



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11.
TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ CHIAPAS**



TITULO

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CONTROL
PRENATAL EN LA UMF 11 DEL IMSS, TAPACHULA, CHIAPAS**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. REYNEL PINEDA VALDIVIESO

FEBRERO 2020



BUAP

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11.
TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ CHIAPAS**



TITULO

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CONTROL
PRENATAL EN LA UMF 11 DEL IMSS, TAPACHULA, CHIAPAS**

**TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. REYNEL PINEDA VALDIVIESO

DIRECTOR

DR. GUSTAVO ALONSO CHANG ESPINOSA

FEBRERO 2020



BUAP

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11.
TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ CHIAPAS**

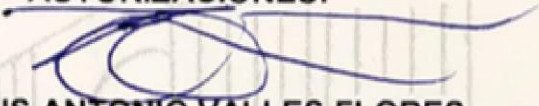


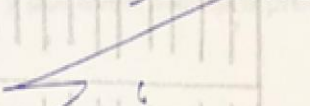
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

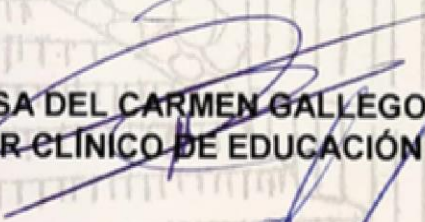
TITULO

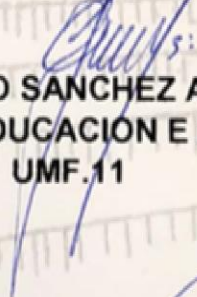
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CONTROL
PRENATAL EN LA UMF 11 DEL IMSS, TAPACHULA, CHIAPAS**

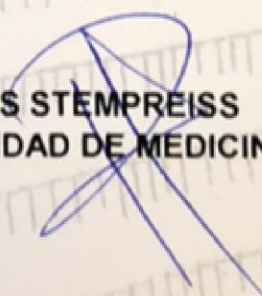
AUTORIZACIONES:


**DR. LUIS ANTONIO VALLES FLORES
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL.**


**DR. HECTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN
COORDINADOR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.**


**DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS SANDOVAL
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN EN SALUD HGZ 11**


**DR PEDRO SANCHEZ AYALA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF.11**


**DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPREISS
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
UMF. 11**

COORDINACIÓN
DELEGACIONAL DE
INVESTIGACIÓN
EN SALUD
CHIAPAS



COORDINACIÓN CLÍNICA
DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGZ C/MF 1



UNIDAD DE ATENCIÓN
MÉDICA UMF 11
TAPACHULA CHIAPAS

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres: Mauro y Virginia.

Por haberme forjado como soy en la actualidad, la mayoría de mis logros se los debo a ustedes, incluyendo este, gracias por el apoyo en todo momento y motivación constante para alcanzar mis anhelos.

A mi esposa María Teresa:

Por ayudarme en este nuevo logro que parecía difícil e interminable, por tu apoyo, comprensión, bondad, cariño y amor, pero por sobre todo tu sacrificio...gracias.

A mis hijos Dasha Aileen y Fabrizio: por ser mi fuente de inspiración y motivación en el día a día para un mejor futuro.

A mis hermanos:

Por el apoyo que me brindaron, el amor inmenso y por estar siempre presentes.

ÍNDICE

RESUMEN	6
MARCO TEÓRICO	8
JUSTIFICACIÓN	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
OBJETIVOS	21
HIPOTESIS	22
MATERIAL Y MÉTODOS	23
- CRITERIOS DE SELECCIÓN	25
- VARIABLES DEL ESTUDIO	25
- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	27
- PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO	29
ASPECTOS ÉTICOS	30
RESULTADOS	31
DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	47
- CRONOGRAMA	47
- INSTRUMENTO	48
- CONSENTIMIENTO INFORMADO	49

RESUMEN

Funcionalidad Familiar en el embarazo adolescente en control prenatal en la UMF 11 del IMSS, Tapachula, Chiapas.

Investigador principal e investigador asesor:

Dr. Reynel Pineda Valdivieso Médico Residente De Medicina Familiar. Adscripción médica: UMF 11 Tapachula, Chiapas. Matricula: 98075096.

Dr. Gustavo Alonso Chang Espinosa, Especialista En Medicina Familiar. Adscripción médica: UMF 11 Tapachula, Chiapas. Matricula:

Marco teórico: El control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia, como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica; dicho periodo se extiende desde los 10 hasta los 19 años. En México, en 2009 según el Instituto Nacional de las Mujeres, 12.4% de las mujeres entre 15 y 19 años había estado embarazada. Más de 1,400 mujeres y niñas mueren cada día por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. En esta lógica se trata de estudiar la dinámica y funcionalidad familiar, con la idea de encontrar allí argumentos que permitan entender de una mejor manera el embarazo adolescente, puesto que se trata de una situación de grandes dimensiones que como problema de salud pública afecta no solo a la adolescente, sino también a su familia y a la sociedad en general.

Objetivo: Determinar el grado de la Funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes en control prenatal de la UMF 11 del IMSS, Tapachula, Chiapas. De enero a junio del 2019.

Material y métodos:

Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo de pacientes adolescentes embarazadas adscritas a la UMF11, de Tapachula Chiapas, que acudieron al programa de control prenatal en consulta externa en la UMF 11 durante el periodo de enero a junio 2019. Se seleccionaron 61 pacientes por conveniencia, obtenidas mediante un censo nominal del mes de enero del 2019 que consta de 109 adolescentes embarazadas de la consulta externa de medicina familiar de la UMF 11, de ambos turnos aplicando el cuestionario de FF-SIL.

Resultados: La edad media fue de 15.69 ± 1.55 años, predominó el estado civil de soltera (77%), la escolaridad de secundaria (54.1%), la ocupación de estudiante (70.5%), la edad de inicio de vida sexual activa media fue de 14.08 ± 1.64 años. La funcionalidad familiar fue

“Disfuncional” en el 44.3%, la disfunción familiar se asoció estadísticamente con el estado civil de soltera, escolaridad de primaria, y la ocupación de estudiante.

Conclusiones: La funcionalidad familiar de las pacientes embarazadas es inadecuada.

Palabras clave: Funcionalidad Familiar, embarazo, adolescentes.

MARCO TEÓRICO

El control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna constituyéndose en un importante problema de salud pública para el país.

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor.

Su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigmomanómetro, basculas con estadímetro, cinta métrica, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carnet prenatal) y equipo humano de salud capacitado.

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño a la madre, el feto o ambos.

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbilidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas. (1)

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia, como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica; dicho período se extiende desde los 10 hasta los 19 años. En contraste, los encabezados de temas médicos (MeSH) la definen de los 13 a los 18 años (2)

El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud pública en América Latina y el resto del mundo. La evolución de la gestación en la adolescencia

continúa siendo un problema importante para los profesionales de la salud, ya que el embarazo en este período tiene importantes consecuencias sociales y de salud sobre la madre adolescente y su hijo, y una mayor incidencia de complicaciones médicas en comparación con las gestantes adultas. Estas complicaciones son más graves en adolescentes de menor edad (menos de 17 años), y aún más graves en las adolescentes menores de 15. (3)

México, con una gran población joven, no ha logrado reducir la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes, a menos de 70 nacimientos por 1,000. Estos eventos obstétricos se clasifican como de alto riesgo. El embarazo de alto riesgo, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario. (4)

Se llama “de alto riesgo” al embarazo en el cual el pronóstico materno y/o fetal es potencialmente subóptimo en comparación a un embarazo normal. Se estima que alrededor de un 20% de los embarazos corresponde a la denominación de alto riesgo y ellos son responsables de más del 80% de los resultados perinatales adversos. La obstetricia actual (medicina materno-fetal) ha logrado grandes éxitos en la reducción de la morbimortalidad materna, por lo que actualmente se ha centrado la atención en los aspectos fetales y neonatales, así como en identificar al subgrupo de mujeres embarazadas que requiere de una mayor vigilancia y cuidado a consecuencia de presentar factores de riesgo claramente identificables, sea antes o durante el embarazo. Para este fin es que existe el control prenatal, que consiste en un conjunto de acciones sistemáticas y periódicas destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad o mortalidad materna o perinatal. Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, por lo que su control es simple y no requiere de infraestructura de alto costo. Sin embargo, existen problemas perinatales como la prematurez, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones; y desde el punto de vista materno, la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales, que requieren de estrategias orientadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos. (5)

Consejo preconcepcional. - El cuidado preconcepcional consiste en las intervenciones que tienen como objetivo identificar y modificar los riesgos para el embarazo, ya sean médicas,

conductuales o sociales. La evaluación y consejo preconcepcional dan la oportunidad de informar a la mujer sobre asuntos de fertilidad y de la gestación, identificar riesgos del embarazo tanto para la madre como para el feto, educar sobre dichos riesgos e instaurar intervenciones apropiadas antes de la concepción. Es importante optimizar la salud materna antes de la concepción para mejorar el resultado perinatal. Esto es especialmente importante en algunos grupos de mujeres, como aquellas con enfermedades pregestacionales (por ejemplo, diabetes, fenilcetonuria), deficiencias nutricionales (folatos) y exposición a teratógenos (alcohol, Warfarina), en las cuales el cuidado preconcepcional ha mostrado reducir la morbimortalidad neonatal. En cuanto a la prevención de malformaciones congénitas, el cuidado preconcepcional ha mostrado ser más efectivo que el control prenatal, ya que hasta un 30% de las mujeres embarazadas inicia su control durante el segundo trimestre (>13 semanas de edad gestacional), lo que es posterior al período de organogénesis. (6)

El cuidado prenatal es la actividad médica más común a nivel mundial. Esta cubre una amplia gama de condiciones maternas o paternas que potencialmente pueden ser peligrosas para la madre o el feto, e incluye cambios tanto de conducta como de la asistencia médica para aumentar la probabilidad de obtener un resultado materno feto neonatal exitoso. Un factor de riesgo obstétrico es una característica o circunstancia identificable en una o más gestaciones, que se asocia con un riesgo mayor de tener, desarrollar o ser proclive a presentar una entidad nosológica.

