

# TESIS ROCIO MICHELLE REYNOSA PALACIOS T.docx

*por*

---

**Fecha de entrega:** 05-feb-2021 01:54p.m. (UTC-0600)

**Identificador de la entrega:** 1502580119

**Nombre del archivo:** TESIS ROCIO MICHELLE REYNOSA PALACIOS T.docx (3.28M)

**Total de palabras:** 12104

**Total de caracteres:** 66358



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11**  
**TAPACHULA, CHIAPAS**



**TITULO:**  
**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES**  
**EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA**  
**FAMILIAR NUMERO 11 IMSS TAPACHULA”**

**FEBRERO 2021**

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

**PRESENTA:**  
**ROCIO MICHELLE REYNOSA PALACIOS**



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11**

**TAPACHULA, CHIAPAS**



**TITULO:**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR NUMERO 11 IMSS TAPACHULA”**

**FEBERO 2021**

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER**

**EL GRADO DE:**

**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**ROCIO MICHELLE REYNOSA PALACIOS**

**DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS:**

**DR. LUDVICK TORRES LÓPEZ**



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11**  
**TAPACHULA, CHIAPAS**



**TITULO:**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11 IMSS  
TAPACHULA”**

**AUTORIZACIONES**

**DR. RICARDO RAMOS MARTINEZ**  
**COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL**

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

**DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS SANDOVAL**  
**COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**DEL H.G.Z. 1.**

**DR. PEDRO SÁNCHEZ AYALA**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE**  
**LA U.M.F. 11.**

**DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPREISS**  
**PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi Dios, por ser mi fuente de amor, la mano derecha, quien me ha dado la capacidad, la valentía y la fortaleza para que ese sueño sea hecho realidad.

A mis padres, Rocio Palacios y Mario Reynosa, mi fuente de motivación y apoyo incondicional, a ustedes mis padres por darme la dicha de vivir, a mi hermano Mario Reynosa y sobrina Bianca por el esfuerzo y sacrificio para que este sueño hoy se haga realidad.

A mi asesor Dr. Ludvick Torres López por sus sabias enseñanzas, por sus adecuadas sugerencias y apoyo incondicional durante el desarrollo de la presente investigación.

A mis amigos incondicionales Raquel, Paola, Rolando, David, Alejandra, Alejandro, Peñate, Damaris, Lilia, Miguel, por haber compartido momentos inolvidables, por haber sido excelentes compañeros y amigos, haber tenido la paciencia necesaria y alentarme a seguir adelante en los momentos de desesperación.

Rocío Michelle Reynosa Palacios

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	8
ABSTRACT .....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
MARCO TEÓRICO.....	11
<sup>5</sup> PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
JUSTIFICACIÓN.....	23
OBJETIVOS .....	24
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	24
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b> .....	24
HIPÓTESIS .....	25
<b>HIPÓTESIS DE TRABAJO (Hi: <math>\kappa=0</math>)</b> .....	25
<b>HIPÓTESIS NULA (Hi: <math>\kappa\neq 0</math>)</b> .....	<sup>51</sup> 25
MATERIAL Y MÉTODOS.....	26
<b>Diseño</b> .....	26
<b>Población</b> .....	26
<b>Muestra</b> .....	26
<b>Lugar y periodo de estudio</b> .....	26
<sup>51</sup> CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	27
De inclusión.....	27
De exclusión.....	27
Variables .....	27
Variable independiente .....	27
Variables dependientes .....	27
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	28
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN .....	30
ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	31
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	32
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	39
RESULTADOS.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	52
ANEXOS .....	56

## ABREVIATURAS, SIGLAS, Y ACRÓNIMOS

<b><i>Siglas</i></b>	<b><i>Descripción</i></b>
<b>ENSANUT</b>	Encuesta Nacional De Salud Y Nutrición
<b>EHE</b>	Enfermedad Hipertensiva Del Embarazo
<b>FF-SIL</b>	Test De Funcionamiento Familiar
<b>IVU</b>	Infección De Vías Urinarias
<b>OMS</b>	Organización Mundial De La Salud
<b>ONU</b>	Organización De Las Naciones unidas
<b>MAC</b>	Método Anticonceptivo
<b>UMF</b>	Unidad De Medicina Familiar

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

<b>Figura</b>	<b>Descripción</b>	<b>Página</b>
<sup>48</sup> <b>Gráfica 1</b>	Edad al embarazo de las adolescentes incluidas.	44
<b>Gráfica 2</b>	Estado civil de los las adolescentes incluidas.	45
<b>Gráfica 3</b>	Escolaridad de las adolescentes incluidas.	45
<b>Gráfica 4</b>	Edad al <sup>1</sup> inicio de vida sexual activa de las adolescentes incluidas.	46
<b>Gráfica 5</b>	Trimestre <sup>1</sup> de la gestación al momento de la inclusión en el estudio.	47
<b>Gráfica 6</b>	Tipología familiar de <sup>1</sup> las adolescentes embarazadas.	48
<b>Gráfica 7</b>	Funcionalidad <sup>1</sup> familiar de las adolescentes embarazadas.	49
<b>Gráfica 8</b>	Dimensión más afectada en adolescentes embarazadas	50

## RESUMEN

### **Funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 IMSS, Tapachula.**

**Introducción.** La adolescencia es una etapa de la vida que en el que inicia la pubertad y la actividad sexual con frecuencia, lo que puede conducir a embarazos en esta etapa de inmadurez física y emocional, que expone a riesgos a la madre y los neonatos. Alteraciones de la funcionalidad familiar podrían estar asociadas a embarazos en la adolescencia.

**Objetivo:** Determinar la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 11 IMSS Tapachula.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio transversal, descriptivo, realizado en adolescentes embarazadas de 10 a 19 años adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS, Tapachula, captadas en el periodo de diciembre 2018 a octubre del 2019. Se realizó un análisis estadístico descriptivo en SPSS v.25.

**Resultados:** Se incluyeron 18 adolescentes embarazadas de edad mínima 14 años y máxima 18 años. Las edades en que se presentaron el mayor número de embarazos fue a los 16 años y la edad de inicio de vida sexual fue más común entre los 14 y 16 años (72.2%). Al momento de la inclusión en el estudio el 22.2% se encontraban en el primer trimestre, el 38.9% en el segundo trimestre y el 38.9% en el tercer trimestre de la gestación. El 11.1% provenían de una familia nuclear, el 44.4% de una familia seminuclear, el 22.2% de una familia extensa y el 22.2% de una familia extensa compuesta. En relación con la funcionalidad familiar, el 5.6% provenían de una familia funcional, el 33.3% de una familia moderadamente funcional, el 50% de una familia disfuncional y el 11.1% severamente disfuncional.

