



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL
DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS



**"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF 13 TUXTLA GUTIÉRREZ
IMSS CHIAPAS"**

TESIS DE POSTGRADO

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. ARELY IVETTE SÁNCHEZ TREJO

ASESOR METODOLOGICO Y DE CONTENIDO:

**DRA. ROCÍO ALEJANDRA MARTÍNEZ CRUZ
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 25**



AUTORIZACIONES

**DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS
SANDOVAL
COORDINADORA AUXILIAR MEDICO DE
EDUCACION EN SALUD, DELEGACION
ESTATAL, CHIAPAS**

**DR. HECTOR ARMANDO RINCON LEÓN
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE
INVESTIGACION EN SALUD,
DELEGACION ESTATAL, CHIAPAS**

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS, FEBRERO 2021

Número de CVU: 923684



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL
DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS**



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF 13 TUXTLA GUTIÉRREZ
IMSS CHIAPAS”**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**DRA. ARELY IVETTE SÁNCHEZ TREJO
CATEGORIA: MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRIPCION: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 13
MATRICULA: 98074311**

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

**DRA. ROCÍO ALEJANDRA MARTÍNEZ CRUZ
CATEGORIA: ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA
ADSCRIPCION: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 25
MATRICULA: 99078666**

Número de CVU: 923684

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, FEBRERO 2021

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, por no soltarme de su mano, darme fuerzas y sabiduría día a día durante esta etapa.

A MI MADRE, por inculcarme desde pequeña a superar obstáculos con valentía, porque soy lo que soy por tu esfuerzo y sacrificio.

A MI PADRE, por ser pilar y ejemplo, por trabajar tanto para que nunca nos falte nada. Gracias por ir siempre a mi rescate. Dios me mandó al mejor papá del mundo.

A MIS HERMANAS, por estar siempre a mi lado dándome ánimos, escuchando y aconsejando en momentos difíciles, cuidándome en todo momento. Sepan que siempre, todo lo que hago es pensando en su bienestar y ser el mejor ejemplo para ustedes.

A MI ESPOSO, por ser mi amor, mi mejor amigo y mi cómplice; el mejor compañero de vida y también de guardias y desvelos, por embarcarse en esta aventura a mi lado y tener siempre un detalle al final del día poniendo una sonrisa en mi corazón. Caminemos de la mano siempre. ¡Te amo!

A MIS MAESTROS, porque todos pusieron su granito de arena para ampliar mi conocimiento, por inspirarme a dar más y a ser mejor para brindar una buena intención a los pacientes.

A MI ASESORA DE TESIS, por su paciencia, orientación y ayuda para poder culminar este proyecto

“Encomendadlo a Dios, Sancho- dijo Don Quijote-
que todo se hará bien, y quizá mejor de lo que vos pensáis;
que no se mueve la hoja en el árbol sin la voluntad de Dios”
Miguel de Cervantes

ÍNDICE

1. Resumen	05
2. Marco teórico	08
3. Justificación	30
4. Planteamiento del problema	32
5. Objetivos	34
6. Hipótesis	35
7. Material y métodos	36
a. Diseño del estudio	36
b. Lugar del estudio	36
c. Periodo	36
d. Universo de estudio	36
e. Tipo de muestreo	36
f. Criterios de selección	36
g. Variables	37
h. Análisis estadístico	38
i. Desarrollo del proyecto	39
j. Instrumentos de evaluación	40
8. Recursos, financiamiento y factibilidad	42
9. Consideraciones éticas	43
10. Resultados	55
11. Discusión	61
12. Conclusión	65
13. Recomendaciones	66
14. Cronograma de actividades	67
15. Referencias bibliográficas	68
16. Anexos	72

RESUMEN

Título: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA CLÍNICA 13 DEL IMSS.

Arely Ivette Sánchez Trejo (1), Roció Alejandra Martínez Cruz (2)

Sánchez-Trejo A.; Martínez-Cruz R.A

NÚMERO DE CENTROS PARTICIPANTES A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL: Ninguno

NÚMERO DE CENTROS PARTICIPANTES DEL IMSS: (1) Unidad de Medicina Familiar No. 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

NÚMERO DE PACIENTES QUE CADA CENTRO DEL IMSS INCLUYÓ: 105 adolescentes embarazadas que acudieron a control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No.13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como “El periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años”. Se trata de una de las etapas de transición más importantes de la vida en el ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y cambios, ésta es una etapa vulnerable para el adolescente, donde en su constante búsqueda de identidad, pertenencia y aceptación en la sociedad, tiende a seguir los estándares que la sociedad dicta, con variaciones en el nivel de autoestima dependientes del éxito y lo que ellos consideren fracaso en esta etapa de la vida, muchas veces coexisten también situaciones en el núcleo familiar, donde al no existir funcionalidad conlleva a actitudes del adolescente que no son propias ni adecuadas para la etapa de vida en que se encuentra, una de ellas, es el embarazo en la adolescencia.

Objetivo: Determinar el nivel de funcionalidad familiar y el nivel de autoestima en adolescentes embarazadas de la UMF 13.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, transversal, observacional, analítico. Con un tipo de muestreo a conveniencia, acorde al universo de estudio de 105 pacientes embarazadas adolescentes, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar número 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, que acudieron a control prenatal para identificar el nivel de funcionalidad familiar y el nivel de autoestima que presentaron.

Análisis Estadístico: La información obtenida se registró, en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 22 en español para su análisis correspondiente, empleándose estadística descriptiva, se realizaron pruebas paramétricas y no paramétricas. Los resultados se presentan en gráficas de pastel y de barras, con referencia a los objetivos del estudio y dirigidos a la comprobación o no de las hipótesis

RESULTADOS:

Se realizó un estudio a 105 pacientes con embarazo en edad adolescente, la escolaridad más frecuente fue secundaria con 46.7% del total de encuestadas, el estado civil encontrado con mayor frecuencia es unión libre con 39%, se determinó que de las pacientes encuestadas un 81.9% presenta algún grado de disfunción familiar, de las cuales el nivel de disfunción mayormente presentado es moderado con 33.3%, el nivel de autoestima en el 63.8% de las pacientes fue normal, sin que se haya encontrado correlación entre el nivel de autoestima y el nivel de disfunción familiar presentado.

CONCLUSIONES:

Este estudio concluye que el nivel de autoestima no juega un papel importante en nuestra población para presentar disfunción familiar, así como tampoco la edad, escolaridad ni estado civil, sin embargo, una gran parte de las embarazadas adolescentes presenta disfunción familiar moderada. El conocer el nivel de autoestima y nivel de funcionalidad familiar que presentan las pacientes, nos ayuda a entender el panorama en el que se encuentran las adolescentes embarazadas que acuden a la UMF 13 coadyuvando a un mejor estado de salud y mejora en la calidad de vida, así mismo entender la relación de las pacientes con su familia y el impacto que esto trae a su autoestima.

Palabras clave: adolescente, embarazada, autoestima, funcionalidad familiar

MARCO TEÓRICO

ADOLESCENCIA

La palabra adolescencia proviene del latín *adolesco-adolescere* que significa “crecer” y se refiere al periodo de la vida humana en el que se deja a la niñez, pero que precede aun a la juventud. La idea de este periodo de vida surge a partir de las obras del psicoanalista Stanley Hall, quien refería a este periodo como una etapa turbulenta. (1).

Hoy en día, no hay una definición que abarque la totalidad de su significado con todas las implicaciones biopsicosociales que esta etapa atañe. Una de las definiciones que se acercan más a este objetivo, puede expresarse como “un periodo del desarrollo humano, que, sin poder enmarcarse en límites etarios precisos, está comprendido entre 10-19 años aproximadamente” (1). Según la Real Academia Española (RAE), adolescencia es “Período de la vida humana que sigue a la niñez y precede a la juventud”. (2) En este periodo de la vida, ocurren una serie de cambios e integraciones que abarcan muchos ámbitos, desde lo físico, social, psicológico y biológico, que, aunado a adquisiciones de experiencias y cambios en los ámbitos anteriormente mencionados, permiten al individuo, alcanzar niveles de autonomía suficientes y necesarios para que el individuo se transforme y sea un adulto integrado a la sociedad (1).

La definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sintetiza “es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años”. Se trata de una de las etapas de transición más importantes de la vida en el ser humano, que se

caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y cambios” (3). Entendiendo esto, la OMS señala que los cambios biológicos de la adolescencia son muy parecidos en todo el mundo, no siendo así la duración y conducta de los adolescentes a partir de la cultura y contexto socioeconómico, existiendo variables que han cambiado durante el último siglo, tales como el inicio, el cual es más temprano y el aplazamiento de la edad del matrimonio en la mayoría de las poblaciones urbanas, además la globalización de la comunicación que influye en el pensamiento del individuo y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales hacia un ámbito más abierto con mayor información pero conservando el tabú en algunos aspectos.(3)

Para comprender los fenómenos que ocurren en esta etapa, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) propone dos categorías principales para su análisis:

“**ADOLESCENCIA TEMPRANA (10-14 AÑOS- PUBERTAD):** Súbita aceleración del crecimiento, desarrollo de los órganos sexuales y características sexuales secundarias, crecimiento del cerebro y su reestructuración de su funcionamiento, tendencia hacia una conducta impulsiva y acrítica, autoconciencia del género, inicio de la transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica.

