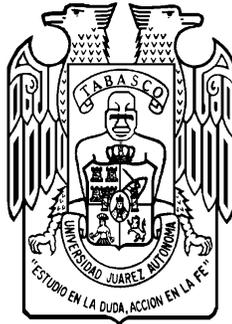


UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica Ciencias de la Salud



Funcionalidad familiar en adolescentes con embarazo en una unidad de medicina familiar de Tabasco, México.

**Tesis para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar**

**Presenta:
Dr. Gerson Falconi Bocanegra**

**Director:
M. en C. Elías Hernández Cornelio**

Villahermosa, Tabasco

Febrero 2019



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



Of. No. 0199/DACS/JAEP
06 de febrero de 2019

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Gerson Falconi Bocanegra
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Yanet Pérez Méndez, Dr. Ricardo González Anoya, Dra. Mirian Carolina Martínez López, Dr. Mario Armando De la Cruz Acosta y la M. en C. Rosario Zapata Vázquez, impresión de la tesis titulada: "**Funcionalidad familiar en adolescentes con embarazo en una unidad de medicina familiar de Tabasco, México**", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde funge como Directora de Tesis el M. en C. Elías Hernández Cornelio.

Atentamente

Mirian Carolina Martínez López
Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- Dr. Elías Henrández Cornelio.- Director de Tesis
C.c.p.- Dra. Yanet Pérez Méndez.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Ricardo González anoya.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Mirian Carolina Martínez López.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Mario Armando De la Cruz Acosta.- Sinodal
C.c.p.- M. en C. Rosario Zapata Vázquez.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MO'MACA/llkrd*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 08:30 horas del día 6 del mes de febrero de 2019 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Funcionalidad familiar en adolescentes con embarazo en una unidad de medicina familiar de Tabasco, México"

Presentada por el alumno (a):

Falconi	Bocanegra	Gerson
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
Con Matricula		

1	6	1	E	5	0	0	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialidad en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

M. en C. Elias Hernández Cornelio
Director de Tesis

Dra. Yanet Pérez Méndez

Dr. Ricardo González Anoya

Dra. Mirian Carolina Martínez López

Dr. Mario Armando de la Cruz Acosta

M en C Rosario Zapata Vázquez

C.e.p. - Archivo
DC*MCML/MO*MACA/lkrd*

Miembro CUMEN desde 2008
Consortio de
Universidades
Mexicanas
UNIVERSIDAD DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Grnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulte de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 01 del mes de Febrero del año 2019, el que suscribe, **Gerson Falconi bocanegra**, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 161E50012 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "**funcionalidad familiar en adolescentes con embarazo en una unidad de medicina familiar de tabasco, México**" bajo la Dirección de la Dr. en Cs. Elías Hernández Cornelio conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: gersony03@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Gerson Falconi Bocanegra

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi padre Dios que sobre todas las cosas es y será el principio de toda sabiduría, porque gracias a él y por sus bendiciones y misericordias diarias durante esta carrera jamás me ha faltado nada.

Agradezco a mis padres: a mi madre la Sra. Moraima Bocanegra Sarracino y mi padre el sr. Moisés Falconi Hernández y a mis hermanos Querubín Falconi Bocanegra y Daniel Falconi Bocanegra los cuales siempre serán un pilar fundamental en mi vida y que desde que yo decidí unirme al servicio de la salud siempre me han apoyado incondicionalmente tanto moralmente, espiritualmente en sus oraciones diarias y económicamente en todo lo que he necesitado. Los amo incondicionalmente, gracias por tanto apoyo en esta larga carrera.

Un agradecimiento especial para mi Abuelita la sra Martha sarracino cabrera y a mi abuelito el Sr. Querubín Bocanegra Acosta porque en cada una de sus oraciones estoy y estaré por siempre. Los amo demasiado, gracias por su apoyo incondicional.

Agradezco a mi novia Denisse Sánchez Prieto por estar conmigo ahí desde que yo era un estudiante y que con la ayuda de Dios hemos logrado superarnos juntos en esta área de adiestramiento clínico, personalmente y espiritualmente. Gracias por tu amor, comprensión y por ser próximamente mi futura esposa la cual amo y amare eternamente.

Agradezco a mis asesores de tesis Dr. Elías Hernández Cornelio por ser mi asesor clínico, espiritual y coautor en este trabajo, a la Dra. Rosario zapata Vázquez por dejar huella en mi formación como médico familiar, a la Dra. María Isabel Avalos por ser mi Asesora metodológica, gracias por tantas enseñanzas, y agradezco a todos mis profesores titulares de la residencia gracias por tanta enseñanza y paciencia.



DEDICATORIAS

A Dios: principalmente por permitirme darme la vida, la vocación y el servicio que pone en mi corazón para atender a mis pacientes.

A mis padres: por guiarme por el camino de rectitud y darme su amor diario, dedico este trabajo a ellos porque junto conmigo vivieron y han vivido la hermosa experiencia de la medicina a mi lado, dedico este logro a ellos como culminación de esta etapa importante en mi vida.

A mi alma mater: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (DACS), por ser una institución fiel y comprometida con los alumnos, ¡siempre orgulloso de ser juchiman!

A mi querida: UMF 39 "Ignacio García Téllez" y al Instituto mexicano del servicio social, al HGZ. # 46 por ser mi sede formadora Académicamente, intelectualmente y por otorgar a miles de médicos la oportunidad de rotar en cada uno de sus hospitales.

A mis pacientes: a cada una de las adolescentes y a los padres que contribuyeron a la conclusión de este trabajo, su ayuda es vital para el seguimiento de futuros trabajos.



INDICE

INDICE DE TABLAS Y CUADROS	I
RESUMEN	II
ABSTRACT	III
ABREVIATURAS	IV
GLOSARIO DE TÉRMINOS	V
1.-INTRODUCCIÓN	12-13
2.-MARCO TEÓRICO	14
2.1 Adolescencia, concepto y generalidades.....	14
2.2 desarrollo del adolescente: Aspectos Biopsicosociales.....	14-15
2.3 Panorama epidemiológico del embarazo adolescente en México.....	16-17
2.4 Panorama epidemiológico mundial.....	18-19
2.5 Concepto, estructura y funciones de la familia.....	19
2.6 Clasificación familiar.....	20
2.7 la Funcionalidad familiar.....	21
2.8 Evaluación de la función familiar.....	21-22
2.9 Marco refenciado.....	22-25
3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26-27
4.-PREGUNTA DE INVESTIGACION	28
5.- JUSTIFICACION	28-29
6.- OBJETIVOS	30
6.1 General.....	30
6.2 Específicos.....	30
7.- MATERIAL Y MÉTODOS	31



7.1	Diseño del estudio.....	31
7.2	Población, muestra y muestreo.....	31
7.3	Criterios de inclusión	31
7.4	Criterios de exclusión.....	31
7.5	Criterios de Eliminación.....	32
7.6	Variables.....	32
	Operacionalización de variables.....	ver anexos
7.7	Técnica y procedimientos de la investigación.....	33
7.8	Descripción del procedimiento.....	33
7.9	Análisis estadístico.....	33
8.	Instrumentos para la recolección de la información.....	34-39
9.-	Procesamiento y análisis de la información.....	40-42
10.-	Consideraciones éticas.....	43-45
11.-	RESULTADOS	46-58
12.-	DISCUSIÓN	59-60
13.-	CONCLUSIONES	61
14.-	RECOMENDACIONES	62
15.-	ANEXOS	63
	Operacionalización de Variables.....	64-66
	Cronograma de actividades.....	67
	Carta de consentimiento informado.....	68-69
	Instrumento de medición.....	69-73
16.-	BIBLIOGRAFIA	74-76



I.- INDICE DE TABLAS Y CUADROS

Tabla 1	
Características Sociodemográficas de las adolescentes embarazadas.....	47
Tabla 2	
Características Tipológicas familiares de las adolescentes embarazadas.....	48
Tabla 3	
Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas.....	49
Tabla 4	
Funcionalidad familiar dicotómica de las adolescentes embarazadas.....	50
Tabla 5	
Cohesión familiar en las adolescentes embarazadas.....	51
Tabla 6	
Armonía familiar en las adolescentes embarazadas.....	51
Tabla 7	
Comunicación familiar en las adolescentes embarazadas.....	52
Tabla 8	
Permeabilidad familiar en las adolescentes embarazadas.....	52
Tabla 9	
Afectividad familiar en las adolescentes embarazadas.....	53
Tabla 10	
Roles familiares en las adolescentes embarazadas.....	53
Tabla 11	
Adaptabilidad familiar en las adolescentes embarazadas.....	54
Tabla 12	
Cohesión familiar en las adolescentes embarazadas según FACES III.....	55
Tabla 13	
Adaptabilidad familiar en las adolescentes embarazadas según FACES III.....	56



Análisis bivariado

Tabla 14	Funcionalidad familiar y estado civil en las adolescentes.....	57
Tabla 15	Religión de las adolescentes embarazadas funcionalidad familiar.....	58
Tabla 16	Escolaridad de las adolescentes y funcionalidad familiar.....	59
Tabla 17	Ocupación y funcionalidad familiar.....	60



II.- RESUMEN

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON EMBARAZO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE TABASCO, MEXICO.

Introducción: En México, 20% de los nacimientos anuales ocurren en mujeres menores de 20 años de edad, esto genera un impacto y un problema de salud pública que hasta ahora no se ha podido disminuir, es por eso que nos hemos interesado en conocer la funcionalidad familiar y factores sociodemográficos relacionados este problema, esto para dar un panorama más amplio en el estudio del médico familiar ante el embarazo adolescente. **Objetivo:** Determinar la funcionalidad familiar en adolescentes con embarazo. **Diseño:** investigación descriptiva transversal **Espacio:** Unidad de Medicina Familiar No. 43 del IMSS, Villahermosa, Tabasco. **Muestra:** se seleccionaron un total de 70 embarazadas adolescentes menores de 20 años captadas en los periodos julio – diciembre 2018 de acuerdo a los censos mensuales de la coordinación clínica de la UMF # 43. **Instrumentos de medición:** aplicación del instrumento FF-SIL para identificar la percepción de la funcionalidad familiar y cohesión y adaptabilidad familiar según FACES III. **Procedimiento:** se realizó detección y búsqueda de las pacientes adolescentes con embarazo en la UMF # 43 en base al filtro de pacientes embarazadas en el censo mensual con rangos menores de 20 años en el SIMF que lleven control prenatal en la consulta externa, se aplicaron 2 instrumentos de medición FF-SIL y FACES III bajo previa firma de consentimiento informado por los padres en menores de 18 años y consentimiento informado para mayores de 18 años. **Análisis Estadístico:** Se realizaron pruebas no paramétricas mediante el uso del SPSS, medidas de tendencia central, para análisis de variables bivariadas se usó prueba de Chi cuadrada. **Resultados:** en cuanto a la funcionalidad de acuerdo a FF-SIL un 54.3% pertenecieron a familias funcionales, un 32.9% a funcionalidad moderada y un 9% con disfuncionalidad, en cuanto a la variable dicotómica un 52.9% fueron funcionales y un 47.1% disfuncionales, de acuerdo al FACES III la cohesión se vio alterada con un 64.3% a familias no relacionadas y un 38.6% con alteración en la adaptabilidad con un 38.6% a familias caóticas. Las características demográficas fueron que el nivel educativo de las adolescentes fue licenciatura incompleta 45.7%, el 62.8% cuenta con una pareja estable, la religión predominante fue católica con un 37.1% y la mayoría son estudiantes 35.7%, en cuanto a la tipología familiar la mayoría pertenecen a familias nucleares 35.7%, familias modernas 44.3%, un 32.9% viven con sus padres en familias integradas, y el 27.1% con una pareja integrada. **Conclusiones:** se encontró que la función familiar esta alterada en poco menos de la mitad de las adolescentes con un grado leve a moderado, existe afectación en la adaptabilidad y cohesión familiar con familias no relacionadas y caóticas, si existiendo alteración de la funcionalidad en las embarazadas adolescentes.