**Conclusiones:** La mayoría de las adolescentes embarazadas pertenecen a familias disfuncionales.

**Palabras clave:** Adolescente embarazada, funcionalidad familiar.

## ABSTRACT

### **Family functionality in pregnant adolescents assigned to the Family Medicine Unit No. 11 IMSS, Tapachula**

**Introduction.** Adolescence is a stage of life that begins puberty and frequent sexual activity, which can lead to pregnancies at this stage of physical and emotional immaturity, exposing the mother and infants to risks. Alterations in family functionality could be associated with teenage pregnancies.

**Objective.** To determine the family functionality in pregnant adolescents assigned to the Family Medicine Unit No. 11 IMSS Tapachula.

**Materials and Methods.** It is a cross-sectional, descriptive study, carried out in pregnant adolescents aged 10 to 19 years attached to the Family Medicine Unit No. 11 of the IMSS, Tapachula, captured in the period from December 2018 to October 2019. performed a descriptive statistical analysis in SPSS v.25.

**Results.** In total 18 pregnant adolescents with a minimum age of 14 years and a maximum age of 18 years were included. The ages at which the highest number of pregnancies occurred was at 16 years and the age of onset of sexual life was more common between 14 and 16 years (72.2%). At the time of inclusion in the study, 22.2% were in the first trimester, 38.9% in the second trimester, and 38.9% in the third trimester of pregnancy. 11.1% came from a nuclear family, 44.4% from a seminuclear family, 22.2% from an extended family, and 22.2% from a composite extended family. In relation to family functionality, only 5.6% came from a functional family, 33.3% from a moderately functional family, 50% from a dysfunctional family and 11.1% severely dysfunctional.

**Conclusions.** Most of the pregnant adolescents belong to dysfunctional families.

**Keywords.** Pregnant teenager, family functionality.

## INTRODUCCIÓN

<sup>15</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece al grupo adolescente como la población incluida entre los 10 y 19 años de edad, abarca un periodo de desarrollo en el que se inicia físicamente con la pubertad y termina con el inicio de la edad adulta, en la cual se tiene actividad sexual, a más temprana edad, sin embargo difícilmente aceptan como resultado el embarazo (1)

El embarazo durante la adolescencia se define como “aquel que ocurre dentro de los dos primeros años de edad ginecológica, entendiéndose en el tiempo transcurrido desde la menarquia, o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”.

Múltiples estudios que han discutido el perfil sociodemográfico del embarazo en adolescentes coinciden que no son analfabetas, que la religión predominante es católica y <sup>33</sup> que viven con ambos padres al momento del embarazo.

Es fundamental señalar que en las adolescentes la orientación sexual se da principalmente en el hogar o de los profesores, mientras que el médico ha influido poco en ello, por lo que éste debería tener un papel relevante al respecto, y especialmente deberían ser médicas con quienes las pacientes se identifican en mayor medida. (2)

La funcionalidad familiar es un factor que influye en el mantenimiento de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros; de acuerdo al cumplimiento adecuado de las funciones de cada uno, se habla de familia funcional o disfuncional. <sup>39</sup> La funcionalidad familiar es la habilidad de la familia para afrontar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (1)

## MARCO TEÓRICO

<sup>8</sup> El crecimiento que un individuo presenta desde su niñez es tan rápido en su evolución y tan incierto que pasa por diferentes fases sin tener un estado permanente.

En la edad de 10 a 19 años se pueden distinguir dos períodos: uno denominado “pubertad” y otro, “adolescencia”. Haciendo una comparación entre la pubertad con la adolescencia, se encontrara que el primer período hace referencia más directamente al aspecto fisiológico (físico-químico), caracterizado por la transformación “física y sexual” del individuo, y se define por la aptitud para la procreación. El segundo período se basa en la aparición de características y fenómenos afectivos que establecen los cambios en toda su personalidad y se manifiesta en las niñas por la aparición de la primera menstruación y en los niños por las primeras eyaculaciones.

La adolescencia es una “fase” que incluye varios años. La palabra adolescencia proviene del verbo latino adolecere, que significa crecer, avanzar, desarrollarse, hacerse fuerte y superar. La adolescencia compone una etapa de cambio hacia la vida adulta y ser mujer implica la asignación sociocultural de los roles de esposa y madre.

La adolescencia es una etapa en donde podemos observar un crecimiento físico rápido e intenso. Se manifiesta como una transición entre la infancia y la edad adulta; comienza con la pubertad y se extiende desde los 13 o 14 años hasta los 18 años en la mujer y desde los 13 o 14 años hasta los 20 años, en los hombres.

<sup>29</sup> En la pubertad comienza el proceso de cambios físicos que convierte a la niña en un adulto capaz de la reproducción sexual. Esto no indica, que la niña esté preparada para ser madre. Las implicaciones negativas a largo plazo del embarazo adolescente pueden resumirse bajo dos sectores: 1) aquellas que tienen impacto

sobre la salud y el crecimiento del niño, y 2) las que corresponden al desarrollo personal y vida futura de la propia adolescente. (3)

En las estadísticas sanitarias mundiales 2014 se muestra que la tasa media de natalidad mundial entre adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 adolescentes. Las tasas nacionales fluctúan de 1 a 299 nacimientos por 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África (4)

Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016, en México, las mujeres de 15 años o más están casadas o viven en unión libre en 57.1%, 24.6% están solteras y 18.3% están separadas, divorciadas o viudas. En cuanto a su nivel de instrucción, 18.8% contaba con educación superior, 28.4% tenía secundaria, 24.6% primaria y 21.3% educación media superior; 6.8% no había aprobado ningún grado escolar. Datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2016 mencionan que las mujeres de 15 años o más que son madres y trabajan reciben menores ingresos que las que trabajan y no tienen hijos en el mismo grupo de edad.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 reportó que una de cada tres mujeres adolescentes de 15 a 19 años (29.2%) había iniciado una vida sexual; 44.9% de las adolescentes no utilizó un método anticonceptivo (MAC) en su primera relación sexual (5).