Es importante resaltar la identificación concomitante del riesgo biopsicosocial como uno de los pilares fundamentales de la atención prenatal, adicional al riesgo que puede generar el feto como paciente. Estas dos líneas de atención abren el camino para que los equipos de asistencia perinatal tengan la sensibilidad de investigar en cada consulta todo lo relacionado con el embarazo (feto como paciente, condiciones biopsicosociales) y no solo enfocarse en la sintomatología materna. La disponibilidad de una Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto y puerperio busca estandarizar el cuidado de la mujer gestante, enfatizando en la necesidad de la prevención, la detección temprana y el tratamiento oportuno de las alteraciones que afectan la gestación en todos los niveles de atención, con el fin de reducir la morbimortalidad materna asociada y promoviendo la optimización de la salud y la calidad de la atención médica en todos los niveles de atención obstétrica.

Se recomienda ofrecer a las mujeres con un embarazo de curso normal modelos de control prenatal dirigidos por profesionales en medicina general o en enfermería capacitados materno-perinatal.

Se recomienda que el control prenatal sea proporcionado por un pequeño grupo de profesionales con los que la gestante se sienta cómoda. Debe haber continuidad de la atención durante el periodo prenatal.

Se recomienda contar con un sistema de referencia claro para que las mujeres embarazadas que requieran cuidados adicionales sean atendidas por ginecoobstétricas cuando se identifiquen riesgos durante el control prenatal. (7)

La participación rutinaria de ginecoobstétricas (GO) en la atención de mujeres con un embarazo de curso normal no está recomendada para la mejoría de los resultados perinatales. Sin embargo, se recomienda la valoración del GO en las semanas 28-30 y las semanas 34-36 para una nueva valoración del riesgo. (8)

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; sus límites van de los 10 a los 19 años, periodo en el cual está expuesto a estímulos tanto beneficiosos como perjudiciales. Según la OMS, 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años y un millón de menores de 15 años dan a luz cada año en los países con ingreso bajo o medio.

En México, en 2009 según el Instituto Nacional de las Mujeres, 12.4% de las mujeres entre 15 y 19 años había estado embarazada. Se han identificado diversos factores predisponentes para el embarazo en la adolescente, tales como: inicio temprano de las relaciones sexuales, desintegración familiar, libertad sexual, prostitución, violación, incesto, falta de conocimiento de métodos anticonceptivos y violencia en el noviazgo, entre otros. A esto se le suman factores de riesgo en el estilo de vida, como: fumar, el consumo de alcohol, abuso de drogas y alimentación deficiente; todo esto puede poner a la madre en riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual relacionadas con la promiscuidad, debido, en gran medida la falta de educación en estas áreas.

La adolescente embarazada tiene cuatro veces mayor riesgo de muerte cuando es menor de 16 años, además de otros problemas de salud con resultado perinatal adverso como: anemia, VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, hemorragia posparto y

depresión. El producto tiene un riesgo 50% mayor para muerte neonatal temprana con altas tasas de bajo peso al nacer y parto pretérmino. Aquellas adolescentes embarazadas tienen mayor deserción escolar, baja escolaridad y desempleo, lo que conlleva a un ingreso económico reducido de por vida, así como a mayor riesgo de separación, divorcio, abandono y mayor número de hijos. (9)

La OMS y la Organización de Naciones Unidas (ONU), informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, un aproximado del 83 %, corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo, afirman no haberlo deseado. Las adolescentes son, además, las primeras víctimas de las infecciones sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año. (10)

A nivel global, la mortalidad materna es la principal causa de muerte entre mujeres y niñas, en edad reproductiva en los países en desarrollo. Más de 1,400 mujeres y niñas mueren cada día por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Por esta razón la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en la Cumbre Milenio, celebrada en septiembre de 2000, reiteró la expectativa de lograr un mundo más pacífico, más próspero y más justo. Estableció la búsqueda de que la mundialización, se convierta en una fuerza positiva para todos los habitantes del mundo; con este objetivo se elaboró la Declaración del Milenio, en la cual se establecieron los Ocho Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) para su cumplimiento en el 2015, dentro de ellos, el 5° está dirigido a mejorar la salud materna.

Cada año, se embarazan casi 175 millones de mujeres y 585,000 de ellas mueren por razones relacionadas por el embarazo. Al menos 7 millones de mujeres padecen graves problemas de salud y unos 50 millones sufren algún trastorno de salud después del parto. En países en desarrollo se practican alrededor de 20 millones de abortos al año en malas condiciones y pierden la vida cerca de 70,000 mujeres, el 13% de las defunciones derivadas de la maternidad La mortalidad materna tiene sus orígenes en causas prevenibles como la pobreza, la falta de acceso a servicios, la discriminación y la falta de educación sexual y reproductiva, es por ello que las regiones con las cifras más alarmantes derivadas de este problema son: África, el sur de Asia, América Latina y el Caribe.

En los países desarrollados, las mujeres corren menos riesgo de perder la vida por causas relacionadas al embarazo, debido al acceso a servicios de salud de calidad y adecuado control prenatal, por lo que representan sólo el 1% del total de muertes maternas, mientras

que en los países en desarrollo representan el 99%; por eso, la mortalidad materna se ha considerado como indicador mundial, para medir las desigualdades sociales y la discriminación hacia la mujer. La dificultad o falta de acceso a servicios de salud de calidad, en la mayoría de los países en desarrollo, impide el registro exacto de las muertes, debido a que con frecuencia la mayoría de las personas mueren fuera de hospitales o clínicas del sistema de salud. Anualmente, 60 millones de mujeres tienen partos con ayuda de una partera tradicional no capacitada, de un miembro de su familia o incluso sin ayuda. Este subregistro puede llegar a ser significativo, tal como lo muestran algunos estudios según los cuales, el verdadero número de muertes maternas es el doble o el triple del que se reporta.

En México, con cifras de la Dirección General de Información en Salud se aprecia una ligera reducción en las cifras de mortalidad materna del 2010 y 2011 con respecto a las de 2009, año en el que, por causas relacionadas a la pandemia de influenza, se incrementó la razón de mortalidad materna. La mayoría de las defunciones ocurren en las mujeres entre los 20 y 30 años, sin embargo, el riesgo de morir es mayor en las adolescentes y en las mujeres mayores de 35 años.

A nivel nacional durante 2012 se obtuvo que 69.27% de las muertes se clasificaron como directas y 30.23% indirectas. Dentro de las causas de mortalidad materna directa las principales causas son: preeclampsia-eclampsia (23.5%) y hemorragia obstétrica (21.4%). (11)

En México, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población, mueren 1,300 mujeres en edad reproductiva al año por causas maternas. El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática reportó de 1989 a 1997 como primera causa de muerte a la eclampsia, seguida por hemorragia, procesos infecciosos y complicaciones por aborto. (12) Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud para el año 2001 consideró a la hemorragia como primera causa de muerte materna en este país con 25%. La mayor parte de las muertes maternas son previsibles. (13)

Componentes del consejo preconcepcional. Éste debería incluir la valoración del riesgo pregestacional junto con actividades preventivas, de educación y promoción para la salud. La mejor fuente de información será una historia clínica completa que incluya la valoración de rasgos demográficos, historia gestacional previa, historia familiar, antecedentes de enfermedades crónicas e infecciones y medicamentos utilizados para su control, así como factores psicosociales y de estilos de vida.

Evaluación del riesgo gestacional, Valoración médica (historia general).

1. Edad materna
2. Antecedentes médicos
3. Diabetes mellitus
4. Hipertensión arterial crónica
5. Asma bronquial
6. Enfermedad tiroidea
7. Enfermedad tromboembólica
8. Antecedentes familiares
9. Enfermedades infecciosas
10. Rubéola
11. Toxoplasma
12. Hepatitis B
13. VIH
14. Estado inmunitario
15. Historia gineco-obstétrica

Valoración psicosocial

1. Hábitos nutricionales
2. Ejercicio
3. Tabaquismo
4. Abuso de alcohol
5. Entorno familiar y drogas
6. Riesgo laboral Medicamentos con comprobado efecto teratogénico en humanos. Sólo drogas con efecto teratogénico en dosis clínicamente recomendadas. (14,15).

La dinámica familiar se define como el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales e intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación y dotación) al que se atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar. Estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y determinan el buen o mal funcionamiento de la familia, lo cual es un factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad. Es el conjunto de pautas transaccionales que establecen de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con la etapa del ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia. (16)

La Funcionalidad Familiar o una familia funcional, es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.

Relacionada con la funcionalidad, se encuentra la jerarquía entendiéndola como el nivel de indulgente, permisiva o recíproca con autoridad, los límites que representan las reglas que delimitan a autoridad que gobierna en la organización familiar y que pueden ser, autoritaria, indiferente negligente, las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí. (17)

Cuando la dinámica familiar es funcional hablamos de una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre los miembros de la familia que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En la familia funcional existe sinergia, que crea elementos originales combinados sin que pierdan su identidad. (18)

En esta lógica se trata de estudiar la dinámica y funcionalidad familiar, con la idea de encontrar allí argumentos que permitan entender de una mejor manera el embarazo adolescente, puesto que se trata de una situación de grandes dimensiones que como problema de salud pública afecta no solo a la adolescente, sino también a su familia y a la sociedad en general. (19)

Los estudios a través del tiempo han demostrado que la familia es un componente vital en la formación de los individuos, además de constituir la sociedad más antigua de la historia, lo que la convierte en el primer vínculo de socialización que posee cualquier ser humano.

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas; el primero de ellos el conyugal (papá y mamá), el segundo paterno-filial (padres e hijos) y el fraternal (hermanos). Todas las familias tienen características que las pueden hacer distintas o similares a otra.