ADOLESCENCIA TARDÍA (15-19 AÑOS): continuidad del crecimiento físico, comienzo del desarrollo y reorganización del pensamiento analítico y reflexivo, adquisición creciente de identidad y autoconfianza, desarrollo de la capacidad para evaluar riesgos y tomar decisiones” (4)

Mientras que, por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) divide la adolescencia en 3 etapas de desarrollo:

- “**ADOLESCENCIA TEMPRANA (10-13 AÑOS)**: es en esta etapa donde tienen lugar los cambios físicos propios de la pubertad, lo cual propicia a inseguridad en el adolescente debido al cambio tan rápido de la apariencia física y transformación de su imagen corporal, se busca mayor interacción con amigos y amigas del mismo sexo e inicia el interés hacia el sexo opuesto, con enamoramientos fugaces, inicia fantasías sexuales y masturbación, aprende nuevos comportamientos tratando de imitar a otros adolescentes a los cuales ellos creen más aceptación social. Mientras que, en ámbito familiar, hay deseos de mayor autonomía, sin querer perder el factor de protección y comodidad que la familia les brinda, lo cual orilla a frustración en el adolescente con aparición de rebeldía subsecuente. Los padres se enfrentan a este nuevo comportamiento, creyendo perder el control, frecuentemente cediendo o bien, siendo más estrictos con el adolescente, lo que originará disfunción familiar. (5)
- **ADOLESCENCIA MEDIA (14-16 AÑOS)**: En esta etapa ya existe desarrollo puberal completo, la menstruación ya está presente en todas las adolescentes, es en esta etapa donde la preocupación del adolescente se basa en la apariencia física, experimentando con peinados, estilos etc., como parte del proceso de construcción de su identidad; este periodo está marcado por un distanciamiento afectivo e independencia familiar, siendo más importante para el adolescente los

grupos de amigos, quienes pueden ser un factor de protección o de riesgo, según el comportamiento general del grupo; dichos grupos dejan de ser de un mismo sexo, a ser mixtos, apareciendo los noviazgos, los primeros contactos físicos, hay mayor búsqueda de amistades íntimas, muchos experimentan sexualmente en búsqueda de su orientación sexual, lo cual puede causar angustia. En cuanto al pensamiento tienden a ser más formales, más críticos y deductivos, cuestionan a los demás, entre ellos a los padres, quienes dejan de ser las personas ideales como modelo a seguir, dándose cuenta y dándole mayor importancia a los defectos que estos tienen, tienden a sobredimensionar sus propias capacidades, creyéndose invulnerables, incrementando las conductas de riesgo, siendo egocentristas. (5)

- ADOLESCENCIA TARDÍA (17-19 AÑOS): En esta etapa hay consolidación de los cambios físicos y aceptación de la imagen corporal, es la etapa donde se consolida la identidad. Aparece la necesidad de definir la vocación y encontrar una pareja, comienzan decisiones sobre su futuro, algunos deciden comenzar a trabajar y dejar de estudiar, condicionado por su entorno familiar, social y económico. El pensamiento tiende a ser formal, con madurez cognoscitiva y mejor toma de decisiones satisfactorias. El grupo de amistades ya no tiene tanta importancia, las relaciones de pareja se tornan estables, la identidad sexual está más estructurada. Continúa la separación de la familia, reconociendo en esta etapa el valor de los padres, siendo la relación con ellos más cercana” (5).

Es entonces que podemos resumir que la adolescencia se delimita en el período de la vida de los individuos entre 10 y 19 años, 11 meses y 29 días de edad y que se caracteriza por la madurez progresiva de los caracteres sexuales secundarios, el desarrollo de una identidad adulta y, por último, por la paulatina independencia socioeconómica de los padres. El período definido como "juventud" es aquel que ocurre entre 15 y 24 años se superpone al de la adolescencia. (6)

Durante todo el desarrollo de la adolescencia, es fundamental el papel que tiene la familia, ya que, de ellos depende guiar al adolescente en búsqueda constante de su identidad. Al finalizar la adolescencia, el sujeto adquiere identidad y la capacidad de establecer relaciones conscientes y sensatas, tanto sexuales como emocionales, autonomía psicológica y en algunos casos económica y social, siendo esta etapa entonces de gran importancia para el desarrollo del individuo y que, si se ve interrumpida por diversos factores donde el rol que desempeñe el adolescente sea distinto, impactará de manera negativa en el adulto en que se convertirá, trastornando así su entorno biopsicosocial futuro. (5)

La adolescencia es también un período de alta vulnerabilidad para toda persona, de manera tanto física y psicológica como social, e influyen factores y conductas que, de no ser las adecuadas, pueden tener consecuencias potencialmente graves para su vida actual y futura. La vulnerabilidad del adolescente varía según la influencia distintos factores en el entorno, tanto biológicos, psicológicos, culturales, socioeconómicos, políticos, étnicos y raciales, en especial en inequidad de derechos, pues estos factores afectarán

de manera desigual a adolescentes, ya sea que tengan diferentes niveles socioeconómicos, culturales o incluso por pertenecer a determinado sexo o por tener distinta preferencia sexual, incluso a quienes que residen en una misma localidad. (4)

Esta vulnerabilidad en este grupo de edad, se manifiesta con distintas circunstancias a los que el adolescente tiene contacto como lo son:

- Factores de riesgo: que son aquellas situaciones o condiciones que tienen una gran posibilidad de producir una situación o un efecto no deseable, algunos de ellos pueden ser modificados (6).
- Conductas de riesgo: son aquellas conductas que adopta el adolescente que pueden alterar su desarrollo pueden tener repercusiones negativas para la vida actual o futura. (6)
- Factores protectores: son aquellas situaciones o conductas, que reducen los factores y las conductas de riesgo. (6)

Como se ha expresado en párrafos previos, los factores protectores y de vulnerabilidad se afectan de forma inequitativa a la población adolescente, teniendo gran importancia e implicación para ello el nivel socioeconómico y cultural. Estas desigualdades afectan de manera negativa en su calidad de vida, especialmente en los casos donde no hay garantía del ejercicio de los derechos, como lo es la población indígena, sexo femenino, pobreza, machismo etc. (6)

Es importante denotar, que el sector salud puede contribuir a modificar algunos de los factores y conductas de riesgo, mediante de la oferta de información

oportuna y difusión de esta a través de medios y programas enfocados a adolescentes. (6)

Para entender la magnitud de la población adolescente en México, es importante saber las cifras reportadas, por lo que según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en su último censo poblacional de 2015, en nuestro país contábamos hasta ese año con un total de 30.6 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad de los cuales hay un mayor número de hombres respecto a mujeres: por cada 100 mujeres hay 101 hombres, lo que en aspectos prácticos, esta diferencia no es tan grande y podemos resumir que hasta el año 2015 contábamos con aproximadamente la misma prevalencia entre hombres y mujeres (7). De los cuales el 55.2% de los adolescentes mexicanos son pobres y uno de cada 5 adolescentes tiene ingresos familiares y personales tan bajos que no alcanzan a cubrir siquiera alimentos de la canasta básica, esto destaca ya que como se ha mencionado, el entorno cultural y social del adolescente modifica su conducta respecto a otros adolescentes del mismo grupo de edad en diferentes contextos, prevaleciendo en el estrato socioeconómico bajo la falta de educación, falta de orientación y en muchos casos falta de oportunidades tanto para empleo, como para el acceso a los servicios de educación de calidad.(8)

La falta de orientación también se refleja en el alto número de embarazos dentro de la población adolescente. En 2015, se reportaron cifras alarmantes ya que casi medio millón de mexicanas menores de 20 años que tuvieron por lo menos un hijo, además, hubo 144,670 casos de adolescentes con un primer embarazo entre los 12 y 18 años que no concluyeron su educación de tipo

básico. En este mismo rango de edad, las adolescentes que tienen más de un hijo fueron 180,408 casos 6)

La maternidad temprana introduce a las adolescentes a un mundo adulto, lleno de responsabilidades para las cuales no están preparadas, ni física ni psicológicamente, con efectos no deseables y en la mayoría de casos no planeados sobre su vida y la de sus hijos. El embarazo a esta edad, además conlleva un alto riesgo para la vida y la salud de la madre y del bebé. (7)

En 2017 el INEGI reportó un alto porcentaje de adolescentes mujeres que no estudian y se encuentran casadas, viven en unión libre o están divorciadas (36.2%) con respecto a los hombres del mismo grupo de edad, de ellos el 73% se encuentra soltero. En contraste, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo los últimos tres meses del 2016, un 9.6%, de las mujeres adolescentes desde 15 hasta los 19 años con hijos nacidos vivos se encontraban solteras y vivían bajo sustento de sus padres. En 2017, en las adolescentes de este mismo rango de edad, este porcentaje aumentó a un 22.8 por ciento. Esto traduce que las adolescentes inician vida sexual con parejas inestables, muchas veces adolescentes también, en los cuales ninguno está preparado para la llegada de un nuevo ser y toda la responsabilidad que esto trae consigo, con lo que, son los padres de la mujer quienes adquieren el deber de cuidar al nuevo miembro de la familia. (9).

Estas estadísticas son de importancia, ya que como expone la OMS, “cuando las gestantes son adolescentes solteras, es mucho más probable que se trate de un embarazo no deseado”. Además, el riesgo de muerte materna es mucho

mayor cuando la madre es joven y es más probable que abandonen la escuela al quedar embarazada, “lo cual tiene consecuencias a largo plazo tanto para ellas mismas como individuos, como para sus familias y comunidades” (10)

EMBARAZO ADOLESCENTE:

De acuerdo al Manual de la Adolescencia de la OPS, define al embarazo en la adolescencia como “La gestación que ocurre durante los dos años posteriores al inicio de la menarquia, cuando la adolescente tiene total dependencia económica y social de la familia parental” (8). Mientras que la OMS establece que “el embarazo adolescente es por definición un tipo de gestación prematura y por ende de riesgo”, este riesgo incrementa en no solo por las posibles complicaciones que toda gestación conlleva, además de las que se pueden presentar durante el parto y puerperio, sino que, además, esta población que interrumpe su proceso de maduración biológica. Este tipo de embarazos ocurren usualmente en comunidades rurales, donde el nivel económico, cultural y escolaridad baja predominan, donde el acceso en muchas es difícil, con distancias largas hacia servicios de salud, lo cual resulta en un factor de riesgo importante ante la posibilidad de sufrir lesiones, hemorragias, abortos, infecciones, preeclampsia o complicaciones derivadas de enfermedades preexistentes que durante el embarazo se agravan y pueden desencadenar mortalidad materna e infantil”. (3)

Ante esta problemática, con las estrategias adoptadas por las autoridades hasta ahora, se ha registrado un descenso en las tasas de natalidad entre adolescentes a partir el año de 1900, sin embargo, hoy en día todavía un 11%

del total de nacimientos diarios en el mundo se da en adolescentes, de ellos, la predominan aquellos que ocurren en países en vías de desarrollo. (2)

Según las Estadísticas Sanitarias Mundiales del año 2014 se indica que “la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por cada 1000 adolescentes. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 adolescentes”. (2)

El embarazo en el periodo de adolescencia continúa siendo hoy en día uno de los principales factores que incrementan la mortalidad materno-infantil y que propicia continuar con el eterno círculo de pobreza y enfermedad. (2)

Según la última publicación de la OMS respecto al tema en septiembre 2014:

- “Unos 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos”.
- “Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo.”
- “Cada año, unos 3 millones de mujeres de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.”
- “Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.” (2)

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en la gran mayoría de casos no es así. Los embarazos durante la adolescencia son más probables

de ocurrir en comunidades pobres, con pocos niveles educativos y rurales. En México, los embarazos fuera del matrimonio no son raros en este tipo de localidades. Donde la idea de que la mujer debe tener hijos desde la adolescencia no suena disparatada, con el consecuente rechazo a los métodos anticonceptivos. En cambio, en medio urbano, es más común que las adolescentes contraigan matrimonio a edades tempranas, donde el problema no es en sí que estén casadas, sino que una vez con una pareja es común recibir presión social para tener hijos. Según la OMS, en países de ingresos medianos y bajos como lo es México “más del 30% de las mujeres contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años”. (10)