En el 2016 se calcula que ocurrieron 11 mil 808 nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, lo que implica 32 nacimientos diarios. A nivel nacional se considera que la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 10 a 14 años es de 2.15 nacimientos por cada mil, evaluando al grupo de niñas y adolescentes de 12 a 14 años con mayor exposición al riesgo, la tasa es de 3.55 nacimientos por cada mil. De 1990 a 2016 la fecundidad ha aumentado en la mayoría de las entidades federativas. En 2016 las entidades con más altas tasas de fecundidad fueron, Guerrero, Chiapas y Coahuila (6)

6 La ENADID 2009 muestra que en Chiapas la cuarta parte del total de las MEF entre 25 y 34 años ya había tenido su primera relación sexual a los 15.8 años; la mitad, lo había hecho un poco antes de cumplir la mayoría de edad, esto es, a los 17.7 años; y tres cuartas partes tuvieron esa relación sexual al cumplir los 20.0 años. El inicio de la actividad sexual de las mujeres de la entidad es similar a la situación nacional, donde la mediana es de 18.0 años. Es de suma importancia tener en cuenta estos resultados, para realizar acciones de política y programáticas, primordialmente para aquellas encaminadas a prevenir el primer embarazo.

6 En Chiapas, menos de una décima parte (7.2%) de las MEF utilizó algún método de planificación familiar en su primer encuentro sexual, dato que es menor al observado a nivel nacional, de 19.9 %. Las nuevas generaciones de jóvenes se han decidido cada vez más por usar anticonceptivos al inicio de su vida sexual. De esta manera, mientras 2.9 por ciento de las mujeres de 40 a 44 años manifestó usar anticonceptivos, aumenta a 8.4 por ciento en las de 30 a 34, y se incrementa de forma significativa a 12.7 por ciento en las de 15 a 19.

24 En 1992 la tasa de fecundidad adolescente era de 132.4 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad. Entre 1992 y 2009 tuvo lugar otra reducción (32.7%), pasando a 89.1 nacimientos ocurridos entre mujeres adolescentes por cada mil de ellas. El aporte de los nacimientos que ocurrieron en mujeres menores de 20 años no ha cambiado de manera notable a lo largo del tiempo a nivel nacional. En Chiapas, entre 1990 y 2005, la participación porcentual de los nacimientos provenientes de madres adolescentes sufrió una disminución de 20.0 a 17.7 (7)

22 El embarazo en la adolescencia está asociado con múltiples problemas biológicos, psicológicos y sociales tanto para la madre como para su hijo. Existen indicadores los cuales reportan que dentro del propio grupo de adolescentes, las menores de 15 años son las que están en mayor riesgo. Varios de estos riesgos ponen en evidencia la inmadurez física y psicosocial de la adolescente ya que el desafío que

representa el embarazo y la maternidad para el desarrollo personal de cualquier mujer se suma el de la adolescencia. (8)

Al poner en comparación varios trabajos realizados sobre la edad de las embarazadas en Chile, se observa la existencia de diferencias a nivel regional, ya que al año 2000 según un estudio realizado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Salvador (Servicio de Salud Metropolitano Oriente) se determinó una edad promedio de 18,6 años. Sin embargo, otros estudios realizados el año 2001 demostraron edades menores, como es el caso de un estudio realizado en el Hospital San Borja Arriarán (Servicio de Salud Metropolitano Centro) donde se observó una edad promedio de 14,5 años, mientras que en un estudio Revista Pediatría Electrónica Universidad de Chile Servicio Salud Metropolitano Norte Facultad de Medicina Hospital Clínico de Niños Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Roberto Del Río Rev. Ped. Elec. [en línea] 2008, Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918 44 realizado por Burgos en la octava región, que la edad promedio fue de 16 años. (9)

Por tanto, la adolescencia es una etapa de desarrollo la cual implica grandes cambios físicos conjuntamente con conflictos psicosociales y de redefinición personal; otros de los riesgos a que se exponen la adolescente embarazada y su hijo no necesariamente dependen de la edad de la madre en sí, sino que pueden reflejar una serie de condiciones tanto de salud como sociales, económicas, psicológicas y familiares que se atribuyen a la sexualidad precoz y desprotegida de estas jóvenes. Tal vez la concurrencia de estos tipos de factores de riesgo, indican que es importante facilitar una atención e intervención preventiva especial para este grupo de pacientes. (10)

Lira y cols, en un estudio de una cohorte de 2,315 adolescentes embarazadas menores de 17 años, informan que a las adolescentes acuden a control prenatal de forma tardía, pues se inició en 47.6% en el segundo trimestre y en 40.2% en el tercero. García y cols. Reportan en un estudio transversal comparativo, concluyeron

que el control obstétrico es menor en adolescentes embarazadas cuando se comparan con adultas embarazadas ( $p < 0.003$ ). Las mujeres adolescentes tienen mayor riesgo de morir por causas asociadas al embarazo haciendo comparación con las mujeres adultas. (11)

Se ha logrado identificar una variedad de factores de riesgos asociados al embarazo adolescente logrando agruparlos en 3 categorías: 1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar. 2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres. 3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social. (9)

Diversas investigaciones coinciden en que generalmente las adolescentes tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, esto aumenta el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres, predominantemente la madre, sin embargo el tipo de familia no es un factor que influyera en éste nivel de conocimientos. La funcionalidad familiar de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo, ni el afecto necesario por parte de su familia. (12)

La familia no es considerada como una institución que se relaciona con otras instituciones sociales, sino como una dimensión fundamental de la existencia, una perspectiva de la persona, su modo de ser: el modo más inmediato en el que se

manifiesta que la persona existe para relacionarse consigo mismo y con otras personas. (13)

<sup>1</sup> La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, unidos por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de dirigir y defender a sus miembros, su estructura es variada y depende del contexto en el que se ubique.

Las funciones de <sup>41</sup> la familia son las tareas que les corresponde ejecutar a los integrantes de la familia, entre ellas se encuentran:

- <sup>15</sup> Socialización: son las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la repetición <sup>5</sup> de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la unión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- Cuidado: seguridad y apoyo incondicionales de manera cuidadoso y respetuoso para enfrentar las diversas necesidades del grupo familiar.
- Estatus: intervención y propagación de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción: proveer de nuevos miembros a la sociedad con responsabilidad.

El parentesco es un lazo que se puede dar por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad. La importancia de <sup>37</sup> esta clasificación se establece fundamentalmente, en la necesidad que tiene el médico familiar en determinar las características de los integrantes de las familias, que ayuden en el proceso salud-enfermedad y dicha importancia se relacione con las

consecuencias propias del parentesco. Irigoyen clasifica a la familia por su composición de la siguiente manera:

- <sup>27</sup> Nuclear: Cuenta con esposo, esposa, con o sin hijos
- Seminuclear (monoparental): Solo cuenta con un conyugue e hijos
- Extensa: Conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad.
- Extensa compuesta: Conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad <sup>1</sup> que además conviven con otros sin <sup>5</sup>nexo legal. (amigos, compadres, etc.) (14)

La Funcionalidad Familiar, es aquella que logra fomentar el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud, <sup>31</sup> demostrando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, como son, acoplamiento, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos (15)

<sup>1</sup> La familia de acuerdo a sus posibilidades, debe complacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transferir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad. La aparición de embarazo en la familia de una adolescente presiona a la reorganización de las funciones de sus miembros, ya que aparecen nuevas necesidades en torno a este binomio, necesitando la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear asombro y desilusión. <sup>1</sup> Los factores contribuyentes son múltiples y las soluciones a los mismos no parecen ser fáciles de solucionar a corto plazo. El seguimiento de la gestación debe visualizar no sólo la asistencia obstétrica como tal, sino adquirir un enfoque integral que atienda las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia (16)

<sup>13</sup> El Familiograma es un instrumento de trabajo fundamental para todo médico de familia, ya que nos permite conocer datos de la familia con tan solo verlo, obtener

información de sus integrantes y las relaciones que mantienen a lo largo de varias generaciones. Es un "retrato familiar" que aporta información relevante no solo de los miembros de la familia presentes en la consulta, sino también acerca de aquellos integrantes de la familia que no suelen acudir a la consulta médica.