Para poder entender esta serie de sistemas es importante conocer acerca del ámbito familiar en el cual existen diversas reglas que restringen el comportamiento de cada persona respecto a su entorno, un factor importante a tener en cuenta es el espacio o lugar donde se encuentra ubicada la residencia (urbana, suburbana o rural), la ocupación de los miembros de la familia (campesino, empleado o profesional), la forma en la cual se encuentra integrada

(integrada, semiintegrada o desintegrada), entre otras, de igual manera existen otras características que son indispensables de conocer, las cuales son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar.(17)

El impacto de los eventos en la salud familiar depende, en gran medida, de la habilidad y capacidad que esta tenga para enfrentar los cambios, o realizar los ajustes necesarios, actuando en pro de una adaptación a la nueva situación, así como también a la capacidad de abrirse como sistema y permitir la relación de sus miembros con otros subsistemas, aceptando la ayuda a la solución de sus problemas, de otras personas, grupos o instituciones. (20)

JUSTIFICACIÓN

La investigación científica es un proceso que tiene como fin resolver problemas de vacío de conocimiento, al garantizar la producción de conocimiento, o bien alternativas de solución, no hay datos de investigaciones similares a la propuesta por este trabajo; es decir específicamente para este tipo de estudio; es por esto por lo que se considera que el presente trabajo aportará datos importantes para conocer este proceso de atención, así como identificar áreas de mejora en la calidad de atención a la mujer en periodo de embarazo dentro de esta Delegación, por lo que se hace necesario realizar este presente trabajo para determinar la relación de la funcionalidad familiar con el embarazo adolescente de manera oportuna, sin embargo se señala la necesidad de crear, desarrollar e implantar estrategias para la prevención de embarazos en la adolescencia, con la aplicación de un modelo de atención perinatal, entre los que destaquen: la disminución de la mortalidad perinatal a un tercio de la tasa promedio nacional; el decremento de la mortalidad materna a cero; la accesibilidad a servicios de alta calidad y humanismo a la población de recursos económicos, medios y bajos; la implementación del trabajo de las enfermeras obstétricas, como base del sistema de riesgo perinatal y de los niveles progresivos de atención como lo es la referencia oportuna; Es importante resaltar la identificación concomitante del riesgo biopsicosocial como uno de los pilares fundamentales de la atención prenatal, adicional al riesgo que puede generar el feto como paciente ya que durante este periodo la vida de la mujer requiere especial atención por los cambios físicos, hormonales como también cambios psicológicos y sociales que puedan tener un efecto directo en la condición de la mujer.

Buscar estandarizar el cuidado de la mujer gestante, la detección temprana y el tratamiento oportuno de las alteraciones que afecten al embarazo en todos los niveles de atención, con el fin de reducir la morbimortalidad materna asociada y promoviendo la optimización de la salud y la calidad de la atención médica en todos los niveles de atención obstétrica tomando en cuenta la NOM 007.

El presente estudio pretende demostrar cómo la disfunción familiar contribuye de manera importante a la generación de embarazo en adolescentes. El hecho de que se haya incrementado de manera importante en los últimos años a que los y las adolescentes que se ven involucrados en esta situación tengan que dejar de estudiar y con ello pues disminuye la posibilidad de tener una mejor preparación y competir por un empleo mejor remunerado, siendo que existen escasos datos en la literatura que reflejan las características del entorno

familiar, educativo, económico y social en el que se encuentran las madres adolescentes, por lo que es prioritario conocer el entorno en el que están ocurriendo los embarazos en el adolescente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes constituye un problema desde el punto de vista médico, familiar y social. Los factores contribuyentes son múltiples y las soluciones a los mismos no parecen ser fáciles de resolver a corto plazo.

Es por eso que resulta importante estudiar algunos de los factores que contribuyen a la aparición de un embarazo durante la adolescencia, para tratar de contribuir a disminuir éste tan importante problema.

El embarazo adolescente tradicionalmente es considerado como un factor de riesgo biológico ha cobrado importancia a nivel mundial por su vigencia y que, como se sabe, está determinado por una gran variedad de factores, desde los patrones culturales y actitudes del paciente, como los psicológicos entre ellos destaca el de la familia y su influencia en el comportamiento general del adolescente. En particular, de aquellos factores que influyen en los adolescentes y en su dinámica familiar para iniciar una práctica sexual sin las medidas que reduzcan el riesgo de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. Por ello, este tema se ha convertido en una preocupación constante en las investigaciones que se realizan hoy en día, el embarazo es una situación sumamente particular que plantea múltiples problemas de índole médica, como el aumento del índice de abortos, descubrimiento tardío del embarazo con seguimiento deficiente o nulo, parto pretérmino y mortalidad perinatal elevada, así como problemas de índole social: rechazo de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas y abandono del recién nacido.

Las cifras de embarazo en la adolescencia son preocupantes. Es un problema que afecta a los países desarrollados y en vías de desarrollo; supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de ellas, pero a su vez involucran a la familia y a la sociedad; constituye un problema social y médico, así en nuestro medio es común encontrarse con adolescentes embarazadas que pertenecen a un medio socioeconómico desfavorecido, a una familia desintegrada, numerosa, monoparental, afectada por el desempleo y sobre todo con deserción escolar, viéndose alterado con esto su funcionalidad familiar.

Cabe mencionar que el núcleo familiar es uno de los factores más importantes que se ha estudiado, es por eso por lo que resulta primordial conocer el tipo y funcionamiento familiar de las adolescentes.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Ante esta situación surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes en control prenatal en la Unidad Médica Familiar número 11 del IMSS de Tapachula, Chiapas, de enero a junio del 2019?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Determinar el grado de Funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes en control prenatal de la UMF 11 del IMSS, Tapachula, Chiapas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar familias con inadecuada funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes de la UMF 11 del IMSS. Tapachula, Chiapas.
2. Determinar si la mala funcionalidad familiar está en relación con el embarazo en adolescentes de la UMF 11 del IMSS. Tapachula, Chiapas.
3. Identificar las características sociodemográficas en adolescentes embarazadas en control en la UMF 11, Tapachula, Chiapas.
4. Identificar la edad de inicio de vida sexual activa de las adolescentes embarazadas de la UMF 11, Tapachula, Chiapas.

HIPÓTESIS

Por ser un trabajo descriptivo y observacional no se requiere hipótesis.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo transversal, observacional y descriptivo, la población blanco se obtuvo de pacientes adolescentes embarazadas adscritas a la UMF11, de Tapachula Chiapas, que acudieron al programa de control prenatal a consulta externa, dónde con la aplicación de un cuestionario se identificaron variables sociodemográficas y funcionalidad familiar, durante el periodo de enero a junio de 2019, el cual constó de 2 apartados: Este mide variables sociodemográficas, el segundo es el cuestionario de FF-SIL.

Se utilizó la Prueba de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (FF-SIL) con una confiabilidad de r_{α} 0.94, consta de 14 ítems, Incluye 7 procesos implicados en las relaciones intrafamiliares, que definen el funcionamiento familiar. Estas son cohesión, armonía, comunicación, afecto, adaptabilidad, rol, y permeabilidad.

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones cotidianas.

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Cada ítem tiene un valor de 1 a 5 puntos, se calificó con un resultado de 57 al 70 como Familia funcional, de 43 a 56 Familia moderadamente funcional, de 28 a 42 Familia disfuncional y 14 a 27 puntos Familia severamente disfuncional.

UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio se conformó de pacientes adolescentes embarazadas que acuden a control prenatal en la UMF 11 del IMSS, Tapachula, Chiapas. En el periodo de enero a junio del 2019.

Se utilizó la fórmula de poblaciones finitas para determinar nuestra población representativa; es decir, conocemos el total de la población y se buscó determinar el tamaño de una muestra representativa, lo cual se realizó mediante la siguiente ecuación:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

- N = Total de la población.
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado.
- p = proporción esperada.
- q = 1 – p.
- d = precisión.

Población: Pacientes adolescentes embarazadas adscritos a la consulta externa de la UMF 11 del IMSS, Tapachula, Chiapas.

Intervalo de confianza: 95%.

Tamaño de la muestra: 61

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes adolescentes embarazadas adscritas a la UMF 11 que aceptaron participar bajo firma de consentimiento informado de ellas y/o de sus padres o tutores

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes adolescentes embarazadas adscritas a la UMF 11 que no aceptaron participar bajo firma de consentimiento informado de ellas y/o de sus padres o tutores

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Pacientes adolescentes embarazadas adscritas a la UMF 11 que aceptaron su participación pero no concluyeron el instrumento

VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Embarazadas.

Edad.

Estado civil.

Escolaridad.

Ocupación.

Vida sexual activa.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Funcionalidad Familiar.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa SPSS (IBM Statistical package for the social Sciences ®) versión 23, para realizar el análisis univariado; en relación a las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar), para variables cualitativas, proporciones, porcentajes y para la asociación entre ellas se utilizó el cálculo de la Chi cuadrada.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDICIÓN	ESCALA
Funcionalidad familiar	Grado de satisfacción intrafamiliar.	Cuantitativa (Independiente).	Indicador del grado de unión que presenta una familia.	Aplicación de cuestionario Ffsil.	De 70 a 57 puntos = familias funcionales de 56 a 43 puntos = familia moderadamente funcional De 42 a 28 puntos = familia disfuncional De 27 a 14 puntos familia severamente disfuncional
Edad.	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento.	Cuantitativa.	Tiempo vivido del individuo hasta el momento del estudio expresado en años.	Discreta.	Años cumplidos.
Estado civil.	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones.	Cualitativa.	Circunstancia legal que vincula a una persona de acuerdo a sus derechos.	Nominal.	a)Soltera, b)casada, c)unión libre, d)divorciada
Escolaridad.	Nivel académico adquirido en años de estudio.	Cualitativa.	Grado académico de cada individuo con el paso de los años de estudio.	Nominal.	a)Sin escolaridad, b)primaria, c)secundaria, d)preparatoria, e)licenciatura, f) posgrado.

Ocupación.	Oficio o profesión que desempeña.	Cualitativa.	Actividad que desempeña.	Nominal	a) ama de casa, b) comerciante, c) empleada.
Inicio de vida sexual.	Edad en que la adolescente comenzó a tener relaciones sexuales.	Cuantitativa.	Edad en la que la adolescente inició su vida sexual.	Discreta.	Años cumplidos.

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO.

