y cols¹⁵, sobre la calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes en una unidad de medicina familiar, respecto a su escolaridad, la mayoría de las adolescentes contaban con escolaridad secundaria (12.3%) o bachillerato (69.2%) y solo un porcentaje menor (18.5%) contaban con estudios universitarios; resultados muy similares a nuestra investigación en donde la mayoría de las adolescentes cuentan con una escolaridad básica/media superior y ninguna con educación superior.

En cuanto a deserción escolar por motivo del embarazo, en la presente investigación, la mayoría de las adolescentes continuó con sus estudios (89.3%), a diferencia de lo reportado Villalobos y cols⁴⁰, en su estudio sobre embarazo adolescente y rezago educativo, encontraron que el máximo grado escolar alcanzado por las adolescentes sin antecedente de embarazo es de bachillerato (41.4%), mientras que las adolescentes con antecedente de embarazo sólo cursaron hasta secundaria (58.9%).

Zamudio Raya y cols⁴¹, describieron el perfil epidemiológico de 72 adolescentes embarazadas, entre 12 y 19 años, dentro de las variables ginecoobstétricas, con respecto al uso de métodos anticonceptivos (MAC), el 45.8% utilizó preservativo, 29.2% ninguno, 23.6% hormonales y el 1.4% dispositivo intrauterino (DIU), contrastando con la presente investigación, donde el 94.6% no lo utilizaron y sólo el 5.4% utilizaron algún método anticonceptivo.

En un estudio realizado por Ortiz-Lazcano⁴² sobre embarazo en universitarias, al interrogarlas sobre cuál es el estado civil de sus padres, se observa que 24.3% están divorciados, separados o nunca vivieron juntos, 75% están casados o viven juntos, correspondiendo a que tres adolescentes de cada diez, sus padres no se encuentran unidos; difiriendo con nuestros resultados, ya que el 89.2% de los padres de las adolescentes embarazadas se encuentran unidos y el 10.8% no unido, lo cual representa que nueve de cada diez adolescentes embarazadas sus padres se encuentran unidos.

Jiménez-González y cols⁴³, estudiaron las condiciones de vida y asociaciones subjetivas en el embarazo en adolescentes. Con respecto a la escolaridad materna, el 68% contaban con primaria completa, en relación a la escolaridad del padre fue menor, ya que el 54% presentó primaria incompleta; contrastando con nuestra investigación, en donde la escolaridad paterna fue mayor que la materna, en donde el 43.2% de los padres contaron con educación media superior y superior, mientras que las madres el 43.2% cursaron nivel básico (Primaria y secundaria).

Rojas Saunero y Claros Beltrán (2014)⁴⁴, realizaron un estudio comparativo con adolescentes embarazadas, los resultados arrojaron que el 100% de los casos provenían de un nivel socioeconómico bajo, con resultados similares en nuestra investigación, donde el 78.4% de las embarazadas adolescentes fueron de estrato medio bajo, contrastando con el estudio de Zamudio-Raya y cols⁴¹, donde el 72.2% fue clasificado como obrero y un 19.4% en estrato bajo en cuanto a nivel socioeconómico.

En cuanto a los resultados de la funcionalidad familiar, en el estudio de Soto-Acevedo y Cols¹⁵, sobre la calidad de vida y funcionalidad familiar de adolescentes embarazadas, 49% de las familias fueron funcionales, 39% con disfunción moderada y 12% con disfunción severa; al adicionar los resultados de disfunción moderada y severa, arroja que el 51% son familias disfuncionales en algún grado.

Estos resultados difieren de los nuestros, en donde encontramos que el 78.9% fueron familias funcionales, el 16.2% familias moderadamente funcionales y el 5.4% familias disfuncionales. Al sumar las familias funcionales y moderadamente funcionales resulta un 95% de familias funcionales y el 5% familias disfuncionales; difiriendo del estudio realizado por Calderón Morales y cols⁴⁵, en 58 gestantes menores de 20 años, pertenecientes al área de salud en Santiago de Cuba, donde se encontró la presencia de disfuncionalidad en 65.5% de las familias y funcionalidad en 34.5%.