Es también un excelente sistema de registro donde no solamente se puede localizar información sobre aspectos demográficos, edad, género, tipología familiar, antecedentes patológicos, etc., sino también nos revela sobre el ciclo vital que la familia está atravesando, los acontecimientos vitales, las relaciones afectivas y recursos presentes. Y todos estos datos están en una sola hoja, donde con un simple repaso podemos informarnos de toda la historia de la familia. (17)

Este instrumento se basa en información presentada con símbolos de los miembros familiares, datos demográficos, relaciones biológicas y legales, subsistema fraternal, abortos, enfermedades y problemas del sistema de relaciones entre los componentes de la familia. El familiograma nos describe fronteras del sistema familiar (Tipos de comunicación) fronteras físicas (Visitas ritualizadas, traslados de ciudad). Eventos críticos (Que alteran la vida futura de la familia). Asuntos conflictivos (Dinero, paternidad, conspiración). Contexto ecológico (Afiliaciones a organizaciones) Interpretación: reglas de interacción de la familia, patrones de transmisión multigeneracional, asuntos conflictivos, triangulaciones, lo destacado de la familia extendida, ciclo vital de la familia. (18)

El test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) por Ortega, de la Cuesta y Días. La prueba FF - SIL se realizó en 1994, con la idea de que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la Atención Primaria. Se realizó la primera comprobación de los procedimientos de confiabilidad y validez, con un Alfa de Crombach de 0,91. Este instrumento consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Correspondiendo dos a cada uno de los siete factores que mide este cuestionario. Para cada situación existe una escala de 5 opciones de

respuestas, que tienen una calificación en puntos de menor a mayor, en la que Casi nunca: un punto, Pocas veces: dos puntos, A veces: tres puntos, Muchas veces: cuatro puntos, Casi siempre: cinco puntos. Numero de situaciones: 1 y 8 miden la variable Cohesión, 2 y 13 miden la variable Armonía, 5 y 11 miden la variable Comunicación, 7 y 12 miden la variable Permeabilidad, 4 y 14 miden la variable Afectividad, 3 y 9 miden la variable Roles, 6 y 10 miden la variable Adaptabilidad. Resultados del cuestionario: Familia Funcional de 70 a 57 puntos, Familia Moderadamente Funcional de 56 a 43 puntos, Familia Disfuncional de 42 a 28 puntos, Familia Severamente Disfuncional de 27 a 14 puntos.

Familia Funcional: Una familia funcional o moderadamente funcional se caracteriza por un enlace en la unión familiar física y emocional al confrontar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas, armónica con relación entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo. Familia disfuncional: Es un lugar donde no se valora al otro, no se apoyó, no se cumple con los roles correspondientes a cada miembro de la familia, no se pasan responsabilidades, lo cual, afecta directamente a los integrantes del grupo familiar, ya que se pueden generar rasgos de personalidad desequilibrados que les afectarán en todos los ámbitos de la vida. (19)

En nuestro trabajo diario en la Atención Primaria es común luchar con una amplia variedad de problemas de salud, muchos de ellos indiferenciados y a su vez con variado impacto en el individuo y su familia. Dado el enfoque preventivo que tienen los médicos familiares, es necesario adelantarnos a situaciones no prevenibles en la vida del individuo y su familia - como por ejemplo, el embarazo adolescente – realizando actividades para mitigar el impacto de un evento crítico cualquiera y de ese modo, facilitar que el individuo vuelva a su estado saludable o en caso de la familia, que recupere su equilibrio.

Doherty y Baird propusieron cinco niveles de intervención familiar basados en el grado de involucramiento familiar bajo la premisa de que ello posibilitaría una mejor comprensión del problema y por tanto, mayores posibilidades de resolverlo.

9

#### **NIVEL 1: MÍNIMO ÉNFASIS**

En este nivel se realiza la relación médico-paciente y se comunica con la familia sólo por razones prácticas o médico legales.

9

#### **NIVEL 2: INFORMACIÓN Y CONSEJERÍA INFORMATIVA**

El profesional entiende la importancia de la familia en la asistencia sanitaria y busca el apoyo familiar como soporte del individuo. El profesional captura información del individuo y su contexto familiar y proporciona consejos de salud a la familia para que tome sus decisiones para el cuidado de uno de sus integrantes o del grupo familiar.

9

#### **NIVEL 3: SENTIMIENTOS Y APOYO EMOCIONAL, CONSEJERÍA EN CRISIS**

El profesional comprende el desarrollo adecuado de la familia y el modo en que el individuo y la familia reaccionan al estrés producido por un evento crítico o acúmulo de tensiones en uno de sus integrantes o en el grupo familiar. En este nivel el médico de familia debería haber sido entrenado para entender su propio sistema familiar y ser consciente de cómo ello podría afectar su actitud hacia los pacientes.

9

#### **NIVEL 4: EVALUACIÓN FUNCIONAL E INTERVENCIÓN PLANIFICADA**

A partir de un análisis estructurado de la dinámica familiar basado en el enfoque sistémico, desarrolla intervenciones planificadas y seguimiento. Las recomendaciones para la familia son una respuesta específica a la "lectura" detallada de su realidad, aunque con aproximaciones fundamentalmente cognitivas.

(20)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

<sup>15</sup> Se debe destacar que el embarazo adolescente, hoy en día, es una de las principales problemas que afectan a las sociedades en vía de desarrollo, cada año se producen en el mundo 7,3 millones de partos de niñas y adolescentes de hasta 18 años, de los cuales, dos millones corresponden a niñas menores de 15 años, se tiene un estimado que para el 2030 dicha cifra llegará a tres millones según la Organización de las Naciones Unidas (ONU). <sup>5</sup> La OMS señaló como prioridad de atención el embarazo en adolescentes, ya que influye en la salud del niño y de la madre.