Palabras claves: función familiar, adolescente con embarazo, FF-SIL



III. - ABSTRACT

FAMILY FUNCTIONALITY IN ADOLESCENTS WITH PREGNANCY IN A FAMILY MEDICINE UNIT OF TABASCO, MEXICO.

Introduction: In Mexico, 20% of the annual births occur in women under 20 years of age, this generates an impact and a public health problem that until now has not been able to decrease, that is why we have been interested in knowing the family functionality and sociodemographic factors related to this problem, this to give a broader picture in the study of the family physician in the face of adolescent pregnancy. **Objective:** To determine the family functionality in adolescents with pregnancy. **Design:** cross-sectional descriptive research **Space:** Family Medicine Unit No. 43 of the IMSS, Villahermosa, Tabasco. **Sample:** a total of 70 pregnant adolescents under 20 years old were recruited in the periods July - December 2018 according to the monthly census of the clinical coordination of the UMF # 43. **Measuring instruments:** application of the FF-SIL instrument to identify the perception of family functionality and family cohesion and adaptability according to FACES III. **Procedure:** detection and search of adolescent patients with pregnancy in the FMU # 43 was made based on the filter of pregnant patients in the monthly census with ranks under 20 years in the SIMF that have prenatal control in the outpatient clinic, 2 were applied FF-SIL and FACES III measuring instruments under prior informed consent by parents in children under 18 years of age and informed consent for persons over 18 years of age. **Statistical Analysis:** Nonparametric tests were performed using the SPSS, measures of central tendency, for analysis of bivariate variables, Chi square test was used. **Results:** in terms of functionality according to FF-SIL, 54.3% belonged to functional families, 32.9% to moderate functionality and 9% to dysfunctional, in terms of the dichotomous variable, 52.9% were functional and 47.1% dysfunctional. , according to FACES III, cohesion was altered with 64.3% to unrelated families and 38.6% with alteration in adaptability with 38.6% to chaotic families. The demographic characteristics were that the educational level of the adolescents was incomplete degree 45.7%, 62.8% have a stable partner, the predominant religion was Catholic with 37.1% and the majority are students 35.7%, as for the family typology the most belong to nuclear families 35.7%, modern families 44.3%, 32.9% live with their parents in integrated families, and 27.1% with an integrated couple. **Conclusions:** it was found that the family function is altered in slightly less than half of the adolescents with a mild to moderate degree, there is affectation in the adaptability and family cohesion with unrelated and chaotic families, if there is alteration of the functionality in pregnant women teenagers.

Keywords: family function, adolescent with pregnancy, FF-SIL



VI.- ABREVIATURAS

OMS: organización mundial de la salud.

NOM: norma oficial mexicana.

FF- SIL: percepción del funcionamiento familiar.

APGAR: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos.

FACES III: escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar.

INEGI: instituto nacional de estadística y geografía.



V.- GLOSARIO DE TÉRMINOS

- Familia:** grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad
- Adolescencia:** El periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años y hasta los 21 años adolescencia tardía.
- Función familiar:** Se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo.
- Crisis familiar:** Situación de estrés que atraviesa los integrantes de una familia y que esta puede ser superada y no necesariamente llega a convertirse en una disfunción.



1.- INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es un fenómeno que ha cobrado importancia en los últimos años debido a que México ocupa el primer lugar en el tema, entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad. Asimismo, en México, 23% de las y los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y los 19 años. De estos, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Es así que de acuerdo con estos datos, aproximadamente ocurren al año 340 mil nacimientos en mujeres menores de 19 años. ¹

Cada año, aproximadamente 21 millones de niñas de 15 a 19 años y 2 millones de niñas menores de 15 años, quedan embarazadas en regiones en desarrollo. Aproximadamente 16 millones de niñas de 15 a 19 años y 2,5 millones de niñas menores de 16 años dan a luz en regiones en desarrollo. ¹

En México el 20% de los nacimientos anuales ocurren en mujeres menores de 20 años de edad. La importancia de esto radica en que la repercusión del embarazo en las adolescentes empieza con los riesgos para la salud de la madre y su hijo y aumentan el índice de mortalidad de la madre y su producto, así como la estancia hospitalaria de los productos preterminos ocasionando un aumento de los costos en salud. ^{1,2}

Diversos estudios concluyen que la función familiar tiene que ver en la toma de decisiones y que esta se modifica en cuanto a las alteraciones de la cohesión, adaptabilidad y el tipo de familia en el que se desarrolle.



En México se han llevado estudios relacionados a este problema en la que concluyen que la embarazada adolescente tempranamente suele haberse criado en circunstancias familiares poco favorables como son desintegración, imagen paterna distante o negativa, rigidez y disfunción familiar en general.

En España se han estudiado las características familiares relacionadas con embarazos no planificados en mujeres adolescentes en la que se concluyó que muchos factores que tienen que ver con la funcionalidad familiar se ven alterados antes y después de presentarse el problema o la crisis paranormativa como tal.

De acuerdo al impacto generado de esta problemática, surge la importancia de poder investigar la funcionalidad en la población embarazada adolescente y como esta se ve modificada desde que se presenta en el ambiente familiar así como estudiar y conocer cada una de las dimensiones que abarca su funcionalidad y poder ver en qué área de la percepción familiar se ven afectadas, esto con el interés de poder orientar al médico familiar en hacer más énfasis en cada uno de los resultados que este estudio arrojará.



2.- MARCO TEORÍCO

2.1 – Adolescencia, concepto y generalidades

Según la OMS: El periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. ^{3,4}

Definición de Adolescencia Según la Norma Oficial Mexicana:(NOM-008-SSA2-1993) *Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente.*

Edad comprendida entre los 10 y 19 años. ⁵

Etapas de la adolescencia

Desde la pubertad hasta la edad adulta, se pueden dividir a grosso modo en tres etapas: *adolescencia* temprana, generalmente entre los 12 y 13 años de edad; *adolescencia* media, entre los 14 y 16 años de edad; y *adolescencia* tardía, entre los 17 y 21 años de edad. Además del crecimiento fisiológico, de estos años se pueden extraer siete *tareas clave de desarrollo* intelectual, psicológico y social. El propósito fundamental de estas tareas es formar la propia identidad y prepararse para la edad adulta. ⁵

2.2 Desarrollo del adolescente: Aspectos Bio- psico – sociales

La adolescencia es un periodo en el que se van a producir intensos cambios físicos y psicosociales que comienza con la aparición de los primeros signos de la pubertad y termina cuando cesa el crecimiento. Todo este periodo ocurre, en general, en la 2ª década de la vida. Mientras la pubertad es un acontecimiento fisiológico del ser humano que precede a esta. ⁶



La adolescencia es un concepto socio-cultural. El 60% de las sociedades preindustriales no tienen un término para definir la adolescencia. También se sabe que los problemas “de la adolescencia” en estas sociedades ocurren cuando comienzan a aparecer en ellas influencias de la sociedad occidental. ⁶

La adolescencia es, en realidad, un periodo de aprendizaje que se prolonga en el tiempo para la adquisición de los cada vez más complejos conocimientos y estrategias para afrontar la edad adulta y es una creación de la modernidad, de la sociedad industrializada que ha generado esa posibilidad de educación prolongada, hecho que siglos atrás no ocurría. La indudable importancia de este “adiestramiento” tiene un problema y es que la educación adolescente ocurre lejos del mundo de los adultos, no comparten con ellos sus experiencias, no existe una relación de maestro aprendiz; los adolescentes viven un mundo de aceleración del crecimiento prepuberal y aceleración de la edad ósea. ⁶

Existen mecanismos de retroalimentación que persisten durante toda la vida, pero es el cambio de la sensibilidad de las distintas zonas del eje lo que comporta estas diferencias en la niñez, adolescencia y en el adulto. Los esteroides sexuales inhiben la producción de GnRH, FSH y LH (retroalimentación de asa larga), la LH y FSH inhiben, a su vez, la producción de la GnRH (retroalimentación de asa corta) y al fin la GnRH actúa negativamente sobre su propia producción (retroalimentación de asa ultracorta). ⁶



2.3 Panorama epidemiológico del embarazo adolescente en México

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que actualmente existen en el país 22.4 millones de mujeres y hombres adolescentes entre los 10 y 19 años de edad. El embarazo en adolescentes cobra cada vez mayor importancia debido a que las mujeres de 15 a 19 años de edad constituyen el grupo de mayor tamaño entre los grupos quinquenales de mujeres en edad fértil; y la disminución de la fecundidad en adolescentes es menor que en otros grupos de edad, tanto por su bajo uso de anticonceptivos (solamente 37.6% de las adolescentes empleó un método en su primera relación sexual y 45% usó uno en la última; en ambos casos Principalmente métodos con poca efectividad. ⁷

Como por el aumento en el porcentaje de la población adolescente que ha sido alguna vez sexualmente activa. Según reporta la ENSANUT a nivel nacional, la proporción de población de 12 a 19 años que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en 2012. A nivel nacional, de acuerdo con los datos de la última encuesta demográfica disponible (2009), la edad promedio del inicio de la vida sexual en las mujeres de 15 a 19 años es de 15.9 años. Como consecuencia de estas tendencias, también el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes aumentó de 15.6% a 18.7% entre 2003 y 2012. ⁷

A nivel mundial cerca de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz cada año, en países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones del embarazo y parto son las causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años, en el 2008 se estimaron tres millones de abortos inseguros en esta edad, una de cada cinco mujeres a los 18 años ya tiene un hijo y en las regiones más pobres la cifra se eleva a una de cada tres, el embarazo adolescente es más probable en las poblaciones rurales, pobres y con menor nivel educativo contribuye a incrementar los niveles de mortalidad y morbilidad materna y el



riesgo de morir durante el embarazo y el parto supera entre cinco y siete veces al de las mujeres entre 20 y 24 años. ⁷

En México, 20% de los nacimientos anuales ocurren en mujeres menores de 20 años de edad. La importancia de esto radica en que la repercusión del embarazo en las adolescentes empieza con los riesgos para la salud de la madre y su hijo. Estos riesgos son mayores conforme menor es la edad de la gestante, en especial cuando las condiciones sociales y económicas hacen que el cuidado de la salud sea inferior a lo ideal, lo que es determinante en el desarrollo psicosocial. ⁸

Los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, con escasa autoestima y asertividad, tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual activa, a usar con menor frecuencia anticonceptivos, y en el caso de las jóvenes, a embarazarse, con el riesgo de llegar al aborto ante la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una mejor decisión. Es imprescindible, por lo tanto, tomar en cuenta el contexto cultural y las características especiales de la familia para entender en forma precautoria la situación de la adolescente en riesgo de embarazo. ⁸

El embarazo en adolescentes es un fenómeno que ha cobrado importancia en los últimos años debido a que México ocupa el primer lugar en el tema, entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad. Asimismo, en México, 23% de las y los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y los 19 años. De estos, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Es así que de acuerdo con estos datos, aproximadamente ocurren al año 340 mil nacimientos en mujeres menores de 19 años. ⁹



