

**UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO**

---

---

**División Académica de Ciencias de la Salud**



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**“MODELO DE EMPODERAMIENTO CENTRADO EN LA FAMILIA  
DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN UNA UNIDAD DE  
ATENCIÓN PRIMARIA”**

**Tesis para obtener el diploma de la:  
Especialidad en Medicina Familiar**

**Presenta:**

**CANDY GABRIELA MORALES ORAMAS**

**Director (es):**

**DRA. CS. MARÍA ISABEL ÁVALOS GARCÍA**

**EMF. ANA ISABEL LOPEZ SALVADOR**

**Villahermosa, Tabasco.**

**Febrero 2024.**



## AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**  
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Dirección



Villahermosa, Tabasco, 27 de noviembre de 2023

Of. No. 711/DIRECCIÓN/DACS

**ASUNTO:** Autorización de impresión de tesis

**C. Candy Gabriela Morales Oramas**  
Especialidad en Medicina Familiar  
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada **MODELO DE EMPODERAMIENTO CENTRADO EN LA FAMILIA DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA** con índice de similitud **3%** y registro del proyecto **No. JI-PG-255**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Anwar Francisco Agustín Magaña Carrada, Dra. María Luisa Castillo Orueta, Dr. Jorge Iván Martínez Pérez, Dra. Guadalupe Paz Martínez y la Dra. María Cruz Jiménez De la Cruz. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Medicina Familiar**, donde fungen como Directores de Tesis: la Dra. Cs. María Isabel Avalos García y MSC. Ana Isabel López Salvador.

Atentamente

*Mirian Carolina Martínez López*  
**Dra. Mirian Carolina Martínez López**  
Directora

UJAT



**DACS**  
DIRECCIÓN

C.c.p.- Dra. Cs. María Isabel Avalos García. - Director de tesis  
C.c.p.- MSC. Ana Isabel López Salvador. - Director de tesis  
C.c.p.- Dr. Anwar Francisco Agustín Magaña Carrada. - Sinodal  
C.c.p.- Dra. María Luisa Cattillo Orueta. - Director de Tesis  
C.c.p.- Dr. Jorge Iván Martínez Pérez. - Director de Tesis  
C.c.p.- Dra. Guadalupe Paz Martínez. - Sinodal  
C.c.p.- Dra. Guadalupe Paz Martínez. - Sinodal  
C.c.p.- Dra. María Cruz Jiménez De la Cruz. - Sinodal  
C.c.p.- Archivo  
DC/MCML/DC/OGMF/lkrd\*



## ACTA DE REVISIÓN DE TESIS



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 13:30 horas del día 15 del mes de noviembre de 2023 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:

#### "MODELO DE EMPODERAMIENTO CENTRADO EN LA FAMILIA DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA"

Presentada por el alumno (a):

Morales Oramas Candy Gabriela  
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

2	1	1	E	7	0	0	6	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

#### Especialista 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

Dra. Cs. María Isabel Avalos García  
EMF. Ana Isabel López Salvador  
Directores

Dr. Anwar Francisco Agustín Magaña Carrada

Dra. María Luisa Castillo Orueta

Dr. Jorge Iván Martínez Pérez

Dra. Guadalupe Paz Martínez

Dra. María Cruz Jiménez De la Cruz



## CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS

### Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 13 del mes de noviembre del año 2023, el que suscribe, Candy Gabriela Morales Oramas, alumna del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 211E70061 adscrita a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Modelo de empoderamiento centrado en la familia de embarazadas adolescentes en una unidad de atención primaria”**. bajo la Dirección del Dra. María Isabel Avalos García, Dra. Ana Isabel López Salvador 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: [candyoramas@hotmail.com](mailto:candyoramas@hotmail.com), [isaavalos67@hotmail.com](mailto:isaavalos67@hotmail.com). Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Candy Gabriela Morales Oramas

Nombre y Firma





## DEDICATORIAS

A Dios por llenarme siempre de bendiciones infinitas, a pesar de los retos de la vida diaria.

A mi familia, a Vanessa que son lo más importante para mí, sin ellos esto no tendría razón de ser.

A mis profesores, que están siempre en lucha diaria por enseñar, de igual seguir preparándose para dar lo mejor de ellos mismo para nosotros sus alumnos.

A todos y cada uno de mis pacientes de Cd. Pemex, Macuspana, que fueron los que me motivaron e incentivaron a prepararme más y llegar a ser una especialista en familia.

A mis compañeros de residencia, a ustedes mis mosqueteras por este camino que hemos recorrido, juntos entramos y juntos nos vamos.

A cada personita con la cual interactué y dejó algo en mi memoria y forma de ser. También le dedico esta tesis a una personita especial, que pese a las adversidades de la vida, siempre tuvo y ha tenido un motor y aliciente para seguir adelante con la gracia de Dios: YO

*La vida a veces duele, a veces cansa, a veces hiere. Ésta no es perfecta, no es coherente, no es fácil, no es eterna; pero a pesar de todo: la vida es bella.*



## AGRADECIMIENTOS

Primero que nada le agradezco a Dios por la vida, por estar aquí cumpliendo un sueño más en la travesía de la vida, y dejarme ser médica, sin él nada sería posible. Gracias padre mío por sostenerme y nunca abandonarme.

A mi familia, a mi madre por siempre apoyarme en los momentos más difíciles, gracias por amarme, a mis hermanos porque no han dejado de creer en mí, a ti Vanessa siempre acompañándome en todo momento, gracias a todos, los amo.

A mi amiga Ana Isabel López, gracias por tu apoyo incondicional, por estar ahí, que sin tu orientación no estaría aquí en esta gran especialidad, eres como una hermana para mí, tqm.

A mis profesores, a la Dra. Rosa María Sánchez por enseñarme y enamorarme de la medicina familiar, por apoyarme siempre en todo lo que necesite.

A la Dra. María Isabel Ávalos y Dra. Silvia Ma. Guadalupe Garrido por apoyarme, enseñarme investigación y estadística, gracias, sin ellas no hubiera sido posible este proyecto, mis respetos.

A la Dra. Gladiola Sesma, porque ella me inspiró a estudiar a las embarazadas adolescentes, al ver su forma educativa y amigable de tratar a los adolescentes.

A la Dra. María Luisa Castillo por su paciencia, calidez y conocimiento para enseñarnos la educación en los pacientes.

Al Dr. Anwar Francisco A. Magaña por enseñarme su conocimiento en esta gran especialidad, a ver a los pacientes con sentido humano, ser empáticos y escucharlos con atención y verlos siempre a los ojos.

Al Dr. Jorge Iván, por estar siempre ahí brindándome su apoyo y echándome porras, gracias por enseñarme y brindarme su conocimiento.

A la Dra. Maricruz, por brindarme su apoyo y conocimiento para con los pacientes y consejos de la vida diaria.



A la Dra. Guadalupe Paz, por su enseñanza y conocimiento para formarnos como especialistas.

Y a todos mis demás profesores Dra. Tovilla, Dr. Pedro, Dra. Griselda que de igual manera fueron importante por estar ahí apoyándome y enseñándome para mi formación como especialista.

A los diferentes hospitales, lugares, médicos, enfermería y demás personal en donde me recibieron para hacer mis rotaciones de campo, gracias, sin ellos tampoco sería posible esto.

Y no por ser menos importante por mencionarlo al final mi CESSA Tierra Colorada y a todo el personal que trabaja aquí, de enfermería, administración, gracias por brindarme la oportunidad de estar aquí para mi formación académica.

Agradezco a mis pacientes que sin ellos no hubiera elegido la licenciatura, ellos son el mejor libro abierto para aprender y generar conocimiento, gracias.

Muchas gracias a todos, los abrazo con el corazón y los llevaré en mi memoria siempre.



---

---

## ÍNDICE

TABLAS Y GRÁFICOS .....	X
ABREVIATURAS .....	XIV
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	XV
RESUMEN.....	17
ABSTRACT.....	18
1. INTRODUCCIÓN .....	19
2. MARCO TEÓRICO .....	21
2.1. Generalidades de la Adolescencia.....	21
2.1.2 Fases de la adolescencia.....	21
2.1.3. Competencias emocionales y autoestima en la adolescencia .....	24
2.2. El embarazo en la adolescencia .....	25
2.2.1 Mortalidad materna .....	27
2.3. El embarazo en la adolescencia en México .....	27
2.3.1. Momentos históricos.....	28
2.3.2 Aspectos demográficos y reproductivos.....	28
2.3.4. Causas y consecuencias.....	29
2.3.5 Educación .....	30
2.4. La familia.....	30
2.5. El ciclo vital de la familia .....	35
2.6. Funciones de la familia .....	36
2.6.3. Atención centrada en la familia .....	36
2.7. Intervención familiar (Trabajo con familia).....	38
2.8. Empoderamiento.....	40
2.9. Estudios relacionados .....	42
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	51
4. JUSTIFICACIÓN.....	53
5. HIPÓTESIS.....	56
6. OBJETIVOS.....	57
6.1. General .....	57
6.2 Específicos.....	57



---

---

7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	58
7.1. Tipo de estudio.....	58
7.2. Población, lugar y tiempo de estudio .....	58
7.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra .....	59
7.4. Criterios de selección.....	59
7.4.1. Criterios de Inclusión.....	59
7.4.2 Criterios de exclusión.....	59
7.4.3. Criterios de eliminación.....	60
7.5. Procedimiento.....	60
7.5.1 Primera Etapa: Etapa Diagnóstica .....	60
7.5.2. Cuestionario .....	60
7.5.3. Instrumento I .....	61
7.5.4. Instrumento II .....	62
7.5.5. Segunda etapa: Diseño e implementación de la intervención (Trabajo con familia). .....	64
7.5.6. Tercera etapa.....	64
7.6. Variables dependientes e independientes.....	64
7.7. Procesamiento para capturar la información y análisis de datos. ....	65
7.8. Consideraciones éticas .....	66
8. RESULTADOS.....	68
9. DISCUSIÓN .....	102
10. CONCLUSIONES .....	104
11. RECOMENDACIONES .....	105
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	106
13. ANEXOS.....	117



## TABLAS Y GRÁFICOS

Pág.

Cuadro 1. Ciclo vital Familiar de acuerdo a Geyman.....	35
Cuadro 2. Modelo teórico de trabajo con familia.....	40
Cuadro 3. Diseño Cuasi experimental prospectivo, analítico.....	58
Cuadro 4. Cálculo del tamaño de la muestra de embarazadas adolescentes para la intervención en familia.....	63
Cuadro 5. Modelo de empoderamiento centrado en familia de las embarazadas adolescentes.....	86
Cuadro 6. Características sociodemográficas identificados de las familias disfuncionales de las pacientes embarazadas.....	87
Cuadro 7. Características familiares de las familias disfuncionales de las pacientes embarazadas adolescentes seleccionadas.....	87
Cuadro 8. Jerarquización de los factores de riesgo de la familia Uno, según magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.....	88
Cuadro 9. Jerarquización de los factores de riesgo de la familia Dos, según magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.....	88
Cuadro 10. Jerarquización de los factores de riesgo de la familia Tres, según magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.....	89
Cuadro 11. Jerarquización de los factores de riesgo de la familia Cuatro, según magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.....	89
Cuadro 12. Factores protectores de la Familia uno.....	90
Cuadro 13. Factores protectores de la familia Dos.....	90
Cuadro 14. Factores protectores de la familia Tres.....	90
Cuadro 15. Factores protectores de la familia Cuatro.....	90
Cuadro 16. Intervención a la familia uno .....	92



Cuadro 17. Intervención a la familia dos.....	94
Cuadro 18. Intervención a la familia tres.....	96
Cuadro 19. Intervención a la familia cuatro.....	98
Tabla 1. Características sociodemográficas en embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.....	68
Tabla 2. Características familiares en embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.....	69
Tabla 3. Funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.....	69
Tabla 4. Empoderamiento en embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.....	70
Tabla 5. Número de parejas sexuales y número de gestas de las embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.....	70
Tabla 6. Método de planificación familiar de embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.....	71
Tabla 7. Conocimiento sobre el cuidado de la salud de embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.....	71
Tabla 8. Principal causa de embarazo en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.....	72
Tabla 9. Responsabilidad del embarazo según la perspectiva de las adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.....	72
Tabla 10. Temor a la reacción de los padres al saberse embarazadas las adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.....	73
Tabla 11. Decepción de la familia de las embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.....	73



Tabla 12. Empoderamiento de las embarazadas adolescentes y funcionalidad familiar.....	74
Tabla 13. Empoderamiento de las embarazadas adolescentes y edad.....	74
Tabla 14. Empoderamiento de la embarazada adolescente y nivel de escolaridad.....	75
Tabla 15. Empoderamiento de la embarazada adolescente y estado civil.....	75
Tabla 16. Empoderamiento de la embarazada adolescente y tipología familiar..	76
Tabla 17. Empoderamiento de la embarazada adolescente y principal causa de embarazo.....	76
Tabla 18. Empoderamiento de la embarazada en su ciclo vital de vida.....	77
Tabla 19. Empoderamiento de la embarazada de acuerdo a su número de embarazos.....	77
Tabla 20. Empoderamiento de la embarazada y número de parejas sexuales...	78
Tabla 21. Empoderamiento de la embarazada y sus conocimientos .....	79
Tabla 22. Empoderamiento de la embarazada y su elección de método de planificación familiar.....	80
Tabla 23. Empoderamiento de la embarazada y la influencia de la familia para quedar embarazada.....	80
Tabla 24. Empoderamiento de la embarazada y el temor de cómo reaccionarían los padres al saber del embarazo.....	81
Tabla 25. Empoderamiento de la embarazada y el tener conocimiento sobre la familia y los valores.....	81
Tabla 26. Empoderamiento y la dimensión adaptación en funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.	82
Tabla 27. Empoderamiento y la dimensión comunicación en funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.	83



Tabla 28. Empoderamiento y la dimensión crecimiento en funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.	83
Tabla 29. Empoderamiento y la dimensión afecto en funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.	84
Tabla 30. Empoderamiento y la dimensión resolución en funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.	85
Tabla 31. Diferencia de las medias de funcionalidad familiar de las familias de las embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.....	99
Tabla 32. Diferencia de las medias de funcionalidad familiar de las familias de las embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023	100
Tabla 33. Empoderamiento de las familias de las embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.....	100
Tabla 34. Empoderamiento de las familias de las embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.....	101



## ABREVIATURAS

(OMS) Organización mundial de la salud

(ONU) Organización de la Naciones Unidas

(CESSA T. C.) Centro de Servicios de Salud Ampliados de Tierra Colorada

(FM) Funcionalidad Familiar

(TCF) Trabajo con Familias

(FECM) Modelo de empoderamiento Centrado en la Familia.

(APGAR) Adaptación, participación, gradiente de recurso personal o crecimiento, afecto, y recursos o capacidad resolutiva

(SPSS) Paquete Estadístico Para Ciencias Sociales



---

---

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

### **Adolescencia**

Este es el período de crecimiento que se produce después de la infancia y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. A pesar de las dificultades para determinar la distribución exacta por edades, el valor adaptativo, funcional y decisivo de esta etapa es importante.

### **Funcionalidad Familiar**

Se denomina al resultado de la actividad de las personas entre sí que permite la adecuada relación y satisfacción de cada uno de los integrantes de las familias entre sí y funge como factor protector para desarrollo de prácticas de riesgo, afrontamiento y/o solución de eventos normativos o para normativos.

### **Disfuncionalidad familiar**

Es el resultado de una relación inadecuada entre los miembros de la familiar que impide la correcta función y satisfacción de sus integrantes, jugando un factor de para desarrollar conductas de riesgo con consecuencias nocivas para la salud y pone en peligro el bienestar de cada uno de ellos y de la familia en general.

### **Trabajo con familias**

Es el cuarto nivel de intervención que se caracteriza por ser planificada y tener un enfoque sistémico centrado en la familia, se estructura principalmente a partir de la dinámica familiar donde se desarrollan intervenciones y recomendaciones a cada uno de sus integrantes.

### **Empoderamiento**

La OMS define el empoderamiento como “un proceso a través del cual las personas obtienen un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud y, como tal, los individuos y las comunidades necesitan desarrollar



habilidades, tener acceso a información y recursos, y la oportunidad de participar e influir en los factores que afectan su salud y bienestar”.

### **Modelo de Empoderamiento centrado en la familia**

El proceso mediante el cual los individuos, grupos y comunidades pueden gestionar sus circunstancias y alcanzar sus objetivos para lograr una mayor calidad de vida.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



---

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el efecto del modelo de empoderamiento familiar en las embarazadas adolescentes para facultarlas para enfrentar el proceso de embarazo y maternidad y mejorar la función familiar. **Material y método:** Investigación de proceso mixto en la modalidad de Diseño Anidado concurrente de varios niveles (DIACNIV) donde se empleó el método cuantitativo y cualitativo en 3 etapas: diagnóstica-intervención-evaluación de enero 2022 a enero 2023. En la primera etapa participaron 50 adolescentes, se aplicó Apgar familiar y Escala de empoderamiento DES28, previo consentimiento informado. En la segunda se aplicó el modelo de empoderamiento en 4 familias con disfunción familiar y sin empoderamiento, con promedio de diez sesiones por cada familia y se emplearon herramientas de trabajo con familia. En la etapa de evaluación se utilizó diseño cuasi experimental con pretest-postest del APGAR familiar y escala de empoderamiento. Para captura y análisis de la información se utilizó estadística descriptiva y analítica ( $X^2$  de Pearson, RP, T de Student), con el software estadístico SPSS V25. **Resultado:** con edad  $\bar{X}=17$ , de 17-19 80%, bachillerato 46%, unión libre 41%. Sin empoderamiento 34%, disfunción familiar 64%. Las familias de embarazadas sin empoderamiento fueron disfuncionales el 30%. Factores de riesgo fueron inadecuada comunicación en el subsistema conyugal, adicciones (tabaquismo), enfermedad crónica; factores protectores: asisten a grupo religioso, buena higiene y hábito alimenticio, cuentan con servicio médico. En la evaluación pretest/postest el empoderamiento presentó diferencia de medias de  $\bar{X}=1.143$ ,  $s_{\pm} 1.027$ , e IC 95%: Li: 0.550 Ls:0.550, con  $t$  de Student =4.163 y  $g/13$  y valor de  $p=0.001$ , estadísticamente significativo y diferencia de medias para Apgar familiar de  $\bar{X}=2.286$  con  $s_{\pm} 2.400$ , IC 95%: Li:0.900, Ls :3.771 con  $t$  de Student=3.564 y  $g/13$ , valor de  $p=0.003$ , estadísticamente significativo. **Conclusión:** El efecto del Modelo ejecutado permitió empoderar a las embarazadas adolescentes y mejorar la dinámica y función familiar. **Palabras clave:** adolescente, dinámica familiar, empoderamiento, intervención familiar.



## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the effect of the family empowerment model on pregnant adolescents to empower them to face the process of pregnancy and motherhood and improve family function. **Material and methods:** Mixed process research in the Multilevel Concurrent Nested Design (DIACNIV) modality where the quantitative and qualitative method was used in 3 stages: diagnostic-intervention-evaluation from January 2022 to January 2023. In the first stage, 50 adolescents participated, and the Family Apgar and DES28 Empowerment Scale were applied, with prior informed consent. In the second, the empowerment model was applied in 4 families with family dysfunction and without empowerment, with an average of ten sessions per family, and family work tools were used. In the evaluation stage, a quasi-experimental design was used with pretest-posttest of the family APGAR and empowerment scale. Para captura y análisis de la información se utilizó estadística descriptiva y analítica ( $X^2$  de Pearson, RP, T de Student), con el software estadístico SPSS V25. **Results:** with age  $\bar{X}=17$ , 17-19 80%, high school 46%, free union 41%. Not empowered 34%, family dysfunction 64%. Families of non-empowered pregnant women were 30% dysfunctional. Risk factors were inadequate communication in the conjugal subsystem, addictions (smoking), chronic disease; protective factors were: attendance to a religious group, good hygiene and eating habits, medical service. In the pretest/posttest evaluation empowerment presented mean difference of  $\bar{X}=1.143$ ,  $s_{\pm} 1.027$ , and 95% CI: Li: 0.550 Ls:0.550, with Student's  $t=4.163$  and  $gl=13$  and  $p=0$  value. 001, statistically significant and mean difference for family Apgar of  $\bar{X}=2.286$  with  $s_{\pm} 2.400$ , 95% CI: Li:0.900, Ls :3.771 with Student's  $t=3.564$  and  $gl=13$ ,  $p$  value=0.003, statistically significant. **Conclusion:** The effect of the model was to empower pregnant adolescents and improve family dynamics and function. **Key words:** adolescent, family dynamics, empowerment, family intervention.



## 1. INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es una problemática de salud pública reconocido por los organismos mundiales y por la comunidad internacional, el descenso de su prevalencia y mitigación de daños forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de Naciones Unidas.<sup>1</sup>

Se estima que en el mundo hay alrededor de 8 mil millones de personas, de esta población corresponde el 17.5% a personas entre los 10 y 19 años de edad, de este grupo, el 10% quedan embarazadas, lo cual equivale al 10% de los nacimientos a nivel mundial.

Un embarazo adolescente es el que se produce en una mujer desde el inicio de sus años fértiles hasta el final de la pubertad. La adolescencia se define como la edad comprendida entre los 10 y los 19 años.<sup>2</sup>

Las cifras estadísticas, muestran que la tasa mundial estimada de embarazo adolescente es de 46 nacimientos por cada 1000 niñas.<sup>3</sup> En América Latina y el Caribe ocupan la segunda tasa de embarazo adolescente más alta, con 66,5 nacimientos por cada 1000 niñas. Llama la atención que cada año, alrededor de 21 millones de adolescentes en edades comprendidas entre los 15 y 19 años, junto con aproximadamente 2,5 millones de niñas menores de 16 años, experimentan la maternidad.<sup>4</sup>

En todo el mundo, las complicaciones durante el embarazo y el parto representan la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años.

Los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de fallecer en comparación con los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.<sup>5</sup>

Aunque ha habido una disminución en las tasas de natalidad entre las adolescentes durante las últimas tres décadas, aun aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo ocurren en adolescentes de 15 a 19 años. La inmensa mayoría de nacimientos (95%) tienen lugar en países de ingresos bajos y



medianos. De acuerdo al INEGI se estima que a nivel mundial es de 8,045 millones.<sup>6</sup>

La procreación en la adolescencia está profundamente arraigada en las culturas latinoamericanas y caribeñas, tal como ocurre en muchas otras partes del mundo.<sup>7</sup>

La crisis accidentales que presentan las embarazadas adolescentes son de adición, el no haber un embarazo planeado. En el ciclo de vida familiar la adolescencia representa una etapa de crisis, tanto para los padres como para el propio adolescente, ya que por lo general se desconocen las características del desarrollo y las necesidades de los hijos para completar de manera adecuada su crecimiento e independencia. Los padres, en su mayoría, están pasando por lo que se llama crisis de la vida media, donde se cuestionan lo realizado en lo material y en la educación de su familia.<sup>8</sup>

Es importante que los padres reconozcan las necesidades que demandan los adolescentes en cada una de sus etapas y que procuren cumplirlas de acuerdo con sus posibilidades para facilitar su desarrollo.

El empoderamiento hoy en día es fundamental para modificar las inquietudes que se encuentran entre los hombres y las mujeres, especialmente entre las adolescentes. Este se define como el acceso al conocimiento, al poder, en el cual tengan la participación y que puedan tomar sus propias decisiones para con su vida. El significado de empoderamiento es mayor poder y la activación de los recursos de la personas, o en su caso de una organización. El empoderamiento en la adolescencia es el proceso en el cual se adquiere la autonomía y que puede cambiar y moldearse acorde se llega a la adultez.<sup>9</sup>

Dadas las consideraciones anteriores, se desarrolló un estudio de investigación con el objetivo de evaluar el efecto del modelo de empoderamiento familiar en las adolescentes embarazadas para facultarlas para enfrentar el proceso de embarazo y maternidad y mejorar la dinámica y función familiar.



## 2. MARCO TEÓRICO

El embarazo en adolescentes es un problema que afecta a nivel mundial y tiene consecuencias serias tanto para la salud, como para el ámbito social y económico. A nivel global, se ha observado una disminución en las tasas de natalidad entre adolescentes, sin embargo, los cambios en las diferentes regiones han sido desiguales. Existen grandes disparidades en los países en términos de niveles. El embarazo tiende a ser mayor en personas con bajo nivel educativo o bajo nivel económico.<sup>10</sup>

### 2.1. Generalidades de la Adolescencia

La etimología de la palabra “pubertad” se origina en el término latino “pubere”, que hace referencia al pubis con vello. El crecimiento y desarrollo físico durante la adolescencia es un proceso biológico que involucra la aparición de características sexuales secundarias, la maduración total de las gónadas y las glándulas suprarrenales, así como el aumento en la masa ósea, grasa y muscular, y finalmente alcanzar la estatura adulta.<sup>11</sup>

La pubertad se considera normal cuando las niñas experimentan la aparición de telarquía entre los 8 y 13 años, mientras que los niños experimentan el aumento del tamaño testicular entre los 9 y 14 años.

Palabra latina “adolescere”, que proviene del verbo “adolecer”. En español significa “tener alguna imperfección o defecto”, así como “crecer y madurar”. Este período se acompaña de importantes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; comienza con la pubertad, aspecto únicamente orgánico, y termina en el surgimiento y desarrollo físico, así como la maduración psicosocial.<sup>12</sup>

### 2.1.2 Fases de la adolescencia

Adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud, se denomina el período de crecimiento que ocurre después de la niñez y previamente a la edad adulta, entre los años 10 y 19. El valor adaptativo, funcional y decisivo de esta etapa es



crucial, independientemente de la dificultad para establecer un rango de edad preciso.