<sup>46</sup> El embarazo en adolescentes es cada vez más importante debido a que las mujeres de 15-19 años de edad integran el grupo de mayor tamaño entre mujeres en edad fértil; <sup>23</sup> y la disminución de la fecundidad en adolescentes es menor que en otros grupos de edad, ya sea por el bajo uso de anticonceptivos en la primera relación sexual; como por el aumento en el porcentaje de la población adolescente que es sexualmente activa. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) a nivel nacional, la proporción de población de 12 a 19 años que ha iniciado su vida sexual ha aumentado, al pasar de 15% en 2006 a 23% para el 2012. <sup>7</sup> La mortalidad en mujeres embarazadas de 15 a 19 años en países en desarrollo se duplica en comparación con el grupo de 20 a 34 años. En relación con enfermedades previas al embarazo, México se reporta Diabetes Mellitus, anemia, cardiopatías, infección de vías urinarias, síndromes convulsivos, colagenopatías e hipertensión arterial. Durante el embarazo en adolescentes, las patologías referidas son: infección de vías urinarias (IVU), vulvovaginitis, enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE), bajo peso del producto, parto prematuro y malnutrición.

Los riesgos de inicio temprano de actividad sexual difieren de estar resueltos, debido a variables biosociológicas, socioculturales, económicas, educativas y mediáticas. La edad de inicio de vida sexual cambia las necesidades de salud, a partir de que una mujer es sexualmente activa, es más propenso de embarazarse

y sensible a infecciones sexualmente transmisibles. Estas últimas se ubican entre las primeras diez causas de morbilidad en el grupo de 15 a 44 años de edad.

<sup>53</sup> El funcionamiento de la familia implica la realización de las funciones básicas en las esferas económicas, educativa y reproductiva

Los grados de funcionamiento familiar <sup>1</sup> ante situaciones de crisis, pueden tomar un curso especial cuando en la familia existe una mujer embarazada y más si es una adolescente.

La aparición del embarazo en adolescentes obliga a cambios de la estructura dentro de la familia, ya que se crean nuevas necesidades por satisfacer. Es aquí donde la familia tiene un papel muy importante para poder cubrir estas necesidades, es por eso que al observar esta temática se realiza la siguiente pregunta de investigación:

<sup>1</sup> ¿Cuál es la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 11, IMSS, Tapachula?

## JUSTIFICACIÓN

<sup>4</sup> El embarazo en la adolescencia forma parte de un problema de salud pública para América Latina y el resto del mundo, por el efecto negativo que provoca en la salud de la adolescente y su hijo; así como el que se produce a nivel sociocultural y psicológico, que origina un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

Las adolescentes se ven forzadas a aceptar un rol que las obliga a madurar rápidamente y, en la mayoría de los casos, a ser madres sin estar preparadas para esta responsabilidad.

La mortalidad materna en adolescentes en países en desarrollo se duplica al compararla con la de adultos jóvenes. En México, la mortalidad en mujeres menores de 24 años corresponde a 33 % del total de las muertes maternas.

Debido a que la UMF No 11 se encuentra en Chiapas y que este es la tercer entidad a nivel nacional con el mayor número de adolescentes embarazadas, es importante estudiar todos los factores implícitos en este problema, entre ellos la funcionalidad familiar en el momento que surge este acontecimiento no esperado, provocando que la familia tenga que adaptarse y reacomodarse. Con esto poder implementar nuevas estrategias para la prevención de este problema de salud pública, involucrando al médico familiar de la consulta externa para que realice niveles de intervención en el trabajo con las familias de las embarazadas adolescentes, para no olvidar la base de la medicina familiar.

Al haber un mayor número de adolescentes embarazadas se entiende que hay una falta de trascendencia en la educación sexual de los adolescentes y en el no uso de métodos de planificación familiar, el cual lleva como consecuencia el incremento en el embarazo no deseado, por lo consiguiente, la morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Se necesitan acciones que irán dirigidas a la utilización de métodos de planificación familiar, promover la salud sexual y reproductiva, o planear un embarazo con las mejores condiciones para el binomio.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

- Determinar la funcionalidad familiar en <sup>1</sup>adolescentes embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 11 IMSS Tapachula

### <sup>1</sup>OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la edad más común de presentación del embarazo adolescente
- Determinar la tipología familiar de las adolescentes embarazadas
- Identificar el estado civil en las adolescentes embarazadas
- Conocer la escolaridad de las adolescentes embarazadas
- Identificar la ocupación de las adolescentes embarazadas

## HIPÓTESIS

### HIPÓTESIS DE TRABAJO ( $H_i: \kappa=0$ )

- La funcionalidad familiar se encontrará afectada cuando existe embarazo adolescente en la familia.

### HIPÓTESIS NULA ( $H_i: \kappa \neq 0$ )

- Cuando existe un embarazo adolescente en la familia la funcionalidad familiar no se encontrará afectada.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño

Se trata de un estudio transversal, descriptivo.

### Población

El universo de trabajo está constituido por 18 adolescentes embarazadas de 10 a 19 años adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS, Tapachula.

### Muestra

El tamaño de la muestra se estableció mediante la fórmula para poblaciones finitas con un nivel de confianza de 95% y un intervalo de confianza de 5%, dando un total de 13 adolescentes embarazadas de 10 a 19 años adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 11 del IMSS, Tapachula.

### Fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} \quad N: 18 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95 \quad 12.86$$

0.05<sup>2</sup> (18-1) + 1.96<sup>2</sup> \* 0.05 \* 0.95

### Lugar y periodo de estudio

Unidad de Medicina Familiar No 11, IMSS, Tapachula.