Una vez aprobado por el Comité de ética en Investigación en salud 7038 de la Delegación 07, Chiapas se procedió a aplicar el cuestionario a las pacientes adolescentes embarazadas que acudieron a consulta de la UMF número 11. Previa información de la investigación a realizar y posterior a recabar consentimiento informado se aplicó mediante un encuestador, previamente capacitado, en la sala de espera de consulta externa a los pacientes que acudieron a dicho servicio. Los datos obtenidos fueron procesados en una base de datos SPSS (IBM Statistical package for the social Sciences ®) versión 23, los que se analizaron mediante análisis descriptivo y estadístico.

ASPECTOS ÉTICOS:

El presente estudio se apegó a la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial que establece la investigación ética que establece a sujetos humanos, adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 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

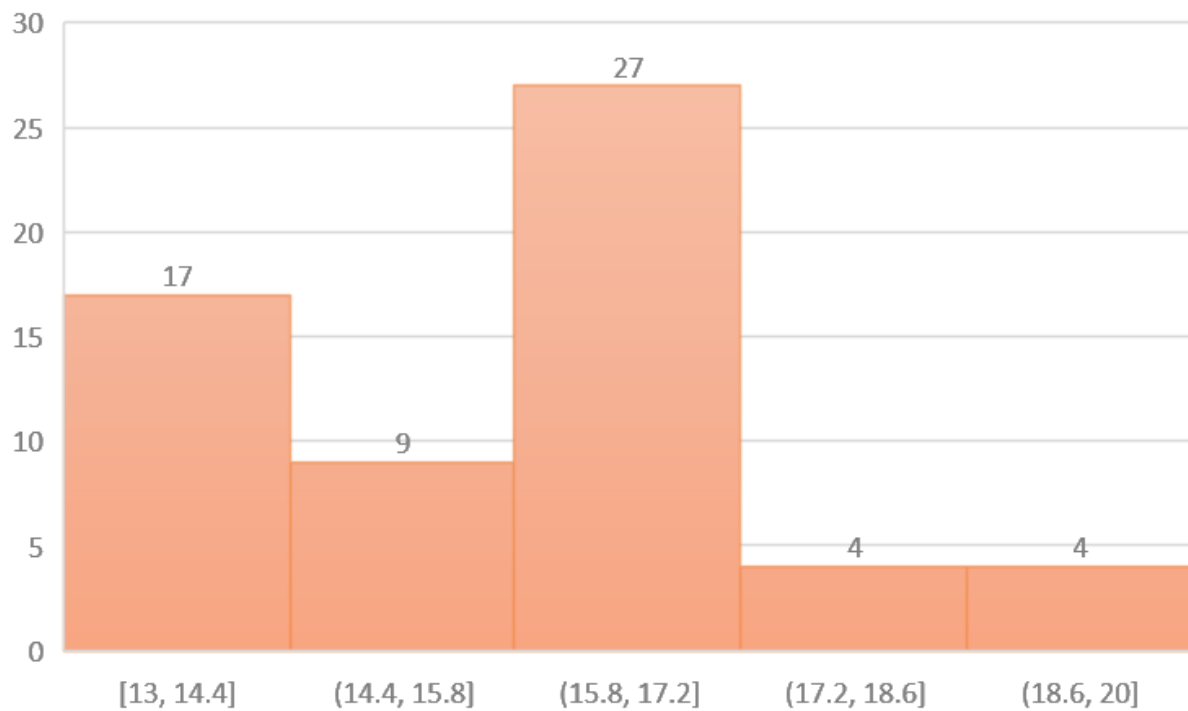
De acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su Título Segundo, que establece los aspectos éticos de investigación en seres humanos, Capítulo I, artículo 17; esta investigación fue considerada como una Investigación de Riesgo Mínimo. Se contó con el consentimiento informado, carta de asentimiento de cada paciente y carta de consentimiento del cónyuge, para participar en el estudio debido que se trató de adolescentes de 13 a 18 años y para los casos de adolescentes casadas, se explicó la finalidad del llenado de la encuesta, así como la finalidad de los datos que fueron proporcionados.

RESULTADOS

Se estudiaron a 61 pacientes que cumplieron con los criterios de selección, de las cuales, se presentan las características socio-demográficas y posteriormente las relaciones estadísticas de las variables con la funcionalidad familiar.

La gráfica 1 muestra que la edad tuvo una media de 15.69 ± 1.55 años.

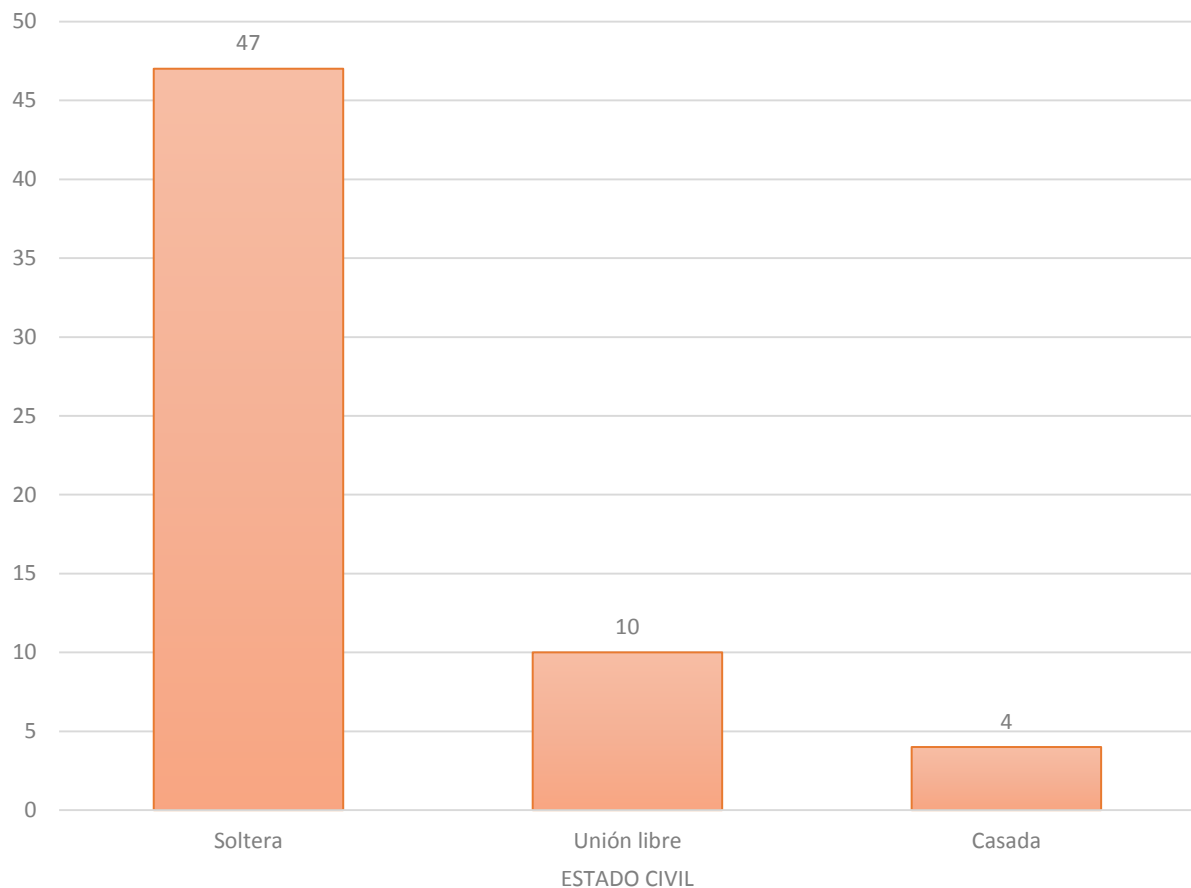
Gráfica 1: Histograma de la edad de las pacientes embarazadas adolescentes que acuden a control prenatal en la UMF. 11. Tapachula, Chiapas, de enero a junio del 2019.



Fuente: Cuestionario realizado a embarazadas adolescentes que acuden a control prenatal en la UMF11, de Tapachula Chiapas, de enero a junio del 2019.

La gráfica 2 indica que fue más prevalente el estado civil de soltera con 47 pacientes (77%), seguido de unión libre con 10 pacientes (16.4%), y casada con 4 pacientes (6.6%).

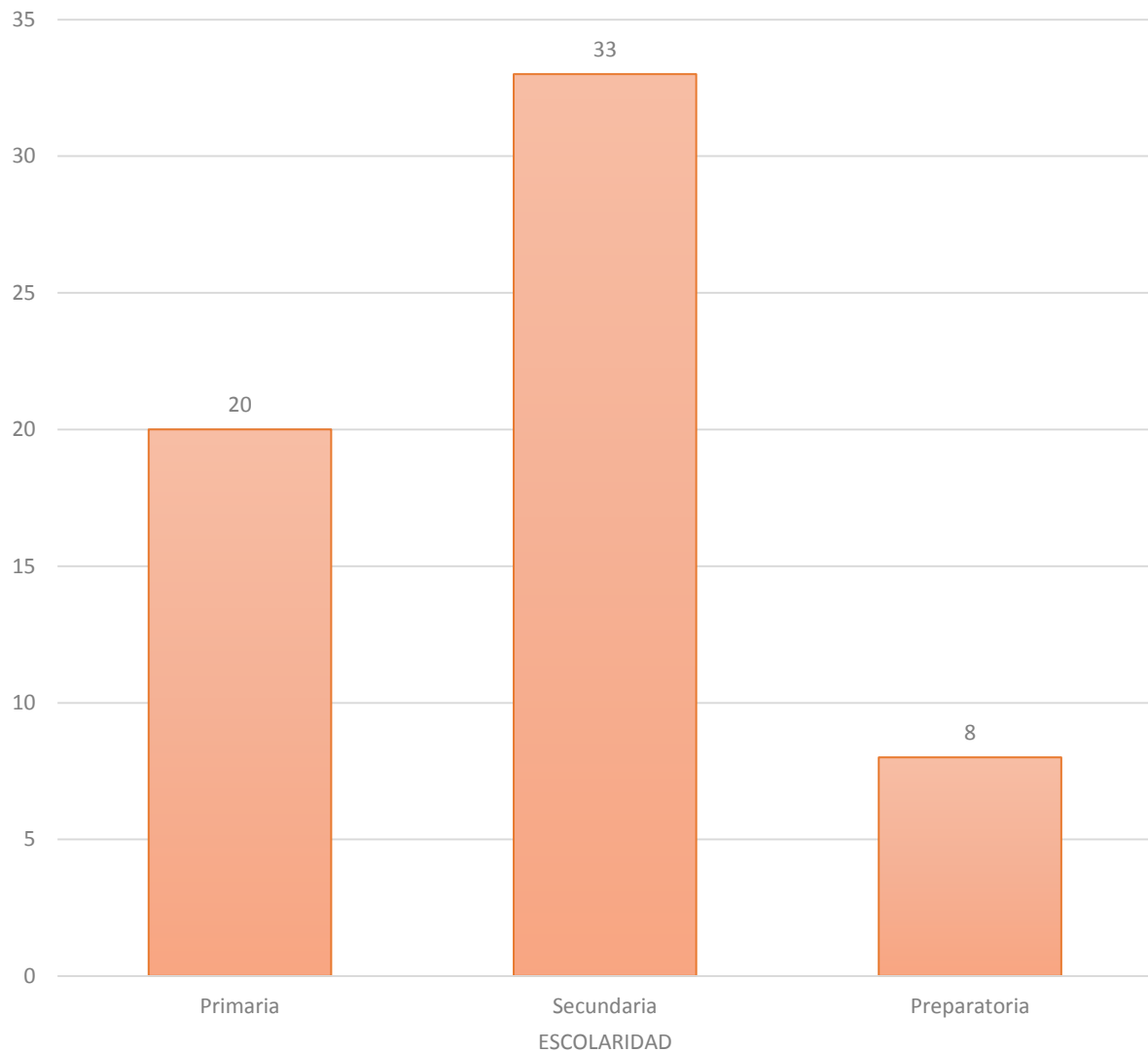
Gráfica 2: Estado civil de las pacientes embarazadas adolescentes que acuden a control prenatal en la UMF. 11. Tapachula, Chiapas, de enero a junio del 2019.