Otra de las causas del embarazo en una adolescente, es que muchas no saben cómo prevenirlo, pues en muchos países no hay educación sexual. En México no es así, pues desde el nivel primaria se comienza a impartir educación sexual en todo el país, aunque este tema es aun tabú entre la sociedad, sin que se hable abiertamente de ello, por lo cual, es posible que las adolescentes se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que, para algunas, los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos, mientras que para otras, el miedo a que la sociedad sepa que ha iniciado vida sexual activa las cohibe para adquirir algún método, o también ocurre comúnmente que el hombre no sepa usar los métodos de barrera, circunstancias parecidas. (10)

La OMS nombra como segunda causa de muerte entre mujeres de 15-19 años a las complicaciones durante el embarazo y el parto, en todo el mundo, Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el

número de muertes sin que se logre erradicar como principales causas. Cada año se practican unos 3 millones de abortos en condiciones clandestinas en mujeres de 15 a 19 años, ya que en muchos países aun es ilegal, siendo México uno de ellos, lo que contribuye a aumento en la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados tales como sepsis, hemorragias, debido a que, acuden para ello a lugares clandestinos, donde se exponen a un sinfín de riesgos. (11)

El que ocurra un embarazo en una adolescente, tiene efectos adversos también en el producto. Según OMS, en los países de ingresos bajos y medianos, tal como lo es México, los bebés de madres menores de 20 años corren un riesgo 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el recién nacido. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen un mayor riesgo de registrar peso bajo al nacer, con el consecuente riesgo de efectos a largo plazo. (11)

El embarazo en la adolescencia conlleva también repercusiones sociales y económicas negativas para las adolescentes, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que quedan embarazadas se ven obligadas a dejar los estudios. Una adolescente con escasa o ninguna educación tiene menos aptitudes y oportunidades para obtener un trabajo, por lo que la mayoría aun depende económicamente de sus padres, quienes se enfrentan al gasto extra para sostener las necesidades del nuevo ser. (11)

Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera generado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz.

En respuesta a esto, la OMS publicó junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) unos lineamientos sobre los cuales trabajar sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos de éste. Estas directrices contienen recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar, con seis objetivos principales (11):

- “Reducir el número de matrimonios antes de los 18 años”.
- “Fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años
- “Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario”.
- “Reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes
- “Reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes”.
- “Incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes”.

ADOLESCENCIA Y EMBARAZO EN MÉXICO

El embarazo en la adolescencia, ha sido uno de los temas demográficos, sociales y de salud pública que han generado impacto, no solo en México sino también alrededor del mundo. El embarazo adolescente es una condición de maternidad que se produce en edades tempranas; es decir, es aquella gestación prematura que presentan las jóvenes que no han culminado su

maduración tanto psicológica como biológica, exponiéndose así a distintos de factores de riesgo que este tipo de embarazo conlleva, además de exponerse a vulnerabilidad socioeconómica (12)

Eventos de la vida, como la edad de inicio de la vida sexual y la unión conyugal son determinantes para establecer la influencia en el embarazo y la maternidad adolescente. Por ello, los estudios sobre comportamientos sexuales y prácticas anticonceptivas en la población adolescente reflejan que dichos eventos, son cada vez más tempranos en la actualidad. (13)

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) con actualización en 2017, una de cada tres mujeres adolescentes del grupo de 15 a 19 años (29.2%) ya inició su vida sexual y 16.4% refirieron ser sexualmente activas al momento de la encuesta. Asimismo 44.9% aseveró que ella o su pareja no utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. (1)

En México, de acuerdo a cifras de la Encuesta Nacional de la Juventud en su última publicación en el 2012, 49% de los adolescentes no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación, la causa principal fue que no esperaban tener relaciones sexuales, seguido por vergüenza al solicitar algún método, es por esto que el embarazo adolescente se encuentra como uno de los problemas a resolver en la agenda en materia pública en salud y educación aun hoy en día. (14)

México ocupa el primer lugar de embarazo adolescente en toda América Latina según la Organización Para La Cooperación Y El Desarrollo Económicos

(OCDE) dicho organismo señaló que la cifra creció de 30 a 37 por cada mil embarazadas son adolescentes en el último año. (15)

Según el último reporte de INEGI, en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica en 2014, indican que “ha habido aumento en la tasa de fecundidad en adolescentes, con 77 hijos por cada mil mujeres de 15-19 años; mientras que, en la última encuesta, realizada en 2009, la tasa de fecundidad en adolescentes fue de 69.3 por cada mil mujeres adolescentes, siendo el estado de Chiapas el que muestra un nivel más alto de fecundidad, con una tasa de casi 3 hijos por mujer menor de 19 años”. (1)

Un aspecto relevante en el análisis de la situación conyugal de este grupo etario, es la edad en que ocurren las uniones, puesto que entre más tempranas sean se acrecienta la probabilidad de tener más uniones a lo largo de su vida y no precisamente durante su edad adulta. Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica en 2014, “de las mujeres de 15 a 54 años alguna vez unidas y con al menos un hijo nacido vivo, 31.9% se unieron por primera vez antes de los 18 años de edad, mientras que el resto (67.1%) lo hizo a partir de la mayoría de edad”. (1)

AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES

La definición de autoestima según la RAE es: “valoración generalmente positiva de uno mismo” proviene de los vocablos “auto” uno mismo y “estima” cariño o afecto que se tiene por alguien o algo. Es decir, es la percepción que tiene cada uno de nuestra valía como personas. (16)

Su formación inicia desde el nacimiento y se va desarrollando a lo largo de nuestra vida, mediante experiencias por las que pasamos y está influenciado por el temperamento genético y el ambiente en el que se vive, por lo que puede variar a lo largo de la vida. (17)

Existen factores que influyen en su desarrollo como la imagen corporal, habilidades, las personas con las que convive el adolescente y el entorno social donde se desenvuelve (17)

En esta etapa de la vida, la socialización se basa en querer ser aceptado por determinado grupo, esto, aunado a que el adolescente está sujeto a cambios físicos que muchas veces brindan inseguridad, puede provocar que la autoestima comience a disminuir, Muchos suelen enfocarse a lograr una apariencia física perfecta, con constante decepción de no poder lograrlo, caen en ocasiones en un círculo vicioso de desestimación. (17)

Una autoestima baja, está relacionada con los pensamientos que el adolescente tiene sobre sí mismo, con pensamientos de autodevaluación, a veces provenientes de terceras personas. La adolescencia es la etapa en la que el individuo necesita establecer su identidad, saberse distinto a los demás, pero a la vez parte de un grupo, necesita conocer sus posibilidades y sentirse valioso, es por esto que es una etapa crítica para el desarrollo de la autoestima. (17)

En la adolescencia ocurren cambios a nivel social, afectivo, físico y cognoscitivo, se desarrollan además la capacidad de reflexionar y pensar sobre sí mismo y de aceptar una nueva imagen corporal. Gradualmente comienza a

separar lo que cree que es verdad sobre sí mismo de lo que considera erróneo y a formarse su propio concepto sobre su persona. (12)

Para el adolescente, cuanto mayor sea la aceptación que se siente, tanto en la familia como en los compañeros, mayores será su confianza en sí mismo. En este periodo, tanto el grupo familiar, la escuela, los amigos, los medios de comunicación contribuyen a moldear la autoestima, pero también se combinan otros factores, pues durante la adolescencia la autoestima tiende a debilitarse. Una buena autoestima es uno de los recursos más valiosos de que puede disponer un adolescente para desenvolverse eficazmente en su medio. (17)

Esto es porque un adolescente con buena autoestima aprende más eficazmente, desarrolla relaciones interpersonales mucho más gratas y está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presenten y ser autosuficiente, posee una mayor conciencia del rumbo que sigue. Si el adolescente termina esta etapa de su vida con una autoestima fuerte tendrá la capacidad de entrar en la vida adulta con buena parte de las bases necesarias para llevar una existencia productiva y satisfactoria. (18)

Como se ha mencionado previamente, el nivel de autoestima influye en el desarrollo y otras actitudes, como lo es el aprendizaje, un adolescente que tiene autoestima baja está poco motivado e interesado en aprender, encuentra poca satisfacción en su esfuerzo porque no confía en sus posibilidades de obtener éxito. Cuando una persona valora y tiene confianza en su capacidad para aprender, se ve motivado y puede poner mayores esfuerzos para lograr sus objetivos. (18)

También, el tener autoestima alta ayuda en la superación de dificultades. Pues esto le brinda capacidad de enfrentarse a problemas de la vida diaria y fracasos sin que estos lleguen a hundirlo ya que dispone de la suficiente confianza en que podrá superar los obstáculos, lo que lo hace a la vez, más responsable en sus decisiones y actitudes, haciéndolo capaz de tomar decisiones, lo que a su vez le otorga cierto nivel de autosuficiencia e independencia. Cuando el nivel de autoestima es bajo los adolescentes son dependientes, incapaces de tomar decisiones, no tienen la capacidad de formarse una opinión y criterio propios. (18)

El aprecio y respeto por uno mismo genera seguridad personal y facilita las relaciones con los demás sin sentimientos de inferioridad o superioridad. El adolescente que se valora y confía en sí mismo, puede explorar nuevas posibilidades, se arriesga con respuestas creativas y originales, favoreciendo así la creatividad.

Con lo descrito, el adolescente que cuenta con autoestima elevado, se siente seguro de sus posibilidades como ser independiente y como ser social confía, valora y acepta a los demás. Siendo esto el ideal para comenzar una vida adulta, ya que cuenta con las bases para fomentar relaciones sanas y con las capacidades para llegar a ser un adulto autosuficiente. (18)

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La familia según la definición de la OMS, “son los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta en un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio” (19). Por su parte, el Consenso Americano de Medicina Familiar,

dicta que la familia es “un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad”. La Familia es también la responsable de guiar a sus miembros, así como también, la responsable de la protección de cada uno de ellos, su estructura será siempre diversa, dependerá del contexto en que la familia se ubique. (20)

La familia es la más antigua de las instituciones sociales, que ha sobrevivido a pesar de las profundas transformaciones sociales que ha sufrido la humanidad y seguirá existiendo aún a pesar de las diferentes formas que hoy en día utilizan las parejas para realizar su convivencia diaria. (21)

La principal función social de la familia es la de preparar al individuo para que tenga un buen desempeño en su actuar dentro de la sociedad, moldear su carácter y personalidad de manera tal que se aproxime al que se requiere para que sus necesidades coincidan con las de su función, siendo la adolescencia una de las etapas fundamentales para este proceso. (21)

Para que esto llegue a suceder, la familia debe ser funcional; la funcionalidad familiar se refiere a la capacidad que tiene la familia como sistema, de afrontar las crisis, dicha funcionalidad se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen adecuadamente como lo son seguridad económica, afectiva, social y abarca también la salud sexual. El tener funcionalidad familiar genera una homeostasis en el sistema, ésta debe

lograrse sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares (21)

La funcionalidad familiar la integran dos grupos de funciones: las instrumentales y las afectivas o expresivas. Las primeras son todas las funciones y actividades que se deben llevar a cabo para que la vida en familia se satisfaga todas o la mayoría de las necesidades de sus integrantes.