2.4 Panorama epidemiológico Mundial

En la actualidad, la población mundial estimada es de 6090 millones, 17.5% son individuos entre 15 y 24 años de edad; de estos últimos, 10% se embarazan, lo que equivale a 10% de todos los nacimientos del mundo. Esto quiere decir que cada año, aproximadamente, 15 millones de mujeres de 15 a 19 años de edad dan a luz, y representan lo que se conoce como embarazo en la adolescencia. En lo que se refiere a México, en ese mismo grupo de edad se registran 400,000 nacimientos anuales, 20% en mujeres menores de 20 años de edad.¹⁰

Cada año, aproximadamente 21 millones de niñas de 15 a 19 años y 2 millones de niñas menores de 15 años quedan embarazadas en regiones en desarrollo. Aproximadamente 16 millones de niñas de 15 a 19 años y 2,5 millones de niñas menores de 16 años dan a luz en regiones en desarrollo.¹⁰

La tasa global de nacimientos en adolescentes ha disminuido de 65 nacimientos por cada 1000 mujeres en 1990 a 47 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2015, A pesar de este progreso general, debido a que la población mundial de adolescentes sigue creciendo, las proyecciones indican que el número de embarazos de adolescentes aumentará a nivel mundial para 2030, con los mayores aumentos proporcionales en África Occidental y Central y África Oriental y Meridional.^{10 11}

Además, las diferencias regionales revelan un progreso desigual: las tasas de natalidad en adolescentes varían de 115 nacimientos por cada 1000 mujeres en África Occidental a 64 nacimientos por 1000 mujeres en América Latina y el Caribe a 45 nacimientos por 1000 mujeres en el sudeste asiático, a baja de 7 nacimientos por cada 1000 mujeres en Asia oriental. También hay hasta tres veces más embarazos de adolescentes en poblaciones rurales e indígenas que en poblaciones urbanas.^{10 11}



El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reportó en 2010 que 18% de la población mundial se encontraba en esta edad, 88% vivía en países en desarrollo y 19% de las adolescentes en países en desarrollo ha tenido un embarazo antes de los 18 años de edad. De los siete millones de nacimientos de madres adolescentes menores de 18 años, dos millones son de menores de 15 años.^{13 14}

Según la OMS, alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz anualmente lo que representa cerca del 11% de todos los nacimientos, de los cuales 95% ocurre en países en desarrollo y nueve de cada diez de estos nacimientos ocurren dentro de un matrimonio o unión.¹³

2.5 Concepto, estructura y funciones de la familia

Concepto de Familia

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.¹⁵

Es importante mencionar que la familia es la institución básica de la sociedad humana. Se puede considerar a la familia como a la unidad primaria de la salud, desde el punto de vista biológico, psicológico, social y ecológico.

Según el Consenso Académico de medicina familiar, México 2005

Como resultado de la 1ra reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud, efectuada en junio 2005 en la ciudad de México, se explica la siguiente definición de familia, desde la perspectiva del médico familiar:^{17 18}



"La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros; su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad"^{16 17 18}

El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir la familia como "el conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan".

2.6 Clasificación familiar en base al Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud.

Como un elemento integrador de estas clasificaciones y con el propósito de facilitar la misma en dicho consenso se hizo la clasificación con base a cinco ejes fundamentales que son: ¹⁸

- 1.-El parentesco
- 2.-La presencia física en el hogar o la convivencia en el mismo
- 3.-Los medios de subsistencia
- 4.-El nivel económico
- 5.-Nuevos tipos de convivencia individual familiar originados por cambios familiares.



2.7 La funcionalidad familiar

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo.

El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. Esto hace que en la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta solamente se miden aspectos parciales de su función.

La evaluación de la función familiar tiene en medicina familiar características específicas que la diferencian de la que puede realizarse por otras disciplinas científicas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar.

Con base en estos conceptos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar.

2.8 Instrumentos para la Medición de la funcionalidad familiar

Percepción del funcionamiento familiar (FF - SIL)

El funcionamiento de la familia puede evaluarse a través de: el cumplimiento de las funciones básicas, la dinámica de las relaciones internas.

La evaluación del funcionamiento familiar puede realizarse con cada uno de estos aspectos por separado o en forma integrada.

Para realizar la evaluación del funcionamiento familiar como parte de la historia de salud familiar, se considerará el resultado de la prueba de percepción de



funcionamiento familiar (FF-SIL) y el criterio del equipo de salud respecto al cumplimiento de las funciones básicas por la familia.¹⁹

2.9 Marco referenciado

María C. Hidalgo Palma (2017)²⁰ realizó una investigación en Quito, Ecuador en el hospital gineco - obstétrico Isidro Ayora. En el cual estudio un grupo de adolescentes embarazadas y no embarazadas en la que tuvo como objetivo demostrar la asociación de riesgo del embarazo adolescente con la disfunción familiar a través del test de APGAR, el estudio fue retrospectivo de casos y controles donde se obtuvo a través de los datos de historias clínicas de adolescentes hospitalizadas y en la consulta externa, los resultados que arrojó el estudio fueron los siguientes: Relacionando la variable embarazo adolescente con la funcionalidad familiar, obtuvimos 45.3% de disfuncionalidad en adolescentes embarazadas y 26.6% en no embarazadas. Familias funcionales 54.7% en adolescentes embarazadas y 73.4% en adolescentes no embarazadas; con un chi cuadrado de 4.887, una $p=0.027$ y odds ratio de 0.437. El resto de variables estudiadas no tuvieron asociación significativa. Como conclusión se confirmó que hay relación de asociación entre el embarazo adolescente y funcionamiento familiar, existiendo mayor cantidad de embarazos a mayor disfunción familiar presente.

Mejía-Mendoza, M. L. et al. (2016)²¹ Realizó un estudio en Guadalajara, Jalisco (México). El objetivo fue describir las condiciones socioculturales y la experiencia de adolescentes embarazadas investigación cualitativa, con enfoque estudio de caso "típico", en el que se identificaron, en un listado de control prenatal a julio 2016, en un centro de salud de Guadalajara, Jalisco. Se analizaron las variables socioculturales en el expediente clínico, la tarjeta de control prenatal y una encuesta elaborada por investigadores. Se levantaron tres grupos focales, indagando: a) significación social del embarazo, b) experiencia del embarazo c) embarazo, familia, pareja y servicios de salud.



Resultados: se identificaron 48 adolescentes, de las cuales solo 42 reunieron criterios de selección. La mediana de edad fue de 18 (rango de 13 a 19 años); solo 19% continuaron estudiando; 59,5% eran amas de casa, 21,4% tenían ingresos económicos propios y 78,6% no utilizaron método de planificación familiar previo al embarazo. Cualitativamente, el embarazo les significó "madurar" y ser "más felices". Se presentó una alta deserción escolar por sintomatología clínica y alteraciones en la imagen corporal. Aludieron falta de privacidad en los servicios de salud. Las redes sociales electrónicas fueron el principal medio de socialización en temáticas de sexualidad. Conclusiones: se evidencia la deserción escolar y el poco acceso a ingresos económicos en las adolescentes embarazadas del estudio, acentuando ciclos de poca educación y pobreza, aunado a sentir temor y vergüenza para acercarse a las instituciones de salud, lo que genera dificultades para plantear inquietudes en torno a su salud sexual y reproductiva.

En Ambato ecuador (2017) Sarabia López, Favio Darío ²² realizaron un estudio con enfoque cuantitativo de tipo correlacional acerca de la funcionalidad familiar y su relación con hostilidad en adolescentes en general (población no embarazada). Se trabajó con una población menor de 100 participantes en total 65 adolescentes en la cual se comprendió una edad de 12 a 16 años de edad, en la que se aplicó el cuestionario de funcionamiento familiar FF- SIL, además de cuestionario de agresividad de Buss y Perry. Los resultados arrojados fueron los siguientes: que el 15% de la población estudiada proviene de una familia funcional, el 60% indica desarrollarse en una familia moderadamente funcional y el 23% señalo que su familia es disfuncional, así también se puede observar que 2% puntuó en familias severamente disfuncionales.

En cuanto a adaptabilidad y cohesión se encontró lo siguiente: Se observa que de los 65 adolescentes participantes, el 32% de ellos presenta cohesión en sus familias, el 12% presenta armonía, el 6% de adolescente poseen comunicación en el núcleo familiar, el 11% señaló permeabilidad en la familia, el 31% indicó la



presencia de afectividad, en cuanto a roles el 5% de la población indicó que este aspecto se encuentra presente en sus familias de origen y por último el 3% señaló presentar adaptabilidad. En conclusión este estudio determino que hay moderada disfunción en los adolescentes, y que las partes afectadas principalmente fueron comunicación, afectividad, y armonía, y que lo que mayor prevalece fue la cohesión familia. Aunque se trata de una población no embarazada de adolescentes llama la atención que no poseen adaptabilidad ante alguna situación o cambio por lo que podría ser un factor importante para nuestro estudio para determinar que a mayor disfunción familiar, más embarazos adolescentes pueden presentarse y que su cohesión y adaptabilidad ante un caso de embarazo se ven alterados.

César A. Zamudio Raya et al (2018)²³ realizaron en Morelia, Michoacán, México un estudio donde el principal objetivo fue describir el perfil epidemiológico en un grupo de embarazadas adolescentes de una unidad de medicina familiar, en las que incluían diversas características de importancia entre ellas describieron la funcionalidad familiar. Se realizó un estudio transversal descriptivo por población finita, con una magnitud de error de 0.10 de 186 pacientes embarazadas, se obtuvo una muestra de 72 adolescentes, se investigaron características sociodemográficas, clínicas, así como se aplicó el cuestionario FF-SIL para funcionalidad familiar. De las pacientes estudiadas se determinó que 71 (98.6%) de pacientes estaba en adolescencia tardía y 1 (1.4%) en adolescencia temprana. El estado civil que predominó fue el matrimonio, en 30 (41.67%) adolescentes; 52 (72.22%) provenían de nivel socioeconómico obrero. Se encontró la presencia de tabaquismo en 8 (11.1%) adolescentes, seguido de alcoholismo en 5 (6.9%). Se encontró la presencia de cervicovaginitis en 32 (44.44%) pacientes, seguida de infección de vías urinarias en 18 (25%). Se encontró que 33 (45.83%) adolescentes provenían de familias con moderada disfuncionalidad y 60 (83.33%) se encontraban en una relación abusiva. Se concluyó que la funcionalidad familiar



se ve afectada en un estado de embarazo en las adolescentes y que es un factor alterado relacionado a otros factores de interés.

Carranza Alvarado, Piero (2018) ²⁴ realizó un estudio en Lima, Perú un estudio que tuvo como principal objetivo determinar el funcionamiento familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Lima- Perú 2018; estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, enfoque cuantitativo y diseño no experimental, con 39 adolescentes embarazadas entre los 10 y 19 años, atendidas en el servicio de Obstetricia, Estimulación Prenatal y Consultorios Externos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales; a quienes se les aplicó el instrumento: "FACES III" el cual mide el funcionamiento familiar según dimensión cohesión y adaptabilidad. Resultados: el 71.8% pertenece al tipo familias no relacionada y el 64.1% de familias caóticas. Conclusiones: Las adolescentes embarazadas atraviesan por una marcada disfuncionalidad familiar; la cual pone en riesgo a su calidad de vida de esta persona quien está pasando por una etapa en donde su adaptabilidad y cohesión familiar debería brindarle seguridad para su desarrollo como futura madre



3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo adolescente es un problema de salud pública mundial que puede afectar la salud física y emocional de la pareja, la condición educativa de ambos y, en general, esta situación les puede ocasionar más efectos negativos que positivos en su entorno familiar, escolar y social.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), se ha definido: “al embarazo adolescente, o embarazo precoz, a aquel que se produce en una mujer entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia.”