CONCLUSIONES

El embarazo adolescente es uno de los problemas de mayor relevancia en términos de salud y social por los riesgos y consecuencias que representa; aunque la familia es la principal fuente de información y apoyo, también puede ser un factor de riesgo para que la adolescente se embarace.

La Unidad de Medicina familiar donde se realizó el presente estudio, se encuentra en una de las áreas más pobladas de la ciudad de Tijuana, B.C. con una población en dinámica creciente, predominando los niños y jóvenes, por ello este estudio pretende resaltar los factores que predisponen a la presentación de un embarazo adolescente.

En lo que respecta a la funcionalidad familiar, en nuestro estudio, la mayoría de las familias fueron funcionales; entre los hallazgos más significativos, encontramos que el hecho de que las adolescentes sean trabajadoras, el no utilizar un método anticonceptivo, la baja escolaridad de los padres (secundaria) y un estrato socioeconómico bajo, son factores que predisponen a un embarazo en esta etapa.

Es evidente en esta investigación, que a pesar de que las adolescentes tienen una dinámica familiar adecuada, es primordial reforzar la información y capacitación sobre métodos anticonceptivos y embarazo de alto riesgo en nuestra población, pero sobre todo dentro del núcleo familiar, por ser fuente de información para la sexualidad responsable y fuente de apoyo ante las dificultades de los jóvenes, y que a partir de los resultados de este estudio se abren líneas de investigación en esta área con el fin de disminuir el embarazo adolescente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Iglesias JL. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integ*. 2013;17(4):88-93.
2. Mendoza TL, et al. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2012;77(4):271-279.
3. Mendoza-Tascón L, Claros-Benítez D, Peñaranda-Ospina C. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2016;81(3):243-253.
4. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-Quispe G, Torres JS, Huaman R.M. Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2016;62(1):13-18.
5. Perkal G. Embarazo en la adolescente. *Adolescere*. 2015;3(2):22-35.
6. Mora-Cancino AM, Hernández-Valencia M. Embarazo en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex*. 2015;83(2):294-301.
7. Fernández M. El embarazo adolescente: un problema psicosocial que se mantiene vigente en Perú. *Revista de la asociación de docentes de la USMP*. 2015;29(3):59-87.
8. Chacón D. Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. *Rev Cubana Obstet y Ginecol*. 2015;41(1):50-58.
9. Arias-Trujillo CM y cols. Funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales, Colombia. *Archivos de Medicina*. 2012;13(2):142-159.
10. Castellón S, Ledezma E. El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spíritus. [Internet] Cuba: Contribuciones a las ciencias sociales. 2012.[Accesado 10 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html>
11. Rojas M, Méndez R, Álvarez C. El papel de la familia en la normalización del embarazo a temprana edad. *Revista Encuentros Universidad Autónoma del Caribe*. 2016;14(1):139-150.
12. Martínez D, et al. Las necesidades de las adolescentes madres en el contexto educativo: un estudio de caso en una institución de educación pública. *Rev Enferm Act Costa Rica*. 2015;28(1):1-16.
13. Calderón I, Inalbis C, Rodríguez O, Guisandes A. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de la salud. *Medisan*. 2014;18(11):1544-1549.

14. Barcelata B, Farías S, Rodríguez R. Embarazo adolescente: una mirada al funcionamiento familiar en un contexto urbano-marginal. *Eureka*: (Asunción, En línea). 2014;11(2):169-186.
15. Soto-Acevedo F, León-corrales IA, Castañeda-Sánchez O. Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México. *Aten Fam*. 2015;22(3): 64-67.
16. Zambrano G, Vera S, Florez OL. Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas en adolescentes embarazadas. *Rev Cienc y Cuid*. 2012;9(22):9-16.
17. Hernández-Castillo L, Cargill-Foster N, Gutiérrez-Hernández G. Funcionalidad Familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. *Salud en Tabasco*. 2012; 18(1):14-24. [Accesado 18 Agos 2017]. Disponible en: <http://www.uacm.kirj.redalyc.org/articulo.oa?id=48724427004>.
18. García A, Martínez C, Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. *Avan Enferm*. 2011;29(1):75-86.
19. Mora A, Hernández M. Embarazo en la adolescencia: como ocurre en la sociedad actual. *Perinatol y Rep Hum*. 2015;29(2):76-82.
20. The United Nations Population Fund (UNEPA). 2013. [Accesado 18 sept 2017]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Adolescent>.
21. Smid M, Martin S, Whitaker AK, Gilliam M. Correlates of pregnancy before age 15 compared with pregnancy between the ages of 15 and 19 in The United States. *Obstet Gynecol*. 2014;123(2):578-583.
22. Trujillo M. El embarazo precoz: no querido pero deseado. *Universitas*. 2013;18(1):103-131.
23. Olvera Y, et al. Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia. *Rev Info Cient*. 2017;96(3):170-180
24. Quintero A, Rojas H. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 2015;44(1):222-237.
25. Martin JA, Hamilton BE, Osteman MJ, et al. Births: Final data for 2015. National vital statistics report. National Center for Health Statistics. 2017. [Accesado:10 septiembre 2017]. Disponible en: <https://www.cde.gov/teenpregnancy/about/index.htm>.
26. Pacheco C. Agencia Social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años. *Rev Geren Polit Sal*. 2015;14(20):62-82.
27. Díaz C, González M. Conductas problema en adolescentes en la ciudad de Monterrey, México. *Enferm Glob*. 2014;13(1):1-17.