Algunas de las funciones instrumentales son:

1. Provisión de los recursos económicos
2. Apoyo y crianza de los hijos.
3. Desarrollo de habilidades de la vida diaria
4. Control de conductas.
5. Gratificación sexual adulta. (21)

Las funciones afectivas o expresivas consisten en la expresión y comunicación de los sentimientos y emociones entre todos los integrantes de la familia, esto es importante para el adolescente en el sentido de pertenencia, para hacerlos sentir aceptados y queridos, ya que implica un tipo de recompensa. (22)

Las funciones afectivas incluyen las siguientes:

- a. Comunicación verbal: se da a mediante de los mensajes de voz o hablados.
- b. Comunicación no verbal: se refiere a aquella comunicación que se transmite a través del lenguaje corporal de las personas, el cual puede ser consciente o inconscientemente, pero que nunca deja de comunicarse.

c. Comunicación emocional: esta se expresa mediante las emociones que una familia permite expresar a cada uno de sus integrantes. (21)

Dado a lo antes comentado, queda claro que es muy importante que la familia sea funcional, pero, ¿Cómo se determina el grado de funcionalidad de una familia? Existen diversos criterios, entre los cuales la mayoría de autores coinciden en:

- Comunicación: en una familia funcional la comunicación es efectiva entre sus miembros, ésta es clara, directa, específica y congruente. Negando así la posibilidad de interpretaciones erróneas.
- Individualidad: se respeta la autonomía de los miembros de una familia funcional, además las diferencias y características individuales de cada integrante se estimulan y se aprovechan para el crecimiento del grupo familiar.
- Toma de decisiones: Se obtiene a partir de la participación de cada uno de sus miembros, tomando como objetivo resolver el problema y dejando atrás la lucha por el poder. En una familia funcional, no importa quien haya tenido o no la razón, sino que es más importante la búsqueda de la solución más apropiada para cada problema
- Reacción a los eventos críticos: la familia que cuenta con funcionalidad, tiene la característica de ser flexible para adaptarse a los cambios o crisis que llegaran a ocurrir, dando en el núcleo familiar oportunidad de persistir en equilibrio ante los distintos problemas, sin que alguno de sus miembros desarrolle síntomas a partir de éste (22).

Para el adolescente, una familia con buena funcionalidad familiar es indispensable para su buen desarrollo, ya que, como se ha explicado previamente, es una etapa donde hay cambios tanto psicológicos, como físicos y sociales, además, es cuando existe consolidación en el joven para llegar a ser un adulto independiente y útil para la sociedad.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación, se enfocó en estudiar la funcionalidad familiar y el nivel de autoestima en las adolescentes embarazadas, debido a que, es un problema en incremento a nivel mundial con altas repercusiones en la calidad de vida y nivel socioeconómico familiar.

La mortalidad materna de adolescentes entre 15 a 19 años tiene gran importancia en los países en desarrollo como lo es México, ya que esta se duplica al compararse con los de la edad de 20 a 34 años. En México, la mortalidad en las madres menores de 20 años es del 33% según últimos reportes del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Las consecuencias psicosociales y culturales del embarazo adolescente no solo se centran en problemas sociales, económicos, educacionales que son ampliamente conocidos, si no también es un problema de relación y funcionalidad familiar; teniendo como antecedente, que una familia con adecuada funcionalidad, se adapta y resuelve mejor los problemas que se presentan y que además un nivel de autoestima adecuado en la adolescente embarazada, guía una pauta hacia un embarazo y puerperio sobrellevado de manera favorable, impactando así en la calidad de vida de la adolescente, de la familia y sobre todo, del nuevo integrante. Radicando ahí la importancia de la presente investigación, ya que permitió dar a conocer la situación actual en este rubro, pudiendo así poder tomar medidas para prevenir y, en caso de presentarse, ayudar a la adolescente a llevar mejor un embarazo en esta etapa de la vida. mediante los resultados tenemos la oportunidad para realizar una intervención de forma oportuna en la población adolescente de nuestra unidad médica familiar, con la finalidad de disminuir la incidencia de embarazadas

adolescentes e identificar el nivel de funcionalidad familiar para pudiendo así elegir el nivel de intervención adecuado para el médico familiar para ayudar a recuperar la homeostasis en la familia en cuestión, beneficiando a nuestra población para que los adolescentes puedan continuar sus estudios, desarrollo personal, mejor calidad de vida, disminuir el número de complicaciones obstétricas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes en México es cada vez más frecuente. Según el último reporte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, indican que Chiapas, cuenta con la más alta tasa de fecundidad en adolescentes, con 3 hijos por mujer de 19 años.

Esto cambia el rumbo de la vida de la adolescente, no solo para el género femenino, sino que también para el varón, quien tiene que enfrentarse ahora a la responsabilidad de hacerse cargo de una nueva persona; algunos de ellos, quienes están deseosos de estudiar y realizar una licenciatura para tener un mejor nivel de vida, se ven forzados a dejar sus estudios y trabajar, en otras, es la familia quien apoya a la adolescente, haciéndose cargo del nuevo integrante, tanto de los cuidados, como en aspecto económico, dando así oportunidad de poder continuar sus planes de vida al adolescente, pero, siendo siempre un impacto económico fuerte para el núcleo familiar, generando así un tipo de crisis, ya sean normativas (etapa constitutiva, procreativa) o paranormativas (problemas con la familia de origen, incorporación de otras personas al núcleo, abandono de la escuela) rompiendo la homeostasis dentro de la familia.

La funcionalidad familiar en cada caso de embarazo adolescente es determinante para la actitud que tendrá ésta ante su situación, produciendo en muchas, autoestima baja, lo cual empeora la actitud, cuidados y calidad de vida en ella y el menor.

En la adolescencia, además, el embarazo se asocia a una desventaja escolar importante con empleos poco remunerados e insatisfactorios, representa riesgos y conflictos según la cultura y estrato sociocultural, el embarazo tendrá un impacto determinante en su relación psicosocial posterior de la adolescente, por lo que es importante disminuir la incidencia de embarazos en pacientes adolescentes. Es por ello que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la funcionalidad familiar y el nivel de autoestima en embarazadas adolescentes de la clínica 13 del IMSS?

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar el nivel de funcionalidad familiar y el nivel de autoestima en adolescentes embarazadas de la clínica 13 del IMSS

Objetivos específicos:

- Conocer la edad promedio de adolescentes embarazadas de la clínica 13 del IMSS
- Establecer el nivel de escolaridad predominante en adolescentes embarazadas de la clínica 13 del IMSS
- Conocer el estado civil de las adolescentes embarazadas de la clínica 13 del IMSS

HIPÓTESIS

- Las familias de las adolescentes embarazadas de la clínica 13 del IMSS presenta algún grado de disfunción.
- Las adolescentes embarazadas de la clínica 13 del IMSS tienen un nivel de autoestima bajo.
- La edad promedio de adolescentes embarazadas de la clínica 13 del IMSS es 19 años.
- El estado civil promedio de adolescentes embarazadas de la clínica 13 del IMSS es soltera.
- El nivel educativo promedio de adolescentes embarazadas de la clínica 13 del IMSS es secundaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO: El estudio de investigación presentado tuvo un diseño cuantitativo, transversal, observacional, analítico

LUGAR DE ESTUDIO: Consulta externa de la UMF 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

PERIODO DE ESTUDIO: 01 marzo del 2018 – 01 marzo del 2020

UNIVERSO: Adolescentes embarazadas que acudieron a consulta prenatal en la UMF 13.

TIPO DE MUESTREO: No probabilístico por conveniencia

PERIODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: 01 de agosto del 2019 al 31 de noviembre de 2019

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Embarazadas adolescentes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 13 del IMSS que desearon participar en el estudio.
- Embarazadas adolescentes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 13 del IMSS cuyos tutores firmaron consentimiento informado.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Embarazadas adolescentes que no estaban adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 13 del IMSS.

- Embarazadas adolescentes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 13 del IMSS que no desearon participar en el estudio.
 - Embarazadas adolescentes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 13 del IMSS cuyos tutores no firmaron consentimiento informado.
- **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**
 - Aquellas encuestas que se encontraron mal llenadas.

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Funcionalidad Familiar
- Autoestima

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad
- Estado Civil
- Escolaridad

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Funcionalidad familiar	Capacidad de la familia para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y crisis por las que atraviesa.	Valor obtenido mediante APGAR familiar	*Normal *Disfunción leve *Disfunción moderada *Disfunción severa	Cualitativa
Autoestima	Aprecio o consideración que uno tiene de sí mismo	Valor obtenido mediante escala de Rosemberg	*Elevada *Media *Baja	Cualitativa
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento a la actualidad	Años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento actual	Edad en años cumplida	cuantitativa
Estado civil	Condición de una persona en relación con su filiación o matrimonio que se hacen constar en el registro civil.	Condición civil de las mujeres en el momento del estudio	*soltera *casada *divorciada *unión libre	Cualitativa nominal
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Grado máximo de estudios cursados	*Primaria *secundaria *preparatoria *licenciatura no concluida	Cualitativa ordinal

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información obtenida se registró, en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 22 en español para su análisis correspondiente, empleándose estadística descriptiva: se realizaron pruebas no paramétricas y paramétricas. Los resultados se presentan en gráficas de pastel y de barras, con referencia a los objetivos del estudio y dirigidos a la comprobación o no de las hipótesis.

DESARROLLO DEL PROYECTO

El protocolo se sometió a revisión del Comité Local de Investigación número 703 y Ética en Salud número 7038 (CLIESIS) de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas con registro en el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación y folio de aceptación R-2019-703-027 en el Sistema de Registro Electrónico del Comité de Investigación (SIRELCIS).

Una vez registrado se giraron los oficios convenientes para que el director de la Unidad nos brindara las facilidades para la realización del estudio.