En los primeros años del siglo XXI el tema del embarazo adolescente ha ocupado un espacio importante en la salud pública mundial y de México. Según la OMS, cerca de 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años tienen un hijo y los recién nacidos de estas madres son aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo. El 95% de ellos, ocurren en los países en vías de desarrollo.

El Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas (ha señalado que por cada mil nacimientos que ocurren en América del Sur, 74 provienen de mujeres adolescentes.

En México en 2017 vivían 22.4 millones de adolescentes que tienen entre 10 y 19 años, prácticamente la mitad (11.3 millones) tiene de 10 a 14 años y 11.1 millones entre 15 y 19. 1 La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo de las personas y se espera que se transite hacia un desarrollo digno y autónomo, con gran capacidad de decisión sobre su destino.

En 2009 en México se contaba con 12.8 millones de adolescentes de entre 12 y 17 años, de los cuales 49.22% era mujer y 50.78% hombre. En 2008, casi tres millones de adolescentes en México en las edades ya descritas no asistían a la escuela. Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (imss), los adolescentes son un grupo blanco especial, ya que no tienen un control médico de manera regular, en parte porque se enferman ocasionalmente y no son usuarios frecuentes de los



servicios ofertados por el Instituto, lo que hace que los programas preventivos para este grupo etario no impacten de la manera esperada.

En el instituto mexicano del seguro social no existen cifras estadísticas exactas actualizadas acerca del embarazo adolescente, más aun estudios relacionados que concluyan los factores más importantes asociados a este gran problema de salud pública, por lo que consideramos de gran importancia y con nuestro trabajo poder aportar al imss los factores familiares , tipológicos relacionados a este problema

En tabasco no hay cifras documentadas del total de embarazos adolescentes se documenta en algunos artículos, boletines que ocupa unos de los primeros 8 lugares en embarazo adolescente esto en el 2008 con el 6.3% del total global de embarazo adolescente según la Base de Datos de Registros de Nacimientos del SINAIS, Secretaría de Salud.

En la unidad de medicina familiar número 43 del imss de Villahermosa tabasco, no existen estudios relacionados a el embarazo adolescente ni cifras exactas del total de embarazos en menores de 20 años. No hay estudios específicos en embarazadas adolescentes que aporten los factores del porque este problema, se pretende poder estudiar a la población adolescente con embarazo y analizar las diversos factores familiares en cuanto a la función familiar, tipología y aspectos asociados de interés a este problema esto para poder aportar al médico familiar los aspectos más importantes relacionados a la función familiar en su consulta y en el trato con población en riesgo de las adolescentes no embarazadas y la elección de alguna terapia familiar en las que ya presentan el embarazo. El beneficio con este estudio que el médico familiar identifique todos los factores posibles relacionados al embarazo incluyendo la funcionalidad familiar en sus diversos ámbitos o dimensiones para poder realizar en un futuro estrategias de prevención a largo plazo de acuerdo a las características de esta.



4.- PREGUNTA DE INVESTIGACION

De acuerdo a lo antes mencionado previamente en los apartados de nuestra investigación, revisión de trabajos anteriores y con similitud que puedan respaldar la importancia de nuestra investigación nos realizamos la siguiente pregunta:

¿Cuál será la funcionalidad familiar en las adolescentes con embarazo en la UMF 43?

5.- JUSTIFICACIÓN

Debido al gran incremento de embarazo adolescente en México y a la presentación cada vez más temprana de esta, así como las complicaciones que este conlleva al ambiente biopsicosocial familiar.

En el IMSS se ha incrementado el número de atenciones de adolescentes embarazadas ya que de 7 millones de adolescentes afiliados, el 40% corresponden a atención prenatal en menores de edad.

Surge la necesidad de poder estudiar la población adolescente, así como la funcionalidad familiar que estas poseen tanto mujeres no embarazadas y mujeres no embarazadas con la finalidad de conocer relaciones en cuanto a adaptabilidad, cohesión en sus familias, al igual que comparar de acuerdo a estas, Además de poder investigar otras variables de interés o factores relacionados al embarazo temprano.

Se ha demostrado que la función familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.



Por lo anterior tiene trascendencia el poder conocer la funcionalidad familiar y comparar con otros factores relacionados a esta para intervenir en un futuro plan estratégico de acción primaria familiar.

Muy pocos trabajos relacionados a la función familiar describen lo anterior, pero conocer la funcionalidad familiar nos brinda un diagnóstico de cómo se percibe la homeostasis familiar en el momento que la familia enfrenta un embarazo adolescente.

De acuerdo al impacto generado de esta problemática, surge la importancia de poder investigar la funcionalidad en la población embarazada adolescente y como esta se ve modificada desde que se presenta en el ambiente familiar así como estudiar y conocer cada una de las dimensiones que abarca su funcionalidad y poder ver en qué área de la percepción familiar se ven afectadas, esto con el interés de poder orientar al médico familiar en hacer más énfasis en cada una de las áreas que probablemente se vean afectadas.

En la unidad de medicina familiar número 43 del imss de Villahermosa tabasco, no existen estudios relacionados a el embarazo adolescente. No hay estudios específicos en embarazadas adolescentes que aporten los factores del porque este problema, se pretende poder estudiar a la población adolescente con embarazo y analizar los diversos factores familiares en cuanto a la función familiar, tipología y aspectos asociados de interés a este problema esto para poder aportar al médico familiar los aspectos más importantes relacionados a la función familiar en su consulta y en el trato con población en riesgo de las adolescentes no embarazadas y la elección de alguna terapia familiar en las que ya presentan el embarazo. El beneficio con este estudio es que el médico familiar identifique todos los factores posibles relacionados al embarazo incluyendo la funcionalidad familiar en sus diversos ámbitos o dimensiones para poder realizar en un futuro estrategias de prevención a largo plazo de acuerdo a las características de esta.



6.- OBJETIVOS

6.1.- GENERAL

- ✓ Determinar la funcionalidad familiar en las adolescentes con embarazo de la UMF 43.

6.2.- ESPECIFICOS

- ❖ Identificar las características sociodemográficas y de tipología familiar de las adolescentes con embarazo de la UMF 43.
- ❖ Evaluar la funcionalidad familiar en adolescentes con embarazo de la UMF 43 mediante el cuestionario FF SIL.
- ❖ Identificar los subtipos familiares en la funcionalidad familiar de las adolescentes con embarazo de la UMF 43 mediante el cuestionario FACES III.
- ❖ Analizar los niveles en las categorías y dimensiones de la funcionalidad familiar en adolescentes con embarazo de la UMF 43.



7.- MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. Diseño del Estudio: Descriptivo - transversal.

7.2 Población, Muestra y muestreo: Se incluyó un total de 70 embarazadas registradas de acuerdo a los censos mensuales del departamento de estadística de la coordinación clínica de la UMF 43. Reportando un total de 70 pacientes adolescentes con embarazo en los periodos indicados.

El investigador no tomo en cuenta realizar cálculo muestral ya que incluyo estudiar a todas las pacientes embarazadas adolescentes registradas en censo estadístico en la unidad donde se llevó a cabo el estudio.

Espacio: Unidad de Medicina Familiar No. 43 del IMSS, Villahermosa, Tabasco.

Periodo: julio – Diciembre 2018

7.3 Criterios de inclusión

- 1.- Edad 10 a 19 años.
2. Cualquier trimestre de gestación.
3. Embarazo confirmado.
- 4.- Que acudan a control prenatal en la UMF 43.

7.4 Criterios de exclusión:

- 1.- Adolescentes con sospecha de embarazo no confirmadas.
- 2.- Adolescentes embarazadas que no lleven control prenatal o que sean solo acompañantes.



7.5 Criterios de eliminación:

- 1.- Adolescentes embarazadas que no completan o requisiten adecuadamente las el instrumento de recolección de datos.
- 2.- Adolescentes embarazadas que no acepten el consentimiento informado para realizar la investigación.

7.6 Variables

Variable dependiente: funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes

Variable independiente: tipología familiar, dimensiones y categorías de la funcionalidad en embarazadas adolescentes, variables sociodemográficas.

Operacionalización de variables: (ver anexos)



7.7 Técnica y procedimientos de la investigación

7.8 Descripción del procedimiento

Se buscaron todas aquellas adolescentes que estén cursando con embarazo con edad menor de 20 años y que estén llevando control prenatal actual, se buscaron a todas las pacientes adolescentes de acuerdo a nuestros criterios de inclusión en la coordinación clínica y estadística de la unidad de medicina familiar # 43 para la búsqueda de los NSS (número de seguridad social) y en el SIMF (sistema de información de medicina familiar), se buscó en la plataforma institucional SIAIS (Sistema de atención integral a la salud) en donde mensualmente se corroboraba si se agregaba alguna paciente más al estudio. Se tomaron los números de seguridad social y la información de las pacientes para contactarlas y a través del personal de enfermería y trabajo social se citaron en grupos pequeños para la aplicación de los instrumentos y de acuerdo a la edad se solicitaba el permiso de los padres para la aplicación del mismo.

- 1.- Se aplicó el instrumento FF- SIL y FACES III para medir función familiar en mujeres adolescentes embarazadas en rango de edades entre 10 a 19 años.
- 2.- Se tomaron diversas variables de interés sociodemográficas retomadas en un anexo de los cuestionarios como edad, escolaridad, religión etc.
- 3.- Se otorgó la carta de consentimiento informado para menores de 18 años (padres) o consentimiento informado para mayores de edad o adultos.

7.9 Análisis Estadístico

La base de datos fue realizada en el programa estadístico SPSS incluyendo las variables de interés, demográficas, y relacionadas a la tipología familiar, así como cada uno de los ITEMS de las herramientas de funcionalidad familiar FF-SIL Y FACES III.



Las variables se agruparon de acuerdo a su valor nominal u ordinario y se procesaron a través y por medio de análisis de frecuencia y descriptivos así como variables dicotómicas, se utilizó pruebas De chíí cuadrada y P de Pearson.

8.- Instrumentos para la recolección de la información

Instrumento de medición consta de 4 secciones principales en las que podemos destacar diversos aspectos.

La sección 1 consta de 4 preguntas de los datos generales del paciente como edad, escolaridad, religión y aspectos generales.

La sección 2 incluye aspectos relacionados a la función familiar como lo son tipología para clasificación familiar como son composición familiar, desarrollo familiar, integridad familiar y complicaciones familiares de acuerdo a la clasificación de Irigoyen.

La sección 3 se enfoca a la percepción del funcionalidad familiar en la que aplicamos el cuestionario FF- SIL para los aspectos de función principalmente consta de 12 situaciones o ITEMS con 5 respuestas a elegir, en las categorías a evaluar se basa principalmente en cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles, adaptabilidad.

El resultado del cuestionario se aplica de acuerdo al puntaje señalado en las siguientes: familia funcional de 70 a 57 puntos, familia moderadamente funcional de 56 a 43 puntos, familiar disfuncional de 42 a 28 puntos, familia severamente disfuncional de 27 a 14 puntos.