En este tránsito por la adolescencia, se pueden distinguir claramente tres momentos:

**Adolescencia temprana:** Entre los 10 y 13 años. Las hormonas sexuales comienzan a aparecer provocando cambios en el cuerpo: “crecen”, la voz cambia, aparece el vello púbico y axilar, aumenta el olor corporal, aumenta la sudoración y con ello llega el enemigo de los adolescentes: el acné. Cada vez más empiezan a buscar amigos, a cuestionarse y a distanciarse de sus padres.

En esta etapa de la vida, el individuo se vuelve ambicioso e intenta comprender quién es y qué quiere ser. Quiere entenderse a sí mismo y planificar y desarrollar sus ideales de vida futuros.

**Adolescencia media:** Entre los 14 y 16 años. Los cambios comienzan a darse a nivel psicológico, en la formación de su identidad, en cómo se ven a sí mismos y cómo quieren que los demás los vean. A esta edad se interesan por su futuro profesional. La necesidad de amigos aumenta y la independencia de los padres es casi obligatoria. Esta es una etapa en la que pueden meterse en situaciones peligrosas. La maduración sexual es completa. Hay cambio físico, preocupación por el atractivo sexual, proximidad al sexo opuesto y conductas de riesgo. Hoy en día, los adolescentes empiezan a tener relaciones sexuales cada vez más temprano, incluso si no están preparados. Aunque ya no son niños, todavía no son adultos. Este es un período de rápido desarrollo en el que los adolescentes aprenden nuevas habilidades y enfrentan muchas situaciones nuevas.

**Adolescencia tardía:** Comienza a los 17 años y puede durar hasta los 21 años. Una vez que han completado su desarrollo físico y sexual, comienza a alcanzar un cierto nivel de madurez psicológica. Sus cuerpos ya no cambian tan rápido y empiezan a sentirse más cómodos con él y buscan la aceptación para definir su identidad.

Se preocupan cada vez más por su futuro y las decisiones que toman están en base a ello. Los grupos dejan de ser lo más importante en sus vidas y empiezan a optar por relaciones que se han individuales.<sup>13</sup>



En esta etapa, el adolescente forma con éxito una identidad personal (combinando su antiguo yo con elecciones personales nuevas y libres), crea nuevas relaciones sociales e interioriza valores morales y éticos, que determinarán su entrada y funcionamiento gradual en la sociedad.

La mente alcanza el nivel de operaciones formales, lo que le permite realizar una serie de operaciones cognitivas que continúan desarrollándose en las etapas finales. Al final de la adolescencia, el crecimiento se ralentiza gradualmente. Así es como se secretan hormonas, hay cambios en el cuerpo (altura, peso, masa ósea, etc.), desarrollo de órganos y sistemas (madurez sexual, agrandamiento de varios órganos), etc. Al alcanzar la madurez dejan de desarrollarse. En esta etapa se producen los siguientes cambios:

- Altura final para los varones adolescentes, que puede continuar hasta los 21 años (para las mujeres, la altura final se determina a mediados de la pubertad).
- El desarrollo del cerebro continúa y madura entro los 25 y 30 años.
- El control emocional se logra en las últimas etapas de la adolescencia.
- Consiguen el máximo crecimiento de la masa ósea.<sup>14</sup>

La adolescencia no tiene nada de problemático, pero, como todas las demás etapas del ciclo vital, plantea exigencias especiales a las diferentes áreas funcionales de los jóvenes. Si éste es un período crítico de transición y maduración, vale la pena preguntarse acerca de la coherencia con la que piden a los adolescentes que tomen decisiones que definen sus vidas, como decidir qué carrera seguir cuando tengan 15 o 17 años, decidir cuándo se divorcian sus padres, con quién y dónde vivirán, cuidarán de sus hermanos mientras sus padres trabajan, o cuando sus padres estén afectados emocionalmente o enfermos físicamente, dejándolos solos para enfrentar el mundo exigente porque se consideran “ya mayores” y “los exponen” a situaciones de alto riesgo o retirarse si su comportamiento es difícil de entender.<sup>15</sup>



### **2.1.3. Competencias emocionales y autoestima en la adolescencia**

Debido a que la adolescencia es importante para el desarrollo de la personalidad, las investigaciones sobre jóvenes se han centrado en los determinantes del ajuste psicológico a nivel emocional y conductual. Durante esta fase de desarrollo, ocurren profundos cambios físicos, cognitivos y sociales que ponen a prueba sus recursos psicológicos. Se cree que las habilidades ayudan a desarrollar habilidades para relacionarse, que a su vez contribuyen a una adaptación y desarrollo adecuados en los jóvenes. Específicamente, brindan recursos para proteger a los jóvenes identificando y comprendiendo sus emociones y regulando sus respuestas emocionales hacia sí mismos y hacia los demás. Así mismo las habilidades emocionales pueden contribuir al desarrollo psicológico de los jóvenes, mejorando su autoestima, porque tienen recursos para superar las dificultades.<sup>16</sup>

Deriva del concepto de inteligencia emocional e Meyer y Salovey, la competencia emocional proporciona un marco teórico dividido en cuatro dominios: 1) percepción y expresión de las emociones, 2) promoción del pensamiento a través de las emociones, 3) comprensión y 4) regulación de las emociones para resolver problemas y gestionar el comportamiento. Estas habilidades emocionales pueden desarrollarse y entrenarse durante la infancia y la adolescencia, integrando experiencias pasadas para guiar su comportamiento futuro.<sup>17</sup>

Diferencias de género en las capacidades emocionales de niños y adolescentes. En concreto, se supone que las mujeres son más capaces de percibir y comprender las emociones que los hombres, mientras que la expresión y procesamiento de las emociones no difiere según el género. Otro recurso personal importante durante la adolescencia es la autoestima, entendida como el conjunto de pensamientos y sentimientos que tiene una persona sobre su propio valor. La autoestima del adolescente refleja la confianza en uno mismo y es probable que se produzca cambios internos y externos durante esta etapa del desarrollo. Como resultado, los jóvenes con alta autoestima son más capaces de adaptarse a los



acontecimientos estresantes de la vida. Por el contrario, la baja autoestima amenaza la salud mental y el bienestar emocional de los jóvenes.<sup>18</sup>

En términos de diferencias de género y edad, los hombres tienen mayor autoestima que las mujeres, y esta autoestima aumenta con la edad tanto para hombres como para mujeres. Se enfatizó la importancia de la autoestima y su relación positiva con el ajuste psicológico y el bienestar durante la adolescencia. El ajuste psicológico en la adolescencia se refiere a la capacidad del adolescente para adaptarse adecuadamente a su entorno emocional, cognitivo y social. La mala adaptación al entorno social puede aumentar la probabilidad de sufrir problemas emocionales (como miedo y ansiedad) y molestias físicas (como dolores de cabeza y estómago). Además, los desequilibrios psicológicos pueden aumentar el riesgo de problemas de conducta como agresión o delincuencia.

Se ha señalado que los varones presentan más problemas de conducta que las mujeres y ellas tienden a mostrar más síntomas emocionales. Así, los jóvenes antes de entrar en la pubertad (preadolescentes) presentan mejor ajuste que los adolescentes. Atendiendo a lo expuesto, las habilidades emocionales predicen la autoestima y ambos constructos tienen un gran impacto sobre el ajuste psicológico.<sup>19</sup>

## **2.2. El embarazo en la adolescencia**

Se define como una condición que se presenta en las mujeres entre el inicio de sus años reproductivos y el final de la pubertad. La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como aquella que tiene entre 10 y 19 años.

Según la Organización Mundial de la Salud, el embarazo comienza al final de la implantación, proceso que comienza cuando el blastocisto se adhiere a la pared uterina (unos 5 o 6 días después de la fecundación y luego penetra en el endometrio y entra en el estroma). El proceso de implantación finaliza cuando se cierra el defecto de la superficie epitelial y se completa el proceso de implantación y comienza el embarazo. Esto ocurre de 12 a 16 días después de la fertilización.

El embarazo adolescente es una de las consecuencias del desconocimiento sobre salud sexual en esta etapa. Su importancia es el impacto negativo en la salud de



la madre y el niño. Con la edad de las mujeres embarazadas, estos riesgos son más altos, especialmente si las condiciones sociales y económicas son más bajas que las ideales, es muy importante en las etapas posteriores de la sociedad psicológica.<sup>20</sup>

En todo el mundo, el embarazo adolescente sigue siendo un obstáculo para mejorar la situación educativa, económica y social de las mujeres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la comunidad internacional han reconocido el embarazo adolescente como un grave problema de salud, como lo demuestran alarmantes estadísticas públicas en todo el mundo:

- Las tasas mundiales de embarazo adolescente se estiman en 46 por cada 1.000 niñas nacidas, mientras que América Latina y el Caribe siguen teniendo la segunda tasa más alta de embarazo adolescente del mundo con alrededor de 66.5 nacimientos por año.
- Alrededor de 16 millones de jóvenes entre 15 y 19 años y alrededor de 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año.
- El embarazo y parto presenta complicaciones y son la segunda causa principal de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años en el mundo.
- Los niños nacidos de madres adolescentes tienen un riesgo de muerte significativamente mayor que los niños nacidos de mujeres de entre 20 y 24 años.
- Aunque las tasas de natalidad de niñas adolescentes han disminuido significativamente (aunque de manera irregular) en los últimos 3 años, alrededor del 11% de los nacimientos en todo el mundo todavía ocurren entre jóvenes de 15 a 19 años. La mayoría de ellos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medios.
- Cada año, nacen 16 millones de niños de madres adolescentes en todo el mundo.
- La población mundial se estima actualmente en 6.090 millones de habitantes de los cuales el 17.5% tiene entre 10 y 19 años, de los cuales el 10% son mujeres embarazadas, lo que representa el 10% de todos los



---

---

nacimientos en el mundo. Esto significa que aproximadamente 16 millones de mujeres entre 10 y 19 años dan a luz cada año.<sup>21</sup>

Como en muchas otras partes del mundo, el parto está profundamente arraigado en las culturas latinoamericanas y caribeñas. El matrimonio y el parto a menudo se consideran acontecimientos importantes en la vida de una mujer joven. Sin embargo, el impacto médico, económico y psicológico del parto prematuro puede ser significativo, especialmente para las mujeres solteras.<sup>22</sup>

### **2.2.1 Mortalidad materna**

En 2015, la tasa de mortalidad materna en los países en desarrollo fue de 239 por 100.000 nacidos vivos, en comparación con solo 12 por 100.000 nacidos vivos en los países desarrollados. Para evitar la mortalidad materna, también se deben evitar los embarazos no planificados o prematuros. Todas las mujeres, especialmente las jóvenes, deben tener acceso a anticonceptivos, servicios que proporcionen abortos seguros en la medida permitida por la ley y atención postaborto de calidad.<sup>23</sup> En América y el Caribe, la mortalidad materna es una de las tres principales causas de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años. Las adolescentes menores de 15 años tienen tres veces más probabilidades de morir por causas relacionadas con el embarazo que las mujeres mayores de 20 años. En América latina, se estima que el número de abortos inseguros entre jóvenes de 15 a 19 años es de 670.000 cada año. Prácticamente todas estas muertes ocurren en países de bajos ingresos y la mayoría de ellas se pueden prevenir. Como la reducción puede acelerarse, los países se han fijado nuevos objetivos para reducir aún más la mortalidad materna.<sup>24</sup> En el año 2019 el número de adolescentes embarazadas fallecidas en México fue de 66 (9.5%) y correspondían a personas menores de 20 años, se incluyen 6 casos de niñas comprendidas entre 10 a 14 años.<sup>25</sup>

### **2.3. El embarazo en la adolescencia en México**

El centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud de México afirma que la adolescencia es el período del desarrollo



humano que se extiende entre el final de la niñez y el inicio de la edad adulta, durante este período se crean o refuerzan patrones de comportamiento, hábitos, conocimientos y actitudes de vida. El embarazo adolescente es común en este grupo de edad, por lo que la organización Mundial de la Salud lo considera un problema de salud Pública.<sup>26</sup>

### **2.3.1. Momentos históricos**

En la cultura Azteca del México prehispánico, los hombres debían tener entre 20 y 22 años y las mujeres entre 15 y 18 años para casarse; actualmente, costumbres similares prevalecen en algunas culturas indígenas, como en Chiapas entre los Zocs del estado, especialmente entre el grupo Costumbreros, tienen una edad fija para contraer matrimonio: de 14 a 16 años para los hombres y de 13 a 15 años para las mujeres. Por lo que los jóvenes inician su vida reproductiva a una edad temprana.<sup>27</sup>

### **2.3.2 Aspectos demográficos y reproductivos**

En 2014, había 1,200 millones de jóvenes en el mundo, casi el 90% de los cuales vivía en países en desarrollo. La proporción de ellos alcanzó su punto máximo en el año de 1980 y actualmente está disminuyendo en casi todas las regiones, una tendencia que continuará hasta el año 2050, aunque se prevé que el número absoluto de adolescentes seguirá aumentando durante el mismo período.

En América Latina y el Caribe los jóvenes desempeñan un papel importante en la sociedad, ya que constituyen el 30% de la población, el grupo más numeroso en la historia de la región, ya que representan el 24,5% de la población total (232 millones). Los adolescentes viven en un período de cambio demográfico, globalización, cambio ambiental y disponibilidad cada vez mayor de nuevas tecnologías de la comunicación.<sup>28</sup>

El veinte por ciento de los nacimientos en la región es de mujeres menores de 20 años y alrededor del 40 por ciento de los embarazos no son planificados.

La situación de México no es una excepción, ya que el número de adolescentes ha aumentado significativamente desde la segunda mitad del siglo XX,



representando una quinta parte del total, por lo que las tasas de embarazo en este grupo de edad han aumentado de manera similar. En 1970, el número de jóvenes era de 11,7 millones; aumentó a poco más de 21,6 en 2000 y a 21,95 en 2010, y el 87% entre 1970 y 2010. En 2010, el 19.9% de la población total del estado de Hidalgo correspondía al grupo de edad entre 10 y 19 años. Un tercio de la población del estado de Hidalgo son niños y jóvenes menores de 20 años, representando el 30.14%.<sup>29</sup>

#### **2.3.4. Causas y consecuencias**

La adolescencia es un riesgo por las peculiaridades de la edad: aparición del deseo sexual, idealismo, impulsividad, necesidad de alcanzar la propia identidad y autonomía. Una nueva madre asume la maternidad sin estar preparada porque todavía es una niña en la parte cognitiva, emocional. Las tasas más altas del embarazo adolescente están vinculadas a valores culturales; el embarazo se visiona a la pobreza, y está a que sea de generación en generación. La privacidad emocional, la falta de oportunidades y la falta de una educación adecuada llevan a que las mujeres jóvenes comiencen a tener relaciones sexuales demasiado pronto y corran el riesgo de quedar embarazadas. Algunas de las razones son: sexo en un momento emocionalmente inmaduro, toma de decisiones, familias disfuncionales, mala educación, pensamientos mágicos y fantasías sobre la infertilidad y falta de educación sexual y uso de anticonceptivos. Las jóvenes tienen más probabilidades de quedar embarazadas si: comienzan a tener citas a una edad temprana (las niñas de 12 años tienen un 91% de posibilidades de tener relaciones sexuales antes de los 19, y las de 13 años tienen un 56% de posibilidades de tener relaciones sexuales antes de los 19 años de edad). Abandonaron la escuela, crecieron en la pobreza, sus madres dieron a luz a sus primeros hijos cuando tenían 19 años o menos, fueron víctimas de violencia sexual, vivieron en lugares donde la maternidad temprana y el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas eran comunes.<sup>30</sup>



### **2.3.5 Educación**

El derecho a una educación que sea calidad fue introducido por la reforma constitucional del artículo 3 de la carta Magna. Como todos los derechos humanos, estos son inalienables e intransferibles. El Estado debe garantizar la calidad de la educación obligatoria, los materiales, los métodos didácticos, la organización escolar, la infraestructura educativa y los profesores y directores garanticen el máximo rendimiento de aprendizaje de los estudiantes (artículo 3). Lo anterior significa que la calidad en educación no necesita ser discutida, ni es objeto de distribución o negociación, porque es insustituible. La forma de organización, los métodos de trabajo y los materiales utilizados para lograrlo pueden diferir. Las personas tienen derecho a una educación de calidad, lo que significa, entre otras cosas, adquirir las habilidades y conocimientos necesarios para garantizar el respeto continuo de todos los derechos humanos. La educación es el activo más valioso de México. Es vital para el desarrollo humano y motor del progreso social. Es una palanca eficaz para el cambio social, para promover la virtud cívica y el desarrollo de una cultura democrática. La educación es una poderosa herramienta para mejorar lograr una vida mejor para los mexicanos, ayudando a sus condiciones de vida. En cualquier caso, las autoridades públicas deberían situarlo en el centro de la política nacional, darle los recursos necesarios para una mejora continua y considerarlo como una base para crear una esperanza justificable para todos.<sup>31</sup>

### **2.4. La familia**

La familia existe en todas las sociedades, es el grupo social primario, todos tienen o pertenecen a una familia, en la que se aprende a ser humanos. En este proceso experimentamos las emociones más fuertes, los momentos más felices y los más tristes de la vida y también aprendemos hábitos y comportamientos asociados a un estado de vida, que puede ser saludable o no.

La familia varía de cultura a cultura, puede propiciar el desarrollo adecuado de sus integrantes y como consecuencia la salud, pero cuando esto no sucede, puede propiciar la enfermedad.<sup>32</sup>



---

---

De acuerdo a la organización Mundial de la Salud se le llama a la familia a los miembros de la casa u hogar emparentados entre ellos, ya sea de sangre, de adopción y por matrimonio.<sup>33</sup>

La autora Virginia Satir llama a la familia la base de la sociedad y el lugar donde las personas aprenden por primera vez los valores que serán los que guiaran durante toda la vida al ser humano. La familia es considerada como un organismo que puede ser estudiado en diversas situaciones: como el poder, la cercanía, autonomía, confianza y las habilidades en las que pueda haber una buena comunicación, que es importante y fundamental para poder vivir en este mundo. La vida familiar depende de las emociones, de la comprensión y necesidades detrás de los eventos familiares del día a día. Satir ha observado 4 aspectos de la vida en familia que son importantes:

1. Lo que una persona siente y piensa sobre si misma lo llamo autoestima.
2. Un método que la gente utiliza para transmitir ideas a otros, lo llamo comunicación.
3. Reglas que los individuos utilizan para regular sus sentimientos y comportamientos, y se convierten en las reglas que rigen la vida en familia.

La familia puede ser un lugar donde encontremos amor, comprensión y apoyo, incluso cuando todo lo demás falla; un lugar que sostiene nuestro espíritu para afrontar la vida exterior de forma más eficaz. Para millones de familias en dificultades, esto es solo un suelo fugaz.<sup>34</sup>

Las familias, como los individuos, siempre adaptándonos al estrés de la vida cotidiana, como el trabajo que de igual manera genera casi siempre estrés, el medio ambiente, y todo esto por las crisis que se presentan en el ciclo vital individual o de la familia. Según la definición de familia del Dr. Gabriel Smilkstein se entiende la importancia de los miembros de la familia y los objetivos y áreas de apoyo que brinda esta como una institución que constituye los pilares de la sociedad. La familia tiene la capacidad de compartir recursos como el tiempo, la alimentación y el cariño y funcionan donde hay una sensación de casa. ( 28 )

La familia siempre ha sido un concepto relativamente elusivo: las definiciones de familia han cambiado con el tiempo, las familias mismas cambian con el tiempo y



los miembros de las familias cambian (es decir, el desarrollo y el envejecimiento). Para nuestros propósitos, nos enfocamos en todos los padres, hermanos y familiares que juegan un papel en la vida de los adolescentes. Los miembros de la familia pueden estar relacionados por sangre, matrimonio u otros lazos duraderos (p. ej., cohabitación, tutela o adopción). Algunos miembros de la familia residen en el mismo hogar que un adolescente determinado y otros no. A veces, los adolescentes se mudan de un hogar a otro siguiendo arreglos de custodia u otras circunstancias especiales. Por lo tanto, comenzamos describiendo el cambio en los hogares familiares de los adolescentes y luego ampliamos nuestro enfoque para considerar a los miembros de la familia no residencial y sus conexiones con los adolescentes a lo largo del tiempo.<sup>35</sup>

En el ciclo de vida familiar la adolescencia representa una etapa de crisis, tanto para los padres como para el propio adolescente, ya que por lo general se desconocen las características del desarrollo y las necesidades de los hijos para completar de manera adecuada su crecimiento e independencia. Los padres, en su mayoría, están pasando por lo que se llama crisis de la vida media, donde se cuestionan lo realizado en lo material y en la educación de su familia. Existe un gran desconocimiento de los padres en cuanto a la forma de abordar los problemas de sus hijos adolescentes relacionados con sus necesidades individuales, dudas y riesgos para la salud. Una de las funciones básicas de las familias es la de socializar con sus integrantes, es la primera institución responsable de esta función, es en ella donde se promueven los valores para que se puedan relacionar apropiadamente en su comunidad, dentro de un contexto de respeto e individualización, además debe ser el principal apoyo para facilitar el crecimiento emocional de sus hijos. La familia puede ser generadora de salud o enfermedad, entre sus propios integrantes, de acuerdo con su funcionalidad, patrones culturales, actitudes y creencias. Una de las características del adolescente es ser una persona que reclama su autonomía, pero que todavía dependen de su familia, por otro lado, a los padres les cuesta entender que los hijos ya no son niños y que ahora manifiestan sus propias opiniones. Los hijos de repente se transforman en personas desgravadas, insolentes, respondonas,



rebeldes y ponen a prueba la autoridad y resistencia de los padres, los jóvenes tienden a actuar con sentimiento de omnipotencia con deseos de exteriorizar sus conflictos y emociones, algunos autores definen estos conflictos como crisis de la adolescencia. En ciertas ocasiones, los adultos olvidan su propia juventud o creen que su época fue mejor; sin embargo, la mayoría de los adolescentes comparten las actitudes de sus padres en cuestiones morales y terminan por establecer una identificación que les permite formar su identidad.<sup>36</sup> La adolescencia es considerada como una etapa de transición entre la niñez y adultez, que ocurre entre los 10 y 19 años, en ellas los individuos completan su madurez física y mental, que los hacen aptos para procrear y tomar decisiones con responsabilidad. Es importante que los padres reconozcan las necesidades que demandan los adolescentes en cada una de sus etapas y que procuren cumplirlas de acuerdo con sus posibilidades para facilitar su desarrollo. En la etapa de adolescencia temprana, las tareas que los jóvenes requieren superar son:

- Delimitar su independencia y privacidad tanto en su área física como en lo personal.
- Establecer su identidad como persona, reconocerse y aceptarse tal como es, su género, talla, color de piel entre otros.
- Entender los cambios físicos y hormonales que experimentan, a los jóvenes les causan mucho estrés experimentar los cambios físicos ocasionados por los efectos hormonales que presentan y requieren información.

Considerar las implicaciones de sus impulsos sexuales. En esta etapa se despiertan los impulsos sexuales y es necesario que los adolescentes conozcan las implicaciones que conlleva este despertar a la sexualidad. En la adolescencia media, las tareas del desarrollo que se requieren cumplir son:

- Incrementar su grado de privacidad e independencia, respetando sus preferencias y decisiones de comunicación.
- Apoyar sus preferencias académicas, deportivas y desarrollo personal, facilitar los medios para que se cumplan sus expectativas.
- En esta etapa surge la necesidad de las relaciones sociales con sus iguales, formar grupos, amistades afines.



- Inicia la etapa de la masturbación, los adolescentes experimentan con su sexualidad y la masturbación, es una de las principales actividades que les ocasionan culpa, deben de saber que es una actividad normal que sólo es incorrecta cuando se realiza en público o cuando se descuidan sus actividades diarias como el estudio, deportes entre otras.

- En esta etapa se presenta el interés vocacional, los adolescentes, por lo general, suelen estar confundidos en cuanto a su elección vocacional, algunas veces son influenciados por las preferencias de sus amistades, en este tiempo es importante que reciban una orientación vocacional.

En la última etapa el adolescente las tareas que los adolescentes deben de cumplir son:

- Tienen necesidad de iniciar su independencia económica, algunos adolescentes que están estudiando suelen contratarse en empleos de medio tiempo o en los negocios de la familia cuando existen.

- En esta etapa los jóvenes ya tienen bien identificada su orientación sexual y desean que sea respetada.

- La selección de su vocación ya está bien definida y está en desarrollo su formación profesional.

- Necesidad de ser aceptado como adulto por la sociedad, en nuestro medio, oficialmente a los 18 años, para fines administrativos, los adolescentes tienen todos los derechos y obligaciones de un adulto.

Los principales riesgos que confrontan los adolescentes están influenciados por sus propias familias disfuncionales y ambientes negativos o pobres recursos familiares. Éstos son los principales riesgos que los adolescentes se enfrentan en su desarrollo:

- Deserción escolar.
- Embarazo no planeado.
- Drogadicción.
- Huida del hogar.
- Delincuencia.
- Prostitución.



- Enfermedades de transmisión sexual.

La prevención de estos problemas se debe de generar en el seno de la familia, desde la niñez.<sup>37</sup>

## 2.5. El ciclo vital de la familia

Es importante describir el ciclo vital familiar, el cual se puede definir como aquel en el que ocurren etapas, y estas pueden ser emocionales e intelectuales en cada uno de los miembros de la familia, que van desde la niñez hasta la jubilación y fallecimiento del integrante de la familia. El ciclo vital familiar nos sirve para adoptar medidas preventivas mediante orientaciones e intervenciones anticipadas. Normalizar las transiciones del ciclo de vida. En algunas crisis, los problemas de salud ocurren con más frecuencia, pudiendo ser capaz de anticipar, proveer y prevenir las crisis. Nos sirve de diagnóstico precoz de riesgos psicosociales. También es útil al considerar las necesidades y la tarea evolutiva de las familias y las sociedades en las que existen. Así como la planificación de intervención familiar si padecen alguna enfermedad grave o crónica, que afecte el desarrollo de un integrante de la familia.<sup>38</sup>

A continuación el ciclo vital familiar de Geyman:

**Cuadro 1. Ciclo Vital Familiar de acuerdo a Geyman**

<b>Fase de matrimonio</b>	Se inicia con el vínculo matrimonial. Concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.
<b>Fase de expansión</b>	Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se "expande".
<b>Fase de dispersión</b>	Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.
<b>Fase de independencia</b>	Etapas en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen.
<b>Fase de retiro y muerte</b>	Etapas en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempeño, la jubilación, la viudez y el abandono.