28. Reyes A, et al. Porcentaje de nacimientos y tasas de fecundidad en adolescentes en México (2008-2012): estratificación de municipios del alto riesgo. *Ginecol Obstet Méx.* 2015;83(12):760-764.
29. Salud Sexual y Reproductiva. CONAPO BAJA CALIFORNIA. Principales resultados. [Internet] ENADID 2014. [Accesado 23 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>
30. Mendoza L, et al. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2015;80(4):306-315.
31. Mejía M, et al. Asociación entre características sociodemográficas familiar y embarazo en adolescentes. *Cuarzo.* 2015;21(2):74-80
32. García R, Martínez C. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. *Avan Enferm.* 2011;29(1):75-86.
33. Higueta-Gutiérrez L, Cardona-Arias J. Percepción de funcionalidad familiar en adolescentes escolarizados en instituciones educativas públicas de Medellín (Colombia), 2014. *CES Psicología* [Internet].2016;9(2):167-178. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/aarticulo.oa?id=423548400011>.
34. Montalvo RJ, Espinosa SM, Pérez AA. Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alter Psicol.* 2013;17(28):73-91.
35. Suárez L, et al. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gac Med Mex.* 2013;149(2):299-307.
- 36.- Gómez-Mercado C, Montoya-Velez P. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. *Rev Salud Pública.* 2014;16(3):394-406.
37. Gálvez-Henry F, Rodríguez-Sánchez B, Lugones Botell M, Altunaga-Palacio M. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet y Ginecol.* 2017;43(3):15-27.
- 38.- Sánchez-Valencia Y, et al. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2013;78(4):269-281.

39. Soto J, Rodríguez D. Identificación de factores de riesgo y perspectivas de las adolescentes respecto al embarazo, sexualidad y anticoncepción. JONNPR. 2018;3(4):268-278.
40. Villalobos-Hernández, et al. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Salud Pública Mex. 2015;57(2):135-143.
41. Zamudio-Raya C, Silva-Contreras J, Gómez-Alonso C, Chacón-Valladares P. Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México. Aten Fam. 2018;25(2):54-58.
42. Ortiz-Lazcano A. Embarazo en universitarias, el caso de la UAEH, 2014. RICSH. 2015;4(8):104-122.
43. Jiménez-González A, Granados-cosme J, Rosales-Flores R. Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Salud Pública de México. 2017; 59(1): 11-18.
44. Rojas L, Claros N. Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia. Rev Med La Paz. 2014;20(1):18-27.
- 45 Calderón I, Del Río C, Rodríguez O, Guisandes A. Disfunción familiar en gestantes adolescentes en un área de la salud. MEDISAN. 2014;18(1):1545-1549.