La sección 4 se refiere a la adaptabilidad y cohesión familiar aunque es un instrumento que mide función familiar también nos permite conocer más aspectos



familiares y su clasificarlo. El instrumento a utilizarse para esto es el FACES III que consta de 20 ITEMS con 5 posibles respuestas que buscan conocer 8 conceptos principalmente los cuales son: vinculación familiar, límites familiares, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones e interés y recreación. Es un instrumento ingles elaborado por Olson, D., Portner, J, & Bell R. Q. en 1982 con una confiabilidad entre 0,81 y 0,87 de alfa de Cronbach.

El resultado se clasificara según la cohesión en no relacionada con 10 a 34 puntos ,semirelacionada con 35 a 40 puntos , relacionada con 41 a 45 puntos, aglutinada con 46 a 50 puntos.

Según si adaptabilidad en rígida de 10 a 19 puntos, estructurada de 20 a 24 puntos flexible de 25 a 28 puntos, y caótica de 29 a 50 puntos.

Las categorías que se deben evaluar con la aplicación de FF-SIL son:

1. Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.
2. Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
3. Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
4. Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
5. Afectividad: capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- 6-Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negocia-das por el núcleo familiar.
- 7.-Permeabilidad: capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones. 10

Este instrumento consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Correspondiendo 2 a cada uno de las 7 variables que mide este cuestionario. Para la evaluación de cada dimensión a estudiar se



determinara sumando 2 preguntas o ITEM. Para determinar las dimensiones individuales se suman las siguientes:

Situación o ítem 1 y 8 miden cohesión familiar, 2 y 13 miden armonía familiar, 5 y 11 comunicación familiar, 7 y 12 permeabilidad familiar, 4 y 14 afectividad familiar, 3 y 9 roles familiares, 6 y 10 adaptabilidad familiar. El número óptimo para que la categoría no se vea afectada será de 10 puntos y de ahí depende la media, mediana y desviación estándar se tomaran valores del 1 al 10 para conocer si esa dimensión se ve o no afectada. Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas que estas a su vez tienen una escala de puntos los cuales se puntualiza de la siguiente manera:

Escala cualitativa	Escala cuantitativa
Casi nunca	1 punto
Pocas veces	2 puntos
A veces	3 puntos
Muchas veces	4 puntos
Casi siempre	5 puntos

Cada una de las 14 situaciones que les son presentadas al usuario, debe ser respondida a con una X en la escala de valores cualitativas, según la percepción que tenga como miembro de la familia.

La interpretación de resultados de acuerdo al puntaje general total es de la siguiente manera clasificando la funcionalidad desde un estado funcional hasta un estado severamente disfuncional.

Resultado del cuestionario	puntajes
Familia funcional	De 70 a 57 puntos
Familia moderadamente disfuncional	De 56 a 43 puntos
Familia disfuncional	De 42 a 28 puntos
Familia severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos



Faces III

Desde el Modelo Circunflejo de Sistemas familiares y Maritales (Olson, 2000; Olson, Russell y Sprenkle, 1989), el cual ha tenido una gran difusión en los últimos años en el mundo académico y profesional, se sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar.

La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La Flexibilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado

Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital.

La comunicación familiar es la tercera dimensión del modelo y facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones.

		COHESIÓN			
		Bajo	Moderado	Alto	
FLEXIBILIDAD		DESLLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
Alto ↑ Moderado ↑ Bajo	CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo



FACES III en español (México) contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares, respectivamente.

Las escalas a evaluar de este instrumento consta de 8 dimensiones: 1 vinculación familiar, 2 límites familiares, 3 coaliciones familiares, 4 tiempo familiar, 5 espacio familiar, 6 amigos, 7 toma de decisiones, 8 intereses y recreación familiar.

La aplicación del cuestionario va dirigida a personas mayores de 12 años, y para su aplicación se debe conocer la escala cualitativa y cuantitativa a responder quedando de la siguiente manera:

Escala cualitativa	Escala cuantitativa
nunca	1 punto
Casi nunca	2 puntos
Algunas veces	3 puntos
Casi siempre	4 puntos
siempre	5 puntos

Posteriormente de acuerdo a la puntuación requerida se sumaran los números nones esto nos darán el resultado de COHESION, respectivamente la suma de los números pares darán el resultado de ADAPTABILIDAD.

La amplitud de clase para la cohesión y adaptabilidad es de la siguiente manera:

SEGUN COHESIÓN



SEGUN ADAPTABILIDAD



La suma de estas 2 dimensiones y se coloca dentro del modelo circunflejo de olson, en la que podemos agruparlas de la siguiente manera:



La adaptabilidad familiar

Se refiere en primer lugar a la flexibilidad o capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, roles, etc., ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos por los que puede atravesar la misma en un momento dado. La no presencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos, lo que provoca un aferramiento a esquemas, normas, roles, actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan encontrar una solución viable a la situación familiar problemática.

La cohesión

Es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar y puede ser definida a partir de los vínculos emocionales que los miembros de una familia establecen entre sí. Cuando la cohesión es estrecha favorece la identificación física y emocional y el establecimiento de sólidos vínculos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto.



9.- Procesamiento y análisis de la información

Para la recolección y el procesamiento de la información en primer término se localizaron a todas las pacientes a estudiar previamente identificadas de acuerdo a las características de nuestros criterios de inclusión.

Una vez identificadas las pacientes adolescentes se contactaron de acuerdo a la información de las listas otorgadas con su número de seguridad social y número de teléfono proporcionadas en la coordinación clínica de la unidad de medicina familiar # 43.

Se citaron a las pacientes en grupos pequeños y se explicó previamente por teléfono la intervención y el objetivo de realizar este estudio, en caso de contar con una paciente menor de edad se indicaba que debía asistir un padre o tutor de la misma y en su caso poder otorgar el consentimiento, en caso de que fuera mayor de edad se le explicaba que podría participar siempre y cuando estuviera de acuerdo.

Los grupos pequeños se organizaron de 10 pacientes máximo semanalmente de acuerdo a la disposición de las pacientes para su aplicación, en ocasiones se citaban grupos de 5 o 6 pacientes con el apoyo de las asistente médicas para posterior a su consulta prenatal pasaran un momento al área de la coordinación médica para la aplicación de los instrumentos.

Para la aplicación de nuestros instrumentos se proseguía primeramente a la presentación de los investigadores, así como el título de nuestra investigación y el objetivo que esta lleva para nuestra institución y especialidad, se explicaba de manera sencilla acerca del panorama actual del embarazo adolescente y una justificación del estudio, posteriormente se presentaba el consentimiento informado en donde se citaba brevemente las implicaciones éticas y de confidencialidad de sus respuestas, se explicaba el tipo de consentimiento en caso de tener menores de edad se otorgaba al padre o tutor que en ese momento se



encontraba con el paciente, en caso de ser mayor de edad igual se le otorgaba explicaba e invitaba a participar.

Una vez aceptado el tipo de consentimiento y firmado por el paciente o tutor se iniciaba a la aplicación de los cuestionarios empezando con una breve explicación de la composición o secciones que estos contenían.

Primero se explicaba que el cuestionario se basaba en 4 secciones, la sección 1 de datos generales en donde en su caso solamente se tomaba la edad como más importante y como opción los demás datos de identificación. Una vez requisitada esta parte se proseguía a iniciar la sección 2 con los datos relacionados a la composición familiar se le explicaban las opciones a elegir y si tenían dudas se asistía en ese momento, posteriormente se pasaba a la sección más importante la numero 3 y 4 que son los aspectos fundamentales del estudio como funcionalidad familiar, cohesión y adaptabilidad. Aquí se explicaba que podían tomar su tiempo respondiendo y si tenían dudas de los enunciados podían preguntar para responder conscientemente.

Al término de los cuestionarios se corroboraban sus datos y se recolectaban, el proceso concluía con un agradecimiento por su colaboración así como los futuros beneficios que podríamos obtener al concluir este estudio.

El análisis de la información se llevó acabo de la siguiente manera una vez teniendo las encuestas se iniciaba calificar uno por uno para sacar los puntajes obtenidos en las herramientas a usar las cuales fueron FF- SIL para funcionalidad familiar y FACES III para cohesión y adaptabilidad familiar, se marcaban los puntajes y se colocaba a lápiz suave el resultado, este procedimiento fue paulatinamente ya que se fue realizando semanalmente no así en una exhibición.

Una vez que se tenían los resultados de las encuestas de funcionalidad familiar se realizó una base de datos numéricos en el programa de office Windows Excel 2013 en donde se listaron los resultados y puntajes de cada encuesta, así como



sumas de cada uno de los puntajes y porcentaje, desviación estándar para las dimensiones de acuerdo a los números con valor de 10 máximo para obtener la dimensión afectada de acuerdo a lo contestado.

Al concluir la base de datos de Excel con un total de 70 pacientes, se continuo a crear una base de datos para variables en el programa SPSS para estadístico para las variables de nuestro estudio, las cuales se unificaron para armarla, en las que se iniciaba colocando variables sociodemográficas como edad, religión, ocupación etc., y de tipología familiar.

Se colocaron cada uno de los Ítems de los cuestionarios de FF- SIL Y FACES III.

Finalmente una vez creada la base de datos se empezó a recolectar la información una por una y se vació al programa SPSS. Con un total de 70 pacientes en orden de lista colocando los resultados obtenidos de cada encuesta.

Posteriormente se analizaros las variables sociodemográficas en el programa estadístico SPSS como son la religión, edad, religión, escolaridad, ocupación, y tipología familiar y se analizaron como variables descriptivas sacando frecuencias y porcentajes totales.

Se utilizó formula estadística de Chi cuadrada para variables cruzadas.

Se recolectaron las tablas de acuerdo al análisis estadístico descriptivo y se exportaron las tablas de resultados a formatos de Word.



10.- Consideraciones éticas

Ley general de salud en materia de investigación.

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;
- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.



Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías.

Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva, electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento.

Artículo 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Artículo 19.- Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere



relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
- II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
- III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y
- V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.



11.- RESULTADOS

7.1 Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas de la UMF 43.

En la tabla 1 se puede observar que en lo que respecta al nivel educativo en las adolescentes embarazadas, predominó la licenciatura incompleta con un 45.7%, por otro lado, las que cuentan con una pareja representaron el 62.8%, la religión predominante fue católica con un 37.1% y son estudiantes el 35.7% de ellas.

Tabla 1
Características Sociodemográficas de las adolescentes embarazadas de la UMF 43.
Delegación Tabasco.

Sociodemográficas	f	%	
Nivel educativo	Secundaria incompleta	1	1.4
	Secundaria completa	10	14.3
	Preparatoria completa	21	30.0
	preparatoria incompleta	6	8.6
	Licenciatura incompleta	32	45.7
	Total	70	100.0
Estado civil	Soltera	24	34.3.
	Casada	26	37.1
	Unión libre	18	25.7
	Viuda	2	35.6
	Total	70	100.0
Religión	Católica	26	37.1
	Cristiano no católico	22	31.4
	Adventista	19	27.7
	Otros	3	4.3
Total	70	100.0	
Ocupación	Estudiante	25	35.7
	Trabajadora	21	30.0
	Estudia y trabaja	13	18.6
	Ama de casa	11	15.7
	Total	70	100.0

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico sección 1. Aplicado a 70 adolescentes con embarazo.



7.2 Características tipológicas familiares de las adolescentes embarazadas de la UMF 43.

En la tabla 2 se puede observar que tienen una familia nuclear el 35.7% de las adolescentes, pertenecen a una familia moderna el 44.3%, viven con sus padres en una familia integrada el 32.9 % y las que viven con una pareja en una familia integrada el 27.1%.