Fuente: Trabajo con familias. Abordaje médico e integral



## 2.6. Funciones de la familia

La familia puede ser vista como un sistema complejo en el que sus miembros juegan diferentes roles e interactúan entre sí para realizar una serie de funciones importantes para cada individuo, para la familia en su conjunto y para promover la sociedad en la que se está inmerso.<sup>39</sup>

Dentro de las funciones de la familia la podemos clasificar en afectivas e instrumentales. Las funciones afectivas consisten en la expresión y comunicación de los sentimientos. Sentimientos y emociones entre todos los miembros de la familia, hay familias que suelen expresar y comunicar sus sentimientos y emociones, pero hay familias que de acuerdo a su función familiar se les dificulta la expresión, como por ejemplo, la ira, tristeza, alegría, amor, entre otros. Funciones instrumentales son todas aquellas funciones y actividades para que la vida familiar se lleve a cabo, es necesario, un método ordenado, relevante y gratificante.

Las funciones familiares que necesitan ser cubiertas son las económicas, la crianza de los hijos, la vestimenta, alimentación, la seguridad, sistemas de control de conductas, la sociedad, la educación, el amor, el apoyo y el afecto.<sup>40</sup>

### 2.6.3. Atención centrada en la familia

En el día a día del médico familiar en la consulta se encuentra con diferentes crisis, ya se han normativas o para normativas, por lo cual Doherty y Baird en el año de 1986 describieron cinco niveles de intervención familiar, dentro de los cuales se encuentran los siguientes:

#### **Nivel 1: Mínimo énfasis.**

En este nivel se evalúa la relación médico-paciente, se contacta a miembros de la familia por razones prácticas o legales.

Los tipos de situaciones en atención a la salud es primordialmente biomédica y por alguna situación de urgencia.

#### **Nivel 2: Información y consejería informativa.**

En este nivel, los profesionales comprenden la importancia de la familia en el cuidado de la salud y buscan apoyo familiar para apoyar al individuo. Los



profesionales obtienen información de las personas y sus antecedentes familiares y brindan asesoramiento de salud a las familias para que puedan tomar decisiones sobre la atención de un miembro o la familia completa.

**Tipos de condiciones de salud:**

1.- Control de la salud: control del embarazo, mantenimiento de la salud de niños, adolescentes, adultos y ancianos. 2.- Los problemas de salud física pueden cambiar el funcionamiento de la familia o los recursos de los que forman parte la familia.

**Tipos de intervención:**

1.- Consejería informativa

Es una interacción con uno o varios del personal de salud, con uno o con toda la familia, para apoyarlos en desarrollar sus habilidades, aceptar y compartir la responsabilidad del autocuidado. Aquí se da la explicación de la situación encontrada en la consulta, se analiza los factores causales, se busca alternativa se solución de mutuo acuerdo, se da los registro de acuerdos y seguimientos.

2.- Orientación familiar anticipatoria

Representa consejos generales para profesionales sanitarios. El aprendizaje debe basarse en el conocimiento sobre las situaciones positivas y negativas relacionadas con el desarrollo familiar. Su enfoque es la explicación de riesgos y desafíos asociados con cada etapa del ciclo de vida.

**Nivel 3: Sentimientos y apoyo emocional, consejería en crisis**

Los profesionales entienden el desarrollo normal de la familia y de las relaciones de las personas con su familia y el estrés que pueden presentar. Los médicos están capacitados para comprender sus sistemas familiares y como puede afectarle la actitud hacia los pacientes. El médico de familia debe estar capacitado para realizar entrevistas, entender las preocupaciones y emociones del paciente y su familia. Los tipos de situaciones de atención que se da en este nivel son las crisis normativas y las no normativas o para normativas

**Se da la consejería familiar**, identificando la fuente de estrés y dejar en claro que es un problema de familia, no sólo del integrante o del caso índice. Se redimensiona la situación, manejando el significado y gravedad del problema. Se



buscan soluciones para la situación, ayudar a la familia a recuperar el control de la situación que los tiene con el estrés. De igual forma se da la **consejería en crisis en el individuo**, usar estrategia de resolución de crisis.

#### **Nivel 4: Evaluación funcional e intervención planificada (TRABAJO CON FAMILIA).**

El análisis estructurado de la dinámica familiar se desarrolla desde un enfoque sistémico, en el que se realiza una operación planificada y de seguimiento. Por lo tanto se recomienda a los familiares una lectura de la realidad de su situación familiar.

#### **Tipos de situaciones para la atención de la salud.**

- 1.- Crisis normativas que necesiten para del nivel 3 al 4.
- 2.- Problemas con la salud mental que necesiten pasar del nivel 3 al 4.
- 3.- Problemas en la dinámica familiar
- 4.- Crisis normativas que necesiten un nuevo funcionamiento familiar, como los problemas de invalidez, el duelo, los problemas crónicos, duelos.

#### **Nivel 5: Terapia familiar.**

Ejercida por el personal capacitado con la subespecialidad en terapia familiar, con el uso de herramientas psicoterapéuticas, para poder modificar las estructuras de las familias que se encuentren disfuncionales.<sup>41</sup>

#### **2.7. Intervención familiar (Trabajo con familia)**

A principios de la década de 1980, Christie-Seely mencionó la importancia del liderazgo integrador o biopsicosocial de los médicos de familia, al que llamo trabajo con familias, ya que su formación se centraba en el desarrollo de habilidades terapéuticas para brindar apoyo psicológico y habilidades para poder mejorar las relaciones interpersonales y de la familia completa.<sup>42</sup>

Se hace mención que el Trabajo con Familias puede ser de ayuda a las familias con adolescentes embarazadas, para restablecer la salud familiar, con el uso de las habilidades, que pueden ser las conceptuales, perceptuales y ejecutivas que realiza en médico de familia. Las conceptuales están enfocadas en las teorías, las cuales pueden ser de teoría general de sistemas, la de comunicación humana, en



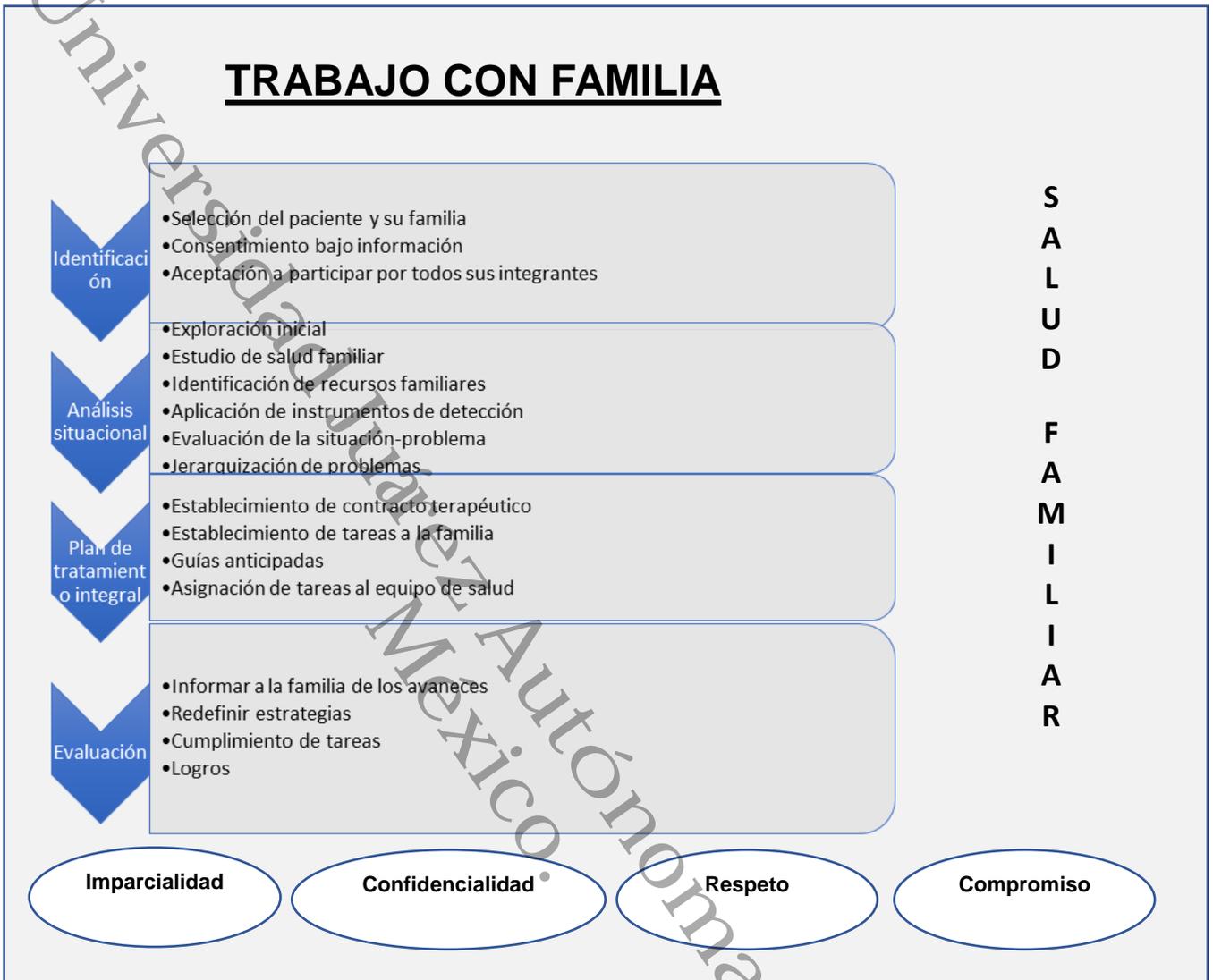
otras, que pueden ayudar al médico de familia a desarrollar un buen abordaje en las embarazadas adolescentes y su familia. Las habilidades perceptuales se basan a través de la práctica clínica, en la que se puede identificar la estructura de la familia, los subsistemas, alianzas, coaliciones, comunicación, líneas de jerarquía, control y etapa del desarrollo familiar. Las habilidades ejecutivas son:

- **Maniobras de unión**, en el cual se da y establece una relación médico-paciente-familia efectiva.
- **Maniobras de valoración**: es la recolección de información y análisis de datos, que se dan a través de la entrevista individual y de la familia para el manejo de la atención médica.
- **Negociación**: es saber informar al paciente y a la familia sobre los problemas que se detecten y poder reetiquetarlos como problemas familiares, para llevarlos de un nivel biológico al psicoemocional y del personal, al familiar del problema.
  - **Contrato terapéutico**: Establecer un contrato de trabajo en el que se especifican los alcances de la responsabilidad, pacientes y sus familias.
  - **Manejo**: Las habilidades del manejo, se incluyen: educación, guías anticipadas, facilitación, intervención en crisis, referencia, entre otras.<sup>43</sup>

En el CESSA Tierra Colorada de Villahermosa, Tabasco, México es una unidad que atiende primer nivel de atención, con médicos de familias, que realizan trabajo con familia. Y se emplea el modelo teórico de trabajo con familia.



**Cuadro 2. Modelo Teórico de Trabajo con Familia**



Fuente: Departamento de Medicina Familiar del CESSA Tierra Colorada. Secretaría de salud de Tabasco, México, 2015<sup>44</sup>

## 2.8. Empoderamiento

El empoderamiento significa un proceso o una progresión de la inequidad a la equidad. Lo que puede significar a una adolescente que vive en una zona rural a una que vive en una zona urbana es distinto.<sup>45</sup>

El empoderamiento al ser un proceso para realizarse como una persona tanto individual como de forma colectiva con el objetivo de conducirse a la sociedad en función de sus propios intereses.<sup>46</sup>



El empoderamiento es un proceso de desarrollo incremental de capacidades, la gente expande su poder de capacidad para tomar decisiones estratégicas que antes había sido negado. Las madres jóvenes dan a luz a bebés en algún momento de sus vidas cuando más vulnerables se encuentran.

Se analiza el concepto de empoderamiento a partir de cuatro componentes relacionados: como el valor, como proceso, situado en un contexto y experimentado en deferentes niveles que abarcan el agrado social.

### **Empoderamiento como valor**

En este apartado, empoderamiento incluye intervención comunitaria y cambio social basado en fortalezas, capacidades y sistemas de apoyo social y cambios en la sociedad. Parte de la apelación como concepto, se deriva de su énfasis en los siguientes aspectos positivos del comportamiento humano. Como el identificar y desarrollar capacidades y promover el bienestar en lugar de resolver problemas o identificar factores de riesgo. Las intervenciones que se den con el empoderamiento pueden modificar en los personales de la salud su forma de ver las cosas, de pensar y por ende de actuar.

### **Empoderamiento como proceso**

Rappaport en 1984, menciona que el empoderamiento incluye que no concebimos a las personas adultas como niños con insuficiencias, los cuales tienen el derecho de ser defendidos por alguien, sino que son personas integrales que tienen el conocimiento para tomar control de su existencia. Cornell Empowerment Group determina al empoderamiento como el proceso deliberado y continuo centrado en la comunidad local, que se manifiesta con respeto, reflexión crítica, atención y participación grupal.

### **Empoderamiento como proceso en un contexto**

Se refieren cuando se les da fácil los espacios para el encuentro de las personas, la colaboración, de igual manera el apoyo a las instituciones sociales, las del gobierno, sistemas de salud para poder dar soluciones y con esto proporcionar experiencias. Para Maton y Salem mencionan la importancia de contar con lugares institucionales que tengan buena estructura que puedan dar confianza, en donde se vea el liderazgo.



---

---

## **El Empoderamiento como proceso en un contexto en diferentes niveles del agregado social.**

El empoderamiento puede ser ejercitado de forma individual o por grupos, por organizaciones o inclusive por comunidades geográficas enteras.

Entendemos el nivel de agregado social como una unidad de análisis que tiene características propias, las cuales incluyen metas, recursos, procesos, interacciones y el contexto en el que ocurre.

### **Niveles de Empoderamiento.**

Se describe el individual o personal, la organizacional y la comunitaria colectiva.

#### **Nivel Individual.**

Se refiere al desarrollo personal, es decir la capacidad de actuar de buscar redes de apoyo y de pulir las habilidades que tienen las personas, las sociales y las políticas. Las personas que tienen la capacidad de estar empoderadas, pueden manejar sus intereses y motivaciones, por lo que pueden gestionar sus acciones para interactuar con las demás personas, tanto de forma individual como de las organizaciones.

#### **Nivel Organizacional.**

Se describen los procesos que facilitan el ejercicio sobre la organización en la que se ejerce influencia sobre las políticas y la toma de decisiones de la sociedad. Aquí interfieren aspectos de inclusión, democratización, cohesión, transparencia, rendición de cuentas.

#### **Nivel Comunitario.**

Son las acciones colectivas, que hacen que haya una unión entre la comunidad y la organización generando poder, incentivando la participación de las personas, comunidades y organizaciones para la mejora de la calidad de la vida social.<sup>47</sup>

## **2.9. Estudios relacionados**

A continuación se muestra estudios con el tema de investigación en embarazadas adolescentes.

En el 2019 Charlton y colaboradores en Estados Unidos realizaron un estudio en el que las mujeres de minorías sexuales tienen más probabilidades que sus



padres heterosexuales de tener un embarazo en la adolescencia, aunque se sabe poco sobre los orígenes de esta disparidad. El objetivo fue describir las experiencias de embarazo adolescente entre mujeres de minorías sexuales y dilucidar los posibles factores de riesgo. Como parte del estudio Orientación sexual, identidad de género y experiencias de embarazo (Sexual, Orientation, Gender Identity, and Pregnancy Experiences (SLOPE)), se realizaron entrevistas y encuestas semiestructuradas en profundidad. En este estudio cualitativo, se entrevistaron a 10 mujeres cisgénero de minorías sexuales, de 21 a 66 años de edad, que experimentaron un embarazo adolescente. Las transcripciones de las entrevistas se analizaron utilizando enfoques de inmersión/cristalización y estilo de organización de plantillas. Los temas se contextualizaron utilizando datos de encuestas y se organizaron en un modelo conceptual. Las participantes quedaron embarazadas por primera vez entre los 12 y los 19 años; todos los embarazos se describieron como no intencionales. La mitad de los embarazos resultaron de agresión sexual. La mayoría de los embarazos restantes se debieron a relaciones sexuales consentidas con un novio o una pareja regular con quien la participante reportó un uso inconsistente o nulo de anticonceptivos. Cinco temas principales surgieron de las entrevistas de los participantes: (1) sexualidad; (2) historia de vida y factores contextuales antes del embarazo; (3) abuso y agresión; (4) reacciones al embarazo; y (5) resultados del embarazo. La investigación futura debe evaluar cada tema para explorar su contribución a la mayor carga de embarazos adolescentes entre las minorías sexuales en comparación con las mujeres heterosexuales.<sup>48</sup>

En el 2018 Liu N. Y colaboradores en Ontario Canadá llevaron a cabo un estudio para Estimar la asociación intergeneracional en el embarazo adolescente y si existe una tendencia de apareamiento entre madre e hija en la forma en que terminan sus embarazos adolescentes, como una interrupción del embarazo (TOP) versus un nacido vivo. Un estudio de cohortes de base poblacional. Con una población total de 15 097 madres y sus 16 177 hijas. Ecuaciones de estimación generalizadas generaron razones de probabilidad ajustadas (ORa) de una hija que experimenta un embarazo adolescente en relación con el número de



embarazos adolescentes que tuvo su madre. La regresión logística multinomial estimó las probabilidades de que un embarazo adolescente terminara con TOP entre la madre y la hija. Todos los modelos se ajustaron por edad materna y región mundial de origen, características sociodemográficas y comorbilidades de la hija, cohabitación madre-hija y tasa de embarazo adolescente a nivel de vecindario. La proporción de hijas con embarazo adolescente entre aquellas cuya madre tuvo cero, uno, dos o al menos tres embarazos adolescentes fue de 16,3, 24,9, 33,5 y 36,3%, respectivamente. El ORa de una hija que tuvo un embarazo adolescente fue de 1,42 (IC 95% 1,25-1,61) si su madre tuvo uno, 1,97 (IC 95% 1,71-2,26) si tuvo dos y 2,17 (IC 95% 1,84-2,56) si su madre tuvo tres o más embarazos de adolescentes, en relación con ninguno. Si una madre tuvo al menos un embarazo adolescente que terminó con TOP, entonces su hija tuvo un ORa de 2,12 (IC del 95 %: 1,76-2,56) por tener un embarazo adolescente que también terminó con TOP; mientras que, si una madre tuvo al menos un embarazo en la adolescencia, y todos terminaron con un nacido vivo, entonces su hija tuvo un ORa de 1,73 (IC del 95%: 1,46 a 2,05) para el mismo resultado. Existe una fuerte ocurrencia intergeneracional del embarazo adolescente entre madre e hija, incluyendo una tendencia al acoplamiento en la forma de terminación del embarazo.<sup>49</sup>

En el 2021 Nikta Tavananezhad y colaboradores realizaron una investigación en diferentes centros de salud en Sanandaj, Irán fue un estudio transversal descriptivo-analítico que examinó a 355 mujeres embarazadas. Se utilizó la técnica de conglomerados para el muestreo. Para la recolección de datos, los cuestionarios de características sociodemográficas y obstétricas, alfabetización en salud y empoderamiento de la mujer embarazada fueron completados mediante entrevistas a los sujetos de la investigación. El análisis de datos se realizó mediante la prueba t, ANOVA unidireccional, coeficiente de correlación de Pearson y regresión lineal multivariada en STATA13. Como resultados la media y la desviación estándar de alfabetización y empoderamiento en salud fueron  $80,03 \pm 12,79$  (0-100) y  $80,30 \pm 8,14$  (27-108), respectivamente. En cuanto al empoderamiento, los puntajes más altos (19,50) y más bajos (12,92) se observaron, respectivamente, en los subdominios de "autoeficacia" y "la alegría de



una adición a la familia". Con respecto a la alfabetización en salud, las puntuaciones medias más altas (88,52) y más bajas (73,78) se observaron, respectivamente, en los subdominios "comprensión" y "acceso". La prueba de correlación de Pearson sugirió que había una correlación directa significativa entre la alfabetización general en salud ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,001$ ) y el acceso ( $r = 0,18$ ;  $p = 0,001$ ), comprensión ( $r = 0,11$ ;  $p = 0,038$ ), evaluación ( $r = 0,18$ ;  $p = 0,001$ ), y toma de decisiones ( $r = 0,33$ ;  $p < 0,001$ ) con empoderamiento durante el embarazo. Según el modelo de regresión lineal multivariable, el empoderamiento durante el embarazo mejoró con el aumento de la alfabetización en salud ( $B = 0,16$ , IC del 95 % = 0,09 a 0,23;  $p < 0,001$ ). Los resultados muestran una relación directa entre la alfabetización en salud y sus dimensiones con el empoderamiento durante el embarazo. Por lo tanto, se recomienda mejorar la alfabetización en salud de todas las mujeres en edad reproductiva.<sup>50</sup>

En el 2021 Verner G. y colaboradores examinaron la relación entre la resiliencia psicológica materna durante el embarazo y (Telómeros) TL del recién nacido, a través de un estudio prospectivo. El objetivo, en el contexto de la importancia de dilucidar los determinantes de la configuración inicial de la longitud de los telómeros (LT) del recién nacido, es cada vez más evidente que el estrés materno y los procesos relacionados con el estrés durante el embarazo juegan un papel importante. Aunque la resiliencia psicológica puede funcionar como un amortiguador, la investigación en esta área aún no ha examinado su papel potencial frente al del estrés. En una muestra de 656 díadas madre-hijo de la cohorte Predicción y prevención de la preeclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino, se realizaron múltiples evaluaciones en serie durante el transcurso del embarazo para cuantificar el estrés materno, las respuestas emocionales negativa y positiva a los eventos del embarazo, el afecto positivo y apoyo social percibido. El análisis de componentes principales identificó dos factores latentes: estrés y positividad. Se calculó una medida de resiliencia mediante la regresión del factor de positividad sobre el factor de estrés, para cuantificar la positividad después de tener en cuenta el estrés. La TL se midió utilizando la reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa en leucocitos extraídos de la sangre del cordón umbilical



poco después del nacimiento. Se utilizó la regresión lineal para predecir la LT del recién nacido a partir de la resiliencia materna durante el embarazo, ajustando otros posibles determinantes. El estrés materno predijo significativamente una LT más corta en el recién nacido ( $\beta=-0,079$ ) y la positividad predijo significativamente una LT más larga ( $\beta=0,135$ ). La resiliencia materna (positividad que explica el estrés) se asoció significativa y positivamente con la LT del recién nacido ( $\beta=0,114$ , IC del 95 %= $0,035$ ,  $0,189$ ), y cada aumento de la desviación estándar en la resiliencia predijo una LT del recién nacido un 12 % más prolongada. Los resultados indican que la resiliencia psicológica materna puede ejercer un efecto saludable en la biología de los telómeros de la descendencia y resalta la importancia de mejorar la salud mental y el bienestar de la madre durante el embarazo.<sup>51</sup>

En el 2021 Agnieszka Bałanda-Bałdyga y colaboradores realizaron un estudio con el objetivo de titulado Actitudes de las Madres Adolescentes frente al Embarazo y el Parto. Se trató de un estudio transversal retrospectivo con el uso de un cuestionario original que contenía una prueba para medir actitudes en una escala de Likert de cinco puntos y una Prueba de Orientación de Vida-Revisada (LOT-R) para evaluar el optimismo disposicional. El estudio involucró a 308 madres adolescentes entre 13 y 19 años de edad. Las actitudes de las madres adolescentes hacia el embarazo y el parto fueron más positivas (90,6%) que negativas (9,4%). Las características sociodemográficas que determinaron las actitudes de las madres adolescentes hacia el embarazo y el parto incluyeron su edad, estado civil, ocupación actual y principal fuente de ingresos.<sup>52</sup>

En el 2021 Kozue Tabei y colaboradores realizaron un estudio de asociación entre el embarazo adolescente y los factores familiares, específicamente la estructura de los padres. En Asia Oriental y el Pacífico, Filipinas es el único país que muestra una tendencia ascendente de embarazo adolescente, mientras que otros países de la región tienen tasas de embarazo adolescente decrecientes. Los datos para el estudio se extrajeron de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Filipinas de 2017. Todas las mujeres adolescentes de 15 a 19 años (n= 5120) se incluyeron en los análisis. La variable dependiente fue el embarazo



adolescente, mientras que la estructura parental, definida como presencia o ausencia de los padres en el domicilio, fue la variable de exposición. Se utilizó la regresión logística multivariable para evaluar la asociación del embarazo adolescente y los factores familiares después de ajustar varios posibles factores de confusión. Las mujeres adolescentes tenían más probabilidades de quedar embarazadas en la adolescencia, cuando no vivían con ninguno de los padres (ORa = 4,57; IC 95 % = 2,56-8,15), estaban más cerca de los 19 años (ORa = 2,17, IC 95 % = 1,91-2,46).). Tenían conocimientos sobre anticoncepción (ORa = 1,27, IC 95% = 1,22-1,32) y vivía en una familia numerosa (ORa = 1,14, IC 95% = 1,09, 1,20). Además, las adolescentes que no vivían con ninguno de sus padres y pertenecían al quintil más pobre de riqueza tenían más probabilidades de quedar embarazadas en la adolescencia (ORa = 3,55, IC 95% = 1,67-7,55). Por el contrario, el logro educativo superior a la educación secundaria (ORa = 0,08, IC 95% = 0,01-0,49) y aquellos que pertenecían al quintil de riqueza más rico (ORa = 0,40, IC 95% = 0,18-0,92) exhibieron una asociación estadísticamente inversa con los adolescentes embarazo en comparación con aquellas sin educación y del quintil medio de riqueza, respectivamente. Vivir con ninguno de los padres se encontró como un factor de riesgo para el embarazo adolescente. Además, encontramos que varios factores sociodemográficos exhibieron un incremento no uniforme y una reducción en el riesgo de embarazo adolescente.<sup>53</sup>