El estudio incluye a adolescentes embarazadas que asistieron a la consulta externa, que viven bajo el vínculo de su familia de origen, captadas en el periodo de Diciembre 2018 a Noviembre del 2019.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### De inclusión

- Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años, adscritas a la unidad de Medicina Familiar No 11.
- Que vivan bajo el vínculo de su familia de origen
- Acepten participar en el estudio.
- Adolescentes casadas
- Adolescentes que fueron víctimas de violación

### De exclusión

- Adolescentes que no acepten participar en este estudio

### Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos

## **Variables**

### Variable independiente

- Adolescentes embarazadas

### Variables dependientes

- Funcionalidad familiar
- Edad
- Tipología familiar
- Ocupación
- Estado civil
- Inicio de vida sexual activa
- Edad gestacional

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Tiempo cronológico de vida cumplido	Cuantitativa ordinal	Años y meses
<b>Escolaridad</b>	Periodo de tiempo que se asiste a la escuela para estudiar y aprender.	Grado de estudios del paciente	Cualitativa ordinal	Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Preparatoria completa Preparatoria incompleta Carrera técnica
<b>Funcionalidad familiar</b>	Patrones de comportamiento de la familia de acuerdo a las siguientes dimensiones: relación de pareja, la comunicación, la cohesión, la falta de reglas y apoyo, el tiempo libre que comparte la familia, los roles y el trabajo doméstico, la autonomía familiar, la organización, la autoridad y la violencia.	Características que integran a la familia de acuerdo a las personas que habitan en un mismo domicilio	Cualitativa Nominal	Familia Funcional de 70 a 57 puntos Familia Moderadamente Funcional de 56 a 43 puntos Familia Disfuncional de 42 a 28 puntos, Familia Severamente Disfuncional de 27 a 14 puntos
<b>Tipología familiar</b>	Ejercicio orientado a identificar las características propias de las organizaciones familiares en un	Clasificación estructural de los integrantes de la familia.	Cualitativa Nominal	Nuclear: Cuenta con esposo, esposa, con o sin hijos Seminuclear (monoparental):

	contexto, localidad, región o país específico			27 Solo cuenta con un conyugue e hijos Extensa: Conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad. Extensa compuesta: Conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad que además conviven con otros sin nexo legal. (amigos, compadres, etc.)
<b>Estado civil</b>	1 Es la situación de las personas físicas definida por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	1 Relación que se tiene con una persona del sexo opuesto.	Cualitativa nominal	Soltera Unión libre Casada Otro
<b>Edad gestacional</b>	La duración de la gestación se determina a partir del primer día del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o en semanas completas.	Semanas de vida intrauterina cumplidas al momento del estudio.	Cuantitativa discontinua	36 Primer trimestre va de la semana 1 hasta el final de la semana 12. Segundo trimestre va de la semana 13 hasta el final de la semana 26. Tercer trimestre va de la semana 27 hasta el final del embarazo.
<b>Inicio de vida sexual activa</b>	6 Edad de la primera relación sexual	Años cumplidos en la primera relación sexual.	Cuantitativa ordinal	Años y meses

## PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Una vez registrado el proyecto ante el Comité de Investigación y de Ética UMF 13 DE Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se seleccionó a la población que participó en el estudio. Mediante el censo nominal se eligieron a las adolescentes embarazadas, a las que se les explicó de qué trataba el estudio y se les pidió leer y firmar el consentimiento informado; posterior a lo cual se aplicó el instrumento de investigación.

Se realizó una base de datos para el análisis; posterior se analizaron, graficaron e interpretaron los resultados obtenidos para realización de la discusión y las conclusiones.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

1 Una vez obtenidos los resultados de la aplicación de los cuestionarios, se realizó un análisis univariado mediante el cálculo de frecuencia simple, utilizando el software SPSS V.22 a un nivel de significancia de 0.05, y se representaron mediante tablas y gráficas con el programa Microsoft Office Excel 2013.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto fue sometido ante el comité de ética 7038 y el comité de investigación 703 de la UMF 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, así mismo es un trabajo de investigación sin riesgo ya que únicamente se aplicaron encuestas.

Al contacto inicial con el grupo de estudio se les explicó el objetivo y los detalles del estudio asegurando confidencialidad y anonimato. De igual manera se les pidió su consentimiento informado para participar conforme a lo establecido en los principios éticos para investigaciones con sujetos humanos de la Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, aprobada por la 18<sup>o</sup> asamblea general de la WMA Helsinki Finlandia, junio de 1964, y enmendada por la 29<sup>a</sup> asamblea de WMA, Tokio Japón de octubre de 1975, 35<sup>a</sup> asamblea de WMA Venecia, Italia, octubre de 1983, 41<sup>a</sup> asamblea general de WMA, Hong Kong, septiembre de 1989, 48<sup>a</sup> asamblea Somerset Weaest, república de ciudad África octubre de 1956, 52<sup>a</sup> asamblea de WMA, Washington 2002, 55<sup>a</sup> asamblea General de WMA, Tokio 2004, 59<sup>a</sup> asamblea General de WMA, Seúl, octubre 2008.

### ENMIENDAS DE LA DECLARACION DE HELSINKI

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.

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 humanos a adoptar estos principios.

#### Principios generales

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).
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.
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 las normas y estándares internacionales vigentes.
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.
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 <sup>17</sup> 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.

<sup>12</sup> 16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

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.

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.

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional.

<sup>16</sup> Todos los grupos y personas vulnerables 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.

<sup>11</sup> 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.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

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.

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión.

28. Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal.

29. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización.

33. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con las mejores intervenciones probadas, excepto en las siguientes circunstancias:

34. Antes del ensayo clínico, los auspiciadores, investigadores y los gobiernos de los países anfitriones deben prever el acceso post ensayo a todos los participantes que todavía necesitan una intervención que ha sido identificada como beneficiosa en el ensayo.

35. Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

36. Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación.

37. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. (34).

De acuerdo a 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 1, artículo 1; esta investigación se considera como una investigación con riesgo mínimo, ya que únicamente se aplicaran encuestas, se obtendrá además el consentimiento informado según lo plasmado en la Ley General De Salud En Materia De Investigación En Salud, Capítulo IV, Artículo 43

“Para realizar investigaciones en mujeres embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio y lactancia; en nacimientos vivos o muertos; de utilización de embriones,

óbitos o fetos; y para fertilización asistida, se requiere obtener la carta de consentimiento informado de la mujer y de su cónyuge o concubinario.”

“El consentimiento del conyugue 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.”

Se deberá redactar y recabar carta de asentimiento por tratarse de pacientes adolescentes.

Esta investigación además se basó en la Buena Práctica Clínica, estas contienen 13 principios éticos y de calidad de la investigación, dirigidos a proteger la seguridad y el bienestar de los participantes.

14  
1.- Los estudios clínicos se deben llevar a cabo de acuerdo con los principios éticos, según la Declaración de Helsinki.

2.- Antes de realizar un estudio clínico, los posibles riesgos e inconvenientes se deben sopesar con los beneficios que se espera obtener tanto para los sujetos del estudio como para la sociedad en general.

3.- Los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos del estudio son lo más importante y siempre deben prevalecer sobre los intereses de la sociedad y de la Ciencia.

4. – La información disponible antes del estudio sobre un producto de investigación debe ser adecuada para apoyar la propuesta de realizar el estudio clínico.

5.- Los estudios deben tener bases científicas razonables y deben ser descritos detallada y claramente en un protocolo.

10  
6.-El estudio debe realizarse de acuerdo con el protocolo ya aprobado por un Comité de Ética Independiente. Esto implica que un estudio no puede iniciarse hasta que se haya obtenido su aprobación por parte del Comité.