Tabla 2
Características Tipológicas familiares de las adolescentes embarazadas de la UMF 43.
Delegación Tabasco.

Tipología Familiar		f	%
Composición familiar	Nuclear	25	35.7
	Extensa	10	14.3
	Extensa compuesta	15	21.4
	Otras	19	30.0
	Total	70	100.0
Desarrollo Familiar	Tradicional	28	40.0
	Moderna	31	44.3
	Viven del campo	11	15.7
	Total	70	100.0
Integridad familiar	Integrada	23	32.9
	Semi integrada	14	20.0
	Desintegrada	6	8.6
*Viviendo con sus padres	No aplican	27	38.6
	Total	70	100.0
*viviendo con una pareja	Integrada	19	27.1
	Semi integrada	6	8.6
	Desintegrada	2	2.9
	No aplican	43	61.4
	Total	70	100.0

Fuente: Cuestionario sección 2: composición familiar. Aplicado a 70 adolescentes con embarazo, Diciembre 2018.



7.3 funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas de la UMF 43.

En la tabla 3 se puede observar que las adolescentes embarazadas de acuerdo al cuestionario FF – SIL pertenecen a una familia funcional con el 54.3%

Tabla 3
Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas de la UMF 43.
Delegación Tabasco.

Funcionalidad Familiar	f	%
Familia funcional	38	54.3
Familia moderadamente funcional	23	32.9
Familia disfuncional	9	12.9
total	70	100.0

Fuente: Cuestionario sección 3: funcionalidad familiar. (FF.SIL) Aplicado a 70 adolescentes con embarazo.



7.4 funcionalidad familiar dicotómica de las adolescentes embarazadas de la UMF 43.

En la tabla 4 se puede observar que la funcionalidad familiar de las adolescentes está presente en el 52.9%, sin embargo salieron afectadas el 47.1% representado una diferencia significativa del 5%.

Tabla 4

Funcionalidad familiar dicotómica de las adolescentes embarazadas de la UMF 43.

Delegación Tabasco.

Funcionalidad Familiar	f	%
Disfuncional	33	47.1
Funcional	37	52.9
Total	70	100.0

Fuente: Cuestionario sección 3: funcionalidad familiar. (FF.SIL) Aplicado a 70 adolescentes con embarazo.



7.5 Dimensiones de la funcionalidad familiar que resultaron afectadas en las adolescentes embarazadas de la UMF 43.

7.6 Cohesión familiar de las adolescentes embarazadas de la UMF 43.

En la tabla 5 se observa que la cohesión familiar no se encuentra alterada en el 82.9% de las embarazadas estudiadas.

Tabla 5. Cohesión familiar en las adolescentes embarazadas.

Cohesión	f	%
Afectada	12	17.1
No afectada	58	82.9
Total	70	100.0

Fuente: Cuestionario FF.SIL en 70 adolescentes, 2018.

7.7 Armonía familiar de las adolescentes embarazadas de la UMF 43.

En la tabla 5 se aprecia que la armonía familiar en las adolescentes no se encuentra afectada con un porcentaje de 81.4%.

Tabla 6. Armonía familiar en las adolescentes embarazadas

Armonía	f	%
Afectada	13	18.6
No afectada	57	81.4
Total	70	100.0

Fuente: Cuestionario FF.SIL en 70 adolescentes, 2018.



7.8 comunicación familiar de las adolescentes embarazadas de la UMF 43.

En la tabla 7 se aprecia que la comunicación familiar no se encuentra afectada con un porcentaje de 75.7%

Tabla 7. Comunicación familiar en las adolescentes embarazadas

Comunicación	f	%
Afectada	17	24.3
No afectada	53	75.7
Total	70	100.0

Fuente: Cuestionario FF.SIL en 70 adolescentes, 2018.

7.9 permeabilidad familiar de las adolescentes embarazadas de la UMF 43.

En la tabla 8 se aprecia que la permeabilidad familiar no se encuentra afectada con un porcentaje de 65.7%.

Tabla 8. Permeabilidad familiar en las adolescentes embarazadas

permeabilidad	f	%
Afectada	24	34.3
No afectada	46	65.7
Total	70	100.0

Fuente: Cuestionario FF.SIL en 70 adolescentes, 2018.



10. Afektividad familiar de las adolescentes embarazadas de la UMF 43.

La afektividad familiar de las adolescentes no se encuentra afectada con un porcentaje de 81.4%.

Tabla 9. Afektividad familiar en las adolescentes embarazadas

Afektividad	f	%
Afectada	13	18.6
No afectada	57	81.4
Total	70	100.0

Fuente: Cuestionario FF.SIL en 70 adolescentes, 2018.

10.1 Roles familiares de las adolescentes embarazadas de la UMF 43.

En la tabla 10 se aprecia que los roles familiares no se encuentran afectados con un porcentaje de 75.7%.

Tabla 10. Roles familiares en las adolescentes embarazadas

Roles	f	%
Afectada	17	24.3
No afectada	53	75.7
Total	70	100.0

Fuente: Cuestionario FF.SIL en 70 adolescentes, 2018.



10.2 Adaptabilidad familiar de las adolescentes embarazadas de la UMF 43.

La adaptabilidad familiar no se vio afectada con un porcentaje de 77.1%.

Tabla 11. Adaptabilidad familiar en las adolescentes embarazadas

Roles	f	%
Afectada	16	22.9
No afectada	54	77.1
Total	70	100.0

Fuente: Cuestionario FF.SIL en 70 adolescentes, 2018.

10.3 Cohesión familiar de las adolescentes embarazadas de la UMF 43. De acuerdo al cuestionario Faces III.

En la tabla 12 se observa que La cohesión fue alterada y fueron familias no relacionadas con un 64.3%

Tabla 12. Cohesión familiar en las adolescentes embarazadas.

cohesión	f	%
No relacionada	45	64.3
Semirrelacionada	16	22.9
Relacionada	5	7.1
Aglutinada	4	5.7
Total	70	100.0

Fuente: Cuestionario Faces III en 70 adolescentes, 2018.



10.4 Adaptabilidad familiar de las adolescentes embarazadas de la UMF 43. De acuerdo al cuestionario Faces III.

La adaptabilidad fue alterada con familias caóticas con un 38.6%.

Tabla 13. Adaptabilidad familiar en las adolescentes embarazadas.

Adaptabilidad	f	%
Rígida	6	8.6
Estructurada	22	31.4
Flexible	15	21.4
Caótica	27	38.6
Total	70	100.0

Fuente: Cuestionario Faces III en 70 adolescentes, 2018.



11 Análisis bivariado

11.1 funcionalidad familiar y estado civil en las adolescentes

En la tabla 1 se puede observar que la disfuncionalidad predominó en las adolescentes solteras con un 62.5%, con una χ^2 de 4.997 y un valor de $p= 0,172$, > 0.05 no se considera estadísticamente significativo.

Tabla 14 Funcionalidad familiar y estado civil en las adolescentes

Variable	UNIVARIADO		BIVARIADO				X2	gl	p
	f	%	Disfuncionalidad		Funcionalidad				
			f	%	f	%			
Soltera	24	34.3	15	62.5	9	37.5	4.997	3	0,172
Casada	26	37.1	12	46.2	14	53.8			
Unión libre	18	25.7	5	27.8	13	72.2			
Viuda	2	2.9	1	50.0	1	50.0			
Total	70	100	33	47.1	37	52.9			

Fuente: Cuestionario Faces III en 70 adolescentes, 2018



11.2 funcionalidad familiar y religión de las adolescentes embarazadas

Las embarazadas que viven con una familia disfuncional fueron en su mayoría las de religión católica. Con una χ^2 de 1.132 y un valor de $p= 0,889$, $>$ de 0.05 por lo que no se considera estadísticamente significativa.

Tabla 15 religión de las adolescentes embarazadas funcionalidad familiar

religión	UNIVARIADO		BIVARIADO				X ²	gl	p	
	Variable	f	%	Disfuncionalidad		Funcionalidad				
				f	%	f				%
Católica	26	37.1	14	53.8	12	56.2				
Cristiano no católico	22	31.4	9	40.9	13	59.2	1.132	4	0.889	
Adventista	19	27.7	9	40.9	10	10				
Otros	3	4.3	1	33.3	2	66.7				
Total	70	100	33	47.1	37	59.9				

Fuente: Cuestionario Faces III en 70 adolescentes, 2018



11.3 escolaridad de las adolescentes embarazadas y funcionalidad familiar

En cuanto al nivel educativo de las adolescentes que presentaron disfuncionalidad familiar, predominaron las que cursan la preparatoria incompleta con un 71.5%. Con una X^2 de 11.795 y un valor de $p = .019$, y $<$ de 0.05 por lo que se considera estadísticamente significativo.

Tabla 16 escolaridad de las adolescentes y funcionalidad familiar

Escolaridad	UNIVARIADO		BIVARIADO				X2	gl	p	
	Variable	f	%	Disfuncionalidad		Funcionalidad				
				f	%	f				%
	Secundaria incompleta	1	1.4	0	0.0	1	1.4			
	Secundaria completa	10	14.3	5	50.0	5	50.0	11.792	4	.019
	Preparatoria completa	21	30.0	15	71.4	6	28.6			
	Preparatoria incompleta	6	8.6	0	0.0	6	100			
	Licenciatura incompleta	32	45.7	13	40.6	19	59.4			
	Total	70	100	33	47.1	37	52.9			

Fuente: Cuestionario Faces III en 70 adolescentes, 2018



11.4 ocupación de las adolescentes embarazadas y funcionalidad familiar.

En la siguiente tabla se observa que las adolescentes que son estudiantes, viven con familias disfuncionales con un 72.0%. Con una X² de 10.012 y una P= 0,018 es < 0,05 que estadísticamente es significativa.

Tabla 17 Ocupación y funcionalidad familiar

	UNIVARIADO			BIVARIADO						
	Variable	f	%	Funcionalidad afectada	Funcionalidad no afectada	X ²	gl	p		
Ocupación	Estudiante	25	35.7	18	72.0	7	28.0	10.012	3	0,018
	Trabajadora	21	30.0	6	28.6	15	71.4			
	Estudia y trabaja	13	18.6	5	38.5	8	61.5			
	Ama de casa	11	15.7	4	36.4	7	63.6			
	Total	70	100	33	47.1	37	52.9			

Fuente: Cuestionario Faces III en 70 adolescentes, 2018



12.- DISCUSION

Los resultados de nuestro estudio demuestran que la funcionalidad familiar se ve alterada en casi la mitad de las adolescentes embarazadas de acuerdo al cuestionario FF- SIL, datos que coinciden con los resultados de María C. Hidalgo Palma que concluye mediante el APGAR familiar que la mitad de las adolescentes estudiadas tienen disfuncionalidad familiar y que existe relación entre el embarazo adolescente y la función familiar alterada, así como entre más disfuncionalidad familiar mayor el aumento de adolescentes con embarazo.

Nuestro estudio demuestra Según FACES III que la cohesión de las adolescentes pertenecen a familias no relacionadas en casi más de la mitad de las adolescentes y que la adaptabilidad de las adolescentes pertenecen a familias caóticas en su mayoría con un poco menos de la mitad, esto tiene similitud con los resultados de Carranza Alvarado, Piero en lo que concluye que una población de adolescentes embarazadas en poco más de la mitad pertenecen a familias no relacionadas y a familias caóticas según FACES III.