En 2020 Aburto-Arciniega y colaboradores en México, realizaron por medio Programa de prevención de embarazos juveniles para estudiantes desarrollado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, que tiene como objetivo determinar el estado de salud sexual reproductiva de estudiantes de medicina y personas involucradas en actividades sexuales, mediante un cuestionario diagnóstico de intervención educativa (tres módulos), participan estudiantes de primer año de la carrera, en el ciclo 2017-2018. Los estudiados se consideran graduados si han completado al menos un módulo. Resultados: 1157 estudiantes respondieron el cuestionario, el 21,9% de los estudiantes participó en al menos un módulo, el 43,1% de los estudiantes había iniciado relaciones sexuales y el 25% de los estudiantes recibió una intervención



educativa. El veinte por ciento no había usado condón en su última relación y había una alta tasa de relaciones sexuales bajo la influencia de alcohol. Conclusiones: es importante mejorar las competencias específicas en sexualidad para los futuros médicos.<sup>54</sup>

En 2018 Recalde y colaboradores describieron la percepción de las consecuencias del embarazo en adolescentes en una parroquia rural indígena de los andes del Ecuador, realizaron Estudio descriptivo transversal de 247 estudiantes de 14 a 24 años ( $n=16$ ) de una unidad educativa andina a quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada. Se utilizaron métodos estadísticos descriptivos. Resultados: Del total de participantes, los hombres (53,6) indicaron tener conocimiento de las consecuencias del embarazo adolescente. La percepción de muerte en adolescentes por ciertas complicaciones del embarazo fue mayor entre las mujeres (58,8%  $p=0,03$ ). Los hombres se percibieron más deprimidos y las mujeres percibieron que sus planes de vida eran más infructuosos ( $p=0,03$ ). Las mujeres percibieron falta de oportunidades y los hombres se sintieron excluidos ( $p=0,01$ ). Estas mujeres indicaron que la mejor estrategia para prevenir el embarazo adolescente fue la consejería ( $p=0,05$ ). Hubo más preguntas sobre la relación entre exclusión y raza aborigen que mestiza. Los servicios de salud deben cumplir con los estándares. Los programas que se dedican a la intervención para prevenir el embarazo adolescente no deben promover procedimientos que no sean culturalmente apropiados o no estén adecuadamente financiados. La participación activa de los adolescentes en la determinación de la base de la investigación contribuirá eficazmente este problema.<sup>55</sup>

En el 2019 Amaya-Castellanos y colaboradores realizaron un estudio que tuvo de objetivo examinar la expresión del empoderamiento (autonomía y derechos a la toma de decisiones) y la relación entre el autocuidado y las prácticas de búsqueda de cuidado en el embarazo y posparto y la mortalidad materna entre mujeres indígenas del municipio de Santa María Temaxcaltepec, Oaxaca, México. Dos estaban embarazadas, dos eran madres de niños menores de 3 años y dos eran madres que habían sido padres en los últimos 3 años. Resultados: la hegemonía



masculina en el hogar y en los centros de salud inhibe la autonomía y el poder de decisión de las mujeres en materia de salud reproductiva. Tiene implicaciones directas para la búsqueda de atención en el embarazo y el parto. Conclusión: la falta de autonomía y poder de decisión de la mujer se asocia indirectamente con resultados adversos del embarazo. Estos pueden ayudar a desarrollar estrategias para promover el empoderamiento y la equidad de las mujeres en los servicios y programas comunitarios, así como llamar la atención de los que toman las decisiones sobre las causas no médicas de la mortalidad materna en las comunidades aborígenes.<sup>56</sup>

En el 2019 Dervan y colaboradores realizaron un estudio longitudinal de seis ondas que probó el Modelo de Estrés Familiar entre 204 familias de origen mexicano en las que se había producido un embarazo adolescente. La onda 1 (W1) ocurrió cuando los adolescentes ( $\bar{x}$  edad = 16,80 años;  $s = 1,00$ ) estaban embarazadas y la última ola (W6) ocurrió cuando los niños tenían 5 años de edad. En el estudio actual, el Modelo de Estrés Familiar se amplió para incluir las relaciones de crianza entre madres y padres adolescentes, y entre madres y abuelas adolescentes. En apoyo del modelo de estrés familiar, los hallazgos indicaron que el ingreso familiar W1 se asoció negativamente con la internalización y externalización de conductas problemáticas del niño W6 a través de una mayor presión económica W2, un aumento de los síntomas depresivos maternos W3, un aumento del conflicto de coparentalidad madre-abuela W4 y un aumento de la crianza materna W5. Además, el conflicto de coparentalidad madre-padre W4 se asoció positivamente con la internalización y externalización de conductas problemáticas del niño W6 a través de problemas de crianza materna W5. Los hallazgos se discuten prestando atención a los procesos mediante los cuales los ingresos familiares influyen en las conductas problemáticas de los niños a lo largo del tiempo. El actual estudio longitudinal de seis años analizó patrones de estrés familiar en una muestra de 204 familias mexicanas que quedaron embarazadas en la adolescencia. La primera parte del estudio (S1) se llevó a cabo cuando las adolescentes ( $\bar{x}$  Edad = 16,80 años;  $s = 1,00$ ) y la última parte (S6) se realizó cuando los preescolares tenían 5 años.



En este estudio, el modelo de estrés familiar se desarrolló para contener variables acerca de la co-paternidad entre las jóvenes madres y padres, y entre las madres y abuelas de las adolescentes. Los resultados apoyan las ideas del modelo de estrés familiar. Los ingresos del hogar W1 afectaron negativamente los problemas de conducta infantil y los problemas de internalización W6, aumentaron el estrés financiero en W2, aumentaron los síntomas depresivos maternos en la W3 y el conflicto compartido entre la madre y abuela en W4. Aumento de casos maternos y de problemas de cuidado infantil en W5. También, el conflicto de crianza compartida entre madres y padres mostró efectos positivos en los problemas de conducta de los niños y los problemas de internalización en W6 a través de los problemas de crianza de las madres en W5.<sup>57</sup>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía en México en 2020 residían 18.9 millones de niñas y adolescentes menores de 18 años. Ellas representan 15 % de la población total. Así mismo, 224,454 jóvenes de 12 a 17 años estaban registrados como en unión libre o casados y 21,167 separadas, divorciadas o viudas. Por lo que 4 de cada 100 adolescentes están o han estado casados en el país. A nivel nacional, según datos del Cuestionario Ampliado del Censo de Población y Vivienda de ese mismo año, La tasa de fertilidad juvenil es de 42,96 nacidos vivos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años. Los Estados con indicadores más bajos son la Ciudad de México y Querétaro, donde las tasas de natalidad por cada 1,000 jóvenes viven son 26,36 y 31,93 respectivamente; los Estados más altos son Chiapas (64,83), Michoacán (55,29), Guerrero (55,22) y Durango (55,03). El año pasado, 8,876 niños menores de 14 años nacieron como resultado de matrimonios arreglados, lo que llevó a la pobreza y violencia sexual. Y de acuerdo a las estadísticas el 98% de estos nacimientos fueron de madres adolescentes entre las edades comprendidas de 13 y 14 años y en los estados más frecuentes en Chiapas, Tabasco, Coahuila y Guerrero.

En el año pasado los municipios con un mayor índice de embarazo en adolescentes fueron Emiliano Zapata, Cárdenas, Teapa y Cunduacán, cifras obtenidas por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Por lo que se considera un problema de salud pública. El Estado de Tabasco ocupa el puesto doce a nivel nacional en este rubro. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el año 2018 Tabasco reportó que 239 adolescentes entre los 12 y 14 años dieron a luz, por lo cual la tasa de natalidad alcanzó un promedio de 3.57% y se mantendrá hasta el 2050, con un estimado de 66,975 en jóvenes menores de 15 años. Estas adolescentes que resultan embarazadas a temprana edad, se encuentran en los municipios del estado clasificados por el CONAPO con una tasa de marginación media y baja.



En el CESSA Tierra Colorada del municipio del Centro, Tabasco se ha observado una gran cantidad de embarazadas adolescentes del periodo comprendido del periodo de enero 2022 a enero 2023 de 50 embarazadas, y todo esto pese a que se lleva un programa destinado para adolescentes en donde se puntualiza los métodos de planificación familiar, y las charlas educativas que se llevan a cabo en las escuelas, donde la prioridad es evitar los embarazos no deseados en este rubro de edad.

La familia juega un papel muy importante en la prevención de embarazo en adolescentes y esta nos obliga a describir las características sociales, demográficas y familiares de las adolescentes, así como los factores determinantes del embarazo en las adolescentes.

Dadas las consideraciones anteriores, se hace necesario plantear las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es el nivel de empoderamiento de las embarazadas adolescentes?,

¿Cómo es la función familiar de embarazadas adolescentes?

¿Cuál es el efecto del modelo de empoderamiento centrado en la familia en embarazadas adolescentes en una unidad de atención primaria?



---

---

## 4. JUSTIFICACIÓN

Se basa en la necesidad de brindar apoyo integral a estas jóvenes mujeres en una etapa vulnerable de sus vidas. Al centrarse en la familia como un recurso clave, se busca fortalecer de manera efectiva el bienestar, la autonomía y la funcionalidad de las adolescentes embarazadas.

Según el informe de fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA), en Latinoamérica y el Caribe los embarazos en adolescentes genera un gran impacto económico, en promedio el 0.35% del Producto Interno Bruto lo que equivale a 1.242 millones de dólares anuales por país. 13.3 millones de embarazos no planeados, 30,800 muertes maternas a nivel mundial.<sup>58</sup> De acuerdo con el Instituto de Estadística y Censos de Costa Rica (INEC), en el año 2017 hubo madres adolescentes de entre 10 y 14 años de edad de la cuales hubo nacimientos de 2,247 niños. Y Venezuela es considerado el país con mayor tasa de incidencia de embarazadas adolescentes, seguido de Ecuador en el segundo lugar.

El embarazo en adolescentes sigue siendo un gran problema de salud pública a nivel mundial y todo esto a pesar de los esfuerzos que se han realizado durante más de 40 años. Actualmente el 10% de los partos en adolescentes corresponde a menores de 19 años, con una lamentable mortalidad materna, la cual es de 2 a 5 veces más alta. Y también se presentan complicaciones para las madres adolescentes como las biopsicosociales, como lo pueden ser el fracaso de su proyecto de vida, lo que origina el ciclo de pobreza y la violencia contra la mujer. Pero también podemos encontrar complicaciones propias del embarazo como la preeclampsia, anemia por déficit de hierro, y en el neonato bajo peso al nacer y originar parto pretérmino.<sup>59</sup>

El Registro Nacional de Población (RENAPO) señala que 4 de cada 100 nacimientos son de niñas adolescentes menores de 17 años y que lamentablemente ocupa el sexto lugar de las causas de muerte de este sector de la sociedad.<sup>60</sup>



La razón más común para no utilizar anticonceptivos durante la primera relación sexual es que ocurrió “accidentalmente”, el encuentro sexual no fue planeado, sino espontáneo. La situación es crucial para la prevención del embarazo adolescente, por lo cual es importante no solo educar de los métodos de planificación familiar, sino de igual manera prevenirlos y llegar a un acuerdo cuándo, cómo y qué método utilizar.

Embarazo en las adolescentes es una situación frecuente que aqueja a nuestro país, la tasa de prevalencia es muy alta. Investigar las causas, factores condicionantes que pueden originar como resultado un embarazo en las adolescentes en el CESSA Tierra Colorada, es realmente factible para poder prevenir y con ello disminuir la tasa de embarazos no deseados, y todo esto para que las adolescentes gocen de una mejor calidad de vida y una educación que puedan realizarse como todo ser humano en el ámbito profesional.

La investigación es vulnerable por los grandes beneficios que se obtendrá, al saber los factores de riesgos que presentan las pacientes adolescentes del CESSA Tierra colorada del municipio del Centro, y sobre ello poder actuar para evitar los embarazos a temprana edad, y diseñar estrategias que provoquen un gran impacto en la disminución de la tasa de fecundidad en un futuro a corto plazo, así como empoderar a las pacientes, y que adquieran una mayor resiliencia para enfrentarse a la vida en el embarazo.

También se verá beneficiado los costes de la atención primaria, por el hecho de no haber embarazos en adolescentes, o al menos disminuir drásticamente la incidencia y habrá más inversión por parte del gobierno a otros programas de salud, y ya no se invertirá tanto en la atención del parto, y lo más importantes que las adolescentes ya no se expondrán a las complicaciones que esto provoca, como la preeclampsia, nacimientos de partos pretérminos, e inclusive la muerte materna o del recién nacido. Y al verse beneficiado la parte de la salud, que es lo más importante, no podemos omitir que la educación juega un papel prescindible, lo cual contribuirá a una educación para todas las adolescentes que en el futuro decidan estudiar, prepararse, formarse profesionalmente, y con ello, el estado, la colonia donde ellas viven se verán beneficiadas, y así tendremos una sociedad



más justa, y disminuirá la pobreza extrema, y podrá ser que se vuelva un estado productivo y con visiones positivas para el futuro.

Las adolescentes embarazadas enfrentan desafíos únicos durante el embarazo y la maternidad. A menudo, se enfrentan a cambios físicos, emocionales y sociales significativos, lo que puede generar estrés y ansiedad. En este contexto, es fundamental brindarles el apoyo adecuado y empoderarlas para que tomen decisiones informadas y autónomas sobre su salud y bienestar.

La evidencia ha demostrado que el apoyo familiar desempeña un papel crucial en el bienestar de las adolescentes embarazadas. La participación activa y comprensiva de la familia puede tener un impacto significativo en la salud física y emocional de las adolescentes, así como en su capacidad para tomar decisiones informadas. Por lo tanto, centrar el modelo de empoderamiento en la familia es una estrategia eficaz y relevante.

Al implementar un modelo de empoderamiento centrado en la familia, se espera que se logren mejoras significativas en el bienestar, la autonomía y la funcionalidad de las adolescentes embarazadas. Esto incluye una mayor confianza en sí mismas, mejores habilidades de comunicación, toma de decisiones informadas y una mayor capacidad para afrontar los desafíos del embarazo y la maternidad.



## 5. HIPÓTESIS

### Hipótesis alterna

#### H1

- La funcionalidad familiar tiene un efecto protector en las embarazadas adolescentes.
- La implementación del modelo de empoderamiento centrado en la familia genera un efecto positivo para mejorar el bienestar, capacidad de decisión, autonomía y funcionamiento en la familia de las adolescentes embarazadas en comparación con aquellas que no reciben la intervención.

### Hipótesis nula

#### H0

- La funcionalidad familiar no condiciona un efecto protector en las embarazadas adolescentes.
- La implementación del modelo de empoderamiento centrado en la familia no genera un efecto positivo para mejorar el bienestar, capacidad de decisión, autonomía y funcionamiento en la familia de las adolescentes embarazadas en comparación con aquellas que no reciben la intervención.



## 6. OBJETIVOS.

### 6.1. General

- Evaluar el efecto del modelo de empoderamiento familiar en las adolescentes embarazadas para facultarlas para enfrentar el proceso de embarazo y maternidad y mejorar la función familiar.

### 6.2 Específicos

- Describir las características sociodemográficas, familiares y clínicas de las embarazadas adolescentes.
- Identificar el nivel de funcionalidad de la familia de las embarazadas adolescentes antes y después de la intervención.
- Identificar la percepción del empoderamiento de las embarazadas adolescentes y factores relacionados.
- Diseñar e implementar un modelo de intervención basado en el empoderamiento centrado en la familia, que incluya estrategias y recursos.

## 7. MATERIAL Y MÉTODOS

### 7.1. Tipo de estudio

Investigación de proceso mixto en la modalidad de Diseño Anidado concurrente de varios niveles (DIACNIV)<sup>61</sup> donde se empleó el método cuantitativo y cualitativo, se llevó a cabo en el periodo de enero de 2022 a enero 2023.

**Cuadro 3. Diseño Cuasi experimental, prospectivo, analítico**



Fuente: Elaboración propia basada en Hernández- Sampieri 2018

### 7.2. Población, lugar y tiempo de estudio

#### Población

La población de adolescentes de 10 a 19 años es de N=50 embarazadas en el periodo comprendido de enero a octubre de 2022 del CESSA Tierra Colorada del municipio del centro, Tabasco, México.

Al universo de las adolescentes identificadas que reunieron los criterios de inclusión, se realizó el diagnóstico basal hasta obtener su caracterización y la



identificación de las pacientes que presentaban disfuncionalidad familiar y sin empoderamiento.

### **7.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra**

En la primera etapa se identificó un universo de adolescentes embarazadas de 10 a 19 años del CESSA Tierra Colorada del municipio del centro (N=50), que cumplieron con los criterios de inclusión definidos para este estudio que aceptaron participar en la investigación.

En la etapa diagnóstica se identificaron las adolescentes con familias disfuncionales y sin empoderamiento, las cuales se invitaron a participar en la etapa de intervención, previo consentimiento informado.

### **7.4. Criterios de selección**

#### **7.4.1. Criterios de Inclusión**

- Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años del CESSA Tierra Colorada
- Adolescentes que contaron con consentimiento informado firmado
- Miembros de la familia que aceptaron participar en el estudio de investigación.
- Embarazadas adolescentes de 10 a 19 años del CESSA Tierra Colorada del municipio del centro, Tabasco, con disfuncionalidad familiar y sin empoderamiento que deseen participar en la investigación (En la segunda etapa).

#### **7.4.2 Criterios de exclusión**

- Adolescentes que tengan alteraciones psiquiátricas.
- Adolescentes que tengan algún tipo de discapacidad auditiva.
- Adolescentes que no completen el llenado de los instrumentos.
- Adolescentes que no asistan regularmente a las sesiones de trabajo con familia.
- Adolescentes que no deseen participar.



- Adolescentes y su familia que no completen las etapas de diagnóstico, implementación y evaluación.

### **7.4.3. Criterios de eliminación**

Pacientes quienes decidan abandonar el estudio

### **7.5. Procedimiento**

Con la autorización previa de la unidad, se procedió a la recolección de la información. Posteriormente, se realizó la aplicación del consentimiento informado en las embarazadas adolescentes y del instrumento de valoración conteniendo las variables a estudiar.

En esta investigación se llevaron a cabo tres etapas:

- I.- Etapa Diagnóstica: Características sociodemográficas, familiares, clínicas, factores de riesgo y factores protectores.
- II.- Etapa de diseño e implementación de la intervención (Trabajo con Familia).
- III.- Etapa post test para evaluar el efecto de la intervención de Trabajo con Familia.

#### **7.5.1 Primera Etapa: Etapa Diagnóstica**

La población estudiada se obtuvo el total de las embarazadas adolescentes de la coordinación de planeación y estadística del CESSA Tierra Colorada de la Secretaría de Salud. Posterior a ello, se tuvo contacto por vía telefónica con cada una de las embarazadas adolescentes para citarlas y recolectar los datos sociodemográficos, clínicos y familiares, así como la aplicación de los instrumentos a las que aceptaron participar. Se calificaron acorde a la evaluación de cada instrumento, posteriormente la información obtenida se capturó en el paquete estadístico SPSS para después realizar su procesamiento.

#### **7.5.2. Cuestionario**

Se diseñó un cuestionario para la recolección de datos sociodemográficos, clínicos y familiares en las embarazadas adolescentes, el cual estuvo conformado por 23 ítems, en donde se incluyeron datos como: la edad, escolaridad, estado civil,



número de embarazo, método de planificación familiar, tipología familiar, ciclo vital familiar, etc.

### 7.5.3. Instrumento I

El Apgar familiar es una herramienta que muestra como los miembros de la familia perciben el nivel de funcionamiento de toda la familia.

Fue propuesto por el Médico familiar Gabriel Smilkstein en el año de 1978 en la universidad de Washington. Se le denominó APGAR familiar por ser una palabra fácil que hace recordar al Apgar que se emplea en los recién nacidos a nivel universal.

El Apgar familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe como funciona la familia en un momento dado. El instrumento se ha utilizado en diversos casos, como el embarazo, la depresión posparto, las enfermedades alérgicas, la hipertensión y en estudios de seguimiento. Es muy útil y fácil de utilizar, especialmente si el médico quiere realizar el procedimiento a todos los integrantes de la familia.

Consta de cinco preguntas diseñadas para demostrar el estado funcional de la vivienda y sirve como escala para que los encuestados expresen su opinión sobre el funcionamiento de la familia. Los componentes del instrumento cuentan con 5 dimensiones para evaluar la función de la familia:

**Adaptación:** se refiere a la capacidad de utilizar recursos dentro y fuera de la familia para resolver problemas en momentos de estrés o crisis familiar

**Participación:** es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

**Gradiente de recursos:** se refiere al desarrollo de la madurez física, emocional y la autorrealización entre los miembros de la familia a través del apoyo y asesoramiento.

**Afectividad:** se refiere a las relaciones afectivas y amorosas que existen entre los miembros de la familia.



**Recursos o capacidad resolutive:** se dedica tiempo a satisfacer las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, lo que a menudo implica compartir ingresos y espacio.

**Con resultado:**

0= Casi nunca

1= Algunas veces

2= Casi siempre

Las preguntas tienen un valor de 0 a 2.

De acuerdo a la interpretación, se explica, que funcionalidad normal es de 7 a 10 puntos. De 4 a 6 puntos como disfunción moderada y disfunción grave de 0 a 3 puntos. **(38)**.

#### 7.5.4. Instrumento II

El instrumento de Empoderamiento consta de 8 ítems, con 5 posibles respuestas.

A continuación se mencionan los ítems:

1. Puedo identificar con qué acciones del cuidado de mi salud durante mi embarazo estoy insatisfecha.
2. En relación con mi embarazo soy capaz de convertir mis metas en un plan de acción práctico y concreto.
3. Puedo hacer diferentes cosas para superar los obstáculos y lograr mis metas relacionadas con mi embarazo.
4. Puedo encontrar maneras para sentirme bien aún con el curso de mi embarazo adolescente.
5. Conozco maneras para enfrentar el estrés que me causa el embarazo precoz.
6. Conozco en dónde puedo encontrar apoyo para cuidar de mi salud durante mi embarazo.
7. Conozco lo que me ayuda a permanecer motivado para cuidar de mi salud durante mi embarazo.
8. Me conozco lo suficiente para tomar las decisiones que me convienen para el cuidado de mi salud durante mi embarazo.

Las posibles respuestas presentan una numeración:

1. muy en desacuerdo.



2. en desacuerdo
3. ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. de acuerdo
5. muy de acuerdo

Se valoran las dimensiones de autocontrol, autoeficacia, solución de problemas, afrontamiento psicosocial, apoyo, motivación y toma de decisiones.

La calificación del instrumento es de 40 puntos, lo máximo para empoderamiento y sin empoderamiento es de 8 puntos.

### Cálculo del tamaño muestra de embarazadas adolescentes para la intervención con familia.

Para obtener la muestra de familias a partir del universo observado (N=50), se utilizó la fórmula para estimar una muestra proporcional según la proporción de la exposición disfunción familiar observada en las adolescentes embarazadas en estudios previos  $p=12.0\%$ <sup>62</sup>, para la mejor extracción de la muestra de las adolescentes participantes, así como la representatividad del estudio.

Se consideró una confiabilidad de 95%, una  $Z^2 = 1.96$ , un valor de la proporción observada del factor en otros estudios de 12.0% ( $p = 0.12$ ):  $p = 1 - 0.12$  (1- 0.88) y un error relativo de 30.0 % ( $d^2=0.30$ ). Así como una tasa de no respuesta del 20.0% (0.20) donde  $TNR= n/(1-TNR)$ . Se obtuvo un tamaño de muestra para los casos de  $n=4$ .<sup>63</sup>

**Cuadro 4. Cálculo del tamaño de la muestra de embarazadas adolescentes para la intervención en familia.**

$Z^2$	1.96	1.96	3.8416	no	4.5075	n	4.1347
$p(1-p)$	0.12	0.88	0.1056	no/N	0.0901	1-TNR	0.8
$d^2$	0.3		0.09	1-no/N	1.0901	$n/(1-TNR)$	5.1684
pob.50 $p=.50$	no=		4.507477	n=	4.13	nf=	5.17

\*P: Porcentaje de embarazadas adolescentes con disfuncionalidad familiar (12%),  $z_2=1.96$ ,  $d_2=0.30$ .  
 Fuente:



Para la extracción proporcional de la muestra, se realizó un muestreo aleatorio simple con remplazo, hasta obtener el total calculado. Lo anterior, se realizó a través de un listado nominal de las pacientes que se identificaron con disfuncionalidad familiar y sin empoderamiento siempre que deseen participar en la intervención planificada. Se utilizó el software estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 25).

#### **7.5.5. Segunda etapa: Diseño e implementación de la intervención (Trabajo con familia).**

Trabajo con Familia es un proceso multidisciplinario de salud que es realizado por el médico familiar, en el cual intervienen las diferentes disciplinas, como enfermería, psicología, nutrición, estomatología, otras especialidades médicas y trabajo social. Se realizó la labor bajo el liderazgo del médico de familia, en donde se realizó la selección de los pacientes con disfuncionalidad familiar y sin empoderamiento y su familia. Se les proporcionó la carta de consentimiento informado, se les brindó explicación sobre su participación durante el estudio, la firma del contrato terapéutico y el plan de manejo integral y se realizaron las sesiones de trabajo con familia.

#### **7.5.6. Tercera etapa**

Posterior a la intervención de trabajo con familia, se realizó el diagnóstico pos-test de la funcionalidad familiar y del empoderamiento, para poder evaluar el avance de las familias en las sesiones, mediante el instrumento de empoderamiento y del Apgar familiar. La información se capturó en el software estadístico SPSS v25.