Se informó ampliamente y se solicitó el consentimiento informado a los tutores y asentimiento informado a las pacientes que decidieron colaborar, resaltando la importancia de su participación y que esta no tuvo ningún riesgo para su salud. A las derechohabientes participantes que cumplieron con los criterios de inclusión se les aplicó el test de APGAR familiar, así como Escala de Autoestima de Rosemberg.

Posteriormente la información recabada se sometió a análisis estadístico con referencia a objetivos del estudio, por último, se realizó discusión y reporte de resultados. Cabe destacar que el alumno cursó con capacitación específica en el área de metodología, durante su formación en pregrado y en su curso de especialización. El asesor y metodológico ha dirigido 10 tesis y se encuentra a cargo del área de Epidemiología de la Unidad de Medicina Familiar No. 25 como titular desde el año 2015.

Al realizar la presente investigación, se aplicó el consentimiento informado el cual fue firmado por el cónyuge o concubinario y, en el caso de las encuestadas solteras, se recabó el consentimiento informado de la madre o

padre del paciente, así como también la carta de asentimiento por parte de la adolescente

INSTRUMENTO

Uno de los instrumentos que se aplicaron es el APGAR FAMILIAR, con alfa de Cronbach de 0.83, el cual fue diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein. Este instrumento muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos. Estuvo conformado por un recuadro en el cual se describen 5 ítems con enunciados en los cuales se evalúan las 5 funciones básicas antes mencionadas en donde la entrevistada marca acorde a la situación que percibe en su familia, asignándose un puntaje determinado con “nunca (0), casi nunca (1), algunas veces (2), casi siempre (3) y siempre (4)”. Posteriormente la suma del total de puntaje nos orientó al nivel de disfunción presentada con: funcionalidad normal (17-20 puntos), leve (16-13 puntos), moderada (12-10 puntos) y severa (9 puntos o menos).

El segundo instrumento aplicado fue la ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG, con alfa de Cronbach de 0.87, es un cuestionario que nos permite explorar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma, entendiendo esto como autoestima. Consta de 10 ítems, 5 enunciados en forma positiva y 5 en forma negativa, a los cuales, acorde a la respuesta otorgada, las cuales se enuncian en “A=muy de acuerdo, B= de acuerdo, C= en desacuerdo, D= muy en desacuerdo” cada respuesta tiene asignado un valor,

del 1 al 4, la suma total nos traduce el nivel de autoestima que cada entrevistada tendrá, con puntajes de 30-40 puntos una autoestima elevada, 26-29 puntos nivel de autoestima media y puntaje menor de 25 puntos autoestima baja.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

El presente estudio se llevó a cabo con recursos propios del investigador y los objetivos fueron alcanzables, teniendo también el sujeto de estudio al alcance, además de que no afectó de ninguna manera las embarazadas adolescentes encuestadas. Se considera que no se utilizaron recursos económicos excesivos

RECURSOS HUMANOS:

1. un residente de medicina familiar
2. un asesor de tesis

RECURSOS MATERIALES

1. una computadora portátil
2. diez lápices
3. diez lapiceros
4. encuestas
5. hojas blancas

RECURSOS FINANCIEROS

Recursos propios del investigador

ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto de investigación se apegó a la Ley General de Salud y a las normas éticas. Se sometió a evaluación por el Comité Local de Investigación en Salud N.703 y Comité Local de Ética en Investigación en Salud N.7038 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, donde se sometió a análisis para valorar su factibilidad y realización. La información es confidencial, se protegió la privacidad de los encuestados involucrados en el estudio.

De acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México (secretaría de Salud 1986), se tomó en cuenta lo establecido en el título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. La presente investigación se considera sin riesgo de acuerdo con lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo 1, Investigación sin riesgo.

Al realizar la presente investigación, se aplicó el consentimiento informado el cual fue firmado por el cónyuge o concubinario y, en los casos en que su estado civil fue soltera, se recabó el consentimiento informado de la madre o padre del paciente así como también la carta de asentimiento por parte de la adolescente, no se vio afectada ninguna persona que desee participar en ella; ya que no se expusieron datos personales para proteger la privacidad de los participantes, no se solicitó nombre, ni número de seguridad social, ni dirección, tampoco se expuso bajo ninguna condición a algún tipo de riesgo físico, tampoco se afectaron los derechos de las encuestadas, además de que se procuró un trato amable al solicitar la participación, se brindó explicación

clara y completa de tal forma que pudiera comprenderla, sobre la justificación y objetivos de la investigación, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta, y aclaración a cualquier duda del procedimiento, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, respetando si el sujeto de estudio en cuestión no deseó participar así como se respetó la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se crearan prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento según las fracciones I, VI, VII y VIII.

Respecto al consentimiento informado, se estableció lo determinado en el Artículo 23 del mismo reglamento: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”. Además, al trabajar con población adolescente, se aplicó también carta de asentimiento, y se trabajó en estricto apego a lo estipulado en el artículo 43: “para realizar investigaciones en mujeres embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio y lactancia, en nacimientos vivo o muertos, de utilización de embriones, óbitos o fetos y para la fertilización asistida, se requiere obtener la carta de consentimiento informado de la mujer y de su cónyuge o concubinario, de acuerdo a lo estipulado en los artículos 21, 22 de este reglamento, previa información de los riesgos posibles para el embrión, feto o recién nacido según sea el caso. El consentimiento del cónyuge o concubinario solo podrá dispensarse en caso de incapacidad o imposibilidad fehaciente o manifiesta para proporcionarlo; porque el

concubinario no se haga cargo de la mujer, o bien, cuando exista riesgo inminente para la salud o la vida de la mujer, embrión, feto o recién nacido.”

Además este estudio tuvo base en los principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; “Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos” Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia (1964) y revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, (Tokio 1975) y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, (Venecia, 1983) y la 41ª Asamblea Médica Mundial (Hong Kong, 1989), 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, (octubre 1996), 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, (octubre 2000), Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, (Washington 2002), Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, (Tokio 2004), 59ª Asamblea General, (Seúl, Corea, octubre 2008), 64ª Asamblea General, (Fortaleza, Brasil, octubre 2013). En mencionada Declaración se hace mención de los siguientes principios:

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.
2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres Declaración de Helsinki de la AMM - Principios

éticos para las investigaciones médicas en seres humanos a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

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

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.

13. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido

adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Todos los grupos y personas deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Con el objeto de evitar repeticiones, surgió la necesidad de facilitar la aceptación de datos surgidos de los ensayos clínicos, aunque fueran realizados en diferentes países. En la actualidad mediante la Conferencia Internacional de Armonización (ICH), la Comunidad Europea, los EEUU y Japón (y entre otros en carácter de observadores, Canadá y la Organización Mundial de la Salud), han producido guías que unifican criterios sobre diferentes temas relativos a medicamentos. En el marco de la Conferencia Internacional de Armonización surgieron las Guías de Buenas Prácticas Clínicas, que definen una serie de pautas a través de las cuales los estudios clínicos puedan ser diseñados, implementados, finalizados, auditados, analizados e informados para asegurar su confiabilidad. Esta investigación se basará en las buenas prácticas clínicas.

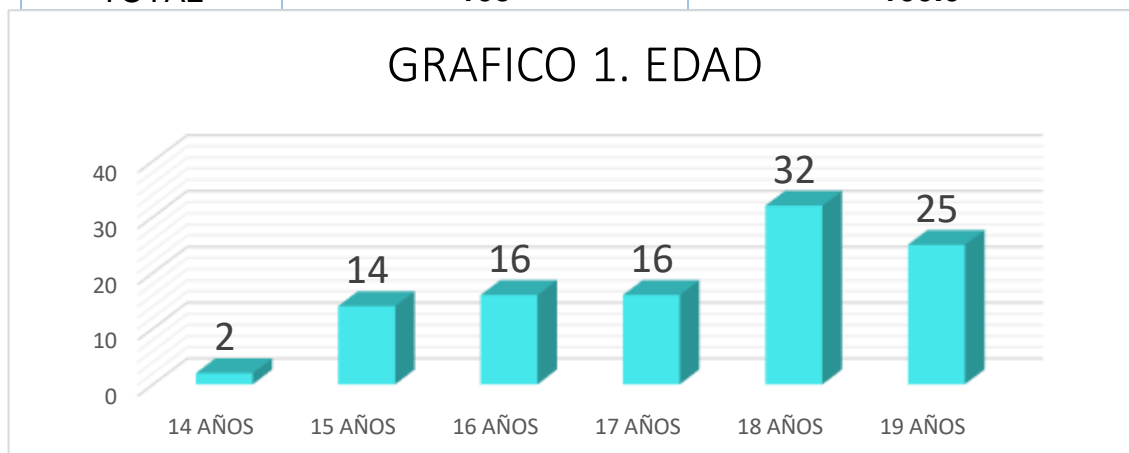
RESULTADOS

Se realizaron 105 encuestas a pacientes embarazadas adolescentes que acudieron a UMF 13, obteniendo los siguientes resultados:

EDAD:

La mayor parte de la población en la que se realizó nuestro estudio se encuentra en la edad de 18 años que corresponde a 32 pacientes siendo el 30.5 %, y las de menor edad son 2 pacientes de 14 años que corresponde al 1.9% de la población total. (Tabla 1, Grafico 1)

TABLA 1. EDAD		
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14	2	1.9
15	14	13.3
16	16	15.2
17	16	15.2
18	32	30.5
19	25	23.8
TOTAL	105	100.0

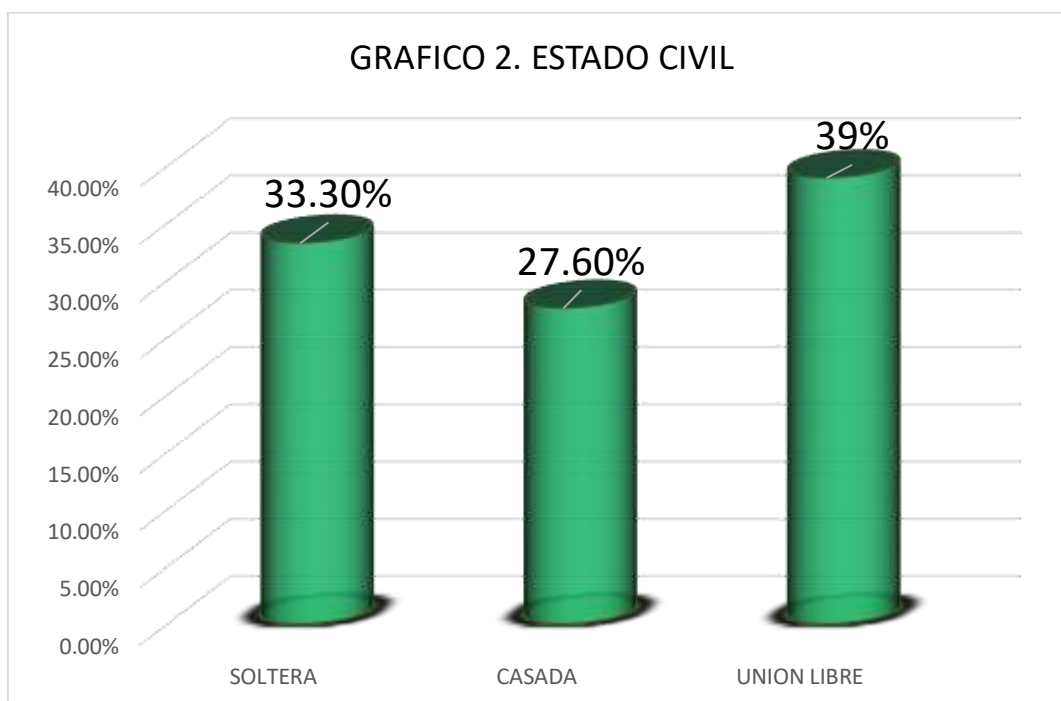


FUENTE: ENCUESTA "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA CLINICA 13 DEL IMSS"