Fuente: Cuestionario realizado a pacientes embarazadas adolescentes que acuden a control prenatal en la UMF11, de Tapachula Chiapas, de enero a junio del 2019.

La gráfica 3 indican que fue más prevalente la escolaridad de secundaria con 33 pacientes (54.1%), seguido de primaria con 20 pacientes (32.8%), y preparatoria con 8 pacientes (13.1%).

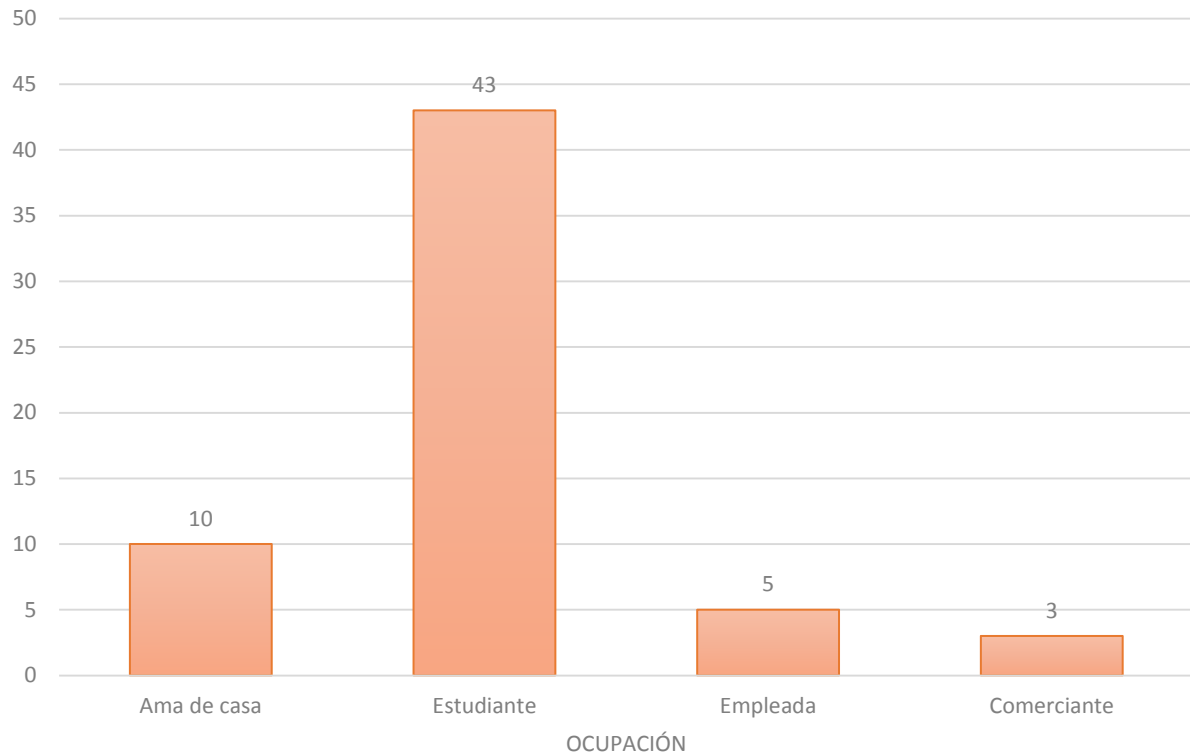
Gráfica 3: Escolaridad de las pacientes embarazadas adolescentes que acuden a control prenatal en la UMF. 11. Tapachula, Chiapas, de enero a junio del 2019.



Fuente: Cuestionario realizado a embarazadas adolescentes en control prenatal la UMF11, de Tapachula Chiapas.

La gráfica 4 indican que fue más prevalente la ocupación de estudiante con 43 pacientes (70.5%), seguido de ama de casa con 10 pacientes (16.4%), empleada con 5 pacientes (8.2%), y comerciante con 3 pacientes (4.9%).

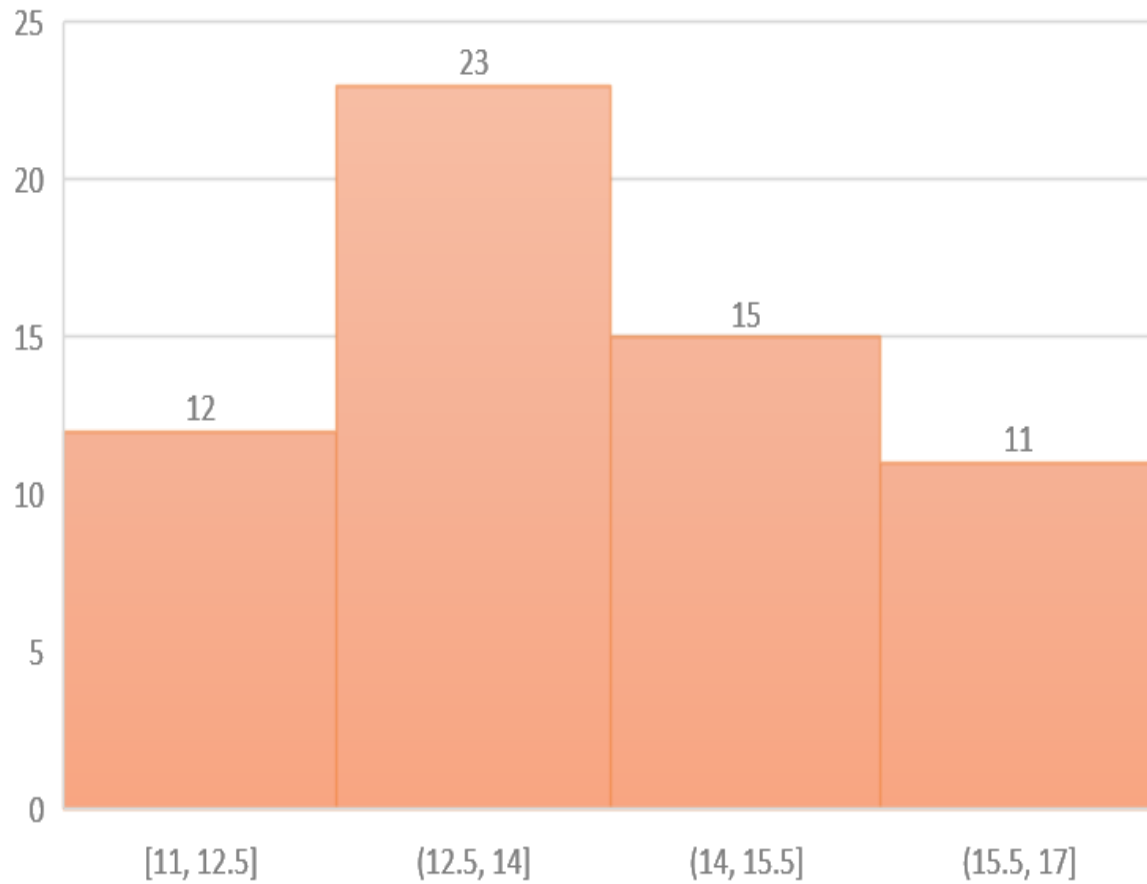
Gráfica 4: Ocupación de las pacientes embarazadas adolescentes que acuden a control prenatal en la UMF. 11. Tapachula, Chiapas, de enero a junio del 2019.



Fuente: Encuesta realizado a embarazadas adolescentes en control prenatal en la UMF11, de Tapachula Chiapas de enero a junio del 2019.

La gráfica 5 indican que la edad de inicio de vida sexual activa tuvo una media de 14.08 ± 1.64 .