#### **7.6. Variables dependientes e independientes**

Dada las características del diseño metodológico de la investigación, las variables de estudio seleccionadas se clasificaron en dependientes e independientes.

##### **Variables dependientes:**



**Empoderamiento:**

- Autocontrol
- Autoeficacia
- Solución de Problemas
- Afrontamiento psicosocial
- Apoyo
- Motivación
- Toma de decisiones

**Variables independientes:**

**Funcionalidad familiar:**

- Adaptabilidad
- Comunicación
- Crecimiento
- Afecto
- Resolución

**Sociodemográficas:**

- Edad
- Escolaridad
- Estado civil
- Nivel Socioeconómico

**Familiares:**

- Tipología familiar según su composición y demografía
- Ciclo vital de la familia
- Número de gestas

**Cuadro 5. Operacionalización de Variables** (ver en anexos)

**7.7. Procesamiento para capturar la información y análisis de datos.**

Para la integración de los datos se diseñó una base de datos en el software estadístico SPSS 25 (Statistical Package for Social Sciences) proporcionado por IBM. Sus siglas en español (Paquete Estadístico Para Ciencias Sociales).



### **Análisis de la etapa diagnóstica.**

Una vez integrada la base y realizada la validación de la integridad de los datos capturados, se obtuvieron resultados por medio de estadística descriptiva (medidas de tendencia central y dispersión, así como medidas de frecuencias absolutas y relativas), el análisis bivariado para las variables categóricas, se realizó utilizando la prueba de  $X^2$  cuadrada de Pearson, sus grados de libertad ( $gl$ ) y el valor de  $p \leq 0.05$ . También se estimó como parte del análisis la estimación de la magnitud de la asociación que pudiera observarse entre la variable dependiente y las independientes. Los resultados se expresaron en tablas simples y compuestas.

### **Análisis de la etapa de intervención.**

Se llevaron a cabo las sesiones presenciales, en donde se realizó el abordaje familiar, se hizo de manera simultánea. Se integraron cuadros descriptivos con las características de las familias según los elementos evaluados durante el trabajo con familia.

### **Análisis de la etapa de evaluación pretest – pos-test.**

Se realizó análisis descriptivo comparativo entre la medición basal y la media posterior a la intervención considerando a las embarazadas y sus familias.

Posteriormente se utilizó la prueba T de Student para la diferencia de dos muestras pareadas y establecer la comprobación de la hipótesis planteada.

Al final se realizó la triangulación de la información a partir de los diferentes métodos de evaluación realizados.

### **7.8. Consideraciones éticas**

Esta investigación se realizó de acuerdo con las normas definidas en el Artículo 2, Capítulo 1, Artículo 13 de la Ley General de investigaciones en salud, según la cual “toda investigación en la que se estudie a una persona debe respetar su dignidad humana, la protección de sus derechos, bienestar y los criterios del artículo 14, puntos I-X deben ser los más importantes, adecuándose a los principios científicos y éticos que subyacen a la investigación médica. Declaración de Helsinki. Se realizó una explicación oral con lenguaje claro y se extendió consentimiento informado por escrito según lo sujeto en dicho artículo.



El estudio se consideró como Investigación con riesgo mínimo según lo sujeto en el Título segundo, Capítulo 1, cláusula II del Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De investigación Para la salud. Los datos obtenidos, se manejaron de manera confidencial y exclusiva para los fines que convinieron a esta investigación. Este trabajo fue aprobado por el comité de investigación y Bioética del CESSA Tierra Colorada.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## 8. RESULTADOS

### Análisis Univariado

#### Características sociodemográficas, clínicas y familiares de la población en estudio.

En la población de 50 adolescentes embarazadas se observó que la mayoría tiene un nivel de escolaridad de preparatoria el 23% (46), en unión libre el 41% (82) y un nivel socioeconómico medio bajo en un 100%(50).

**Tabla 1. Características sociodemográficas en embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.**

Sociodemográficas		f	%
Edad	14-16 años	10	20.0
	17-19 años	40	80.0
	Total	50	100
Nivel de escolaridad	Primaria	6	12.0
	Secundaria	20	40.0
	Preparatoria	23	46.0
	Analfabeta	1	2.0
	Total	50	100
Estado civil	Casada	4	8.0
	Unión libre	41	82.0
	Soltera	5	10.0
	Total	50	100
Nivel Socioeconómico	Alta	0	0.0
	Media Alta	0	0.0
	Media	0	0.0
	Media baja	50	100
	Baja alta	0	0.0
	Baja baja	0	0.0
<b>Total</b>		<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos (n=50)

En la tabla 2 se puede observar que la mayoría de las familias son extensas el 54% (27), de acuerdo a su ciclo vital familiar se encuentran en mayor porcentaje en fase de matrimonio con base al autor Geyman el 90% (45).



**Tabla 2. Características familiares en embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.**

Familiares		<i>f</i>	%
<b>Tipología familiar según su composición</b>	Nuclear	22	44.0
	Extensa	27	54.0
	Monoparental	1	2.0
	Total	50	100
<b>Tipología familiar según su demografía</b>	Urbana	50	100
	Total	50	100
<b>Ciclo vital de la Familia</b>	Matrimonio	45	90.0
	Expansión	5	10.0
<b>Total</b>		50	100

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos, clínicos y familiares (n=50)

En la tabla 3 se puede observar que de las familias estudiadas predominaron aquellas que son disfuncionales en el 64% (32).

**Tabla 3 Funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.**

Funcionalidad Familiar	<i>f</i>	%
Disfuncionalidad	32	64.0
Funcional	18	36.0
<b>Total</b>	50	100

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos, clínicos y familiares (n=50)

En la tabla 4 se observa que el mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas se encontraron con empoderamiento representado por el 66% (33).



**Tabla 4 Empoderamiento en embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada 2023**

<b>Empoderamiento</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Sin Empoderamiento	17	34.0
Con Empoderamiento	33	66.0
Total	50	100

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28

Tabla 5. Se observa que el número de parejas sexuales de las embarazadas adolescentes en mayor porcentaje fue de una en un 88% (44).

Se observó que en las adolescentes embarazadas fue su primer hijo con el 88% (44)

**Tabla 5. Número de parejas sexuales y número de Gestas de las embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada 2023**

<b>Número de pareja sexuales</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Una	44	88.0
Dos	5	10.0
Tres	1	2.0
Total	50	100
<b>Número de embarazo</b>		
Primero	44	88.0
Segundo	6	12.0
Total	50	100

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos, clínicos y familiares (n=50)

Tabla 6. Se observa que la mayoría de las embarazadas adolescentes que no planificaron su embarazo fueron representadas por el 72% (36).

Se puede observar que las embarazadas adolescentes en mayor porcentaje le gustaría tener un método de planificación familiar cuando nazca su bebe.

El mayor porcentaje de las embarazadas adolescentes prefieren el método de implante subdérmico para usar al término de su embarazo en un 63%(31).



**Tabla 6. Método de planificación familiar embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada 2023**

<b>Planificó su embarazo</b>	<i>f</i>	%
Si	14	28.0
No	36	72.0
Total	50	100
<b>Le gustaría tener un método de planificación familiar.</b>		
Si	43	86.0
No	7	14.0
Total	50	100
<b>Método de planificación familiar elegido</b>		
Implante subdérmico	31	63.0
DIU	2	4.0
No sé	17	34.0
Total	50	100

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos, clínicos y familiares (n=50)

Tabla 7. Se observa que las adolescentes embarazadas tienen conocimiento sobre el tema de lactancia materna en su mayor porcentaje del 88% (33).

Las embarazadas adolescentes tienen conocimiento sobre métodos anticonceptivos en un mayor porcentaje del 76% (38).

Se observó que las embarazadas adolescentes en un mayor porcentaje tienen conocimiento sobre los cuidados del RN del 66% (33).

**Tabla 7. Conocimiento sobre el cuidado de la salud embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada 2023**

<b>Lactancia materna</b>	<i>f</i>	%
Si	33	88.0
No	17	12.0
Total	50	100
<b>Métodos anticonceptivos</b>		
Si	38	76.0
No	12	24.0
Total	50	100
<b>Cuidados del embarazo</b>		
Si	40	80.0
No	10	20.0
Total	50	100
<b>Cuidados del RN nacido</b>		



Si	33	66.0
No	17	34.0
Total	50	100

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos, clínicos y familiares (n=50)

En la tabla 8 se observó que la primera causa de embarazo estudiada fue por amor a la pareja en el 94% (47) de las adolescentes.

**Tabla 8. Principal causa de embarazo en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.**

Principal Causa de Embarazo	<i>f</i>	%
Poca información de métodos anticonceptivos	1	2.0
Amor por la pareja	47	94.0
Falla del método anticonceptivo	1	2.0
Experimentar	1	2.0
Total	50	100

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos, clínicos y familiares (n=50)

En la Tabla 9 se observó que según la perspectiva de las adolescentes la responsabilidad del embarazo debe recaer en la pareja en un mayor porcentaje 100% (50).

**Tabla 9. Responsabilidad del embarazo según la perspectiva de las adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.**

El embarazo es responsabilidad de	<i>f</i>	%
Ambos	50	100
La mujer	0	0.0
El hombre	0	0.0
Total	50	100

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos, clínicos y familiares (n=50)



En la tabla 10 se observó que el porcentaje más elevado de embarazadas adolescentes no tuvieron temor de cómo reaccionarían sus padres al saber que estaban embarazadas en un 94% (47).

**Tabla 10. Temor a la reacción de los padres al saberse embarazadas las adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.**

Hubo temor	<i>f</i>	%
Si	3	6.0
No	47	94.0
Total	50	100

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos, clínicos y familiares (n=50)

En la tabla 11 se observa que la familia de las adolescentes no se decepcionó al saber que estaban embarazadas en un 80% (40)

**Tabla 11. Decepción de la familia de las embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.**

Decepción del embarazo a la familia	<i>f</i>	%
Si	10	20.0
No	40	80.0
Total	50	100

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos, clínicos y familiares (n=50)



## Análisis Bivariado

### Empoderamiento y función familiar en las embarazadas adolescentes

En la tabla 12 se observa que la mayoría de las embarazadas adolescentes que se perciben sin empoderamiento cuentan con una familia Disfuncional en el 88.2% (15) de ellas, con una  $\chi^2$  de Pearson de 6.566<sup>a</sup> y un valor de  $p=0.010$ , resultando estadísticamente significativa.

**Tabla 12. Empoderamiento de la embarazada adolescente y funcionalidad familiar**

FUNCIÓN FAMILIAR		SIN EMPODERAMIENTO	CON EMPODERAMIENTO	Total	$\chi^2$ de Pearson	gl	Valor de P
DISFUNCIONAL	f	15	17	27	6.566 <sup>a</sup>	1	0.010
	%	88.2%	51.5%	100.0%			
FUNCIONAL	f	2	16	23			
	%	11.8	48.5%	100.0%			
Total	f	17	33	50			
	%	100%	100 %	100.0%			

Fuente: Cuestionario de Empoderamiento y Apgar familiar (n=50)

### Empoderamiento y edad en las embarazadas adolescentes

En la tabla 13 se observa que la mayoría de las embarazadas adolescentes que se perciben sin empoderamiento se encuentra en el grupo de edad de 17 a 19 años en el 35% (14) de ellas, con una  $\chi^2$  de Pearson de .089<sup>a</sup> y un valor de  $p=0.765$ , resultando estadísticamente no significativa.

**Tabla 13. Empoderamiento de la embarazada adolescente y edad.**

Sociodemográficas		SIN EMPODERAMIENTO	CON EMPODERAMIENTO	Total	$\chi^2$ de Pearson	gl	Valor de P	
Edad	14-16 años	f	3	7	10	.089 <sup>a</sup>	1	0.765
		%	30.0%	70.0%	100.0%			
	17-19 años	f	14	26	40			
		%	35.0%	65.0%	100.0%			
Total	f	17	33	50				
	%	34.0%	66.0%	100.0%				

Fuente: Cuestionario de Empoderamiento y cuestionario de datos sociodemográficos, (n=50)



### Empoderamiento y nivel de escolaridad en las embarazadas adolescentes

En la tabla 14 se observa que la mayoría de las embarazadas adolescentes que se perciben sin empoderamiento se encuentran con un nivel de escolaridad de preparatoria en el 58.8% (10) de ellas, con una  $X^2$  de Pearson de 4.610<sup>a</sup> y un valor de  $p=0,203$ , resultando estadísticamente no significativa.

**Tabla 14. Empoderamiento de la embarazada adolescente y nivel de escolaridad**

SOCIODEMOGRÁFICAS			SIN EMPODERAMIENTO	CON EMPODERAMIENTO	Total	$X^2$ de Pearson	gl	Valor de P
NIVEL DE ESCOLARIDAD	PRIMARIA	f	2	4	6			
		%	11.8%	12.1%	100.0%			
	SECUNDARIA	f	4	16	20			
		%	23.5%	48.5%	100.0%			
	PREPARATORIA	f	10	13	23			
		%	58.8%	39.4%	100.0%			
	ANALFABETA	f	1	0	1			
		%	5.9%	0.0%	100.0%			
Total			f	17	33	50		
			%	100.0%	100.0%	100.0%		

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 y Cuestionario de datos sociodemográficos (n=50)

### Empoderamiento de la embarazada adolescente y estado Civil

En la tabla 15 se observa que la mayoría de las embarazadas adolescentes que se perciben sin empoderamiento se encuentra en unión libre en el 70.6% (12) de ellas, con una  $X^2$  de Pearson de 3.486<sup>a</sup> y un valor de  $p=0.175$ , resultando estadísticamente no significativo.

**Tabla 15. Empoderamiento de la embarazada adolescente y Estado Civil.**

SOCIODEMOGRÁFICAS			SIN EMPODERAMIENTO	CON EMPODERAMIENTO	Total	$X^2$ de Pearson	gl	Valor de P
ESTADO CIVIL	CASADA	f	3	1	4			
		%	17.6%	3.0%	8.0%			
	UNION LIBRE	f	12	29	41			
		%	70.6%	87.9%	82.0%			
	SOLTERA	f	2	3	5			
		%	11.8%	9.1%	10.0%			
Total			f	17	33	50		

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 y Cuestionario de datos sociodemográficos (n=50)



En la tabla 16 se observa que la mayoría de las embarazadas adolescentes que se perciben sin empoderamiento se encuentran viviendo en una familia nuclear en el 52.9% (9) de ellas, con una  $\chi^2$  de Pearson de 3.194<sup>a</sup> y un valor de  $p=0.203$ , resultando estadísticamente no significativo.

**Tabla 16. Empoderamiento de la embarazada adolescente y tipología familiar**

FAMILIAR			SIN EMPODERAMIENTO	CON EMPODERAMIENTO	Total	$\chi^2$ de Pearson	gl	Valor de P
TIPOLOGÍA FAMILIAR	NUCLEAR	f	9	13	22			
		%	52.9%	39.4%	44.0%			
	EXTENSA	f	7	20	27			
		%	41.2%	60.6%	54.0%			
	MONOPARENTAL	f	1	0	1			
		%	5.9%	0.0%	2.0%			
Total		f	17	33	50			
		%	100.0%	100.0%	100.0%			

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 y Cuestionario de datos sociodemográficos (n=50)

En la tabla 17 se observa que en la mayoría de las embarazadas adolescentes que se perciben sin empoderamiento la principal causa de embarazo fue amor por la pareja en el 88.2% (15) de ellas, con una  $\chi^2$  de Pearson de 4.489<sup>a</sup> y un valor de  $p=0.213$ , resultando estadísticamente no significativo.

**Tabla 17. Empoderamiento de la embarazada adolescente y principal causa de embarazo.**

			SIN EMPODERAMIENTO	CON EMPODERAMIENTO	Total	$\chi^2$ de Pearson	gl	Valor de P
PRINCIPAL CAUSA DE EMBARAZO	POCA INFORMACIÓN DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	f	1	0	1			
		%	5.9%	0.0%	2.0%			
	AMOR POR LA PAREJA	f	15	32	47			
		%	88.2%	97.0%	94.0%			
	FALLA DEL METODO ANTICONCEPTIVO	f	0	1	1			
		%	0.0%	3.0%	2.0%			
	EXPERIMENTAR	f	1	0	1			
		%	5.9%	0.0%	100.0%			
Total		f	17	33	50			
		%	100.0%	100.0%	100.0%			

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 y Cuestionario de datos sociodemográficos (n=50)



En la tabla 18 se observa que la mayoría de las embarazadas adolescentes que se perciben sin empoderamiento se encuentran en el ciclo vital de vida del matrimonio en el 88.4% (14) de ellas, con una  $X^2$  de Pearson de 1.674<sup>a</sup> y un valor de  $p=0.196$ , resultando estadísticamente no significativo.

**Tabla 18. Empoderamiento de la embarazada en su ciclo vital de vida.**

CICLO VITAL DE VIDA		SIN EMPODERAMIENTO	CON EMPODERAMIENTO	Total	$X^2$ de Pearson	gl	Valor de P
MATRIMONIO	f	14	31	45			
	%	82.4%	93.9%	90.0%			
EXPANSION	f	3	2	5			
	%	17.6%	61.0%	10.0%			
Total	f	17	33	50			
	%	100.0%	100.0%	100.0%			

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 y Cuestionario de datos sociodemográficos (n=50)

En la tabla 19 se observa que la mayoría de las embarazadas adolescentes que se perciben sin empoderamiento se encuentran cursando su primer embarazo en el 82.4% (14) de ellas, con una  $X^2$  de Pearson de .778<sup>a</sup> y un valor de  $p=0.378$ , resultando estadísticamente no significativo.

**Tabla 19. Empoderamiento de la embarazada de acuerdo a su número de embarazos.**

NÚMERO DE GESTA		SIN EMPODERAMIENTO	CON EMPODERAMIENTO	Total	$X^2$ de Pearson	gl	Valor de P
UNO	f	14	30	44			
	%	82.4%	90.9%	55.0%			
DOS	f	3	3	6			
	%	17.6%	9.1%	12.0%			
Total	f	17	33	50			
	%	100.0%	100.0%	100.0%			

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 y Cuestionario de datos sociodemográficos (n=50)

En la tabla 20 se observa que la mayoría de las embarazadas adolescentes que se perciben sin empoderamiento han tenido una pareja sexual en el 88.2% (15) de ellas, con una  $X^2$  de Pearson de .596<sup>a</sup> y un valor de  $p=0.742$ , resultando estadísticamente no significativo.



**Tabla 20. Empoderamiento de la embarazada y número de parejas sexuales.**

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES		SIN EMPODERAMIENTO	CON EMPODERAMIENTO	Total	X <sup>2</sup> de Pearson	gl	Valor de P
UNO	f	15	29	44	.596 <sup>a</sup>	2	0.742
	%	88.2%	87.9%	88.0%			
DOS	f	2	3	5			
	%	11.8%	9.1%	10.0%			
TRES	f	0	1	1			
	%	0.0%	3.0%	2.0%			
Total	f	17	33	50			
	%	100%	100%	100%			

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 y Cuestionario de datos sociodemográficos (n=50)

En la tabla 21 se observa que la mayoría de las embarazadas adolescentes que se perciben sin empoderamiento tienen conocimiento sobre la lactancia materna en el 70.6% (12) de ellas, con una X<sup>2</sup> de Pearson de .242<sup>a</sup> y un valor de p=0.623, resultando estadísticamente no significativo. Sobre el conocimiento de los métodos anticonceptivos las embarazadas adolescentes tuvieron un 76.5% (13), con una X<sup>2</sup> de Pearson de .003<sup>a</sup> y un valor de p=0.955, resultando no estadísticamente significativo. Las embarazadas adolescentes que se perciben sin empoderamiento tienen conocimientos sobre cuidados en el embarazo en el 82.4% (14), con una X<sup>2</sup> de Pearson de .89<sup>a</sup> y un valor de p=0.765, resultando estadísticamente no significativo. Sobre el conocimiento de cuidados en el RN las embarazadas adolescentes sin empoderamiento tienen un 76.5% (13), con una X<sup>2</sup> de Pearson de 1.258<sup>a</sup> y un valor de p=0.262, resultando no estadísticamente significativo. Sobre el conocimiento de complicaciones en el embarazo, las adolescentes sin empoderamiento tienen un 70.6% (12), con una X<sup>2</sup> de Pearson de 0.004<sup>a</sup> y un valor de p=0.948, resultando no estadísticamente significativo.



**Tabla 21. Empoderamiento de la embarazada y sus conocimientos.**

CONOCIMIENTO			SIN EMPODERAMIENTO	CON EMPODERAMIENTO	Total	X <sup>2</sup> de Pearson	gl	Valor de P			
LACTANCIA MATERNA	SI	f	12	21	33	.242 <sup>a</sup>	1	0.623			
		%	70.6%	63.6%	66.0%						
	NO	f	5	12	17						
		%	29.4%	36.4%	34.0%						
Total		f	17	33	50						
		%	100%	100%	100%						
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	SI	f	13	25	38				.003 <sup>a</sup>	1	0.955
		%	76.5%	75.8%	76.0%						
	NO	f	4	8	12						
		%	23.5%	24.2%	24.0%						
Total		f	17	33	50						
		%	100%	100%	100%						
CUIDADOS DEL EMBARAZO	SI	f	14	26	40	0.89 <sup>a</sup>	1	0.765			
		%	82.4%	78.8%	80.0%						
	NO	f	3	7	10						
		%	17.6%	21.2%	20.0%						
Total		f	17	33	50						
		%	100%	100%	100%						
CUIDADOS DEL RN	SI	f	13	20	33				1.258 <sup>a</sup>	1	0.262
		%	76.5%	60.6%	66.0%						
	NO	f	4	13	17						
		%	23.5%	39.4%	34.0%						
Total		f	17	33	50						
		%	100%	100%	100%						
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	SI	f	12	23	35	.004 <sup>a</sup>	1	0.948			
		%	70.6%	69.7%	70.0%						
	NO	f	5	10	15						
		%	29.4%	30.3%	30.0%						
Total		f	17	33	50						
		%	100%	100%	100%						

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 y Cuestionario de datos sociodemográficos (n=50)

En la tabla 22 se observa que la mayoría de las embarazadas adolescentes que se perciben sin empoderamiento prefieren el implante subdérmico como método de planificación familiar 58.8% (10) de ellas, con una X<sup>2</sup> de Pearson de .283<sup>a</sup> y un valor de  $p=0.868$ , resultando estadísticamente no significativo.



**Tabla 22. Empoderamiento de la embarazada y su elección de método de planificación familiar.**

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ELEGIDO		SIN EMPODERAMIENTO	CON EMPODERAMIENTO	Total	X <sup>2</sup> de Pearson	gl	Valor de P
IMPLANTE SUBDÉRMICO	f	10	21	31	.283a	2	0.868
	%	58.8%	63.6%	62.0%			
DIU	f	1	1	2.0			
	%	5.9%	3.0%	4.0%			
DESCONOCE	f	6	11	17			
	%	35.3%	33.3%	34.0%			
Total	f	17	33	50			
	%	100%	100%	100%			

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 y Cuestionario de datos sociodemográficos (n=50)

En la tabla 23 se observa que la mayoría de las embarazadas adolescentes que se perciben sin empoderamiento no influyó la familia para que se embarazaran en un 82.4 % (14) de ellas, con una X<sup>2</sup> de Pearson de 6.195<sup>a</sup> y un valor de  $p=0.013$ , resultando estadísticamente significativo.

**Tabla 23. Empoderamiento de la embarazada y la influencia de la familia para quedar embarazada.**

LA FAMILIA INFLUYO PARA QUE SE EMBARAZARA		SIN EMPODERAMIENTO	CON EMPODERAMIENTO	Total	X <sup>2</sup> de Pearson	gl	Valor de P
SI	f	3	0	3	6.195a	1	0.013
	%	17.6%	0.0%	6.0%			
NO	f	14	33	47			
	%	82.4%	100.0%	94.0%			
Total	f	17	33	50			
	%	100.0%	100.0%	100.0%			

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 y Cuestionario de datos sociodemográficos (n=50)

En la tabla 24 se observa que la mayoría de las embarazadas adolescentes que se perciben sin empoderamiento no tuvieron temor de cómo reaccionaría los padres al saber del embarazo en un 64.7% (11) de ellas, con una X<sup>2</sup> de Pearson de 3.766<sup>a</sup> y un valor de  $p=0.05$ , resultando estadísticamente significativo.



**Tabla 24. Empoderamiento de la embarazada y el temor de cómo reaccionarían los padres al saber del embarazo.**

HUBO TEMOR DE CÓMO REACCIONARÍA LOS PADRES AL SABER DEL EMBARAZO		SIN EMPODERAMIENTO	CON EMPODERAMIENTO	Total	X <sup>2</sup> de Pearson	gl	Valor de P
SI	f	6	4	10	3.766 <sup>a</sup>	1	0.05
	%	35.3%	12.1%	20.0%			
NO	f	11	29	40			
	%	64.7%	87.9%	80.0%			
Total	f	17	33	50			
	%	100.0%	100.0%	100.0%			

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 y Cuestionario de datos sociodemográficos (n=50)

En la tabla 25 se observa que la mayoría de las embarazadas adolescentes que se perciben sin empoderamiento quisieran tener información sobre la familia y los valores en un 70.6 % (12) de ellas, con una X<sup>2</sup> de Pearson de 1.676<sup>a</sup> y un valor de  $p=0.196$ , resultando estadísticamente no significativo.

**Tabla 25. Empoderamiento de la embarazada y el tener conocimiento sobre la familia y los valores.**

QUISIERA TENER CONOCIMIENTO SOBRE FAMILIA Y VALORES		SIN EMPODERAMIENTO	CON EMPODERAMIENTO	Total	X <sup>2</sup> de Pearson	gl	Valor de P
SI	f	12	17	29	1.676 <sup>a</sup>	1	0.196
	%	70.6%	51.5%	58.0%			
NO	f	5	16	21			
	%	29.4%	48.5%	42.0%			
Total	f	17	33	50			
	%	100.0%	100.0%	100.0%			

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 y Cuestionario de datos sociodemográficos (n=50)



## Funcionalidad familiar según sus dimensiones y empoderamiento en embarazadas adolescentes.

### Adaptación

De acuerdo con la dimensión adaptabilidad se observó que fue funcional en aquellas adolescentes embarazadas sin empoderamiento en el 88.2% (15), con una  $X^2=1.092^a$  y valor de  $p=0.296$  estadísticamente no significativo.