ESTADO CIVIL

Del total de pacientes encuestadas el estado civil unión libre fue el más frecuente obteniendo un 39% que corresponde a 41 pacientes, y el estado civil menos frecuente entre las encuestadas fue casada obteniéndose 29 pacientes que corresponde al 27.6% del total. (TABLA 2, GRAFICA 2)

TABLA 2. ESTADO CIVIL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	35	33.4
CASADA	29	27.6
UNION LIBRE	41	39.0
Total	105	100.0

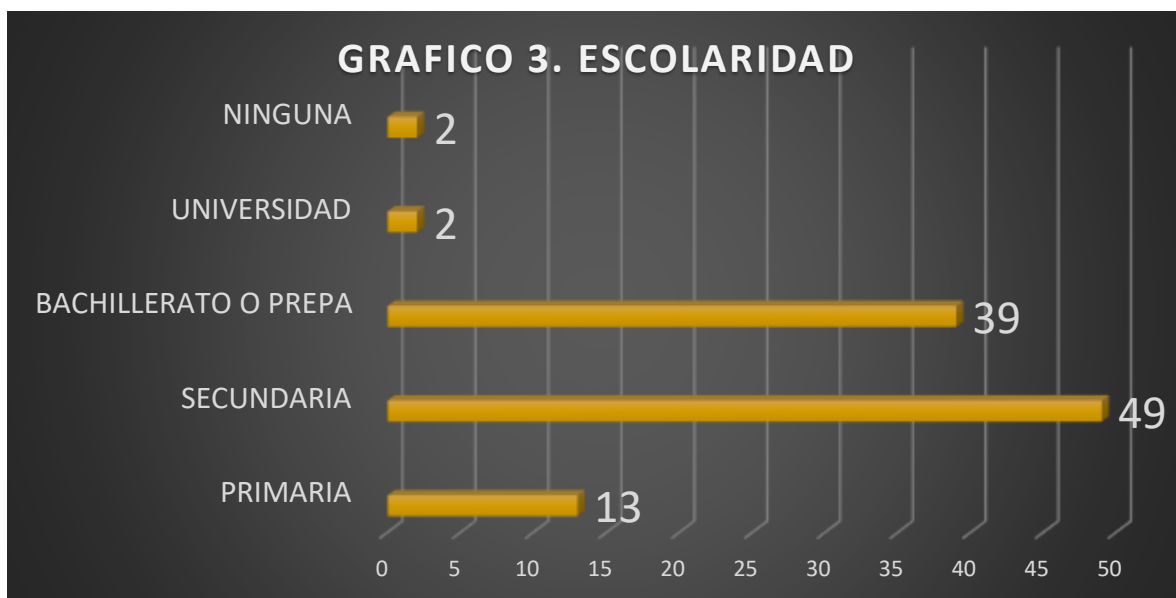


Fuente: Encuesta "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA CLINICA 13 DEL IMSS

ESCOLARIDAD

En cuanto a los resultados de escolaridad el más frecuente que se encontró fue el nivel de secundaria con un 46.7% que corresponde a 49 pacientes y como último lugar el nivel superior y analfabetismo ambos con un porcentaje de 1.9%, que corresponde cada uno a 2 pacientes del total de población encuestada. (Tabla 3, Grafico 3)

TABLA 3. ESCOLARIDAD		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	13	12.4
SECUNDARIA	49	46.7
BACHILLERATO O PREPA	39	37.1
UNIVERSIDAD	2	1.9
NINGUNA	2	1.9
Total	105	100.0



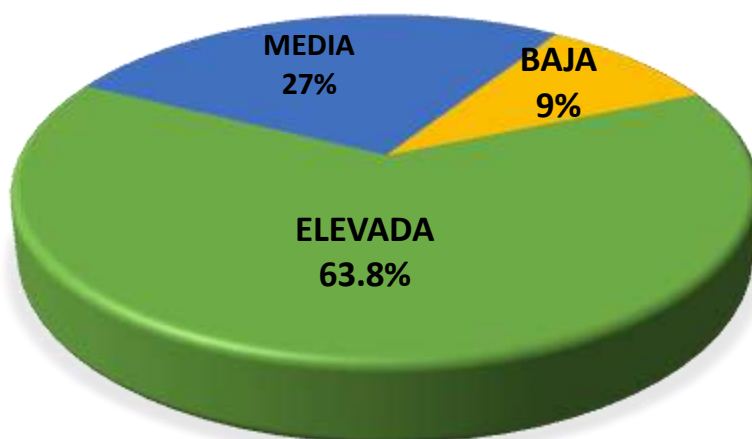
Fuente: Encuesta "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA CLINICA 13 DEL IMSS"

NIVEL DE AUTOESTIMA

El nivel de autoestima de las encuestadas fue predominantemente elevada con 63.8% correspondiente a 67 pacientes del total de encuestadas, en tanto que el nivel de autoestima bajo fue menos frecuente en las encuestadas con un total de 9.5% pacientes que corresponde a 10 de la población total. (TABLA 4, GRAFICA 4)

TABLA 4. NIVEL DE AUTOESTIMA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ELEVADA	67	63.8
MEDIA	28	26.7
BAJA	10	9.5
TOTAL	105	100

GRAFICO 4. NIVEL DE AUTOESTIMA

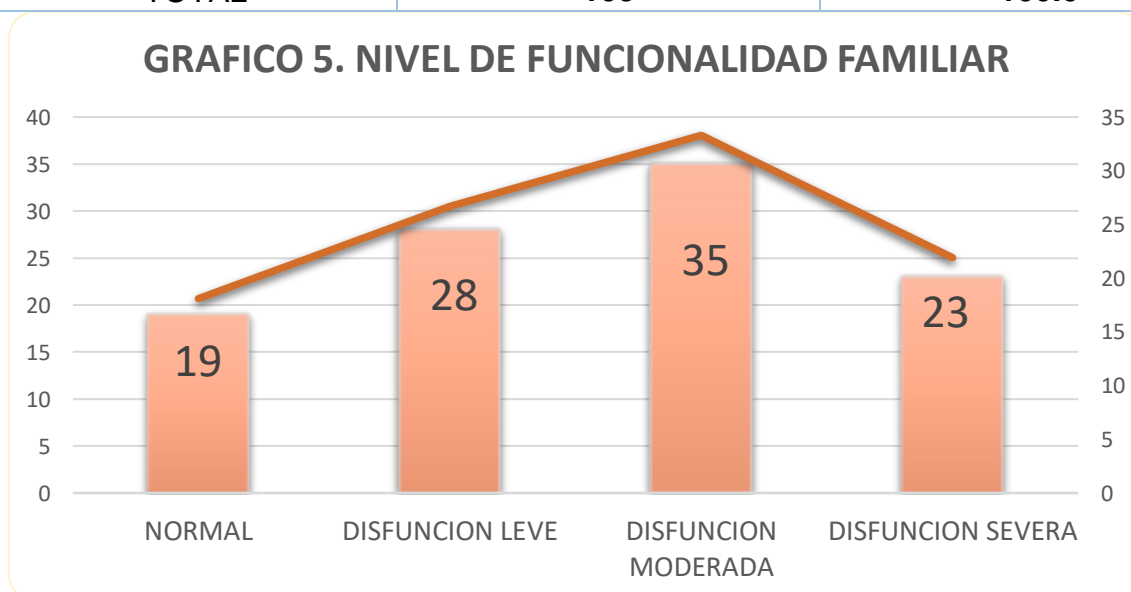


FUENTE: ENCUESTA "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA CLINICA 13 DEL IMSS"

NIVEL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Del total de las encuestadas el 81.9% presentó algún grado de disfunción familiar. El nivel presentado en mayor frecuencia corresponde a disfunción moderada, con 35 pacientes que corresponde a 33.3% del total de encuestadas, en tanto que el menor porcentaje observado corresponde a funcionalidad familiar normal, con solo 19 pacientes que corresponde a 18.1% del total. (Tabla 5, Grafico 5)

TABLA 5. NIVEL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	19	18.1
DISFUNCION LEVE	28	26.7
DISFUNCION MODERADA	35	33.3
DISFUNCION SEVERA	23	21.9
TOTAL	105	100.0



FUENTE: ENCUESTA "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA CLINICA 13 DEL IMSS"

ANÁLISIS BIVARIADO

Al buscar si existe asociación entre la variable Funcionalidad familiar y la variable nivel de autoestima se encontró que de las pacientes que presentan algún grado de disfunción en su mayoría presentan autoestima elevada y se puede observar que presenta una P de 0.235 lo cual no es significativo para la población estudiada por lo que no existe significancia estadística ni relación entre estas variables.