De acuerdo a los estudios de Mejía Mendoza, M et al. No hay similitud con nuestros resultados ya que su estudio fue por encuesta descriptiva a través de grupos focales en base a la experiencia y la percepción del embarazo adolescente, en la que no se pudo medir la variable funcionalidad familiar y no se utilizó una herramienta escrita en la que las pacientes pudieran responder e interpretar posteriormente.

Por lo que científicamente no puede ser medible sin una herramienta validada y enfocada a la funcionalidad familiar.



Según los estudios de Sarabia López, Favio Darío no hay similitud en cuanto a la población estudiada ya que utilizaron la herramienta FF- SIL en adolescentes sin embarazo, más sin embargo utilizó casi la misma cantidad de población y los resultados según el FF- SIL fueron disfuncionalidad familiar en casi más de la mitad de los adolescentes.

Nuestros resultados evidencian que la mayoría de las adolescentes son casadas o con una pareja, en adolescencia tardía menores de 20 años y en su mayoría son estudiantes y de religión católica, estos resultados tienen similitud con César A. Zamudio Raya et al quien encontró que la mayoría de las adolescentes estudiadas fueron casadas y que se encontraban en adolescencia tardía.

Nosotros encontramos que las adolescentes embarazadas pertenecen a familias nucleares, familias modernas en donde hay ingreso económico por parte del padre y de la madre, y que la mitad de ellas viven con sus padres en familias integradas y la otra mitad viven con una pareja con familias integradas.

No hemos encontrado otros estudios relacionados en la que describa la tipología familiar, por lo que consideramos que es el primer estudio que además de incluir variables sociodemográficas, también incluimos variables de tipología familiar, además de utilizar 2 herramientas de función familiar y una que mida específicamente la función en base a la cohesión y la adaptabilidad esto con el fin de poder identificar eficazmente en que parte de la funcionalidad familiar se ven afectadas las pacientes.



13.- CONCLUSIONES

- La funcionalidad familiar de las adolescentes con embarazo según el FF-SIL se encuentra afectada en casi más de la mitad de ellas, con disfuncionalidad leve a moderada.
- La adaptabilidad y cohesión familiar de las adolescentes con embarazo según el FACES III pertenecieron a familias con baja adaptabilidad no relacionadas en más de la mitad de las adolescentes, un poco menos de la mitad pertenecen a familias con baja cohesión y caóticas.
- la mayoría de las adolescentes se encuentran en adolescencia tardía.
- Las adolescentes embarazadas tienen preparatoria y licenciatura incompleta en la gran mayoría como grado máximo de estudios y poco más de la mitad se encuentra estudiando.
- Las adolescentes embarazadas profesan en su mayoría la religión católica, las que tienen más disfuncionalidad fueron las adolescentes católicas, mientras que las que fueron más funcionales fueron las que profesaron la religión cristiana no católica.
- Las adolescentes embarazadas pertenecen a familias nucleares.
- Las adolescentes embarazadas pertenecen a familias modernas.
- La mitad de las adolescentes embarazadas viven con sus padres con una familia integrada.
- La mitad de las adolescentes embarazadas viven con una pareja con familias integradas.



14.- RECOMENDACIONES

En la unidad de medicina familiar:

- Sugiero Realizar pláticas enfocadas a la integración familiar con embarazo adolescente, promover información a las familias con adolescentes con embarazo con temas como apoyo familiar, convivencia familiar, comunicación, salud familiar, y cuidados del embarazo.
- Sugiero Promover y reforzar las pláticas de autocuidado a las embarazadas adolescentes así como de cuidado prenatal.
- Sugeriero la creación de un grupo de adolescentes embarazadas donde asistan también sus parejas y familiares y se puedan dar apoyo y consejería familiar ante el embarazo.

En la consulta de medicina familiar:

- Continuar Identificando a las pacientes con embarazo adolescente.
- promover la comunicación familiar entre todos sus miembros para fomentar un ambiente de confianza.
- Identificar los factores de riesgo familiares para el embarazo adolescente en la consulta de medicina familiar.
- Reforzar la unión familiar cuando se presenten crisis para normativas
- Crear un programa de medicina preventiva para la adolescente específicamente donde se promueva la salud sexual y reproductiva, además de promover la salud familiar.
- Continuar realizando estudios de salud familiar a los adolescentes con riesgo de embarazo.
- Realizar terapia familiar a las adolescentes con embarazo enfocada al reforzamiento de la adaptabilidad y cohesión familiar.



15.- ANEXOS

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operativa	Escala de medición Codificación (valor)
Edad	Cuantitativa numérica discreta	Años cumplidos desde el nacimiento al momento del estudio	En números enteros registro de la Edad en el cuestionario	Sección 1 Datos generales Inciso c) registra la edad
Estado civil	Cualitativa nominal	Condición que caracteriza a una persona según el registro civil en lo que hace a sus vínculos personales legales con respecto si tiene o no pareja	Registro de alguna de las opciones del estado civil o situación legal de la embarazada adolescente según, Indicadores de la serie histórica censal. Se utiliza Escala INEGI 2016	Sección 1. Item 1. Estado civil 1.-Soltera 2.-Casada 3.-Unión libre 4.-Viuda 5.-Divorciada
Religión	Cualitativa Nominal	Creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado de tipo existencial, moral y espiritual	Grupo religioso con el que se identifica el sujeto al momento del estudio. Indicadores de la serie histórica censal. Se utiliza Escala INEGI 2016	Sección 1.Item 2. Religión 1.- católica 2.- cristiano no católico 3.- adventista 4.- otros 5.- ninguno
Escolaridad	Cualitativa nominal	Nivel o grado de estudios relacionado con el tiempo que una persona asiste y aprueba a la escuela.	Registrar según las opciones propuestas cual corresponde al máximo grado de estudios.	Sección 1. Ítem 3 Escolaridad 1.- Analfabeta (no sabe leer y escribir) 2.-Primaria completa o incompleta. 3.-secundaria completa o incompleta. 4.-preparatoria completo o incompleta 5.- licenciatura completa o incompleta.
Ocupación	Cualitativa nominal	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que	Labor que desempeña en el momento de la aplicación del estudio.	1.- estudiante 2.- trabajadora



		desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo		3.- estudia y trabaja 4.- ama de casa
composición familiar	Cualitativa nominal	Número de integrantes que comparten parentesco, consanguinidad u otros.	Integrantes que componen un núcleo familiar y que viven bajo un mismo techo. Composición familiar de acuerdo a Irigoyen.	SECC 2 ITEMS composición familiar. Pregunta 5 1.- sola con mi esposo. 2.- con mi esposo y con hijos. 3.-con mi esposo y otros familiares consanguíneos. 4.- con mi esposo y otros sin nexo legal. 5.- vivo sola
desarrollo familiar	Cualitativa nominal	Aporte económico principal familiar.	Integrantes que aportan al desarrollo económico y sustento familiar. Clasificación de acuerdo a Irigoyen	SECC 2 ITEMS desarrollo familiar pregunta 6. 1.- solo mi esposo trabaja 2.- mi esposo y yo trabajamos 3.- vivimos del campo.
integración familiar	Cualitativa nominal	La capacidad de unión que tengan los cónyuges en la familia y funciones respectivas.	La unión familiar que tengan al momento del estudio así como las funciones que ejerzan al momento del estudio o si está casada o vive con sus padres. De acuerdo a Irigoyen.	SECC 2 ITEMS pregunta 7 integridad familiar. a) Si vive con uno o ambos padres. 1.- mis padres viven juntos y cumplen con sus funciones- 2.- mis padres viven juntos y no cumplen con sus funciones- 3.- mis padres viven separados.



Variable	Tipo de variable y escala de medición	Definición conceptual	Definición operativa	Codificación (valor)
<p>Funcionalidad Familiar</p>	<p>Cuantitativa ordinal</p>	<p>Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.</p>	<p>Se obtiene de la escala de medición y se clasificara como funcional o disfuncional de acuerdo a los grados depende de la escala a utilizar. Se clasifica principalmente en 7 dimensiones:</p> <p>Cohesión, comunicacion, armonía, adaptabilidad, afectividad, roles, permeabilidad,</p> <p>FF-SIL (percepción del funcionamiento familiar) Consta de 14 ITEMS.</p> <p>FACES III Cohesión y Flexibilidad familiar. Consta de 20 ITEMS. Se miden 8 dimensiones principalmente: 1 vinculación familiar, 2 límites familiares, 3 coaliciones familiares, 4 tiempo familiar, 5 espacio familiar, 6 amigos, 7 toma de decisiones, 8 intereses y recreación familiar.</p>	<p>1.- funcional 70 a 57 puntos. 2.-moderadamente funcional de 56 a 43 puntos. 3.- disfuncional de 42 a 28 puntos. 4.-severamente disfuncional de 27 a 14 puntos.</p> <p>Dimensiones 1.- afectada 2.- no afectada</p> <p>Se usara plataforma SPSS para procesamiento estadístico de las variables.</p> <p>Según cohesión: 1.- no relacionadas 10-34 puntos 2.- semirelacionada de 35 - 40 puntos 3.- relacionada de 41 a 45 puntos 4.- aglutinada de 46 a 50 puntos.</p> <p>Según adaptabilidad: 1.- rígida de 10 a 19 puntos 2.- estructurada de 20 a 24 puntos 3.- flexible de 25 a 28 puntos. 4.- caótica de 29 a 50 puntos.</p>



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO 2018	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	octubre	Noviembre	diciembre
Revisión Bibliográfica	x											
Título del Protocolo	x	x										
Planteamiento del Problema		x										
Marco Teórico		x										
Definición de Variables		x										
Consulta con los Asesores	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Subir protocolo a SIRELCIS					x	x	x	x	x	x		
Autorización										x	x	
Aplicación de la hoja de recolección y encuestas											x	
Análisis de los Datos											x	
Elaboración del Informe Técnico Final											x	x
Fecha de Inicio y Fecha de Término	DICIEMBRE 2018 (ENTREGA FINAL DE TESIS)											



CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS MAYOR DE 18 AÑOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.
Lugar y fecha:	VILLAHERMOSA, TABASCO
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	DEBIDO AL INCREMENTO DE EMBARAZO ADOLESCENTE Y MULTIPLES COMPLICACIONES DE ESTE SURGE EL INTERES DE SABER LA FUNCION FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES CON EMBARAZO Y ASPECTOS RELACIONADOS QUE PUEDA OCACIONAR AL NIVEL FAMILIAR EL PRESENTE ESTUDIO TIENE EL OBJETIVO DE CONOCER LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO CONOCER SU PERSPECTIVA DE SU FUNCION FAMILIAR, ADAPTABILIDAD Y COHESION Y ASPECTOS RELACIONADOS.
Procedimientos:	SE REALIZARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO TIPOLOGIA FAMILIAR E INDIVIDUAL FF- SIL PARA LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASI COMO FACES II DE COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR.
Posibles riesgos y molestias:	INCOMODIDAD DE LAS PREGUNTAS, TIEMPO REQUERIDO PARA REALIZARLO.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	SE INFORMARA CUALES ASPECTOS DE LA FUNCION SE VEN ALTERADOS AL MOMENTOS DE PRESENTARSE EL EMBARAZO O CONFLICTO ADOLESCENTE.
Participación o retiro:	SI USTED LO DESEA PUEDE O NO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO
Privacidad y confidencialidad:	SE TOMARAN DATOS PRIVADOS DE LOS PACIENTES CON UTILIZACION CIENTIFICA UNICAMENTE CON EL FIN DE ESTUDIAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.
Beneficios al término del estudio:	.CONOCER LA FUNCION FAMILIAR EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE Y DAR SEGUIMIENTO A UN FUTURO PLAN DE PREVENCION EN EMBARAZO ADOLESCENTE, ASI COMO PODER CONTINUAR ESTE TRABAJO EN ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS PARA UNA FUTURA COMPARACION ENTRE LAS FUNCION EN EMBARAZO Y NO EMBARAZO.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad) MENORES DE 18 AÑOS