7.- El cuidado médico de los sujetos de la investigación y las decisiones médicas que se tomen en relación con ellos, las debe tomar siempre un médico cualificado.

8.- Cada individuo que participa en el estudio clínico debe tener la educación, el entrenamiento y la experiencia adecuados para participar y cumplir con las responsabilidades que se le asignen en el estudio clínico.

9.- Se debe obtener el consentimiento informado voluntario de cada sujeto del estudio antes del inicio de la investigación y de la participación del sujeto.

10.- Toda la información del estudio clínico debe ser documentada y archivada de tal manera que permita la elaboración de informes. Además se debe poder interpretar y verificar con exactitud.

11.- Se debe proteger la confidencialidad de los datos que permita la identificación de los sujetos del estudio. El respeto a la privacidad y las reglas de confidencialidad deben seguir la regulación al respecto.

12.- Los productos de investigación deben ser fabricados, administrados y almacenados de acuerdo con la Buena Práctica de fabricación industrial (Good Manufacturing Practice – GMP).

13.- Se deben establecer sistemas de procedimientos que aseguren la calidad de todos los aspectos del estudio clínico. Por lo que esta es la responsabilidad del patrocinador.

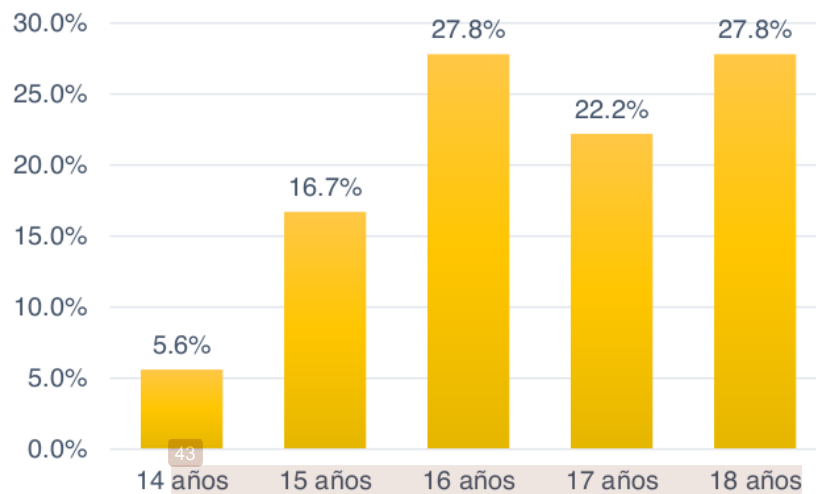
## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2018					2019								2020										
	MES	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
Elaboración de protocolo de tesis																								
Revisión y Registro de protocolo																								
Aplicación de las encuestas																								
Análisis de los datos																								
Descripción de resultados																								
Discusión de resultados																								
Escritura de la tesis																								
Revisión y Corrección de tesis																								
Presentación de tesis																								

## RESULTADOS

### Edad de las adolescentes embarazadas

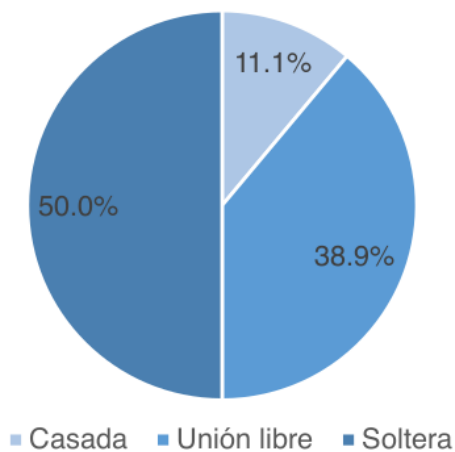
En el presente estudio, se incluyeron un total de 18<sup>1</sup> adolescentes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS en Tapachula, Chiapas. La edad media de las pacientes fue  $16.5 \pm 1.2$  años, la edad mínima fue 14 años y la máxima 18 años. El 22.2% de las pacientes tenían 15 o menos años y el 77.8% >15 años. Los embarazos en las adolescentes se presentaron con mayor frecuencia entre los 16 y 18 años. La distribución de las pacientes por edad se presenta en la Gráfica 1.



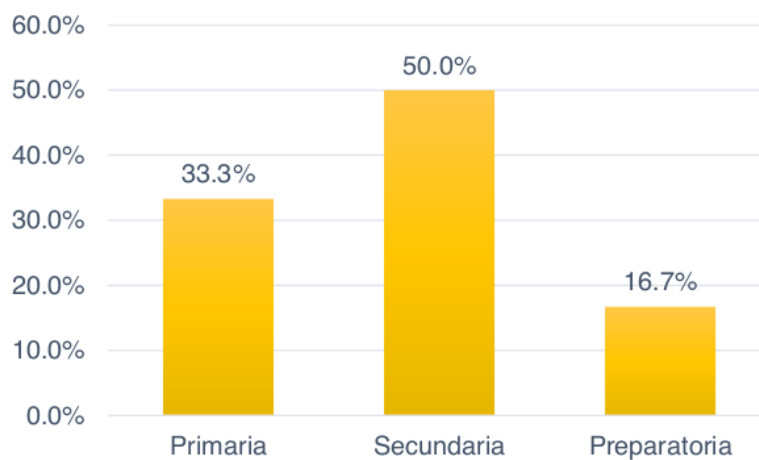
Gráfica 1. Edad al embarazo de las adolescentes incluidas.

## Estado civil y escolaridad de las adolescentes embarazadas

El estado civil de las pacientes fue soltera en el 50%, unión libre en el 38.9% y casada en el 11.1% (Gráfica 2). Por otro lado, la escolaridad de las pacientes fue primaria en el 33.3% de los casos, secundaria en 50% y preparatoria en el 16.78% (Gráfica 3).



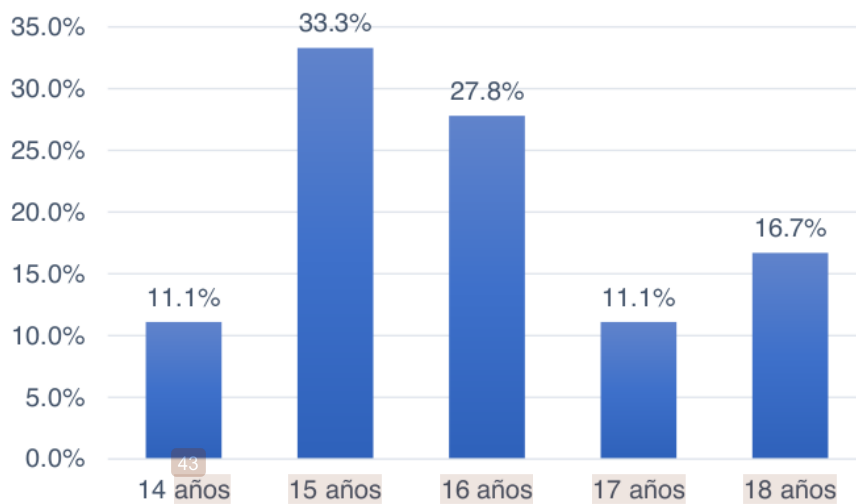
**Gráfica 2.** Estado civil de los las adolescentes incluidas.