**Tabla 26 \*Empoderamiento y la dimensión adaptación en funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes, CESSA Tierra Colorada, 2023**

Adaptación	f/%	Sin Empoderamiento	Con Empoderamiento	Total	$X^2$	gl	$p=0.05$	RP	IC95%	* $p=0.05$
Disfuncional	f %	2 11.8%	8 24.2%	10 20.0%	1.092 <sup>a</sup>	1	0.296	0.533	0.145 1.962	0.461
Funcional	f %	15 88.2%	25 75.8%	40 80.0%						
Total	f %	17 100.0%	33 100.0%	50 100.0%						

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 y Apgar Familiar (n=50)

\*Prueba exacta de Fisher ( $p \leq 0.05$ )

Aquellas adolescentes que presentaron una adaptación familiar adecuada tienen  $RP=0.5$  (5%) veces más probabilidad de tener empoderamiento comparadas con aquellas en quienes su adaptación fue disfuncional, con IC95%: Li 0.145; Ls 1.962 y valor de  $p=0.461$  estadísticamente no significativa.

### Comunicación

De acuerdo con la dimensión comunicación se observó que fue funcional en aquellas adolescentes embarazadas sin empoderamiento en el 52.9% (9), con una  $X^2=2.684^a$  y valor de  $p=0.101$  estadísticamente no significativo.



**Tabla 27 \*Empoderamiento y la dimensión comunicación en funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes, CESSA Tierra Colorada, 2023**

Comunicación	f/%	Sin Empoderamiento	Con Empoderamiento	Total	$\chi^2$	gl	$p=0.05$	RP	IC95%	* $p=0.05$
Disfuncional	f %	8 47.1%	8 24.2%	16 32.0%	2.684 <sup>a</sup>	1	0.101	1.889	0.897 3.976	0.09
Funcional	f %	9 52.9%	25 75.8%	34 68.0%						
Total	f %	17 100.0%	33 100.0%	50 100.0%						

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 y Apgar Familiar (n=50)

\*Prueba exacta de Fisher ( $p \leq 0.05$ )

En aquellas adolescentes que presentaron una comunicación familiar funcional tienen RP= 1.889 veces más probabilidad de tener empoderamiento comparadas con aquellas en quienes la comunicación fue disfuncional, con IC95%: Li 0.897; Ls 3.976 y valor de  $p=0.09$  estadísticamente no significativa

### Crecimiento

De acuerdo con la dimensión crecimiento se observó que fue funcional en aquellas adolescentes embarazadas sin empoderamiento en el 47.1% (8), con una  $\chi^2=4.118^a$  y valor de  $p=0.042$  estadísticamente significativo.

**Tabla 28 \*Empoderamiento y la dimensión crecimiento en funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes, CESSA Tierra Colorada, 2023**

Crecimiento	f/%	Sin Empoderamiento	Con Empoderamiento	Total	$\chi^2$	gl	$p=0.05$	RP	IC95%	* $p=0.05$
Disfuncional	f %	9 52.9%	8 24.2%	17 34.0%	4.118 <sup>a</sup>	1	0.042	2.184	1.030 4.630	0.061
Funcional	f %	8 47.1%	25 75.8%	33 66.0%						
Total	f %	17 100.0%	33 100.0%	50 100.0%						

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 y Apgar Familiar (n=50)

\*Prueba exacta de Fisher ( $p \leq 0.05$ )



En aquellas adolescentes que presentaron un crecimiento familiar funcional tienen  $RP= 2.184$  veces más probabilidad de tener empoderamiento comparadas con aquellas en quienes el crecimiento fue disfuncional, con  $IC95\%$ : Li 1.030; Ls 4.630 y valor de  $p=0.061$  estadísticamente significativa.

### Afecto

De acuerdo con la dimensión afecto se observó que fue funcional en aquellas adolescentes embarazadas sin empoderamiento en el 70.6% (17), con una  $X^2=0.77^a$  y valor de  $p=0.132$  estadísticamente no significativo.

**Tabla 29 \*Empoderamiento y la dimensión afecto en funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes, CESSA Tierra Colorada, 2023**

Afecto	f/%	Sin Empoderamiento	Con Empoderamiento	Total	$X^2$	gl	$p=0.05$	RP	IC95%	* $p=0.05$
Disfuncional	f %	5 29.4%	4 12.1%	9 18.0%	.077 <sup>a</sup>	1	0.132	1.9	0.893 4.030	0.242
Funcional	f %	12 70.6%	29 87.9%	41 82.0%						
Total	f %	17 100.0%	33 100.0%	50 100.0%						

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 y Apgar Familiar (n=50)

\*Prueba exacta de Fisher ( $p \leq 0.05$ )

En aquellas adolescentes que presentaron un afecto familiar funcional tienen  $RP= 1.9$  veces más probabilidad de tener empoderamiento comparadas con aquellas en quienes el afecto fue disfuncional, con  $IC95\%$ : Li 1.0.893; Ls 4.030 y valor de  $p=0.242$  estadísticamente no significativa.

### Resolución

De acuerdo con la dimensión resolución se observó que fue funcional en aquellas adolescentes embarazadas sin empoderamiento en el 52.9% (9), con una  $X^2 = 3.569^a$  y valor de  $p=0.05$  estadísticamente significativo.



**Tabla 30 \*Empoderamiento y la dimensión resolución en funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes, CESSA Tierra Colorada, 2023**

Resolución	f/%	Sin Empoderamiento	Con Empoderamiento	Total	$\chi^2$	gl	$p=0.05$	RP	IC95%	* $p=0.05$
Disfuncional	f %	8 47.1%	7 21.2%	15 30.0%	3.569 <sup>a</sup>	1	0.05	2.1	0.994 4.328	0.102
Funcional	f %	9 52.9%	26 78.8%	35 70.0%						
Total	f %	17 100.0%	33 100.0%	50 100.0%						

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 y Apgar Familiar (n=50)

\*Prueba exacta de Fisher ( $p \leq 0.05$ )

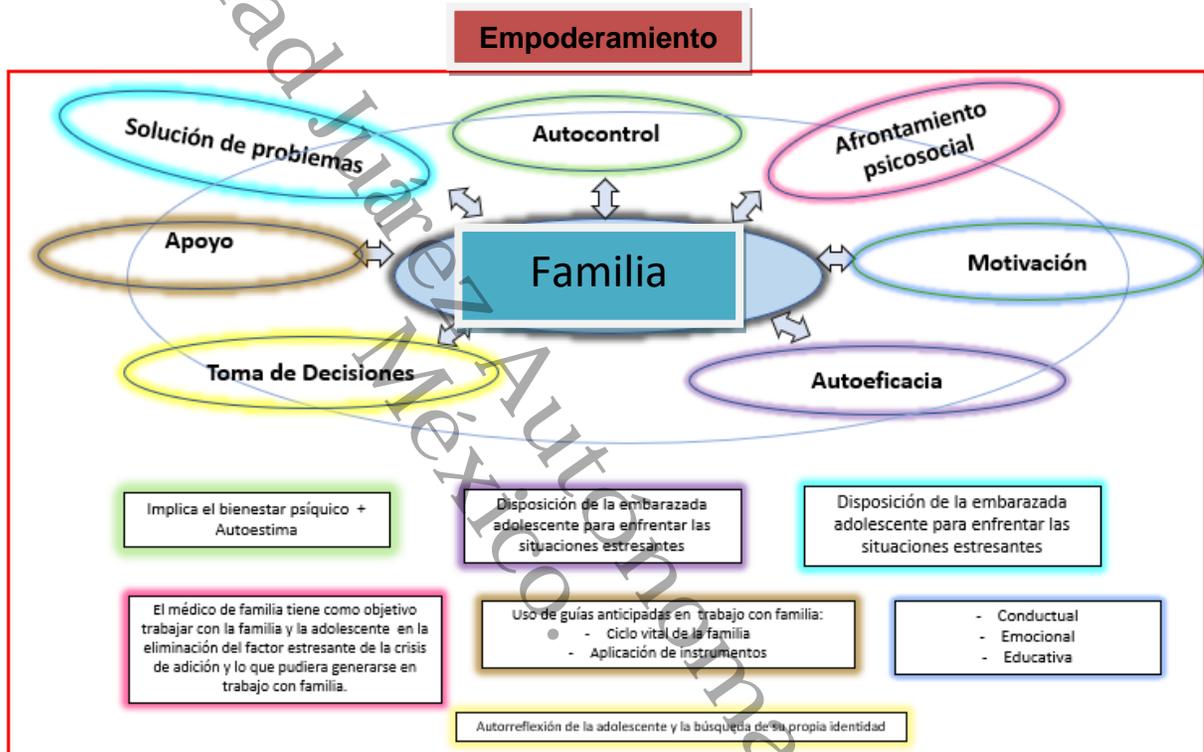
En aquellas adolescentes que presentaron una resolución familiar funcional tienen RP= 2.1 veces más probabilidad de tener empoderamiento comparadas con aquellas en quienes la resolución fue disfuncional, con IC95%: Li 1.0.994; Ls 4.328 y valor de  $p=0.102$  estadísticamente no significativa.

## Resultados de la intervención

### Trabajo con familia.

A continuación se presenta el modelo de empoderamiento familiar diseñado y aplicado en las embarazadas adolescentes.

**Cuadro 5. Modelo de empoderamiento centrado en familia de las embarazadas adolescentes**



Fuente: Elaboración propia

En el modelo propuesto, el eje fundamental es la familia, se encuentra en el centro porque es un recurso esencial con el que cuenta la adolescente para enfrentar la crisis por embarazo no planeado. Un eje alrededor del modelo es el empoderamiento, donde la toma de decisiones, el autocontrol, la solución de problemas, el afrontamiento, la motivación, el apoyo y la autoeficacia son las dimensiones que deben ser fortalecidas con la intervención en aquellas adolescentes sin empoderamiento. Fuera del círculo se encuentran las acciones,



junto con el método, las técnicas y las herramientas de trabajo con familia implementadas con base en el diagnóstico realizado.

**Cuadro 6. Características sociodemográficas identificadas de las familias disfuncionales de las pacientes embarazadas adolescentes.**

CARACTERÍSTICAS	SOCIODEMOGRÁFICAS					
	No. DE FAMILIA E INTEGRANTES	EDAD	SEXO	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	EDO. CIVIL
F1_1	17	F	ESPOSA*	BACHILLERATO	UNIÓN LIBRE	ESTUDIANTE
F1_2	19	M	ESPOSO	BACHILLERATO	UNIÓN LIBRE	OBRAERO
F2_1	17	F	ESPOSA*	BACHILLERATO	UNIÓN LIBRE	ESTUDIANTE
F2_2	18	M	ESPOSO	BACHILLERATO	UNIÓN LIBRE	ALBAÑIL
F2_3	45	F	MADRE	SECUNDARIA	CASADA	TRABAJADORA DEL HOGAR
F2_4	48	M	PADRE	BACHILLERATO	CASADO	ALBAÑIL
F3_1	17	F	ESPOSA*	BACHILLERATO	UNIÓN LIBRE	ESTUDIANTE
F3_2	19	M	ESPOSO	BACHILLERATO	UNIÓN LIBRE	ESTUDIANTE
F3_3	40	F	SUEGRA	BACHILLERATO	CASADA	ESTILISTA
F3_4	40	M	SUEGRO	LICENCIATURA	CASADO	EMPLEADO
F4_1	18	F	ESPOSA*	BACHILLERATO	UNIÓN LIBRE	AMA DE CASA
F4_2	19	M	ESPOSO	BACHILLERATO	UNIÓN LIBRE	COMERCIANTE
F4_3	48	F	MADRE	BACHILLERATO	CASADA	COMERCIANTE
F4_4	50	M	PADRE	BACHILLERATO	CASADO	COMERCIANTE

FUENTE: ESTUDIO DE SALUD FAMILIAR.

\* Adolescente identificada

**Cuadro 7. Características familiares de las familias disfuncionales de las pacientes embarazadas adolescentes seleccionadas.**

CARACTERÍSTICAS	TIPOLOGÍA FAMILIAR					CICLO VITAL
	No. DE FAMILIA E INTEGRANTES	CONFORMACIÓN	INTEGRACIÓN	DESARROLLO	OCUPACIÓN	
F1_2	NUCLEAR SIMPLE	INTEGRADA	TRADICIONAL	EMPLEADA	URBANA	EN FASE DE MATRIMONIO
F2_4	EXTENSA	INTEGRADA	MODERNA	EMPLEADA	URBANA	EN FASE DE MATRIMONIO
F3_4	EXTENSA	INTEGRADA	MODERNA	EMPLEADA	URBANA	EN FASE DE MATRIMONIO
F4_4	EXTENSA	INTEGRADA	MODERNA	EMPLEADA	URBANA	EN FASE DE MATRIMONIO

FUENTE: ESTUDIO DE SALUD FAMILIAR.



## Jerarquización de factores de riesgo e identificación de los factores protectores en las familias seleccionadas.

### ▪ Jerarquización de los factores de riesgo de la familia uno.

1. Embarazo en la adolescente
2. inadecuada comunicación en el subsistema conyugal

**Cuadro 8. Jerarquización de los factores de riesgo de la familia uno, según magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.**

Factor de riesgo	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Factibilidad	Total
1. Embarazo en la adolescente	1	3	3	3	10
2. Inadecuada comunicación en el subsistema conyugal	1	1	2	2	6

Fuente: Estudio de salud familiar.

### ▪ Jerarquización de los factores de riesgo de la familia dos.

1. Embarazo en la adolescente
2. inadecuada comunicación en el subsistema conyugal
3. Carga genética para enfermedades crónicas degenerativas

**Cuadro 9. Jerarquización de los factores de riesgo de la familia dos, según magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.**

Factor de riesgo	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Factibilidad	Total
1. Embarazo en la adolescente	1	3	3	3	10
2. Inadecuada comunicación en el subsistema conyugal	1	1	2	2	6
3. Carga genética para enfermedades crónicas degenerativas	2	2	2	2	8

Fuente: Estudio de salud familiar.



▪ **Jerarquización de los factores de riesgo de la familia tres.**

1. Embarazo en la adolescente
2. inadecuada comunicación en el subsistema conyugal
3. Carga genética para enfermedades crónicas degenerativas

**Cuadro 10. Jerarquización de los factores de riesgo de la familia tres, según magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.**

Factor de riesgo	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Factibilidad	Total
1. Embarazo en la adolescente	1	3	3	3	10
2. Inadecuada comunicación en el subsistema conyugal	1	1	2	2	6
3. Consumo de tabaquismo	2	3	1	1	7

Fuente: Estudio de salud familiar.

▪ **Jerarquización de los factores de riesgo de la familia cuatro.**

1. Embarazo en la adolescente
2. Inadecuada comunicación en el subsistema conyugal
3. Enfermedad de Diabetes Mellitus tipo 2

**Cuadro 11. Jerarquización de los factores de riesgo de la familia cuatro, según magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.**

Factor de riesgo	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Factibilidad	Total
1. Embarazo en la adolescente	1	3	3	3	10
2. Inadecuada comunicación en el subsistema conyugal	1	1	2	2	6
3. Diabetes Mellitus	3	3	3	2	11

Fuente: Estudio de salud familiar.



## Factores protectores de las familias seleccionadas.

### Cuadro 12. Factores protectores de la familia uno.

Sociales	Culturales	Religiosos	Educativos	Económicos	Médicos
Asisten a grupo religioso.	Buena higiene y hábitos alimenticios, a Evelyn le gusta la lectura.	Profesan la religión católica	Nivel medio superior	Ponderación adecuada	Cuenta con servicio médico del CESSA Tierra Colorada

Fuente: Estudio de salud familiar.

### Cuadro 13. Factores protectores de la familia dos.

Sociales	Culturales	Religiosos	Educativos	Económicos	Médicos
Pertenece a un equipo de deporte.	Buena higiene y hábitos alimenticios y de ejercicio	Profesan la religión cristiana	Nivel medio superior	Ponderación adecuada	Cuenta con servicio médico del CESSA Tierra Colorada

Fuente: Estudio de salud familiar.

### Cuadro 14. Factores protectores de la familia tres.

Sociales	Culturales	Religiosos	Educativos	Económicos	Médicos
Grupo de amigos.	Buena higiene y hábitos alimenticios y de ejercicio	Profesan la religión católica	Nivel medio superior	Ponderación adecuada	Cuenta con servicio médico del CESSA Tierra Colorada

Fuente: Estudio de salud familiar.

### Cuadro 15. Factores protectores de la familia cuatro.

Sociales	Culturales	Religiosos	Educativos	Económicos	Médicos
Pertenece a un equipo de deporte.	Buena higiene y hábitos alimenticios	Profesan la religión católica	Nivel medio superior	Ponderación adecuada	Cuenta con servicio médico del CESSA Tierra Colorada

Fuente: Estudio de salud familiar.



## **Intervención de las familias, de acuerdo a las necesidades presentadas**

### **Familia 1.**

Integrantes: \*Evelyn (E) 17 años (Embarazada), Manuel (M) 21 años (pareja).

### **Tipología familiar**

**Según su conformación:** familia nuclear simple, según su integración: familia integrada, según su desarrollo: familia tradicional, según su ocupación: familia empleada, según su demografía: familia urbana, según su funcionalidad: familia disfuncional, ciclo vital familiar de acuerdo a Geyman: familia en fase de matrimonio.

**Motivo de consulta:** Evelyn de 17 años acude a trabajo con familia por presentar disfunción familiar y problemas en la comunicación con su pareja, que se ha intensificado desde que se fueron a vivir juntos por el embarazo de Evelyn.

**Instrumentos utilizados:** APGAR familiar: Inicial E:3 (comunicación/afecto/resolución) M:6 (comunicación/afecto). Apgar final E:10 M:10. Test de los 5 lenguajes del amor: E: palabras de afirmación, tiempo de calidad, contacto físico. M: toque físico y palabras de afirmación. Clarificación de valores: E: madre M: trabajo. Test de Empoderamiento Inicial: E: sin empoderamiento M: sin empoderamiento. Test de Empoderamiento: ambos Evelyn y Manuel empoderados.

**Diagnóstico familiar:** familia integrada, con interacción familiar moderadamente adecuada de acuerdo a la entrevista familiar, en etapa de matrimonio de acuerdo al ciclo vital familiar, familia disfuncional de acuerdo al APGAR familiar con crisis para normativa de adición por embarazo en la adolescencia, incumplimiento de las funciones familiares, con recursos adecuados para la sobrevivencia familiar y con áreas para trabajar en la comunicación para que sea directa, clara, efectiva.



### Cuadro 16. Intervención a la familia 1.

Consulta 1: Presentación y encuadre, tareas básicas de Moore, motivo de consulta, historia clínica completa. Intervención educativa en la embarazada adolescente.	Consulta 6: Acude Manuel y explica que se encuentra preocupado por el embarazo de Evelyn, por lo cual trabaja mucho para tener el recurso suficiente al momento del parto. Se le da plática educativa sobre los recursos familiares y la importancia del ahorro. Se le deja de tarea el test de clarificación de valores y el Apgar de pareja y los 5 lenguajes del amor.
Consulta 2: Se realiza tamizaje de enfermedades propias del embarazo, valoración de cartilla de vacunación. Reflexión de factores de riesgo y protectores en la familia.	Consulta 7: Seguimiento de Evelyn. Se le realiza el test de clarificación de valores. Y se comenta la importancia del valorarse y ponerse como prioridad, de darse prioridad sin sentir egoísmo. Y se da una charla sobre los valores familiares y complicaciones del embarazo. Se le explica las tardeas del desarrollo en el matrimonio para hacerlas parte de su ciclo de vida: fortalecer la relación conyugal y las conductas de autocuidado, redefinir las relaciones con las familias de origen, establecer una identidad de pareja, identificación sexual plena, relación satisfactoria mutua, la cultura del ahorro.
Consulta 3: Se realiza el Apgar familiar, reflexión acerca de la dinámica familiar, comunicación clara y efectiva, se da referencia al servicio de nutrición y odontología. Y se le hace hincapié de no faltar a sus citas de control del embarazo.	Consulta 8: Se clarifica las dudas de Evelyn y Manuel sobre lo que se ha realizado con ellos. Se explica la importancia de mantenerse unidos y tener siempre comunicación entre ellos, y actuar en consecuencia de forma positiva. Se le menciona a Manuel sobre la demostración de afecto y de tener continuar con un día de pareja, así como no anteponer el trabajo como prioridad, sabiendo que hay que darse valía a uno mismo, y ponerse como prioridad antes que todos.
Consulta 4: Se comenta las tareas del ciclo vital familiar que presenta, se hablan de guías anticipadas, se da charla sobre lo importante que es la llegada de un nuevo ser a la familia, las responsabilidades, pero también lo hermoso que será ser padres, a pesar de ser tan jóvenes. Se menciona la importancia de tener un día de pareja, el cual se deja como tarea.	Consulta 9: Acude Evelyn y nos comenta que se encuentra bien en su embarazo, acudiendo a su citas de control y piensa en planificar con implante subdérmico, mención lo tranquila que está que todo ha estado marchando bien, ya Manuel convive un poco más con ella y tienen un día de pareja.
Consulta 5: Se le da el test 5 lenguajes del amor, que se auto administra y se hace reflexión de resultados. De la importancia de la convivencia entre la pareja, de las demostraciones de afecto. Se le menciona la importancia de que acuda Manuel su pareja la próxima cita.	Consulta 10: se realiza el Apgar de pareja nuevamente para ambos, obteniendo resultados favorables con alta funcionalidad familiar. Y en el test de empoderamiento se aplica de nuevo y ambos obtienen resultados de estar empoderados. Se da realimentación y refuerzo positiva, se da cita abierta ante cualquier eventualidad y se da por cerrado.



## **Familia 2.**

Integrantes: \*Luisa (L) 17 años (Embarazada), Alberto (A) 18 años (pareja), Carolina (C) 45 años (Madre), Alfredo (Al) 48 años (padre).

### **Tipología familiar**

Según su conformación: familia extensa, según su integración: familia integrada, según su desarrollo: familia moderna, según su ocupación: familia empleada, según su demografía: familia urbana, según su funcionalidad: familia disfuncional, ciclo vital familiar de acuerdo a Geyman: familia en fase de matrimonio.

**Motivo de consulta:** Acude con previo consentimiento informado de la investigación y el querer participar por tener un problema de disfunción familiar Luisa, la embarazada adolescente. Ella vive con su pareja y con sus papás, que la han apoyado en todo momento, sin embargo, refiere querer tener su espacio con Alberto. Por lo cual solicita la ayuda a trabajo con familia.

**Instrumentos utilizados:** APGAR familiar: Inicial L:3 (comunicación/resolución) A :6 (comunicación/resolución). Alfredo y Carolina con alta funcionalidad. Apgar final E:10 M:10. Al: 10 C: 10. Test de los 5 lenguajes del amor: L: palabras de afirmación, tiempo de calidad, actos de servicio. A: toque físico y palabras de afirmación. Clarificación de valores: L: pareja A: pareja. Tes de Empoderamiento inicial: L: sin empoderamiento, Alberto: sin empoderamiento. Tes de empoderamiento final: Luisa y Alberto empoderados.

**Diagnóstico familiar:** familia integrada, con interacción familiar moderadamente adecuada de acuerdo a la entrevista familiar, en etapa de matrimonio de acuerdo al ciclo vital familiar de la pareja, familia disfuncional de acuerdo al APGAR familiar con crisis para normativa de adición por embarazo en la adolescencia, y el estar viviendo con la familia la embarazada. Familia con recursos adecuados para la sobrevivencia familiar y con áreas para trabajar en la comunicación para que sea directa, clara, efectiva y compartir tiempo de calidad en familia.