CORRELACION DE VARIABLES		
	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	
	χ^2	<i>p</i>
AUTOESTIMA	11.97	.235

NIVEL DE AUTOESTIMA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR						
	DISFUNCION LEVE		DISFUNCION MODERADA		DISFUNCION SEVERA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUTOESTIMA ELEVADA	17	60.7%	20	57.1%	13	56.6%
AUTOESTIMA MEDIA	8	28.6%	13	37.1%	5	21.7%
AUTOESTIMA BAJA	3	10.7%	2	5.7%	5	21.7%

FUENTE: ENCUESTA "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA CLINICA 13 DEL IMSS"

Al correlacionar las variables Edad y Funcionalidad Familiar se encontró que dentro de las pacientes que presentaron algún grado de disfunción familiar, en su mayoría tienen edad de 18 años y disfunción leve, en tanto que las que presentan disfunción familiar severa, son de menor edad, predominantemente 15 años, sin embargo al cruzar las variables se obtiene P de .213 lo cual no es significativo para la población estudiada por lo que no existe significancia estadística ni relación entre estas variables

EDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR						
	DISFUNCION LEVE		DISFUNCION MODERADA		DISFUNCION SEVERA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14 AÑOS	0	0	1	1.0%	1	1.0
15 AÑOS	3	2.9%	3	2.9%	5	4.8%
16 AÑOS	5	4.8%	2	1.9%	4	3.8%
17 AÑOS	2	1.9%	9	8.6%	2	1.9%
18 AÑOS	13	12.4%	9	8.6%	4	3.8%
19 AÑOS	5	4.8%	11	10.5%	7	6.7%

CORRELACION DE VARIABLES		
	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	
	χ^2	<i>p</i>
EDAD	19.011 ^a	.213

FUENTE: ENCUESTA "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA CLINICA 13 DEL IMSS"

Al buscar relación entre las variables Estado civil y Funcionalidad Familiar se encontró que las pacientes que se encuentran en unión libre presentan con mayor frecuencia disfunción familiar moderada, en tanto que las que presentan disfunción familiar severa, son de predominantemente solteras, al correlacionar estas variables se obtiene P de .244 lo cual no es significativo para la población estudiada por lo que no existe significancia estadística ni relación entre estas variables

ESTADO CIVIL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR						
	DISFUNCION LEVE		DISFUNCION MODERADA		DISFUNCION SEVERA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	7	6.7%	19	8.6%	10	9.5%
UNION LIBRE	13	12.4%	16	15.2%	9	8.6%
CASADA	8	7.6%	10	9.5%	4	3.8%

CORRELACION DE VARIABLES		
	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	
	χ^2	<i>p</i>
	ESTADO CIVIL	7.924

FUENTE: ENCUESTA "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA CLINICA 13 DEL IMSS"

Al buscar relación entre las variables Escolaridad y Funcionalidad Familiar se encontró que las pacientes que tienen escolaridad secundaria presentan mayor frecuencia de disfunción familiar moderada y severa, al correlacionar estas variables se obtiene P de .594 lo cual no es significativo para la población estudiada por lo que no existe significancia estadística ni relación entre estas variables

ESCOLARIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR						
	DISFUNCION LEVE		DISFUNCION MODERADA		DISFUNCION SEVERA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	2	1.9%	5	4.8%	4	3.8%
SECUNDARIA	11	10.5%	16	15.2%	12	11.4%
PREPARATORIA	13	12.4%	13	12.4%	6	5.7%
LICENCIATURA NO CONCLUIDA	0	0.0%	1	1.0%	1	1.0%

CORRELACION DE VARIABLES		
	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	
	χ^2	<i>p</i>
ESTADO CIVIL	10.3	.594

FUENTE: ENCUESTA "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA CLINICA 13 DEL IMSS"

DISCUSION

La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años y se trata de una de las etapas de transición más importantes de la vida en el ser humano.

Este estudio representa la descripción de 105 pacientes que cursan con un embarazo en edad adolescente, habiéndose estudiado el nivel de funcionalidad familiar y el nivel de autoestima de las mismas, así como la edad, estado civil y escolaridad con mayor incidencia.

A partir de los hallazgos encontrados, se afirma que las adolescentes embarazadas encuestadas presentan en su mayoría algún grado de disfunción familiar, pues se encontró, solamente el 18.1% presentó funcionalidad familiar normal, 26.7% disfunción leve, 33.3% moderada y 21.9% disfunción severa, esto traduce que del total de las encuestadas, el 81% presentó algún grado de disfunción familiar, contrario a lo encontrado por el Dr. Domínguez Ventura en 2014 ⁽²³⁾ quien trabajó con el mismo grupo etario que en ese año presentaba un embarazo en la UMF 13; quien refiere en su investigación que solamente el 23.8% de sus encuestadas presentaba algún grado de disfunción familiar. Observando un notable incremento no solo de prevalencia. Si no que, además, del nivel de disfunción familiar predominante en la presente investigación que fue moderado en tanto que en la investigación del Dr. Ventura el nivel predominante fue disfunción leve.

Los resultados de la presente investigación guardan relación con los resultados en cuanto a nivel de funcionalidad familiar se refiere con lo reportado por Zambrano- Vera ⁽²⁴⁾; estas autoras expresan que en su población de estudio las adolescentes embarazadas presentaron un sistema familiar disfuncional en un 54%, que, si bien es más bajo que el presentado en nuestra población estudiada, es igualmente el predominante.

Acorde a nuestros resultados el nivel de autoestima con mayor incidencia encontrado fue el elevado con un 63.3%; estos resultados, guardan relación a la publicación de Gutiérrez-Calderón ⁽²⁵⁾, quienes expresan en sus resultados 68% con nivel de autoestima elevado, concordante también a lo que refiere Ramos Rangel ⁽²⁶⁾ en 2016 en la que estudió nivel de autoestima en adolescentes durante el embarazo en donde sus resultados reportan niveles altos, este autor, expresa también que el nivel de autoestima va en decremento conforme se resuelve el embarazo de la adolescente.

La edad promedio de nuestras adolescentes encuestadas fue de 18 años, siendo una edad menor a la reportada con mayor frecuencia en la investigación realizada en 2014 en la misma sede con las embarazadas adolescentes registradas en ese entonces, ya que Ventura expresa que la edad predominante fue de 19 años; además de que cabe destacar también, que la población registrada en ese entonces fue mayor con 260 mujeres, casi el doble de la que actualmente se encuentra registrada, lo que habla de una disminución en la frecuencia de la presencia de embarazos en mujeres adolescentes. La edad con mayor frecuencia encontrada en nuestra

investigación, tampoco concuerda con la estadística nacional de 17 años referido en el último comunicado de prensa al respecto en 2019 por INEGI ⁽²⁷⁾.

En nuestra población estudiada el estado civil más representativo es unión libre, en un 39%, concordante a los valores reportados en estadísticas a nivel nacional por INEGI que refiere que el 50.3% de embarazadas adolescentes se encuentran en unión libre, contraria a nuestra hipótesis y a lo que reporta Ventura, quien expresa que el estado civil predominante en su investigación fue casada con un 56.6%, en tanto que las adolescentes casadas en la actualidad son la que representa la minoría de nuestras encuestadas con 27.6%.

En el análisis bivariado, no se encontró relación significativa entre funcionalidad familiar y nivel de autoestima, por lo que se descarta que el nivel de disfunción en la familia tenga impacto en la autoestima de las adolescentes encuestadas. Así como tampoco se encontró significancia en la relación con nivel de funcionalidad familiar con el nivel educativo, el estado civil o la edad presentada en nuestras pacientes encuestadas.

Aunque en esta investigación no se encontraron relaciones significativas entre las variables dependientes y las independientes, si se demuestra que en la población estudiada existe un nivel de disfunción familiar que conforme investigaciones previas, ha presentado incremento en la frecuencia y nivel de disfunción familiar.

Como médicos familiares está en nuestra formación el entendimiento de la importancia de la buena función de la familia, al considerar el hecho de que

una familia con un funcionamiento adecuado, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas. Así como también que una familia disfuncional, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros.

Una de las limitantes con las que el médico familiar se enfrenta día a día es el tiempo limitado para otorgar la consulta, por lo que el ahondamiento en la función familiar de los pacientes es, en la mayoría de veces, imposible de lograr en poco tiempo en tan solo una consulta, lo que deriva en dar prioridad a la atención del padecimiento actual, lo que puede actuar como factor condicionante para el incremento observado en la presencia de disfunción familiar en las adolescentes embarazadas.

CONCLUSIÓN

Los resultados son los siguientes:

- Del 100 % de la población encuestada 81.9 % tienen algún grado de disfunción familiar, siendo predominantemente disfunción moderada con 33.3%
- Del 100% de las encuestadas 63.8% presentan autoestima elevada.
- El nivel de autoestima no tiene correlación con el nivel de disfunción familiar presentada en la población encuestada.
- De la población encuestada 30.5% tienen 18 años, se encuentran en unión libre en 39% con escolaridad secundaria en 46.7%
- La presencia de disfunción familiar no tiene correlación con la edad, escolaridad ni estado civil de las encuestadas.

Se concluye que el nivel de autoestima no juega un papel importante en nuestra población para presentar disfunción familiar, así como tampoco la edad, escolaridad o estado civil, sin embargo, una gran parte de las embarazadas adolescentes presenta disfunción familiar moderada.

El conocer el nivel de autoestima y nivel de funcionalidad familiar que presentan las pacientes, nos ayuda a entender el panorama en el que se encuentran las adolescentes embarazadas que acuden a la UMF 13 coadyuvando a un mejor estado de salud y mejora en la calidad de vida, así mismo entender la relación de las pacientes con su familia y el impacto que esto trae a su autoestima.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal de salud, insistir en medidas de prevención para prevenir el embarazo en adolescentes.
- Identificar las redes de apoyo de las embarazadas adolescentes.
- Concientizar a los familiares en que debe apoyarse a la adolescente embarazada en todo momento, tratando que continúe con su preparación académica para tener acceso a opciones de trabajo bien remunerado.
- Reforzar acciones en educación en salud en la UMF, para evitar segundos y hasta terceros embarazos en la adolescencia, garantizando el acceso a los métodos anticonceptivos
- Fomentar el vínculo estrecho de comunicación entre los padres y los adolescentes

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	2018					2019					2020		
	Mar	Abr	May	Jun-Ago	Sep-Dic	Ene-Feb	Marzo- Abril	Mayo-Jun	Julio	Agosto-Nov	diciembre	Ene-Feb	Mar
Delimitación del tema													
Planteamiento del problema													
Recuperación, revisión y selección de bibliografía													
Elaboración del protocolo													
Presentación y revisión por el comité de investigación													
Recolección y tabulación de datos													
Análisis estadístico y resultados													
Elaboración de reporte final													
Presentación final													
Otras actividades (difusión y/o publicación)													

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2014). La anticoncepción: implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014: ENADID: versión actualizada / Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, c2017.
- 2.- Real Academia Española. DEFINICIÓN ADOLESCENCIA. Actualización 2017. [INTERNET]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=0nrQ4BH>. Consultado marzo 2018
- 3.- Organización Mundial de la Salud. DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA. Febrero 2018. [INTERNET] Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/. Consultado mayo 2018
- 4.- United Nations International Children's Emergency Fund. ADOLESCENCIA TEMPRANA Y TARDÍA. 2016. (INTERNET) Consultado marzo 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>.
- 5.- Organización Panamericana de la Salud. GUÍA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. 2016 [INTERNET]. Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala&Itemid=518. Consultado en mayo 2018
- 6.- Ministerio de Salud Pública de Paraguay. ADOLESCENCIA MANUAL CLÍNICO, MANEJO INTEGRAL DE ADOLESCENTES CON ENFOQUE DE DERECHOS. Octubre 2015, [INTERNET] Disponible en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=384-manual-clinico-de-la-adolescencia&Itemid=253. Consultado en mayo 2018.
- 7.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía y Secretaría del Trabajo y Previsión Social (INEGI-STPS). ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA JUVENTUD, 2017. Primer trimestre Consulta interactiva de datos. México, INEGI, consultado mayo 2018.