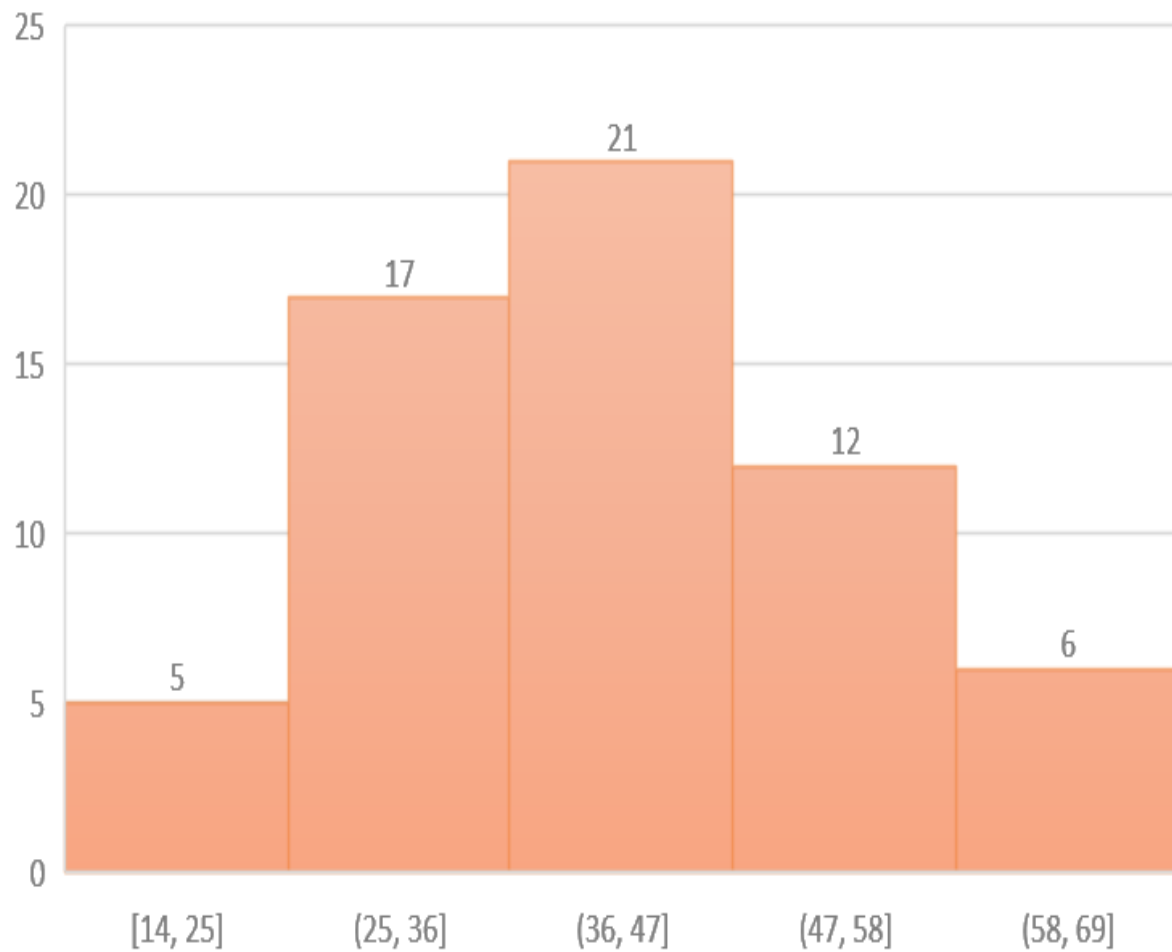
Gráfica 5: Histograma de la edad de inicio de vida sexual activa de las pacientes embarazadas adolescentes que acuden a control prenatal en la UMF. 11. Tapachula, Chiapas, de enero a junio del 2019.



Fuente: Cuestionario realizado a pacientes embarazadas adolescentes que acuden a control prenatal en la UMF. 11. Tapachula, Chiapas, de enero a junio del 2019.

La gráfica 6 indican que el puntaje del cuestionario FF-SIL tuvo una media de 41.15 ± 12.23 .

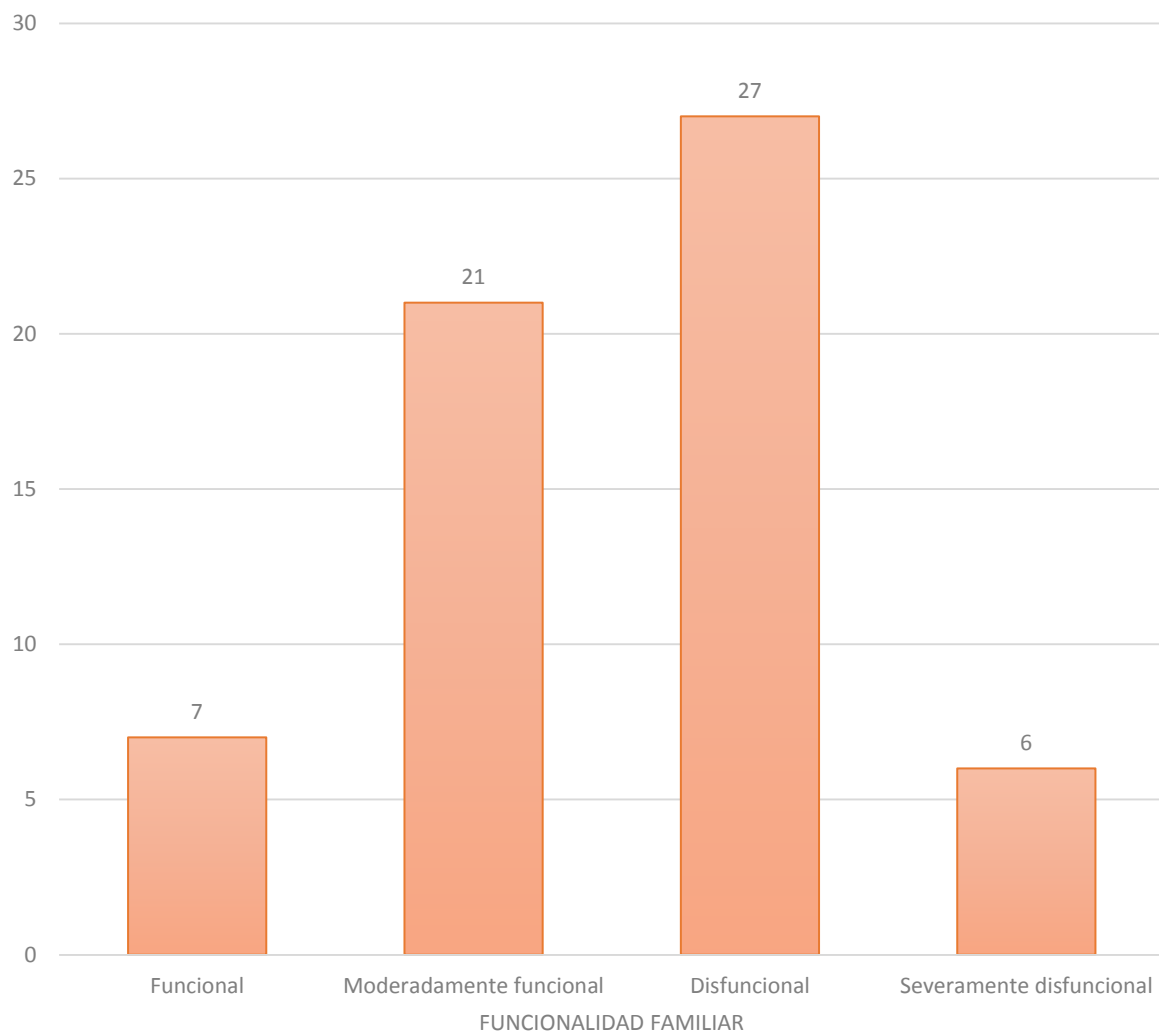
Gráfica 6: Histograma del puntaje del cuestionario FF-SIL



Fuente: Cuestionario FF-SIL realizado a pacientes embarazadas adolescentes que acuden a control prenatal en la UMF. 11. Tapachula, Chiapas, de enero a junio del 2019.

La gráfica 7 indican que fue más prevalente la categoría de funcionalidad familiar de disfuncional con 27 pacientes (44.3%), seguido de moderadamente funcional con 21 pacientes (34.4%), funcional con 7 pacientes (11.5%), y severamente disfuncional con 6 pacientes (9.8%).

Gráfica 7: Funcionalidad familiar de las pacientes embarazadas adolescentes que acuden a control prenatal en la UMF. 11. Tapachula, Chiapas, de enero a junio del 2019.



Fuente: Cuestionario FF-SIL realizado a pacientes embarazadas adolescentes que acuden a control prenatal en la UMF11, de Tapachula Chiapas, de enero a junio del 2019.

El cuadro 1 indica que la categoría de función familiar de severamente disfuncional se asocia con la edad mayor de 15 años, mientras que el cuadro 2 muestra que tal asociación es estadísticamente no significativa ($p > 0.05$).

Cuadro 1: Edad mayor de 15 años * Funcionalidad familiar

		Funcionalidad familiar				Total
		Funcional	Moderadamente funcional	Disfuncional	Severamente disfuncional	
Edad mayor de 15 años	Si	6	12	22	4	44
	No	1	9	5	2	17
Total		7	21	27	6	61

Cuadro 2: Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.253 ^a	3	.235
Razón de verosimilitud	4.252	3	.236
Asociación lineal por lineal	.100	1	.752
N de casos válidos	61		

a. 3 casillas (37.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.67.

El cuadro 3 indica que la categoría de función familiar de severamente disfuncional se asocia con el estado civil de soltera, mientras que el cuadro 4 muestra que tal asociación es estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Cuadro 3: Estado civil * Funcionalidad familiar

		Funcionalidad familiar			Total	
		Funcional	Moderadamente funcional	Disfuncional		Severamente disfuncional
Estado civil	Soltera	2	15	25	5	47
	Unión libre	4	4	2	0	10
	Casada	1	2	0	1	4
Total		7	21	27	6	61

Cuadro 4: Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.218 ^a	6	.013
Razón de verosimilitud	16.660	6	.011
Asociación lineal por lineal	6.274	1	.012
N de casos válidos	61		

a. 9 casillas (75.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .39.

El cuadro 5 indica que la categoría de función familiar de severamente disfuncional se asocia con la escolaridad de primaria, mientras que el cuadro 6 muestra que tal asociación es estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Cuadro 5: Escolaridad * Funcionalidad familiar

		Funcionalidad familiar				Total
		Funcional	Moderadamente funcional	Disfuncional	Severamente disfuncional	
Escolaridad	Primaria	1	11	5	3	20
	Secundaria	6	6	19	2	33
	Preparatoria	0	4	3	1	8
Total		7	21	27	6	61

Cuadro 6: Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.653 ^a	6	.049
Razón de verosimilitud	13.853	6	.031
Asociación lineal por lineal	.095	1	.758
N de casos válidos	61		

a. 8 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .79.