## Cuadro 17. Intervención a la familia 2

<p>Consulta 1: Presentación y encuadre, tareas básicas de Moore, motivo de consulta, historia clínica completa. Intervención educativa en la embarazada adolescente para con los riesgos de su embarazo y las posibles complicaciones.</p>	<p>Consulta 6: Acuden Luisa y Alfredo, se observan tranquilos, mencionan que sus padres están más cooperadores para brindarles espacio de pareja, el tenerles más confianza y darles su valía. Se deja de tarea valorar lo que los padres hacen por ellos. Se cita a los padres de Luisa en la siguiente consulta y ellos en la siguiente.</p>
<p>Consulta 2: Se hace revisión del cartilla de vacunación y de la importancia de continuar con sus citas de control de embarazo. Se aplica el Apgar de pareja, y se da reflexión del mismo, se explica la importancia de la convivencia con la pareja y el de tomar las propias decisiones sin la intervención de los papas. Se deja de tarea la convivencia con la pareja, al tener un día de pareja, sin la presencia de los padres de Luisa. Se cita para la consulta siguiente a Alberto.</p>	<p>Consulta 7: acuden los padres de Luisa a la sesión, se les realiza tamizaje y guías anticipadas acorde su ciclo de vida y enfermedades crónicas como antecedentes. Se da educación educativa para el cuidado de la salud. Y se les felicita por su empatía para con su yerno y su Hija Luisa.</p>
<p>Consulta 3: Acude Alberto, explica que desea tener un espacio propio para el y su pareja Luisa. Se le da plática educativa de los valores familiares y de los recursos de la familia. La importancia de que ellos tenga como recurso a los padres de Luisa, y que al tener un espacio, que por cuestiones económicas y por estar en esta crisis de adición, por el embarazo de Luisa no se pueda ahora, pero al fomentar el ahorro, al tener paciencia podrán tener un espacio que compartir con el nuevo y bienvenido integrante a la familia. Se deja de tarea la importancia de la familia y se deja para resolver en casa los instrumentos de Apgar familiar, los 5 lenguajes del amor y clarificación de valores. Se citan en la siguiente consulta a ambos.</p>	<p>Consulta 8: Acuden Luisa y Alberto, nos explican los avances positivos, los grandes retos que tienen, pero también el gran apoyo que tienen de los padres de Luisa. Nos hablan de la comunicación asertiva y clara que están teniendo. Se citan en una semana.</p>
<p>Consulta 4: Acuden los dos a la sesión. Se hace reflexión sobre el Apgar de pareja en el cual salen disfuncional por no haber tiempo a la pareja, por la comunicación que no es asertiva, clara. En los 5 lenguajes del amor se ve el afecto recíproco por ambos y eso es bueno para ellos. En la clarificación de valores, no está mal, que ambos se antepongan a su pareja como prioridad, sin embargo se menciona la importancia de autorreconocimiento que debe tener el humano, así como la valía. Se deja de tarea la importancia de dar valía a la familia. Se cita a los papas de luisa en la siguiente cita. Y a ellos en la siguiente.</p>	<p>Consulta 9: se les realiza el Apgar de pareja, con resultado de alta funcionalidad, así como el instrumento de empoderamiento, con resultados de empoderados, se realimenta y se da refuerzo positivo, se deja cita abierta ante cualquier eventualidad</p>
<p>Consulta 5: Acude Carolina y Alfredo a la sesión, se le explica en que consiste el servicio de trabajo con familia y se comenta la situación del embarazo en adolescentes, los miedos, el sentido de pertenencia y la idea de una nueva familia. Ellos comentan que quieren protegerlos y darle todo lo que necesiten y quieren tener a su hija cerca. Se le comenta la importancia de la autonomía y del espacio para que ellos con vivan juntos, con un día de pareja, independientemente que convivan todos juntos. Se les deja de tarea poner en práctica el valor del respeto, confianza, la palabra autonomía.</p>	<p>Consulta 10: se realiza el Apgar de pareja nuevamente para ambos, obteniendo resultados favorables con alta funcionalidad familiar. Se da retroalimentación y refuerzo positiva, se recomienda acudir a su control de embarazo, control de planificación familiar y no olvidar las plática educativas del embarazo. Se da cita abierta ante cualquier eventualidad y se da por cerrado.</p>



### **Familia 3.**

Integrantes: \*Mónica (M) 17 años (Embarazada), Pepe (P) 19 años (pareja), Julián (J) 40 años (Suegro), Estela (E) 40 años (suegra).

#### **Tipología familiar**

**Según su conformación:** familia extensa, según su integración: familia integrada, según su desarrollo: familia moderna, según su ocupación: familia empleada, según su demografía: familia urbana, según su funcionalidad: familia disfuncional, ciclo vital familiar de acuerdo a Geyman: familia en fase de matrimonio para la pareja.

**Motivo de consulta:** Acude Mónica aceptando participar en trabajo con familia, porque su pareja presenta adicción al tabaco, y por lo mismo no hay buena comunicación y no hay responsabilidad por parte de su pareja, refiere que le menciona el que la ama, pero no deja de fumar y más ahora que está embarazada, tiene miedo lo que le pase a su bebé.

**Instrumentos utilizados:** APGAR familiar: Inicial M:4 (comunicación/crecimiento) P:4 (comunicación/adaptación). Apgar final M:10, P:10., Apgar para Julián y Estela: con alta funcionalidad familiar. Tes de empoderamiento inicial para Mónica y Pepe sin empoderamiento, test de empoderamiento final: Empoderados los dos, Mónica y Pepe.

**Diagnóstico familiar:** familia integrada, con interacción familiar moderadamente adecuada de acuerdo a la entrevista familiar, en etapa de matrimonio de acuerdo al ciclo vital familiar, familia disfuncional de acuerdo al APGAR familiar con crisis para normativa de adición por embarazo en la adolescencia, de desmoralización por adicción al tabaco. Con recursos adecuados para la sobrevivencia familiar y con áreas para trabajar en la comunicación de pareja, así como en la patología de adicción al tabaco.



### Cuadro 18. Intervención a la familia 3.

<p>Consulta 1: Presentación y encuadre, tareas básicas de Moore, motivo de consulta, historia clínica completa. Intervención educativa en la embarazada adolescente. Cita en la siguiente consulta.</p>	<p>Consulta 6: Acuden Julián y Estela padres de Pepe. Se le da una plática de la familia, de los valores, las complicaciones del embarazo de su nuera Mónica. Ellos hablan educadamente y menciona que les ha costado que su hijo entienda que el cigarro es dañino para la salud. Sin embargo ya él está acudiendo al CAPA. Y ellos lo apoyaran en su proceso y lo seguirán apoyando en las funciones instrumentales y afectivas.</p>
<p>Consulta 2: Se realiza tamizaje de enfermedades propias del embarazo, valoración de cartilla de vacunación. Reflexión de factores de riesgo y protectores en la familia. Nos menciona Mónica el miedo porque su pareja fuma y sus padres no pueden hacer nada para que el deje de fumar. Se le explica la importancia del no consumir tabaco, y se da una charla educativa de adicciones. Se le deja de tarea el Apgar de pareja y para Pepe y que este acuda a consulta en la siguiente sesión.</p>	<p>Consulta 7: Acude Mónica, refiriendo que no puedo llegar ayer porque tuvo cita de su control de embarazo el cual todo va bien. Y no acudió Pepe por estar en la Universidad. Menciona tener dudas para su bebé cuando nazca, con respecto a los cólicos que les da a los bebés. Se le da una plática educativa del cuidado del recién nacido, así como métodos de planificación familiar. Nos menciona que observa a Pepe que está muy comprometido de no fumar, ya no le siente el olor a cigarro en su ropa. Nos alegramos por el logro. Y dejamos cita a los dos en una 15 días.</p>
<p>Consulta 3: Acuden los dos a la sesión. Se le explica a Pepe en que consiste trabajo con familia, y la importancia de acudir y comprometerse para salir adelante. Él explica que quiere dejar de fumar, porque no quiere que su hijo este cerca del humo de tabaco, el cual es dañino para la salud. Se le da una charla educativa a Pepe y él se sorprende de las consecuencias graves del vicio de fumar, el no creía a los medios de comunicación con respecto al cáncer de pulmón. Se refiere al servicio de CAPA para las adicciones. Se le menciona que en la siguiente sesión se reflexionara los test dejados. Se cita a los dos.</p>	<p>Consulta 8: Asisten Pepe y Mónica a la sesión, nos cuenta Pepe que ya está acudiendo a CAPA y lo está viendo psicología de igual manera, que se siente muy alegre y comprometido con su familia, y con su hijo que viene en camino, que le gustaría estar sin la dependencia del cigarro. Ambos mencionan que están más unidos, que ya tienen establecido su día de pareja y que están bien con los padres de Mónica, que los visitaron la semana pasada y todo está fluyendo bien. Se cita en 15 días</p>
<p>Consulta 4: Acuden a la sesión ambos. Se observa Pepe más tranquilo, menciona que tendrá cita en 15 días en UNEME CAPA, por lo cual nos es satisfactorio como equipo de salud. Se reflexiona los resultados del Apgar de pareja en el cual presenta disfunción familiar, por no haber comunicación, y ser resolutivos como pareja. Se explica sobre la comunicación que debe ser clara, asertiva y nutridora. Se deja de tarea tener un día pareja juntos. Se cita en 15 días.</p>	<p>Consulta 9: Acuden nuevamente, se aplica los instrumentos del Apgar y Empoderamiento nuevamente obteniendo alta funcionalidad con empoderamiento para ambos. Se da una realimentación positiva, se refuerzan algunos puntos y se da cita abierta ante cualquier eventualidad y se da de alta del servicio de trabajo con familiar. No olvidando acudir a su servicios correspondientes.</p>
<p>Consulta 5: Acuden los dos a la sesión, se pregunta sobre el día de pareja, el cual menciona que solo han podido salir en una semana, por la universidad de Pepe. Se comenta la importancia de manejar los tiempos y no ser desesperados, se les explica de los valores familiares y la importancia del apoyo que les brinda los papás de Pepe y en el hogar que están. Se cita en 15 días y en una semana a los padres de Pepe.</p>	



#### **Familia 4**

Integrantes: \*Gina (G) 18 años (Embarazada), Gustavo (GU) 19 años (pareja), los suegros de Gustavo: Jorge (J) 50 años, Georgina (GE) 48 años.

#### **Tipología familiar**

**Según su conformación:** familia extensa, según su integración: familia integrada, según su desarrollo: familia moderna, según su ocupación: familia empleada, según su demografía: familia urbana, según su funcionalidad: familia disfuncional, ciclo vital familiar de acuerdo a Geyman: familia en fase de matrimonio de la pareja de la adolescente.

**Motivo de consulta:** Acude Gina a la consulta por presentar disfunción familiar y por querer participar en trabajo con familia, para salir adelante en la situación que se encuentra.

**Instrumentos utilizados:** APGAR familiar: Inicial G:3 (comunicación/afecto/resolución). GU:5 (comunicación/afecto). Apgar final E:10 M:10. Test de los 5 lenguajes del amor: E: palabras de afirmación, tiempo de calidad, contacto físico. M: toque físico y palabras de afirmación. Clarificación de valores: G: madre GU: trabajo. Test de Empoderamiento Inicial: E: sin empoderamiento M: sin empoderamiento. Test de Empoderamiento: ambos Gina y Gustavo empoderados.

**Diagnóstico familiar:** familia integrada, con interacción familiar moderadamente adecuada de acuerdo a la entrevista familiar, en etapa de matrimonio de acuerdo al ciclo vital familiar, familia disfuncional de acuerdo al APGAR familiar con crisis para normativa de adición por embarazo en la adolescencia, incumplimiento de las funciones familiares, con recursos adecuados para la sobrevivencia familiar y con áreas para trabajar.



#### Cuadro 19. Intervención a la familia 4.

<p>Consulta 1: Presentación y encuadre, tareas básicas de Moore, se habla del motivo de consulta, historia clínica completa. Intervención educativa en la embarazada adolescente para su embarazo, complicaciones y cuidados del recién nacido. No cuenta que su pareja Gustavo es comerciante, al igual que su padres, se dedican a vender productos chinos de forma ambulante. Se deja de tarea traer en la próxima consulta Apgar familiar de ambos.</p>	<p>Consulta 6: Acude Gina solamente, explica que no pudo venir Gustavo por su trabajo. Menciona que ya han tenido dos salidas de pareja, se encuentran bien emocionalmente. Se siente preocupada porque su padre es diabético y a pesar de que se cuida, mantiene elevado los niveles de glucosa. Se cita al padre y la madre en la próxima cita.</p>
<p>Consulta 2: En esta ocasión acuden los dos a la consulta Gustavo y Gina. Se hace reflexión de los resultados del Apgar de pareja, obteniendo resultados de disfunción familiar por no haber falla en la comunicación de pareja, por no haber un tiempo que Gustavo le dedique a su pareja, prefiere ir a salir con sus amigos que con ella. El menciona que lo hace porque ella está embarazada y no quiere que salga de casa, para no exponerse a que le suceda algo. Se explica la importancia de la familia, los valores familiares, en especial en la empatía. Se deja que reflexionen sobre esto y se deja el test de clarificación de valores.</p>	<p>Consulta 7: acude Georgina y Jorge a la sesión clínica. Se les explica en que consiste el trabajo con familia. Se realizan guías anticipadas acorde al ciclo vital de la familia, tamizaje, se da órdenes para realizar APA, y ultrasonografía de próstata y se hace hincapié de la toma de papanicolaou y mastografía, que es lo que les hace falta, así como laboratorios. Se preguntan si toma Jorge sus medicamentos en tiempo y forma. A lo cual menciona que sí, pero no come a sus horas, que práctica deporte, el futbol 2 veces a la semana. Se les explica la importancia de autocuidado y adherencia terapéutica. Se les cita en 1 mes.</p>
<p>Consulta 3: Acuden los dos la sesión, se hace reflexión nuevamente de la importancia de la convivencia ente ellos como pareja, la comunicación que sea asertiva, clara en ellos. Se les comenta que deben tener un día como pareja, y si ella se encuentra bien con su embarazo y todo está evolucionando bien, pueden salir al cine, a comer juntos, a convivir armoniosamente y que eso no implica que a ella le haga mal. Se les deja de tarea salir esta semana juntos y no salir con los amigos. En la próxima sesión se verá el instrumentos de clarificación de valores.</p>	<p>Consulta 8: Acuden Gina y Gustavo. Mencionan que se encuentra bien, el con su trabajo y ella en la evolución de su embarazo. Que sus suegros están tratando de comer a sus horas y que la mamá de Gina esta agradecida que la hija allá venido acá a trabajo con familia. Se les aplica el Apgar de pareja y el de empoderamiento y los resultados son con alta funcionalidad familiar y empoderamiento en ambos. Se reflexionará en la próxima cita.</p>
<p>Consulta 4: Asisten Gina y Gustavo, se reflexiona sobre el test de clarificación de valores, en el cual Gina pone como prioridad a su mamá y Gustavo a su trabajo, se le pregunta el porqué de esa decisión y nos cuenta Gina que porque su mamá siempre la ha apoyado y más ahora que va hacer abuela y sobre todo porque es su mamá. Gustavo, nos menciona que su trabajo porque es el que les da el sustento y gracias a él no les falta nada y que le va muy bien en el negocio hasta para unos gustos. Se da cita para reflexionar sobre la clarificación de valores.</p>	<p>Consulta 9: Acude la pareja Gina y Gustavo y se reflexiona la importancia de estar bien con la familia, las guías anticipadas, tener conocimiento sobre que método de planificación familiar utilizar. Se da realimentación sobre puntos claves, se deja cita para los padres de Gina cuando tengan sus estudios y se da alta del servicio de trabajo con familia a ellos y se da cita abierta ante cualquier eventualidad, y se cierra sesiones.</p>
<p>Consulta 5: Acuden Gina y Gustavo, se reflexiona sobre el test de clarificación de valores, en el cual se hace mención de la importancia de reconocerse como persona y darse la valía y la prioridad, porque haciendo se puede aceptar a todo lo demás, no está priorizar a los padres, ni al trabajo, pero para poder ser, hay que saber de uno mismo. Y después los demás. Se deja de tarea esta reflexión, la importancia de la pareja, la de mantener una relación conyugal sólida, adaptarse al proceso de desarrollo evolutivo y de ser padres cuando nazcan el bebé. Cita en 15 días.</p>	



## Resultados de la tercera etapa.

### Resultados de la intervención.

### Comprobación de la diferencia de las medias, a través de la prueba de *t* de Student.

#### Para la escala de funcionalidad familiar pre-test y pos-test.

Con la finalidad de demostrar si hubo diferencia alguna, se procedió a realizar la comprobación de la hipótesis planteada, por medio de la prueba de *t* Student, para datos relacionados (o pareados), entre el pre-test y el pos-test de la escala de funcionalidad familiar.

En la siguiente tabla 31, se observó que las medias obtenidas en la funcionalidad familiar en el pre- test fueron de  $\bar{X}=7.64$  con una  $s\pm 2.405$  y en el pos-test de  $\bar{X}=9.93$  con una  $s\pm 0.267$ .

**Tabla 31. Diferencia de las medias de funcionalidad familiar de las familias de las embarazadas adolescentes del CESSA, 2023.**

T de Student para comparación de muestras pareadas				
Escala de Apgar	$\bar{X}$	<i>N</i>	<i>S</i>	Media de error estándar
Apgar pos-test	9.93	14	0.267	0.071
Apgar pre-test	7.64	14	2.405	0.643

Fuente: Escala de Apgar familiar (n=14)

En la siguiente tabla 32 se muestra después de comparar el pre test y el post de la escala de funcionalidad familiar, se obtuvo una diferencia de las medias  $\bar{X}=2.286$ , con una  $s\pm 2.400$ , un *IC* 95%: Li 0.900; Ls 3.771, con una *t* de Student = 3.564 y *g*=13, así como un valor de  $p=0.003$ , estadísticamente significativo.



**Tabla 32. Diferencia de las medias de funcionalidad familiar de las familias de las embarazadas adolescentes del CESSA, 2023.**

Escala de Apgar	$\bar{X}$	Desviación estándar	S	95% de intervalo de confianza de la diferencia.		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Apgar pos-test Apgar pre-test	2.286	2.400	0.641	0.900	3.671	3.564	13	0.003

Fuente: Escala de Apgar familiar (n=14)

Con los resultados anteriores, podemos concluir que la funcionalidad familiar en las embarazadas adolescentes y sus familias, se mejoró posteriormente a la intervención de trabajo con familia. Con estos resultados se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna:

- H1: La funcionalidad familiar tiene un efecto protector en las embarazadas adolescentes.

**Prueba t de Student, para la diferencia de medias para el empoderamiento en las embarazadas adolescentes.**

**Para la escala de empoderamiento pre-test y pos-test.**

En la tabla 33 al aplicar la prueba t Student, para la diferencia de dos muestras relacionadas, se observó que las medias obtenidas en el pre-test de empoderamiento y el pos-test fueron de  $\bar{X}=38.86$ , con una  $\hat{s}\pm 1.027$  y en el pos-test de  $\bar{X}=40.00$ , con una  $\hat{s}\pm 0.000$ .

**Tabla 33. Prueba t Student, para la diferencia de dos pruebas, en el empoderamiento de las familias de las embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.**

Escala de Empoderamiento	$\bar{X}$	N	S	Media de error estándar
Empoderamiento Pos-test	40.00	14	0.000	0.001
EmpoderamientoPre- test	38.86	14	1.027	0.275

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 (n=14)



Se pudo observar en la siguiente tabla (34), después de comparar el pre test y el pos test de empoderamiento, que se encontró una diferencia de las medias de 1.143, con una  $\hat{s} \pm 1.027$ , un IC 95%: Li 0.550; Ls 1.736, con una  $t$  de Student= 4.163 y  $gl=13$ , así como un valor  $p=0.001$ , siendo estadísticamente significativo.

**Tabla 34. Comparación en el pre test y el pos test en el empoderamiento de las familias de las embarazadas adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2023.**

Escala de Empoderamiento	$\bar{x}$	Desviación estándar	S	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Empoderamiento Pos-test	1.143	1.027	0.275	0.550	1.736	4.163	13	0.001
Empoderamiento Pre-test								

Fuente: Escala de Empoderamiento DES 28 (n=14)

Las embarazadas adolescentes que se encontraron sin empoderamiento en la fase diagnóstica del estudio, una vez realizada la intervención de trabajo con familia y con el de sus integrantes de la familia, modificaron positivamente el empoderamiento encontrado al inicio del estudio.

Por lo cual se puede afirmar que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

El trabajo con familia es eficaz en el mejoramiento de la funcionalidad familiar y en el empoderamiento de las embarazadas adolescentes.



## 9. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que el efecto del modelo de empoderamiento centrado en la familia empleado en las embarazadas adolescentes fue eficaz ya que se logró recuperar la funcionalidad familiar.

En la ejecución del modelo se emplearon herramientas de intervención tales como para fortalecer la comunicación, el afecto, la convivencia. Estos datos coinciden con lo publicado con Zavaleta y colaboradores en su estudio con familias multiproblemáticas, en el que se emplearon métodos y técnicas similares con un enfoque sistémico.<sup>64</sup>

Hay evidencia en la literatura mundial que indica que empoderar a las adolescentes puede tener un efecto favorable no sólo en el núcleo familiar sino en la reducción del embarazo adolescente.<sup>65</sup>

En nuestro estudio se obtuvo que las adolescentes durante el embarazo formaban parte de una familia disfuncional, datos similares reporta Okuyelo en su investigación en cuya población se observó disfuncionalidad en su núcleo familiar.<sup>66</sup>

De acuerdo a los resultados obtenidos de la función familiar en las embarazadas adolescentes que participaron en esta investigación se observó que fue similar a la investigación de Valerio y colaboradores en México, ya que ellos determinaron que la funcionalidad familiar se encuentra alterada debido a que no tienen una madurez emocional.<sup>67</sup>

Las adolescentes en nuestro estudio no tuvieron temor a la reacción de los padres ante conocimiento de su embarazo, esta actitud coincide con el estudio reportado por Ahinkorah en el que se observó que las adolescentes tuvieron tres veces más probabilidades de tener padres con una reacción positiva hacia el embarazo adolescente.<sup>68</sup>

El embarazo se presentó en las adolescentes de un estatus medio-bajo, este dato concuerda con el estudio de Tabei, donde el riesgo de embarazo adolescente se asoció en las familias de bajos ingresos.<sup>69</sup>



Otros estudios han demostrado que con modelos de intervención donde se ha dado empoderamiento familiar a través del apoyo emocional, compromiso y normalización familiar, se pueden alcanzar resultados satisfactorios fomentando estilos parentales adecuados para la mejora de la capacidad para enfrentar diversas crisis tanto normativas como para normativas.<sup>70</sup>

Las adolescentes en este estudio tuvieron preferencia por el uso de implante subdérmico tras el embarazo actual, este resultado difiere de lo publicado por Vasconcelos en Sao Tomé y Príncipe donde el grupo de adolescentes optó por el uso de métodos tradicionales como el ritmo, calendario, abstinencia y amenorrea de lactancia. Esto podría explicarse porque fueron adolescentes de países donde todavía hay brechas importantes de conocimiento sobre la planificación familiar, a diferencia de nuestro estudio donde hubo mejor conocimiento sobre los métodos.<sup>71</sup>

Los hallazgos muestran que las adolescentes embarazadas pertenecen a una familia disfuncional este dato corrobora otros estudios como el de Patiño y Vizcaíno donde se encontró disfunción en su grupo de estudio.<sup>72</sup>

A pesar de los valiosos hallazgos anteriores, este estudio tiene sus propias limitaciones que consistieron en el tiempo de abordaje para la intervención durante en el corto periodo gestacional en algunas adolescentes.

Se sugiere para estudios ulteriores medir la resiliencia en las futuras madres adolescentes.



## 10. CONCLUSIONES

El embarazo precoz es un problema con múltiples repercusiones sociales y para el ámbito de la salud representa una agenda pendiente con secuelas que pueden llegar a afectar el bienestar físico y mental de los adolescentes.

En diversas latitudes se han realizado esfuerzos por mitigar este evento no esperado y un recurso sustantivo ha sido el empoderamiento con un enfoque centrado en la familia.

Con base a lo anterior, podemos concluir que el modelo de empoderamiento familiar empleado en este estudio, demostró su eficacia para mejorar la función familiar y facultar a las embarazadas adolescentes para afrontar el proceso de embarazo y maternidad.

Se encontró que las adolescentes embarazadas sin empoderamiento se vieron influenciadas por el hecho de vivir en una familia disfuncional y tomaron la decisión de embarazarse sin temor de cómo reaccionarían los padres.

El modelo propuesto proporcionó un sistema de métodos, técnicas e instrumentos de la medicina familiar para el abordaje integral en las embarazadas adolescentes y puede emplearse en otros ámbitos con una problemática similar.

Las estrategias específicas deben incluir intervenciones multidisciplinarias que incluyan empoderamiento familiar, capacitación basada en competencias y apoyo a los jóvenes, especialmente a las adolescentes embarazadas.



## 11. RECOMENDACIONES

### A los servicios de salud

1. Seguir brindando atención en los módulos de servicios amigables a los adolescentes para prevenir los embarazos no deseados.
2. Contar con un módulo de Medicina Familiar (Trabajo con Familia) en cada centro de salud.
3. Realizar talleres, foros de empoderamiento y valores familiares a los adolescentes con su familia.

### A los médicos familiares

1. Realizar las guías anticipadas a cada familia acorde a su ciclo vital, y darles seguimiento.
2. Ser empáticos con las familias y los adolescentes cuando presentes alguna crisis para normativa.
3. Fortalecer la unión familiar con las familias
4. Utilizar el modelo de empoderamiento en las embarazadas adolescentes y sus familias.

### A las familias

1. Recordar que pueden hacer uso de los sistemas de salud
2. Que la familia es lo más importante en la vida
3. Que no están solas, que siempre pueden contar con el médico de familia
4. Que utilicen sus redes de apoyo para la crisis para normativas que se puedan presentar en el ciclo de la vida.



## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Disponible en línea: <https://www.girlsnotbrides.org/themes/sustainable-development-goals-sdgs/> (consultado el 8 de noviembre de 2023).
- 2 Organización mundial de la salud. [internet] 2019 citado 2023, 04 de enero] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
- 3 Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. World Population Prospects, 2019 Revision: Age-specific fertility rates by region, subregion and country, 1950-2100 (births per 1,000 women) Estimates. Edición en línea [citado el 14 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/>.
- 4 Organización Mundial de la Salud. Embarazo adolescente. Fichas técnicas 2018 12/2018. Disponible en línea: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> (consultado el 14 de noviembre de 2023).
- 5 Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Disponible: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0) [citado el 14 de noviembre de 2023].



6 INEGI comunicado de prensa núm.395/23 disponible en línea: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP\\_DMPO23.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_DMPO23.pdf) (consultado en 14 de noviembre de 2023).

7 Hevia Bernal D., Perea Hevia L. Embarazo y adolescencia. Rev. Cubana Pediatr [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Ene 04] ; 92( 4 ): e1290. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312020000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000400002&lng=es). Epub 01-Dic-2022

8 Garza Elizondo, Teófilo, Gutiérrez Herrera Raúl Fernando, Trabajo con familias, abordaje médico Integral, capítulo 6, conceptos básicos de Familia pág. 37-43, Manual Moderno, Tercera Edición.

9 organización paramérica de la salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49409/ca-empoderamiento.pdf?sequence=3&isAllowed=y#:~:text=El%20empoderamiento%20de%20las%20adolescentes%20es%20un%20proceso.,diferentes%20etapas%20de%20su%20desarrollo.&text=y%20la%20capacidad%20de%20actuar%20seg%C3%BAn%20ellas>

10 OMS. [internet], 2022. Acceso 17 de octubre 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

11 NORMA Oficial Mexicana NOM -008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. [Internet] 2023 [citado 2023 nov 08]. Disponible en: [https://www.ucol.mx/content/cms/13/file/NOM/NOM\\_008\\_SSA2.pdf](https://www.ucol.mx/content/cms/13/file/NOM/NOM_008_SSA2.pdf).