ANEXOS:

ANEXO I: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FOLIO _____

I. Edad (años): _____

II. Estado civil:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 1) Soltera () | 3) Unión libre () |
| 2) Casada () | 4) Separada () |

III. Ocupación:

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1) Ama de casa () | 3) Trabaja () |
| 2) Estudiante () | 4) Desempleada () |

IV. Escolaridad:

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| 1) Analfabeta () | 6) Bachillerato incompleto () |
| 2) Primaria incompleta () | 7) Bachillerato completo () |
| 3) Primaria completa () | 8) Carrera técnica () |
| 4) Secundaria incompleta () | 9) Otro () Especifique _____ |
| 5) Secundaria completa () | |

V. Deserción escolar:

- | | |
|-----------|-----------|
| 1) Si () | 2) No () |
|-----------|-----------|

VI. Edad gestacional:

Semanas _____

VII. Embarazo previo:

- | | |
|-----------|-----------|
| 1) Si () | 2) No () |
|-----------|-----------|

VIII. Utilización de método anticonceptivo:

- 1) Si () 2) No ()

IX. Motivo de inicio de vida sexual activa

- 1) Decisión propia () 3) Presión de amigos ()
- 2) Presión de pareja () 4) Abuso sexual ()
- 5) Otro () Especifique_____

X. Estado civil de los padres:

- 1) Soltero(a) () 4) Separados ()
- 2) Unión libre () 5) Divorciados ()
- 3) Casados () 6) Viudo(a) ()

XI. Escolaridad padre:

- 1) Analfabeta () 6) Bachillerato incompleto ()
- 2) Primaria incompleta () 7) Bachillerato completo ()
- 3) Primaria completa () 8) Carrera ()
- 4) Secundaria incompleta () 9) Posgrado ()
- 5) Secundaria completa () 10) Maestría ()
- 11) otro () especifique_____

XII. Escolaridad madre:

- 1) Analfabeta () 6) Bachillerato incompleto ()
- 2) Primaria incompleta () 7) Bachillerato completo ()
- 3) Primaria completa () 8) Carrera ()
- 4) Secundaria incompleta () 9) Posgrado ()
- 5) Secundaria completa () 10) Maestría ()
- 11) otro () especifique_____

ANEXO 2.

ESCALA DE GRAFFAR-MÉNDEZ CASTELLANOS

| VARIABLES | PTS | ITEMS |
|---|-----|--|
| 1. Profesión del jefe de familia | 1 | Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, oficiales de las fuerzas armadas (si tienen un rango de educación superior). |
| | 2 | Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores. |
| | 3 | Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores. |
| | 4 | Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa). |
| | 5 | Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa). |
| 2. Nivel de instrucción de la madre | 1 | Enseñanza universitaria o su equivalente. |
| | 2 | Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media. |
| | 3 | Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior. |
| | 4 | Enseñanza primaria o analfabeta (con algún grado de instrucción primaria). |
| | 5 | Analfabeta. |
| 3. Principal fuente de ingreso de la familia | 1 | Fortuna heredada o adquirida. |
| | 2 | Ganancia o beneficios, honorarios profesionales. |
| | 3 | Sueldo mensual. |
| | 4 | Salario semanal, por día, entrada a destajo. |
| | 5 | Donaciones de origen público o privado. |
| 4. Condiciones de alojamiento | 1 | Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo. |
| | 2 | Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios. |
| | 3 | Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2. |
| | 4 | Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias. |
| | 5 | Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas. |

Interpretación del puntaje obtenido en la escala de Graffar:

PUNTAJE INTERPRETACIÓN RESULTADO OBTENIDO:

04 – 06 Estrato alto
 07 – 09 Estrato medio alto
 10 – 12 Estrato medio bajo

13 – 16 Estrato Obrero
17 – 20 Estrato Marginal

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FF-SIL

Funcionalidad familiar

| Criterio | Casi nunca | Pocas veces | A veces | Muchas veces | Casi siempre |
|--|------------|-------------|---------|--------------|--------------|
| 1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia. | | | | | |
| 2. En mi casa predomina la armonía. | | | | | |
| 3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades. | | | | | |
| 4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. | | | | | |
| 5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. | | | | | |
| 6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. | | | | | |
| 7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. | | | | | |
| 8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan. | | | | | |
| 9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado. | | | | | |
| 10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. | | | | | |
| 11. Podemos conversar diversos temas sin temor. | | | | | |
| 12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas. | | | | | |
| 13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. | | | | | |
| Total: | | | | | |

ANEXO 4

CARTA DE AUTORIZACIÓN POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD

Dr. Francisco Javier Camacho Reyes

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 35

Tijuana, Baja California,

PRESENTE:

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, el motivo de la misma es el de solicitar a usted como responsable de esta Unidad, autorización para llevar a cabo el siguiente estudio de investigación: "Funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes en la Unidad de Medicina Familiar No. 35 del IMSS". El cual consiste en recolectar una hoja de datos sociodemográficos y la aplicación del cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-Sil, durante el periodo del 01 de noviembre al 31 de octubre del 2018, a las adolescentes embarazadas de esta Unidad, el cual nos permitirá conocer el grado de funcionalidad familiar en dicho grupo de edad.