El cuadro 7 indica que la categoría de función familiar de severamente disfuncional se asocia con la ocupación de estudiante, mientras que el cuadro 8 muestra que tal asociación es estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Cuadro 7: Ocupación * Funcionalidad familiar

		Funcionalidad familiar				Total
		Funcional	Moderadamente funcional	Disfuncional	Severamente disfuncional	
Ocupación	Ama de casa	2	6	1	1	10
	Estudiante	2	15	21	5	43
	Empleada	1	0	4	0	5
	Comerciante	2	0	1	0	3
Total		7	21	27	6	61

Cuadro 8: Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20.621 ^a	9	.014
Razón de verosimilitud	20.852	9	.013
Asociación lineal por lineal	.015	1	.903
N de casos válidos	61		

a. 14 casillas (87.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .30.

DISCUSIÓN

Después de analizar los resultados obtenidos, se halló que la edad tuvo una media de 15.69 \pm 1.55 años, lo que resulta coincidente con el hallazgo de Udoh et al (21) donde la edad media fue de 15.73+ 1.73 años. Mientras que Soto et al (22) reportó una edad mayor, con una media fue de 17.51 \pm 1.336 años. Existe una variación en los resultados de la edad de las pacientes con embarazo durante la adolescencia debido a las diferencias sociales, culturales y económicas del entorno donde se desarrollan las pacientes; definiendo así una mayor o menor exposición a una sexualización temprana.

Se encontró que fue más prevalente la escolaridad de secundaria en el 54.1% de pacientes, seguido de primaria con el 32.8%, y preparatoria con el 13.1%. Lo cual es plenamente coincidente con los resultados obtenidos por Udoh et al. (21) donde fue más prevalente la escolaridad de secundaria con el 56.16%, seguido de primaria con el 41.10% y por último, analfabeta con el 2.74%. Soto et al. (22) reportó que el 69.2% tuvieron preparatoria, el 18.5% tuvieron escolaridad de universidad y el 12.3% reportaron secundaria completa. Tener un nivel escolar bajo predispone a los adolescentes a poseer un conocimiento inadecuado sobre la salud reproductiva y, por lo tanto, a participar en actividades sexuales de riesgo. (23)

Se encontró que fue más prevalente el estado civil de soltera en el 77%, seguido de unión libre en el 16.4%, y casada con el 6.6%. Lo cual es plenamente coincidente con el reporte de Soto et al. (22) quien refiere una predominancia de solteras (75.4%), unión libre (21.5%) y casadas en el (3.1%). Este hallazgo se explica por la edad menor de las participantes del estudio, las cuales se encuentran en etapa escolar y continúan sus estudios a pesar del embarazo.

Fue más prevalente la disfuncionalidad familiar en el 44.3%, seguido de moderadamente funcional con 21 pacientes (34.4%), funcional con 7 pacientes (11.5%), y severamente disfuncional con 6 pacientes (9.8%). Porcentaje muy cercano al descrito por Soto et al (22) donde los resultados de la funcionalidad familiar mostraron un 49% fue de familias funcionales, 39% familias con disfunción moderada y 12% con disfunción severa. Porcentaje más alto que el descrito por Calderón et al. (24) quien reportó que en la evaluación del funcionamiento familiar con el cuestionario Apgar familiar, se puso de manifiesto la presencia de la disfuncionalidad en el 65.5%; y el 34.5% fueron familias funcionales. Además, se encontró que la funcionalidad familiar en la paciente embarazada adolescente se asoció significativamente con el estado civil, la escolaridad, y la ocupación.

La desorganización familiar puede hacer que los miembros de la familia participen en actos desviados. Cuando la familia es disfuncional, se ofrece poco o ningún amor a los descendientes en tales hogares. Los jóvenes tienden a buscar amor y afecto en otros lugares. El embarazo adolescente también puede verse influenciado por el rechazo de los niños por parte de sus padres. Los padres que fallan en proveer a sus hijos también contribuyen a la situación de las adolescentes que quedan embarazadas a una edad temprana. En este contexto, los adolescentes pueden tratar de alcanzar un sentido de autoestima al involucrarse en una relación sexual a una edad temprana porque es aquí donde se sienten amados. Los padres juegan un papel importante en la vida de sus hijos. La falta de apoyo y monitoreo de los padres se cita como una correlación entre el abuso de sustancias en los adolescentes y las actividades delictivas, así como la participación de jóvenes en actividades sexuales a una edad temprana. (25)

La comunicación familiar sobre el sexo tiende a aumentar a medida que los padres perciben o saben que su hijo adolescente es sexualmente activo. Sin embargo, el sexo no se discute por igual con niños y niñas. El setenta y cuatro por ciento de los adolescentes latinos dijeron creer que los padres envían diferentes mensajes a sus hijos e hijas sobre el sexo. A pesar de que es más probable que los padres discutan los peligros del sexo y el embarazo con las niñas, son los niños latinos quienes informan que aceptan más su propia iniciación sexual temprana. De manera similar, la mayoría de los estudios se han concentrado en mensajes maternos para adolescentes latinos, en lugar de mensajes paternos. No está claro por qué ocurre esta dinámica parental. Aunque la anticoncepción tiene una capacidad bien documentada para prevenir el embarazo, la razón más común por la cual los adolescentes latinos informan que no la usan es el temor a que sus padres se enteren. (26)

Concebir la familia como sistema, implica que ella constituye una unidad, una integridad; por lo que no puede ser reducida a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no puede ser apreciada como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) y ello constituye un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas se deben precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. Entonces, el funcionamiento familiar debe considerarse de manera circular: lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia, y viceversa. (24)

CONCLUSIONES

La funcionalidad familiar de las pacientes embarazadas se encuentra en la categoría de “Disfuncional”, encontrándose asociada la disfunción familiar con el estado civil de soltera, escolaridad de primaria y secundaria, y la ocupación de estudiante.

Este estudio reafirma que la disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas en los adolescentes. Por lo que se resalta la necesidad de intervenciones dirigidas a la mejora de la dinámica familiar de las pacientes en riesgo de disfunción familiar, todo esto con el fin de mejorar los resultados del embarazo.

El embarazo en adolescentes es considerado como un embarazo de alto riesgo, en donde la mayoría de las veces no es planeado y con ello se compromete de manera importante tanto la vida de la madre como la del producto por lo cual se deben establecer conductas perfectamente bien establecidas para tratar de prevenir o en su defecto diagnosticar y tratar a tiempo para evitar estas complicaciones.

En esta investigación, pretendemos contribuir a tener un acercamiento multidisciplinario a la problemática del embarazo adolescente sin perder de vista la visión del médico familiar.

Una vez más, y como sucede en prácticamente todos los aspectos de la vida de los seres humanos, se demuestra la importancia capital de la familia de origen en la aparición del fenómeno de embarazo adolescente.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del presente estudio son:

1. Diseñar y/o implementar programas dirigidos al fortalecimiento de la familia como factor protector en la salud del adolescente, contribuyendo así a la reducción del embarazo durante la adolescencia.
2. Realizar más estudios sobre este fenómeno, para profundizar en el tema y conocer diversas realidades.
3. Proponer la creación de nuevas estrategias de intervención, orientación y difusión sobre el uso adecuado de Métodos de Planificación Familiar.
4. Promover la unión familiar para evitar desintegraciones familiares, ya que el núcleo familiar es la principal fuente de apoyo de los adolescentes, para así disminuir o erradicar conductas de riesgo en los mismos y sobre todo prevenir o disminuir la incidencia de embarazo durante la adolescencia.
5. Al atender o realizar prevención con las adolescentes no sean analizadas con un ser individual, sino que se trabaje con el concepto que el adolescente es la creación de un sistema familiar en donde es el principal medio socializador en donde se imparten las reglas y normas a las adolescentes.
6. Realizar encuestas sobre educación sexual a todas las adolescentes embarazadas que acuden a control prenatal en la UMF. 11. Tapachula, Chiapas, para tener una guía sobre los temas en los que hay que reforzar la prevención en las adolescentes.
7. Formar adolescentes líderes para que ellas sean las capacitadoras en los temas de educación sexual, para que las adolescentes sientan mayor confianza al observar a uno de sus iguales brindando sus conocimientos con respecto a prevención.
8. Enviar psicóloga(o) o pasantes de psicología clínica a la UMF. 11. Tapachula, Chiapas, para que realicen la atención y prevención con respecto al embarazo en la adolescencia.
9. Realizar prevención de forma individualizada y brindar tratamiento psicológico si el caso amerita en las adolescentes embarazadas, para prevenir un segundo embarazo y trabajar en su autoestima y su percepción a futuro.
10. Realizar pláticas sobre la prevención de embarazos en el adolescente en las escuelas con el apoyo del programa Juvenimss.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Faúndez A: Control Prenatal. En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12 - Segunda Edición, página 156-167, 1992.
- 2.-Tuirán R, Zúñiga E, Zubieta B. Delgado D, Estrada L, Camarena RM. Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico (serial on line) noviembre 2010. Disponible en: URL: <http://www.conapo.gob.mx>.
- 3.- Alonso Uría R, Campo González A, González Hernández A, Rodríguez Alonso B y Medina Vicente L. Seguimiento al hijo de madre adolescente, Rev. Cubana Med. Gen. Integr. v.21 n.5-6 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2005
- 4.- Norma Oficial Mexicana. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. México: NOM- 007-SSA2-2016
- 5.- Donoso Bernal B, Unidad de Medicina Materno Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Pontificia, Medwave, Año XII, No. 5, junio 2012. Open Access, Creative Commons.
- 6.- guía de práctica clínica para la prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo. (Spanish). Revista colombiana de obstetricia y ginecologia [serial on the internet]. (2013, July), [cited July 21, 2017]; 64(3): 245-288. Available from: [mediclatina](http://mediclatina.com).
- 7.-Blanquet-García J, Montoya-Cázares A, Carranza-Lira S. Características sociodemográficas de la adolescente embarazada en un hospital de alta especialidad. (Spanish). Revista Médica Del IMSS [serial on the Internet]. (2016, Nov 3), [cited July 21, 2017]; 54S238-S241. Available from: [Medic Latina](http://mediclatina.com).
- 8.- Pérez-castro y. Vázquez j, castillo-Vázquez c, Domínguez-de la peña m, Jiménez-Díaz I, Rueda-Rodríguez A, Villanueva-Egan I. análisis de 129 casos de mortalidad materna 2011 en la Conamed. (Spanish). Revista Conamed [serial on the internet]. (2012, Jan 2), [cited July 21, 2017]; 17(s1): s32-s36. Available from: [mediclatina](http://mediclatina.com).
- 9.- INEGI Censo Económico 2010, México.
- 10.-M.Sc. Chacón O'Farril D, M.Sc. Cortes Alfaro A, M.Sc. Álvarez García A, Soto navarro Y, Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2015; 41(1) 50-58.
- 11.- Bull. World Health Organization, 2001; 79:805-810.
- 12.- Koblinsky M, Anwar I, Mridha MK, et al. Reducing maternal mortality and improving maternal Health: Bangladesh and MDG5. J Health Popul Nutr 2008; 26:280-294.
- 13.- Onakewhor JU, Gharoro EP. Changing trends in maternal mortality In a developing country. Níger J Clin Pract 2008; 11:111-120.