8. - United Nations International Children's Emergency Fund. LA ADOLESCENCIA.2017. (INTERNET) Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm. Consultado mayo 2018.
- 9.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía y Secretaría del Trabajo y Previsión Social (INEGI-STPS). "ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL... 14 DE FEBRERO, MATRIMONIOS Y DIVORCIOS EN MÉXICO DATOS NACIONALES". (INTERNET) Primer trimestre Consulta interactiva de datos. México, INEGI, 2017.
- 10.- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Embarazo en la adolescencia.2016. (INTERNET) Recuperado en mayo de 2018, disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/.
- 11.- Organización Mundial de la Salud [OMS]. Boletín de prensa. Embarazo en la adolescencia, datos y cifras. 2016. Recuperado el mayo de 2018, de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- 12.- Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f.). Desarrollo en la adolescencia. 2015. Recuperado en mayo 2018, disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- 13.- Yago Simón, T; Tomás Aznar C; Variables Sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. Rev Esp Salud Pública 2014; 88:395-406. N. 03 Mayo-Junio 2014. Recuperado en mayo 2018, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000300009.
- 14.- Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012. México, IMJUVE-IIJ, UNAM, 2012. Área de Investigación Aplicada y Opinión. Encuesta nacional en vivienda de 5000 casos. [INTERNET] disponible en: http://www.imjuventud.gob.mx/pagina.php?pag_id=1066
- 15.-Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Boletín de prensa. ESTADÍSTICAS. 2016 Recuperado el mayo de 2018, de: <http://www.oecd.org/centrodemexico/estadisticas/>.

- 16.- Real Academia Española. DEFINICIÓN AUTOESTIMA. Actualización 2017. [INTERNET]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=0nrQ4BH>. Consultado marzo 2018
- 17.- Hernández Encinas M.A. AUTOESTIMA EN EL ADOLESCENTE, Revista familia y salud, AEPAP [INTERNET] 12-02-2013 [Consultado en junio 2018]. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/salud-joven/mi-mente/autoestima-en-el-adolescente>
- 18.- ARENAS QUIROZ D. AUTOESTIMA EN JÓVENES Fortalecer la autoestima en los jóvenes del 2do “A” de la Escuela Secundaria General “Gabino Barreda”; Cuautla, Morelos. [Internet]. 18-05-13 [Consultado en junio 2018] Disponible en: http://upnmorelos.edu.mx/2013/documentos_descarga_2013/ponencias_quinto_encuentro_LIE/P14_1.pdf.
- 19.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud del adolescente-Familias. 2017. Recuperado en junio 2017, [INTERNET] disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/. Consultado en junio 2018
- 20.- Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud, Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Archivos en Medicina Familiar, vol 7, 2005, consultado en junio 2018.
- 21.- Ricardo, A. (2013). *MEDICINA FAMILIAR*. 2nd ed. MÉXICO D.F. CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI: AFILL, pp.60-75.
- 22.- IRIGOYEN CORIA, E. (2015). *NUEVOS FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR*. 6th ed. MÉXICO D.F.: MFM Editorial.
- 23.- Dominguez Ventura M. Funcionalidad familiar en adolescente embarazada que acude a control prenatal en el servicio de consulta externa en la umf 13. Tuxtla gutierrez chiapas [especialista]. Benemerita universidad autonoma de puebla; 2014.
- 24.- Zambrano Plata GE, Vera Leon SF, Florez Ortega LY. Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. Revista de ciencia y cuidado [internet]. 2012 [citado 17 enero 2020];vol 9 no 2(issn 17949831):paginas 9–16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4114484>.

- 25.- Gutiérrez Saldaña. P, Camacho Calderón N, Martínez Martínez M. Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. *ELSERVIER* [Internet].2015. [consultado 17 de enero 2020]; Volumen 39, paginas 597-603. Disponible en: <https://doi.org/10.1157/13112196>
- 26.- Ramos Rangel Y, Borges Caballero D. Autoestima global y autoestima materna en madres adolescentes. *REVISTA CUBANA DE MEDICINA INTEGRAL* [Internet]. 2016 [citado 19 enero 2020];32(4):ISSN 1561-. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/236/103>
- 27.- 1. ESTADISTICAS A PROPOSITO DEL DIA DEL NIÑO (30 DE ABRIL) DATOS NACIONALES. [Internet]. 2019;. Disponible en: https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fwww.inegi.org.mx%2Fcontenidos%2Fsaladeprensa%2Faproposito%2F2019%2Fnino2019_Nal.pdf



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

**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (padres o representantes legales de
niños o personas con discapacidad)**

Nombre del estudio:	Funcionalidad familiar y nivel de autoestima en adolescentes embarazadas de la UMF 13
Patrocinador externo (si aplica)*:	No aplica
Lugar y fecha:	Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Número de registro institucional:	R-2019-703-026
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer el nivel de autoestima y el nivel de funcionalidad familiar en las embarazadas adolescentes que acuden a la UMF 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Procedimientos:	Aplicación del instrumento APGAR y ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocimiento acerca del nivel de autoestima en las pacientes adolescentes embarazadas
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se difundirán en la UMF 13 de Tuxtla Gutiérrez.
Participación o retiro:	Las dudas surgidas han sido aclaradas, mi participación en el estudio es de manera voluntaria, soy libre de continuar, no formar parte o retirarme en cualquier momento si esto afecta la atención médica
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que se recopilen en esta encuesta son confidenciales, utilizados solamente para el investigador.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador

Responsable:

DRA. ARELY IVETTE SÁNCHEZ TREJO

Colaboradores:

DRA. ROCÍO ALEJANDRA MARTÍNEZ CRUZ

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx
Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: iris.contreras@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

DRA. ARELY IVETTE SÁNCHEZ TREJO
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-014



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

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UMF 13

Número de registro institucional R-2019-703-026

Objetivo del estudio y procedimientos: Conocer el nivel de autoestima y el nivel de funcionalidad familiar en las embarazadas adolescentes que acuden a la UMF 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas mediante llenado de encuestas con escala de APGAR familiar y Autoestima de Rosemberg como instrumentos.

Hola, mi nombre es Arely Ivette Sánchez Trejo, trabajo bajo asesoría De Dra. Rocío Alejandra Martínez Cruz y Trabajo En El Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de funcionalidad familiar y el nivel de autoestima en adolescentes embarazadas de la UMF 13 y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en aplicación de cuestionario.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: Investigadores: Dra. Arely Ivette Sánchez Trejo, Dra. Rocío Alejandra Martínez Cruz

Fecha: _____



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(TUTOR)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Funcionalidad familiar y nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la UMF 13 de Tuxtla Gutiérrez
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS
Número de registro:	R-2019-703-026
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer el nivel de funcionalidad familiar y nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la UMF 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Procedimientos:	Aplicación de los instrumentos APGAR Familiar y Escala de autoestima de Rosemberg
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocimiento acerca del nivel de autoestima en las pacientes adolescentes embarazadas
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se difundirán en la UMF 13 de Tuxtla Gutiérrez.
Participación o retiro:	Las dudas surgidas han sido aclaradas, mi participación en el estudio es de manera voluntaria, soy libre de continuar, no formar parte o retirarme en cualquier momento si esto afecta la atención médica
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que se recopilen en esta encuesta son confidenciales, utilizados solamente para el investigador.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

Conocimiento el nivel de funcionalidad familiar y nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la UMF 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Arely Ivette Sánchez Trejo

Colaboradores:

Dra. Rocío Alejandra Martínez Cruz

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

Nombre y firma del sujeto

Dra. Arely Ivette Sánchez Trejo
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(CÓNYUGE)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Funcionalidad familiar y nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la UMF 13 de Tuxtla Gutiérrez
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS
Número de registro:	R-2019-703-026
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer el nivel de funcionalidad familiar y nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la UMF 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Procedimientos:	Aplicación de los instrumentos APGAR Familiar y Escala de autoestima de Rosenberg
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocimiento acerca del nivel de autoestima en las pacientes adolescentes embarazadas
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se difundirán en la UMF 13 de Tuxtla Gutiérrez.
Participación o retiro:	Las dudas surgidas han sido aclaradas, mi participación en el estudio es de manera voluntaria, soy libre de continuar, no formar parte o retirarme en cualquier momento si esto afecta la atención médica
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que se recopilen en esta encuesta son confidenciales, utilizados solamente para el investigador.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

Conocimiento el nivel de funcionalidad familiar y nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la UMF 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Arely Ivette Sánchez Trejo

Colaboradores:

Dra. Rocío Alejandra Martínez Cruz

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

Nombre y firma del sujeto

Dra. Arely Ivette Sánchez Trejo

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

INSTRUMENTO:

APGAR FAMILIAR Y ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 13
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

Buen día, agradezco de antemano su atención, en este documento le presento un instrumento de evaluación con el fin de valorar la funcionalidad y el nivel de autoestima promedio de las adolescentes embarazadas que acuden a control prenatal a esta UMF 13. Para su seguridad y tranquilidad, esta encuesta es confidencial, sin fines de lucro, en caso de estar de acuerdo por favor responda la siguiente encuesta.

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____

MARCA CON UNA "X" LA SITUACIÓN QUE MAS SE ADECÚA A LO QUE PIENSAS RESPECTO A TU FAMILIA.

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como tristeza, amor, etc.					
Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios de la casa, c) el dinero					
PUNTAJE PARCIAL					
PUNTAJE TOTAL					

MARCA CON UNA "X" LA SITUACIÓN QUE MAS SE ADECÚA A LO QUE PIENSAS RESPECTO A TU PERSONA

A	MUY DE ACUERDO
B	DE ACUERDO
C	EN DESACUERDO
D	MUY EN DESACUERDO

	A	B	C	D
1.- Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2.- estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3.- soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4.- tengo actitud positiva hacia mí misma				
5.- en general estoy satisfecha de mi misma				
6.- siento que no tengo mucho de lo que deba estar orgullosa				
7.- en general, me inclino a pensar que soy una fracasada				
8.- me gustaría poder sentir más respeto por mí misma				
9.- hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10.- hay veces que no soy buena persona				