Nombre del estudio:	FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.
Patrocinador externo (si aplica)*:	
Lugar y fecha:	VILLAHERMOSA, TABASCO A
Número de registro institucional:	Pendiente....
Justificación y objetivo del estudio:	DEBIDO AL INCREMENTO DE EMBARAZO ADOLESCENTE Y MULTIPLES COMPLICACIONES DE ESTE SURGE EL INTERES DE SABER LA FUNCION FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES CON EMBARAZO Y ASPECTOS RELACIONADOS QUE PUEDA OCACIONAR AL NIVEL FAMILIAR EL PRESENTE ESTUDIO TIENE EL OBJETIVO DE CONOCER LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO CONOCER SU PERSPECTIVA DE SU FUNCION FAMILIAR, ADAPTABILIDAD Y COHESION Y ASPECTOS RELACIONADOS PARA BRINDAR A LOS MEDICOS FAMILIARES ESTRATEGIAS DE PREVENCION Y TERAPIAS FAMILIARES.
Procedimientos:	SE REALIZARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO TIPOLOGIA FAMILIAR E INDIVIDUAL FF- SIL PARA LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASI COMO FACES II DE COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR
Posibles riesgos y molestias:	INCOMODIDAD DE LAS PREGUNTAS, TIEMPO REQUERIDO PARA REALIZARLO.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	CONOCER LA FUNCION FAMILIAR EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE Y DAR SEGUIMIENTO A UN FUTURO PLAN DE PREVENCION EN EMBARAZO ADOLESCENTE, ASI COMO PODER CONTINUAR ESTE TRABAJO EN ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS PARA UNA FUTURA COMPARACION ENTRE LAS FUNCION EN EMBARAZO Y NO EMBARAZO.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	SE INFORMARA CUALES ASPECTOS DE LA FUNCION SE VEN ALTERADOS AL MOMENTOS DE PRESENTARSE EL EMBARAZO O CONFLICTO ADOLESCENTE.
Participación o retiro:	SI USTED LO DESEA PUEDE O NO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO
Privacidad y confidencialidad:	SE TOMARAN DATOS PRIVADOS DE LOS PACIENTES CON UTILIZACION CIENTIFICA UNICAMENTE CON EL FIN DE ESTUDIAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx	
Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: iris.contreras@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	_____ Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma



INSTRUMENTO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON EMBARAZO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

Instrucciones: Por favor en la sección 1 y 2 de este cuestionario, seleccione de cada categoría, la opción numérica que corresponde a su situación personal, anote el número de su opción en el paréntesis que esta junto a cada categoría. Es importante que sepa que sus respuestas serán tratadas con confidencialidad y el presente cuestionario permitirá comprender aspectos que contribuirá a mejorar la atención de las embarazadas adolescentes.

Sección 1. Datos generales

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Edad: _____

1.-Estado civil: ()

1.-Soltera 2.- casada 3.-Unión libre 4.- viuda 5.-divorciada

2.-Religión ()

1.- católica 2.- cristiano no católico 3.- adventista 4.- otros 5.- ninguna

3.-Escolaridad ()

1.-analfabeta que no sabe leer y escribir 2.- primaria incompleta 3.-primaria completa

4.- secundaria incompleta 5.- secundaria completa 6.- preparatoria incompleta

7.- preparatoria completa 8.- licenciatura completa 9.- licenciatura incompleta

4.-Ocupación: () 1.- estudiante 2.- trabajadora 3.- estudia y trabaja

4.- ama de casa

Sección 2.- Datos en relación a la composición Familiar

5.-Composición familiar: () ¿usted vive con?

1. Sola con mi esposo

2. Con mi esposo y con hijos ¿ cuántos hijos nacidos) _____

3. Con mi Esposo, hijos y otros familiares consanguíneos (adoptados o afines)

4. Con mi Esposo, hijos y otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc.)

5. vivo sola (si elige esta opción después de responder pase a la sección 3)

6. otro : _____ (especifique)



6.- Desarrollo familiar: () ¿Quién trabaja para el aporte familiar?

- 1.- solo mi esposo trabaja
- 2.- mi esposo y yo trabajamos
- 3.- vivimos del campo

7.- Integridad familiar:

a) Seleccione si vive con uno o ambos padres ()

- 1.- mis padres viven juntos y cumplen con sus funciones
- 2.- mis padres viven juntos y no cumplen con sus funciones
- 3.- mis padres viven separados

b) seleccione si no vive con sus padres pero si con una pareja ()

- 4.- vivo con mi pareja regularmente juntos y cumplimos con nuestras funciones
- 5.- vivimos separados
- 6.- vivimos juntos pero ocasionalmente se ausenta por algunos días

Sección 3.- funcionalidad familiar

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una **X** su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Nº	Situaciones	Casi Nunca	Pocas Veces	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre
8	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
9	En mi casa predomina la armonía					
10	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
11	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
12	No expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
13	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					



14	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
15	Cuando alguien en la familia tiene un problema los demás ayudan					
16	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esta sobrecargado					
17	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
18	Podemos conversar diversos temas sin temor					
19	Ante una situación familia difícil somos capaces de buscar ayuda entre otras personas					
20	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
21	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Sección 4.- cohesión y adaptabilidad familiar

CUESTIONARIO DE ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR (FACES III)

Instrucciones

A continuación usted deberá seleccionar una de las opciones que se le presentarán a continuación. Deberá marcar con una X la opción que más se acerque a su respuesta.

Nº	Pregunta	Casi Nunca o Nunca	De vez en cuando	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre o Siempre
22	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
23	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
24	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
25	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					



26	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
28	Cualquier miembro de la familia puede tomar la Autoridad.					
29	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con Otras personas que no son de nuestra familia.					
30	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
31	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
32	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
33	Nos sentimos muy unidos.					
34	Cuando se toma una decisión importante, toda la Familia está presente.					
35	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie					
36	En nuestra familia las reglas cambian.					
37	Con facilidad podemos planear actividades en la Familia.					
38	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre Nosotros.					
39	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
40	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
41	La unión familiar es muy importante.					
42	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

Gracias por su participación en este estudio su contribución es muy importante



16.- BIBLIOGRAFIA

1. Principales indicadores de salud sexual y reproductiva de adolescentes por entidad federativa, 2009(Fuente: Consulta interactiva de datos, CONAPO).
2. ENAPEA (estrategia Nacional para prevención del embarazo adolescente)
3. Organización Mundial de la Salud. “Adolescent Pregnancy” Fact Sheet 364. Ginebra, OMS. Web, 2014.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>(<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>)
4. Desarrollo en la Adolescencia: recuperado de:http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
5. Norma Oficial Mexicana:(NOM-008-SSA2-1993) Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente.
6. J.L. Iglesias Diz, Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales.
7. ENAPEA (estrategia Nacional para prevención del embarazo adolescente)
8. Principales indicadores de salud sexual y reproductiva de adolescentes por entidad federativa, 2009 (Consulta interactiva de datos, CONAPO).
9. Mora-Cancino, A.M,&Hernández-Valencia, M.(2015).Embarazo en la adolescencia, Ginecología y Obstetricia De México. 294-301
10. Instituto Nacional de las Mujeres. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México, 2017. <[www.gob.mx/inmujeres/ acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-delembarazo- en-adolescentes-33454](http://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-delembarazo-en-adolescentes-33454)
11. Encuesta Nacional de Población 2005. Cambios de población en México. México: INEGI; 2010.
12. Velásquez CG. 57, 481,307 mujeres mexicanas. Rev. Mex, Reprod 2011;3:139-141.
13. Organización Mundial de la Salud (2014). Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década. Informe multimedia: www.who.int/adolescent/second-decade



14. Fondo de Población de las Naciones Unidas (2013). Estado de la población mundial 2013. Maternidad en la niñez, enfrentar el reto del embarazo adolescente. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
15. Conceptos básicos para el estudio de las familias Archivos en Medicina Familiar, vol. 7, núm. 1, 2005, pp. 15-19, Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. México, Organismo Internacional.
16. Membrillo - Luna. A. editores. Familia Introducción al estudio de sus elementos. 1st ed. ETM; 2008.
17. Elementos esenciales de la Medicina Familiar, conceptos Básicos para el Estudio de las Familias y Código de Bioética en Medicina Familiar.
18. Primera reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de salud. 1ed., México: Medicina Familiar Mexicana 2005.
19. Manual para la Intervención en la Salud Familiar. Isabel Louro Bernal... [y otros]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. 43 p.
20. Hidalgo Palma, María Cristina (2017). Disfunción familiar en adolescentes embarazadas en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, noviembre 2016. Informe final de investigación presentado como requisito para optar por el Título de Especialista en Pediatría. Instituto Superior de Investigación y Posgrado. Quito: UCE. 62 p.
21. Mejía-Mendoza, M., Laureano-Eugenio, J., Gil-Hernández, E., Ortiz-Villalobos, R., Blackaller-Ayala, J., & Benitez-Morales, R. (2015). Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(4), 242-252. doi:http://dx.doi.org/10.18597/rcog.291
22. Sarabia López, favio Darío, funcionalidad familiar y su relación con la hostilidad en adolescentes.
23. Cesar A. Zamudio Raya et al. Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México.
24. Carranza Alvarado Piero et al. Funcionamiento familiar en adolescentes embarazadas en un hospital nacional, lima, peru 2018.



Otras Bibliografías

25. González García, Clara Martha, & González García, Silvia Isabel. (2008). Un enfoque para la evaluación del funcionamiento familiar. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 6(15), 2-7. Recuperado el 03 de diciembre de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-75272008000200002&lng=pt&tling=es.
26. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR, Dr. Miguel A. Suarez Cuba* Dra. Matilde Alcalá Espinoza
27. E.R. Ponce Rosasa, F.J. Gómez Clavelinab, M. Terán Trillo, A.E. Irigoyen Coriad y S. Landgrave Ibáñez, Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México)
28. Encuesta Nacional de Población 2005. Cambios de población en México. México: INEGI; 2010.
29. Padrón Quezada F, Peña Cordero S, Salazar Torres K. Funcionalidad familiar asociado al cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial crónica; Comunidad Coyocter, 2015. (Spanish). *Revista Latinoamericana De Hipertension* [serial on the Internet]. (2017, July), [cited December 3, 2017]; 12(3): 79-82. Available from: *MedicLatina*
30. Fernando Soto-Acevedo, Iván Alberto León-Corrales, Oscar Castañeda-Sánchez, Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México, In *Atención Familiar*, Volume 22, Issue 3, 2015
31. Teresa Yago Simón, Concepción Tomás Aznar, ¿Influye la familia de origen en el embarazo no planificado de adolescentes y jóvenes?, In *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, Volume 58, Issue 3, 2015, Pages 118-124, ISSN 0304-5013, <https://doi.org/10.1016/j.pog.2014.11.014>.
(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501314003045>)
32. Socorro Pérez-López, María Catalina Ortiz-Zaragoza, Silvia Landgrave-Ibáñez, Alberto González-Pedraza Avilés, Estilos educativos parentales y embarazo en adolescentes, In *Atención Familiar*, Volume 22, Issue 2, 2015, Pages
33. Ares, P. *Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio*. La Habana: Editorial Félix Varela; 2002.