- 14.- Oyarzun Ebensperger E, Unidad de Medicina Materno Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile junio 2012. Open Access, Creative Commons.
- 15.- Donoso S, Oyarzun E. Mortalidad Materna, Chile 2003: ¿Continúa El Gran Descenso? Revista chilena de Obstetricia y Ginecología. 2005;70(2):79-82.
- 16.- Huerta JL. La familia en el proceso salud-enfermedad. México, Editorial Alfil, 2005 pp 34-40 y 87-89.
- 17.- Moreno Méndez J, Chauta Rozo L. Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá Psychologia. Avances de la disciplina, vol. 6, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 155-166
- 18.- Lauro I. La familia en la determinación de la salud. Revista Cubana Salud Pública 2012: 29(): 48-51
- 19.- Arias Trujillo C, Carmona – Serna I, Castaño – Castrillón J, M. Sc Castro Torres A, et al, Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012, Archivos de Medicina Volumen 13 N.º 2 - Julio-diciembre de 2013.
- 20.- Toledo Fernández A, de los Reyes M, Álvarez Sintés v, Carbonell García I, García García R y Chao Azcuy O. Necesidades de aprendizaje sobre promoción de salud en docentes del nivel primario. Revista Cubana Medicina General Integral v.20 n.1 Ciudad de La Habana ene.-feb. 2004
- 21.- Udoh SB, Iyanam VE, Uche NN, et al. Teenage Pregnancy: Family and Social Characteristics and Risk Factors in Etinan, SubUrban Area of South-South Nigeria. SSRG International Journal of Medical Science 2019; 6(1):1-14
- 22.- Soto F, León IA, Castañeda O. Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México. Aten Fam 2015; 22(3):64-67
- 23.- Suan MAM, Ismail AH, Ghazali H. A review of teenage pregnancy research in Malaysia. Med J Malaysia 2015; 70(4):214-219
- 24.- Calderón IC, del Río CI, Rodríguez O, et al. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. MEDISAN 2014; 18(11):1544-1549
- 25.- Thobejane TD. Factors Contributing to Teenage Pregnancy in South Africa: The Case of Matjijtjileng Village. Journal of Sociology and Social Anthropology 2015; 6(2):273–277
- 26.- Aparicio E, Pecukonis EV, Zhou K. Sociocultural Factors of Teenage Pregnancy in Latino Communities: Preparing Social Workers for Culturally Responsive Practice. Health & Social Work 2014; 39(4):238–243

ANEXOS

CRONOGRAMA

	2018												2019									
ACTIVIDAD	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	
RECOPIACIÓN DE DATOS BIBLIOGRÁFICOS	X	X	X																			
SELECCIÓN DE INFORMACIÓN			X	X																		
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO		X	X	X	X	X																
PRESENTACIÓN						X	X	X	X													
REGISTRO ANTE COMITÉ Y CORRECCIONES									X	X	X											
RECOLECCIÓN DE DATOS											X	X	X	X	X	X						
ANÁLISIS DE DATOS																X	X	X				
CORRECCIÓN DE ESTILO Y PRESENTACIÓN																	X	X				
ELABORACIÓN DE INFORME FINAL																		X	X			
DIFUSIÓN DE RESULTADOS																				X	X	
PUBLICACIÓN																					X	

REALIZADO

NO REALIZADO

INSTRUMENTO.

ENCUESTA: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CONTROL PRENATAL EN LA UMF. 11 DEL IMSS, TAPACHULA, CHIAPAS

1)Folio: _____	2)Edad:_____	3)Inicio vida sexual			
4)Estado civil:	a)casada b)soltera c)unión libre d) divorciada				
5)Escolaridad:	a)analfabeta b)primaria c)secundaria d)prepareatoria e)licenciatura f)posgrado				
6)ocupación:	a)ama de casa b)comerciante c)empleada				
Parte 2 lea al paciente las siguientes preguntas y marque la respuesta que le dé según su experiencia o sentir en los últimos meses					
Situaciones	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
. 4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



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



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CONTROL PRENATAL EN LA UMF. 11 DEL IMSS. TAPACHULA. CHIAPAS.
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	TAPACHULA CHIAPAS ENERO A MAYO DEL 2019
Número de registro:	R – 2019 – 703 - 018
Justificación y objetivo del estudio:	EL PRESENTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, TIENE COMO FINALIDAD, CONOCER LA INFLUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE QUE FACTORES ORILLAN A LAS ADOLESCENTES A UN EMBARAZO TEMPRANO.TENIENDO EN CUENTA QUE ES UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y APORTAR DATOS IMPORTANTES PARA CONOCER ESTE PROCESO DE ATENCION E IDENTIFICAR AREAS DE MEJORA EN LA CALIDAD DE ATENCION DE LA MUJER EMBARAZADA. PARECE DE SUMA IMPORTANCIA ABORDAR ESTE TEMA PARA DESARROLLAR E IMPLANTAR ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCION DE EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA. OBJETIVO: EL OBJETIVO DEL PRESENTE ESTUDIO ES CONOCER LA FUNCIONALIDAD LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES DE LA UMF 11, TAPACHULA, CHIAPAS.
Procedimientos:	REALIZAR ENTREVISTA Y APLICACIÓN DE ENCUESTA PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, ACERCA DE LA FUNCION FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ADSCRITOS A LA UMF 11
Posibles riesgos y molestias:	NO EXISTEN RIESGOS
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	DEMOSTRAR QUE UNA ALTERACION EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR PUEDE SER UNA CONDICIÓN ASOCIADA EN EL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE Y ESTO NOS PERMITIRIA IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCION DE EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA PARA EVITAR EL INCREMENTO DE ESTE PROBLEMA EN LA SOCIEDAD ACTUAL.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	SE PLANEARÁ EL DISEÑO DE ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCION OPORTUNA EN LAS ADOLESCENTES.
Participación o retiro:	SEGÚN EL ART. 100 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, DESCRIBE QUE EL PROFESIONAL RESPONSABLE SUSPENDERÁ LA INVESTIGACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO, SI SOBREVIENE EL RIESGO DE LESIONES GRAVES, INVALIDEZ O MUERTE DEL SUJETO EN QUIEN SE REALICE LA INVESTIGACIÓN
Privacidad y confidencialidad:	SEGÚN EL ART. 16 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD, EN LAS INVESTIGACIONES EN SERES HUMANOS SE PROTEGERÁ LA PRIVACIDAD DEL INDIVIDUO SUJETO DE INVESTIGACIÓN, IDENTIFICÁNDOLO SÓLO CUANDO LOS RESULTADOS LO REQUIERAN Y ÉSTE LO AUTORIZE.
En caso de colección de material biológico (No aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (No aplica):	
Beneficios al término del estudio:	RECONOCER FACTORES QUE ORILLAN A ADOLESCENTES A UN EMBARAZO TEMPRANO
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DR. GUSTAVO ALONSO CHANG ESPINOSA. MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 11 TAPACHULA, CHIAPAS
Colaboradores:	DR. REYNEL PINEDA VALDIVIESO. MÉDICO RESIDENTE DE PRIMER AÑO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11. TAPACHULA, CHIAPAS
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 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

DR. REYNEL PINEDA VALDIVIESO
 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 asentimiento en menores de edad (8 a 18 años)

Nombre del estudio: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CONTROL PRENATAL EN LA UMF. 11 DEL IMSS. TAPACHULA. CHIAPAS.

Número de registro institucional EN TRAMITE.

Objetivo del estudio y procedimientos EL OBJETIVO ES CONOCER LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES DE LA UMF 11, TAPACHULA, CHIAPAS. REALIZAR ENTREVISTAS Y APLICACIÓN DE ENCUESTAS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, ACERCA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ADSCRITOS A LA UMF 11.

Hola, mi nombre es REYNEL PINEDA VALDIVIESO y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CONTROL PRENATAL EN LA UMF. 11 DEL IMSS. TAPACHULA. CHIAPAS. y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en CONTESTAR UNA ENCUESTA.

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 asentimiento: REYNEL PINEDA VALDIVIESO

Fecha: Enero a Mayo del 2019

Clave: 2810-009-014



OFICIO No. 07 24 04 200 2 00/DIR-160/2018

Tapachula de Córdova y Ordoñez, Chiapas a 20 de Junio del
2018

DR. REYNEL PINEDA VALDIVIESO
RESIDENTE 2º AÑO ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR
TAPACHULA, CHIAPAS

PRESENTE

Por medio de la presente, me permito notificarle de la NO INCONVENIENCIA de realizar su protocolo de investigación bajo el título FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CONTROL PRENATAL EN LA UMF 11 DEL IMSS, TAPACHULA, CHIAPAS, por lo que esperamos verlos favorecido de la información que emane de ésta.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.



ATENTAMENTE

DR. EDGAR CARRERA CAMACHO
DIRECTOR DE LA UMF No. 11