Sin más por el momento, me despido de usted, agradeciendo de antemano todas sus atenciones.

Atentamente:

Dra. María España Flores Zatarain

Autorizó: _____

ANEXO 5. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN
SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION.

Nombre del estudio: Funcionalidad Familiar en embarazadas adolescentes en la UMF No. 35 de Tijuana, B.C.

Lugar y fecha: Tijuana, Baja California, A ____ de _____ del 2017.

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: El embarazo en la adolescencia puede ocasionar abandono de la escuela, problemas económicos y familiares, además de presentar un riesgo elevado de enfermedad y muerte para la madre adolescente y su hijo. Al presentarse un embarazo adolescente, la familia debe realizar cambios para acomodarse a esta nueva situación, pudiendo alterar su orden. Este estudio tiene como objetivo conocer cómo funciona la familia de la adolescente embarazada para detectar si existe algún problema y tomar medidas que ayuden a mejorar la situación familiar que se vive.

Procedimiento: Su participación en caso de que Usted sea la adolescente embarazada, consistirá en contestar una hoja de datos generales y un cuestionario previamente elaborado por el investigador, en un lugar privado que le permitirá sentirse cómoda. En caso de ser Padre de adolescente embarazada, su participación consiste en autorizar que su hija participe en la presente investigación. En caso de que su hija se niegue a participar, se respetara decisión de su hija.

Posibles riesgos y molestias: El riesgo es mínimo, solo le tomará 20 minutos de su tiempo aproximadamente. En caso de presentar síntomas emocionales derivados de contestar los cuestionarios, habrá un equipo médico para su atención inmediata.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Conocer cómo funciona su familia y detectar alguna situación que los afecte para establecer programa de atención integral para

Usted y su familia.

Participación o retiro: En cualquier momento puede retirarse de la presente investigación, sin que se afecten sus derechos como derechohabiente de esta Institución.

Privacidad y confidencialidad: Todos los datos que proporcione son confidenciales, no se compartirá información con ninguna persona o institución.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Dra. María España Flores Zatarain, Adscripción: UMF 35, Tijuana, B.C. Matricula: 99021862, Lugar de trabajo: Instituto Mexicano Del Seguro Social, Teléfono: (664) 6272621, Correo electrónico: florezparati@hotmail.com y/o Asesor temático y metodológico: Dr. Enrique Verdugo Robles, Adscripción: UMF 35, Tijuana, B.C. Lugar de trabajo: Instituto Mexicano Del Seguro Social, Matricula: 99020668, Teléfono: (664)6481521, Correo electrónico: enrique.verdugo@imss.gob.mx. Dr. Antonio Molina Corona Matricula: 99377235, Lugar de trabajo: Instituto Mexicano Del Seguro Social. Teléfono:(664)3417934. Correo electrónico: antonio.molina@imss.gob.mx. Dra. Diana Baro Verdugo, Categoría: Medico Familiar, Adscripción: HGO/UMF, 07 Tijuana, B.C. Matricula: 99026794, Lugar de trabajo: Instituto Mexicano Del Seguro Social, Teléfono: (664) 262 3057, Correo electrónico: diana.baro@imss.gob.mx.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de ética de investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso bloque "B" de la unidad de congresos, colonia doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comisión.eticaQimss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Dra. María España Flores Zatarain

Nombre, dirección, relación y firma
(Testigo 1)

Nombre, dirección, relación y firma
(Testigo 2)