12 M. Güemes-Hidalgo et al. Desarrollo durante la adolescencia. [internet], 2017. Acceso 28 de diciembre de 2022. Disponible en:



---

---

<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia>.

13 OMS. Unicef.org. [internet], 2022. Acceso 28 de noviembre 2022. Disponible en: <https://www.unicef.org/Uruguay/documents/adolescentes-caracteristicas>.

14 Sanchis S. Adolescencia tardía, qué es, características y cambios. Psicología online [internet] 2020 mar. [citado 2022 nov 04]., disponible en: <https://www.psicologia-online.com/adolescencia-tardia-que-es-caracteristicas-y-cambios-4960.html>.

15 Calero Yera E., Rodríguez R. S., Trumbull Jorlen A. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. Rev Hum Med [Internet]. 2017 dic [citado 2023 Ene 04]., 17(3): 577-592. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202017000300010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000300010&lng=es).

16 Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. Competencias emocionales y autoestima en la adolescencia: impacto sobre el ajuste psicológico Vol. 6. Nº. 1 - Enero 2019 - pp 51-56 doi: 10.21134/rpcna.2019.06.1.7. disponible en : <http://revistaemocionales-y-autoestima-en-la-adolescencia>.

17 Salovey y Mayer, inteligencia emocional. Disponible en <https://www.rafaelbisquerra.com/inteligencia-emocional/la-inteligencia-emocional-segun-salovey-y-mayer/#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20versi%C3%B3n%20original%20de,los%20propios%20pensamientos%20y%20acciones>. [citado 14 de noviembre de 2023].

18 Ansary, NS, MacMahon, Tj y Luthar, SS (2017). Trayectorias de dificultad emocional-conductual y competencias académica. Desarrollo y psicopatología, 29 (1), 215-234. Doi: 10.1017/S0954579416000111.



19 Konstanze Schoeps et al. Competencias emocionales y autoestima en la adolescencia: impacto sobre el ajuste psicológico. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes [internet] 2022, [citado el 04 de enero 2023]., Vol. 6. N.º. 1 - enero 2019 - pp 51-56. Disponible en: [https://www.revistapcna.com/sites/default/files/07\\_3.pdf](https://www.revistapcna.com/sites/default/files/07_3.pdf).

20 Hevia Bernal Daisy, Perea Hevia Leisy. Embarazo y adolescencia. Rev. Cubana Pediatr [Internet]. 2020 Dic [citado 2023 Nov 14] ; 92( 4 ): e1290. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312020000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000400002&lng=es). Epub 01-Dic-2020.

21 Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Embarazo en Adolescencia. Bibliomed Suplemento. Ene-Feb 2018 Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2018/01/bibliomed-suplemento-enero-2018.pdf>

22 Acosta Varela ME, Cárdenas Ayala VM. El embarazo en adolescentes Factores socioculturales. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;50(4):371-4.

23 Organización mundial de la salud. [internet] 2019 citado 2023, 04 de enero] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

24 Embarazo en adolescentes. [Internet] 2023 [citado 2023 nov 08]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/temas/embarazo-en-adolescentes>

25 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2021. Primer trimestre. Consulta interactiva de datos.

26 Flores-Valencia M, Nava-Chapa G., Arenas-Monreal L. Rev. Salud Pública. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública [internet]. 2017 [citado 2022 Nov 30]; 19 (3):374-378. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2017.v19n3/374-378/es>.



27 Alvarado J. . El matrimonio romano: conceptos, requisitos e impedimentos [Internet]. Disponible en Disponible en <https://goo.gl/J9Zjbi> Consultado el 30 de octubre de 2023.

28 Secretaría de Salud de Hidalgo. Diagnóstico Sectorial de Salud 2020. Pachuca, Hgo <https://goo.gl/ta7XxK> Consultado el 29 octubre 2023.

29 Pantelides E. Aspectos Sociales del Embarazo y la Fecundidad Adolescente en América Latina. Recuperado el 18 de Octubre de 2013. Disponible en: Disponible en: <https://goo.gl/5Rs7CS>

30 Flores-Valencia M, Nava-Chapa G., Arenas-Monreal L. Rev. Salud Pública. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública [internet]. 2017 [citado 2022 Nov 30]; 19 (3):374-378. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2017.v19n3/374-378/es>.

31 Instituto nacional para la evaluación de la educación inee. Citado [enero 05 2023], disponible: <https://www.inee.edu.mx/wp-content/uploads/2019/01/Educacion.pdf>.

32 Garza Elizondo, Teófilo, Gutiérrez Herrera Raúl Fernando, Trabajo con familias, abordaje médico Integral, capítulo 6, conceptos básicos de Familia pág. 37-43, Manual Moderno, Tercera Edición.

33 Malpartida Ampudia MK, revista médica sinergia. Vol. 5, Núm. 9. Septiembre 2020, e543 ISSN: 2215-4523, e-ISSN: 2215-5279.

34 Satir, Virginia (1998). Relaciones Humanas en el núcleo familiar. Editorial PAX, sexta edición, México. 1998.



35 Pearce LD, Hayward GM, Chassin L, Curran PJ. The Increasing Diversity and Complexity of Family Structures for Adolescents. *J Res Adolesc.* 2018 Sep;28(3):591-608. doi: 10.1111/jora.12391. Epub 2018 Aug 18. PMID: 30197489; PMCID: PMC6124501.

36 Mejía Gómez Diego, Salud familiar para América Latina, Ascofame, Acofaen, Acfo, Colombia.

37 Garza Elizondo Teófilo, Gutiérrez Herrera Raúl Fernando, Trabajo con Familia, abordaje médico e integral, 3ra edición, 2015, manual moderno.

38 Moratto Vásquez Nadia Semenova, Zapata Posada Johanna Jazmín, Messager Tatiana. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *CES Psicol [Internet].* 2015 Dec [cited 2023 Nov 05] ; 8( 2 ): 103-121. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-30802015000200006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802015000200006&lng=en).

39 Mejía Gómez Diego, Salud familiar para América Latina, Ascofame, Acofaen, Acfo, Colombia.

40 Garza Elizondo, Teófilo, Gutiérrez Herrera Raúl Fernando, Trabajo con familias, abordaje médico Integral, capítulo 6, conceptos básicos de Familia pág. 43-51, Manual Moderno, Tercera Edición, 2015.

41 Salazar de la Cruz, Miriam; Jurado-Vega, Arturo Niveles de Intervención Familiar *Acta Médica Peruana*, vol. 30, núm. 1, 2013, pp. 37-41 Colegio Médico del Perú Lima, Perú

42 Christie-Seely J. Workingwithfamilies. *J R Soc. Med.* 195;78(S8):43-46



43 Garza Elizondo, Teófilo, Gutiérrez Herrera Raúl Fernando, Trabajo con familias, abordaje médico Integral, capítulo 6, conceptos básicos de Familia pág. 43-51, Manual Moderno, Tercera Edición, 2015.

44 Departamento de Medicina Familiar del CESSA Tierra Colorada Secretaría de Salud de Tabasco, México, 2015.

45 organización paramérica de la salud.  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49409/ca-empoderamiento.pdf?sequence=3&isAllowed=y#:~:text=El%20empoderamiento%20de%20las%20adolescentes%20es%20un%20proceso.,diferentes%20etapas%20de%20su%20desarrollo.&text=y%20la%20capacidad%20de%20actuar%20seg%C3%BAn%20ellas>

46 García Arteaga Verónica Fernanda, Cruz Coria Erika, Mejía Reyes Carlos. Factores que impulsan e inhiben el empoderamiento femenino una revisión de literatura. Rev. Facultad de ciencia sociales , Universidad de Costa Rica. Volumen 101 (1) 2022: 1-19 Enero-Junio DOI 10.15517/rr.v101i1.43649. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/reflexiones/v101n1/1659-2859-reflexiones-101-01-121.pdf>

47 Silva C, , Loreto Martínez M. Empoderamiento: Proceso, Nivel y Contexto. Psykhe [Internet]. 2004;13(2):29-39. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96713203>.

48 Charlton BM, Nava-Coulter B, Coles MS, Katz-Wise SL. Experiencias de embarazo adolescente de mujeres de minorías sexuales. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2019 de octubre; 32 (5): 499-505. doi: 10.1016/j.jpag.2019.05.009. Epub 2019 28 de mayo. PMID: 31145986; PMCID: PMC6878152.



49 Liu N, Vigod SN, Farrugia MM, Urquia ML, Ray JG. Embarazo adolescente intergeneracional: un estudio de cohorte basado en la población. BJOG. 2018 diciembre; 125 (13): 1766-1774. doi: 10.1111/1471-0528.15297. Epub 2018 25 de junio. PMID: 29786971.

50 Tavananezhad N, Bolbanabad AM, Ghelichkhani F, Effati-Daryani F, Mirghafourvand M. La relación entre la alfabetización en salud y el empoderamiento en mujeres embarazadas: un estudio transversal. BMC Embarazo Parto. 2022 22 de abril; 22 (1): 351. doi: 10.1186/s12884-022-04686-z. PMID: 35459098; IDPM: PMC9447403.

51 Verner G, Epel E, Lahti-Pulkkinen M, Kajantie E, Buss C, Lin J, Blackburn E, Räikkönen K, Wadhwa PD, Entringer S. Resistencia psicológica materna durante el embarazo y la longitud de los telómeros del recién nacido: un estudio prospectivo. Am J Psiquiatría. 2021 1 de febrero; 178 (2): 183-192. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.19101003. Epub 2020 11 de septiembre. PMID: 32911996; IDPM: PMC7855094.

52 Bałanda-Bałdyga A, Pilewska-Kozak AB, Łepecka-Klusek C, Stadnicka G, Dobrowolska B. Actitudes de las madres adolescentes hacia el embarazo y el parto. Int J Environ Res Salud Pública. 2020 21 de febrero; 17 (4): 1411. doi: 10.3390/ijerph17041411. PMID: 32098226; IDPM: PMC7068586.

53 Tabei K, Cuisia-Cruz ESS, Smith C, Seposo X. Asociación entre embarazo adolescente y factores familiares: un análisis de la Encuesta nacional demográfica y de salud de Filipinas 2017. Atención médica (Basilea). 2021 13 de diciembre; 9 (12): 1720. doi: 10.3390/salud9121720. PMID: 34946450; PMCID: PMC8701314.

54 Aburto-Arciniega et al. Intervención educativa sobre salud sexual en estudiantes de México. Gaceta Médica de México [ internet] 2020 [ 18 octubre



---

---

2022] 156, 165-171. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v156n2/0016-3813-gmm-156-2-165.pdf>.

55 Recalde R. et al. Caracterización de las consecuencias del embarazo en adolescentes en una población indígena del Ecuador 2017. *Mediciencias UTA*, revista universitaria con proyección científica, académica y social. [internet] 2018

56 Amaya-Castellanos CI, Shamah-Levy T, Escalante-Izeta EI, Turnbull Plazas B, Nuñez Urquiza YRM. Empoderamiento y búsqueda de atención en salud: un factor ignorado de la mortalidad materna en una comunidad indígena mexicana. *Glob Health Promot*. 2020 Jun;27(2):166-174.

57 Derlan CL, Umaña-Taylor AJ, Updegraff KA, Jahromi LB, Fuentes S. A Prospective Test of the Family Stress Model with Mexican-origin Adolescent Mothers. *J Lat Psychol*. 2019 May;7(2):105-122.

58 Fondo de población de las naciones unidad. <https://www.unfpa.org/es/annual-report>. Citado el 14 de noviembre de 2023.

59 Adolescentes. Artículo de revisión, salud uninorte [internet] 2016 [citado 2021 Nov 30]; Vol. 32, N° 3, 2016 ISSN 0120-5552 eISSN 2011-7531. pdfCastillo Riasco Lina Lorena.

60 Rebollo L. Todos los años hay 10 mil embarazos de niñas menores de 15 años en México: UNFPA. *Noticias Naciones unidad México*. [internet] 2021 [citado 2022 nov 30]. Disponible en <https://www.onu.org.mx/todos-los-anos-hay-10-mil-embarazos-de-ninas-menores-de-15-anos-en-mexico-unfpa/>.

61 Hernández- Sampieri Et al. *Metodología de la Investigación*. Las Rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México Ed Mc Graw Hill, 2018

62 Auquilla Díaz NE. *Revista científica mundo de la investigación y el conocimiento*. Saberes del conocimiento. Embarazo en adolescentes y su



asociación con la disfuncionalidad familiar, en las áreas de intervención del proyecto “CERCA”, Cuenca provincia del Azuay. Disponible: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1869> [citado 10 de noviembre de 2023].

63 Wyné Daniel. Base para el análisis de las esencias de la salud, 4ta ed. EE. U.U. Limusa 2016, pág. 57-99. Algunos conceptos básicos de probabilística.

64 Gutiérrez-Zavaleta I, Sánchez-Rodríguez RM, Garrido-Pérez SMG, Castillo-Orueta ML, Ávalos-García MI. Eficacia del trabajo con familias multiproblemáticas en una unidad de atención primaria de Tabasco, México [Internet]. Gob.mx. [citado el 28 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/75.pdf>

65 Nkhoma DE, Lin C-P, Katengeza HL, Soko CJ, Estinfort W, Wang Y-C, et al. Girls' empowerment and adolescent pregnancy: A systematic review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [citado el 14 de noviembre de 2023];17(5):1664. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/5/1664>

66 Okuyelu OA, Ajayi IO, Okedare AO. Teenage pregnancy and family characteristics as seen among teenagers presenting at two hospitals in Ibadan, Nigeria. Nig J Fam Pract [Internet]. 2017 [citado el 14 de noviembre de 2023];8(4):57–66. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/njfp/article/view/157352>

67 Rangel J.L, Valerio L., Patiño, Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina familiar N0. 53, León Guanajuato, Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.1 Enero-Febrero, 2019.

68 Ahinkorah BO, Hagan JE Jr, Seidu A-A, Mintah JK, Sambah F, Schack T, et al. Examining pregnancy related Socio-cultural factors among adolescent girls in the Komenda-Edina-eguafo-abrem municipality in the central region of Ghana: A case-



control study. *Front Public Health* [Internet]. 2019;7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2019.00093>

69 Tabei K, Cuisia-Cruz ESS, Smith C, Seposo X. Association between teenage pregnancy and family factors: An analysis of the Philippine National Demographic and Health Survey 2017. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 14];9(12):1720. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/12/1720>

70 Dewi RK, Sumarni S. Estilo de crianza y empoderamiento familiar para el crecimiento y desarrollo de los niños: una revisión sistemática. *J Salud Pública África* [Internet]. 2023 [consultado el 14 de noviembre del 2023]; Disponible en: <https://www.publichealthinfrica.org/jphia/article/view/2582>

71 Vasconcelos A, Bandeira N, Sousa S, Pereira F, Machado M do C. Adolescent pregnancy in Sao Tome and Principe: a cross-sectional hospital-based study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022;22(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-022-04632-z>

72 Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev. Med UNAM* Vol.47 No.1;2004. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>



## 13. ANEXOS

### Cuadro 20. Operacionalización de Variables

#### Variable dependiente

Variable	Escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medida	Fuente o instrumento	Estadística
Empoderamiento	Cualitativa ordinal politómica	Proceso por el cual se aumenta la capacidad de toma de decisiones	Resultante de decisiones hechas por las adolescentes	1. Sin empoderamiento 2. Con empoderamiento	Cuestionario de empoderamiento en el embarazo adolescente	Descriptiva (medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias).

#### Variables sociodemográficas

Variable	Escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medida	Fuente o instrumento	Estadística
Edad	Cuantitativo continua (Discreta).	Tiempo en que una persona ha vivido desde su nacimiento	Años cumplidos	Años cumplidos	Cuestionario datos sociodemográficos	Descriptiva (medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias).
Escolaridad	Cuantitativo ordinal	Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela	Preparación académica con la que cuenta la adolescente	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Universidad	Cuestionario datos sociodemográficos	Descriptiva (medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias).
Nivel Socioeconómico	Cualitativo ordinal	Sueldo económico que perciben las personas	Posición de una persona en la sociedad de acuerdo a sus ingresos y posesiones materiales.	1. Alta 2. Media Alta 3. Media 4. Media Baja 5. Baja Alta 6. Baja Baja	Cuestionario datos sociodemográficos	Descriptiva (medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias).
Estado Civil	Cualitativa nominal	Es el modo de vivir de la adolescente de acuerdo a la ley	Es la condición legal o formal de una persona en relación con su estado de matrimonio, soltería o unión libre.	1. Unión libre 2. Soltera 3. Casada	Cuestionario datos sociodemográficos	Descriptiva (medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias).



## Variables familiares

Variable	Escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medida	Fuente o instrumento	Estadística
Tipo de familia	Es el estereotipo de la familia.	Grupo en el que sus miembros ocupan un lugar en el sistema familiar.	Tipología familiar	1. Nuclear 2. Extensa 3. Monoparental	Cuestionario de datos familiares.	Descriptiva (medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias).
Ciclo vital de la familia	Cualitativa nominal	Etapa emocional o intelectual que atraviesa cada miembro de la familia.	Historia natural de la familia	1. Matrimonio 2. Expansión	Cuestionario de datos de familia	Descriptiva (medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias).
Funcionalidad familiar	Cualitativa ordinal politómica	Es la capacidad de la familia para afrontar las diferentes crisis que puedan comprometerles.	Funcionalidad familiar se refiere a la presencia de funcionalidad (1) o disfuncionalidad (2) en las adolescentes embarazadas.	1. Familia Funcional 2. Familia Disfuncional	Apgar Familiar	Descriptiva (medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias).

## Variable clínica

Variable	Escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medida	Fuente o instrumento	Estadística
Número de Gesta	Nominal	Número total de embarazos que ha tenido una mujer	Número de hijos que ha tenido la embarazada adolescente	1. Uno 2. Dos 3. Tres	Cuestionario de datos clínicos.	Descriptiva (medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias).



## TEST DE CLARIFICACIÓN DE VALORES

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO  
CENTRO DE SALUD REGIONAL DE CAPACITACION  
TIERRA COLORADA

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO  
CENTRO DE SALUD REGIONAL DE CAPACITACION  
TIERRA COLORADA



### CLARIFICACION DE VALORES

			
SEXO	AMIGOS	MASCOTAS	HERMANOS
			
DEPORTES	YO	DINERO	HUOS
			
TRABAJO	NATURALEZA	PAPÁ	PAREJA
			
RELIGION	MAMÁ		

1	8
2	9
3	10
4	11
5	12
6	13
7	14



## TEST DE APGAR FAMILIAR



### TRABAJO CON FAMILIA

Programa de atención a la salud de la infancia y adolescencia

#### APGAR FAMILIAR

Estoy satisfecho (a) con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me molesta

CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
_____	_____	_____

Estoy satisfecho (a) con la forma en que mi familia discute cosas de interés común y como comparte la solución de problemas conmigo.

\_\_\_\_\_

Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actividades y de hacer cambios en mi estilo de vida

\_\_\_\_\_

Estoy satisfecho (a) con la forma en que mi familia expresa afecto y como responde a mis sentimientos tales como ira, tristeza y amor.

\_\_\_\_\_

Estoy satisfecho (a) con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos.

\_\_\_\_\_

#### SUMA DE PUNTAJES

0-3 puntos:	Disfunción familiar severa
4-6 puntos:	Funcionalidad moderada
7-10 puntos:	Alta funcionalidad

Bibliografía: Gabriel Smilkstein, 1978, Apgar familiar  
<https://www.medicosfamiliares.com/familia/aplicacion-y-uso-del-apgar-familiar.html>



## TEST DE LOS 5 LENGUAJES DEL AMOR

Este test analiza las preferencias de comunicación emocional de la pareja. En cada casilla se elige la afirmación que mejor defina la relación que es más importante para la pareja, se realiza de manera individual.

Todos tenemos la capacidad de recibir y dar amor de diferentes maneras, cada uno tiene su propio lenguaje preferido. Descubrir el propio idioma y el de las personas que amas es una excelente manera de fortalecer nuestras relaciones. Los cinco lenguajes del amor son: Palabras de reafirmación, tiempo de calidad, recibir obsequios, actos de servicio y contacto físico. Cada pregunta le presenta con un par de frases.

Marca la frase que es más importante para usted.

1. A Que mi pareja me abrace  
E Que mi pareja me de regalos
2. B Me gusta estar a solas con mi pareja  
D Me siento amado cuando mi pareja me hace algo de comer
3. C Me encantaría recibir más regalos de parte de mi pareja  
B Me gustaría hacer más viajes a solas con mi pareja
4. D Me siento amado cuando mi pareja me ayuda en alguno de mis proyectos  
E Me gusta que mi pareja me abrace
5. E Me gusta que mi pareja me toque  
C Me gusta que mi pareja me sorprenda con regalos
6. B Me gusta salir con mi pareja a cualquier lugar  
E Me gusta que mi pareja y yo andemos de la mano
7. C Me encanta recibir regalos de mi pareja  
A Me encanta que mi pareja me diga que me ama
8. E Me gusta que mi pareja se siente junto a mí  
A Me gusta que mi pareja me diga que me veo muy bien
9. B Poder pasar tiempo con mi pareja me hace sentir muy bien  
C Valoro mucho cualquier regalo que me da mi pareja, aunque sea muy pequeño



- 10.A Siento que mi pareja me ama cuando me dice que está orgulloso de mi  
D Cuando mi pareja me ayuda en la casa, sé que lo hace porque me ama
- 11.B No importa lo que hagamos, me encanta hacer cosas con mi pareja  
A Me encanta que mi pareja haga comentarios buenos de mi
- 12.D Las pequeñas cosas que mi pareja hace por mí son más importantes que  
cualquier cosa que mi pareja me pueda decir  
E Me encanta abrazar a mi pareja
- 13.A Me importa mucho que mi pareja valore lo que yo hago  
C Es muy importante para mí que mi pareja me dé regalos que de verdad  
me gusten
- 14.B Estar con mi pareja es algo que me gusta mucho  
E Me gusta que mi pareja me deje notitas de amor de vez en cuando
- 15.A Ver que mi pareja reaccione de manera positiva a lo que yo hago me  
encanta  
D Valoro mucho que mi pareja me ayude en algo que sé que odia hacer
- 16.E Me encanta que mi pareja me dé besos  
B Me encanta cuando veo que mi pareja muestra interés por algo que es  
importante para mí
- 17.D Me gustaría contar con el apoyo de mi pareja en todos mis proyectos  
C Me encanta recibir regalos de mi pareja
- 18.A Me gusta que mi pareja me diga que le gusto  
B Me gusta que mi pareja respete mis ideas y me escuche
- 19.E Me encantaría que mi pareja y yo siempre nos abrazáramos  
D Me gustaría que mi pareja me ayudara más cuando tengo mucho  
que hacer
- 20.D Mi pareja merece un premio por todo lo que hace por mí  
C Me emociona mucho recibir regalos de mi pareja
- 21.B Me gusta tener la completa atención de mi pareja  
D Que mi pareja me ayude con las tareas del hogar es algo importante para  
mi
- 22.C Espero con emoción los regalos de mi pareja en fechas especiales



A Me gustaría que mi pareja siempre me dijera lo importante que soy para ella

23.C Creo que sí es importante que alguien que le ama le dé regalos

D Que alguien que le quiere le ayude sin preguntar es importante para mí

24.B Me gustaría que mi pareja me escuchara con atención y sin interrupciones

C Me gustaría que mi pareja siempre me diera regalos

25.D Cuando estoy cansado lo que más necesito es que me ayude

B Me encanta hacer planes divertidos con mi pareja

26.E Me gusta que mi pareja me haga cariños

C Me gusta que mi pareja me de regalos sorpresa

27.A Necesito las palabras de mi pareja para tener confianza en mis proyectos

B Me encanta ir al cine o a cenar con mi pareja

28.C Los regalos son muy importantes para mí

E Las caricias son muy importantes para mí

29.D Es muy importante que mi pareja me ayude en la casa

A Es muy importante para mí que mi pareja reconozca lo que yo hago

30.E Me gusta abrazar y besar a mi pareja cuando nos tuvimos que separar por un corto tiempo

A Me gusta escuchar que mi pareja me diga que me extraño

Ahora cuente el total de cada letra A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ D

\_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_

A = Palabras de afirmación

B = Tiempo de calidad

C = Recibir regalos

D = Actos de servicio

E = Contacto físico

Debe haber identificado su lenguaje primario y secundario.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL SERVICIO TRABAJO CON FAMILIAS EN EL CESSA TIERRA COLORADA

**Trabajo con familias:** Intervenciones que el profesional de la salud del primer nivel lleva a cabo en relación con las familias que atiende, que requieren de habilidades para dar información y educación, como guía anticipada para facilitar el proceso de adaptación de las familias que enfrentan situaciones de crisis o enfermedades, y de la destreza para referir cuando surja la necesidad. El objetivo de estas intervenciones es mantener la salud y recuperarla a través del diagnóstico y tratamiento adecuado de las enfermedades más comunes. Estas intervenciones pueden ser cognoscitivas, emocionales o conductuales y ocurrir en el consultorio, durante una visita al domicilio del paciente, en el hospital, en el servicio de urgencias o en cualquier lugar en el que se atiende a una familia.

### DECLARO

He sido informado (a) sobre el trabajo con familias, el modelo de atención de este, los beneficios del trabajo directo con la familia y la importancia de participar en los procesos de salud.

Yo: \_\_\_\_\_ autorizo que se realicen actuaciones oportunas, incluyendo intervenciones necesarias para el mejoramiento de la calidad de vida de mi familia, así como para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o salud de esta o algunos de sus integrantes que pudieran surgir en el curso de la intervención.

He comprendido la información anterior por eso he tomado consciente y libremente la decisión, también sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre y Firma del médico responsable: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del jefe de familia: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien realizo: \_\_\_\_\_