ANEXO 6. CARTA DE ASENTIMIENTO PARA MENORES DE EDAD



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

| | |
|--|---|
| Nombre del estudio: | Funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes en la UMF 35 de Tijuana B.C. |
| Patrocinador externo (si aplica): | |
| Lugar y fecha: | Tijuana, B.C. a de 2017. |
| Número de registro: | |
| Justificación y objetivo del estudio: | El embarazo durante la adolescencia puede provocar abandono de la escuela, problemas familiares y económicos, lo cual aumenta el riesgo para la madre y su hijo. Este estudio tiene como objetivo conocer cómo funciona tu familia para detectar si existe algún problema que los afecte. |
| Procedimientos: | Contestar una hoja de datos generales y un cuestionario para conocer cómo funciona tu familia. |
| Posibles riesgos y molestias: | El riesgo es mínimo, requerimos 20 minutos de tu tiempo aproximadamente |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Conocer cómo funciona tu familia, orientación y ayuda para mejorar la situación familiar si se detecta algún problema. |
| Información sobre resultados | Los resultados sobre la funcionalidad de tu familia te serán entregados, en caso de que se detecte familia disfuncional, se te enviará con equipo médico y redes de apoyo especializadas. |
| Participación o retiro: | En cualquier momento te puedes retirar de la presente investigación, sin que se afecten tus derechos como derechohabiente de esta institución. |
| Privacidad y confidencialidad: | Todos los datos que proporcionas son confidenciales. No se compartirán tus datos personales con ninguna persona e institución. |
| En caso de colección de material biológico (si aplica): | |
| No autoriza que se tome la muestra. | |
| Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. | |
| Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros. | |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): | |
| Beneficios al término del estudio: | |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | |
| Investigador Responsable: | Dra María España Flores Zatarain. Adscripción: UMF 35, Tijuana, B.C. Matricula: 99021862, Lugar de trabajo: Instituto Mexicano Del Seguro Social, Teléfono: (664) 6272621, Correo electrónico: florezparati@hotmail.com |

| | |
|--|---|
| Colaboradores: | Dr. Enrique Verdugo Robles, Adscripción: UMF 35, Tijuana, B.C. Lugar de trabajo: Instituto Mexicano Del Seguro Social, Matricula: 99020668, Teléfono: (664)6481521, Correo electrónico: enrique.verdugo@imss.gob.mx. Dr. Antonio Molina Corona Matricula: 99377235, Lugar de trabajo: Instituto Mexicano Del Seguro Social. Teléfono:(664)3417934. Correo electrónico: antonio.molina@imss.gob.mx. Dra. Diana Baro Verdugo, Categoría: Medico Familiar, Adscripción: HGO/UMF, 07 Tijuana, B.C. Matricula: 99026794, Lugar de trabajo: Instituto Mexicano Del Seguro Social, Teléfono: (664) 262 3057, Correo electrónico: diana.baro@imss.gob.mx. |
| En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx | |
| Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal | Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Dra María España Flores Zatarain |
| Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma | Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma |
| Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. | |
| Clave: 2810-009-013 | |

ANEXO 7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| Actividad | Marzo 2017 | Abril 2017 | Mayo 2017 | Junio 2017 | Julio 2017 | Agosto 2017 | Sept 2017 | Oct 2017 | Nov 2017-Oct 2018 | Sept-Dic 2018 | Enero 2018-Febrero 2019 | Marzo-Agosto 2019 |
|---|------------|------------|-----------|------------|------------|-------------|-----------|----------|-------------------|---------------|-------------------------|-------------------|
| Pregunta de investigación. Marco teórico | X | | | | | | | | | | | |
| Planteamiento del problema, objetivos, justificación, hipótesis y diseño | | X | | | | | | | | | | |
| Material y métodos. Planteamiento del análisis estadístico | | | X | | | | | | | | | |
| Bibliografía y anexos | | | | X | | | | | | | | |
| Registro en SIRELCIS y envío al CLIS Realización de modificaciones y reenvío al CLIS | | | | | X | X | | | | | | |
| Autorización del protocolo por el CLIS | | | | | | | X | | | | | |
| Protocolo autorizado por el CLIS | | | | | | | | X | | | | |
| Periodo recolección de datos | | | | | | | | | X | | | |
| Análisis Estadístico | | | | | | | | | | X | | |
| Interpretación de resultados y conclusiones | | | | | | | | | | X | X | X |
| Redacción de tesis | | | | | | | | | | X | X | X |