**Gráfica 3.** Escolaridad de las adolescentes incluidas.

### **1** Inicio de vida sexual activa en las adolescentes embarazadas

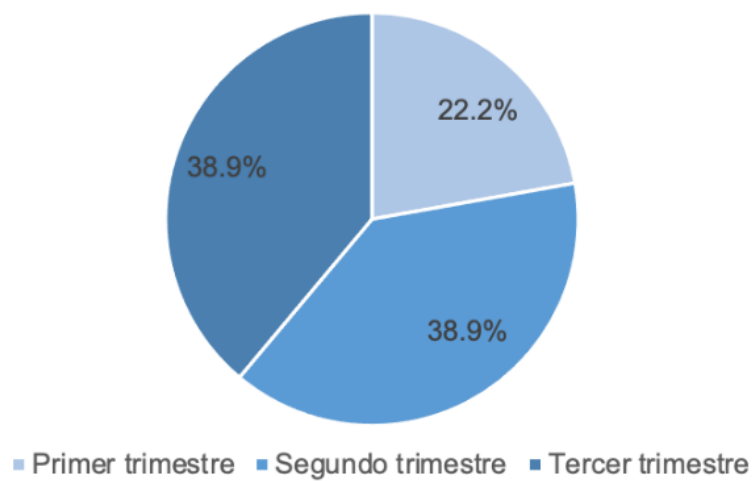
Enseguida, se determinó la **1** edad de inicio de la vida sexual activa de las **1** pacientes **1** adolescentes embarazadas, encontrando que el 11.1% tuvieron su primera relación sexual a los 14 años, el 33.3% a los 15 años, el 27.8% a los 16 años, el 11.1% a los 17 años y el 16.7% 18 años (Gráfica 4).



**Gráfica 4.** Edad al inicio de vida sexual activa de las adolescentes incluidas.

### Edad gestacional al momento de la inclusión en el estudio

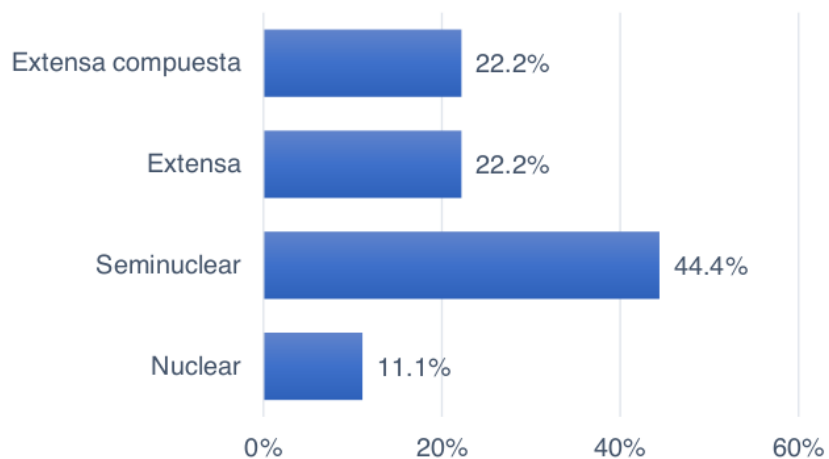
Al momento de la inclusión en el estudio el 22.2% se encontraban en el primer trimestre, el 38.9% en el segundo trimestre y el 38.9% en el tercer trimestre de la gestación (Gráfica 5).



**Gráfica 5.** Trimestre de la gestación al momento de la inclusión en el estudio.

### Tipología familiar de las adolescentes embarazadas

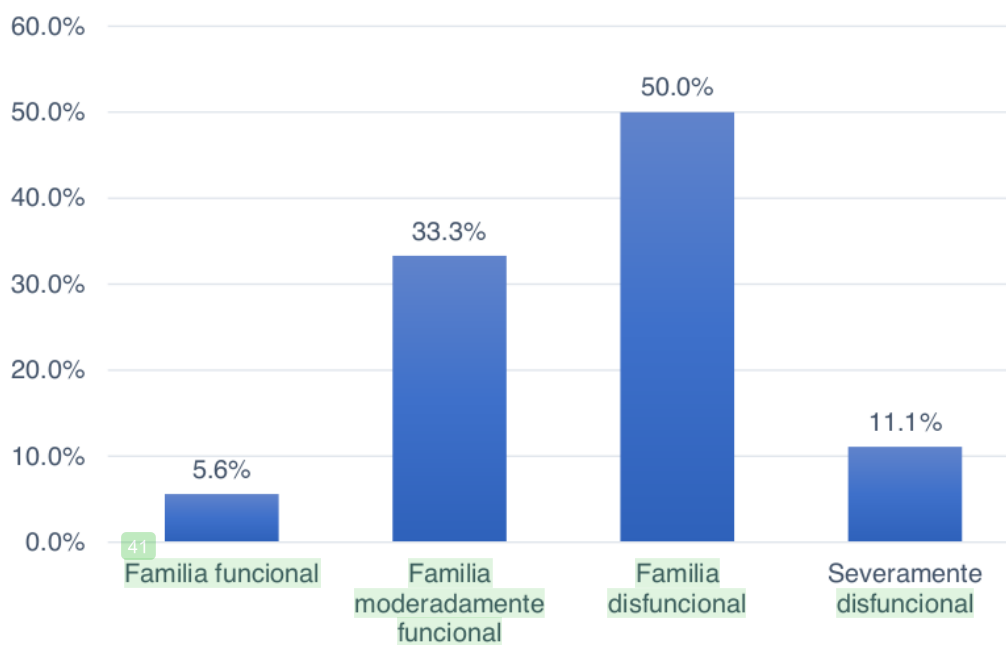
También, se evaluó la tipología familiar de las adolescentes embarazadas encontrando que el 11.1% provenían de una familia nuclear, el 44.4% de una familia seminuclear, el 22.2% de una familia extensa y el 22.2% de una familia extensa compuesta (Gráfica 6).



Gráfica 6. Tipología familiar de las adolescentes embarazadas.

### Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas

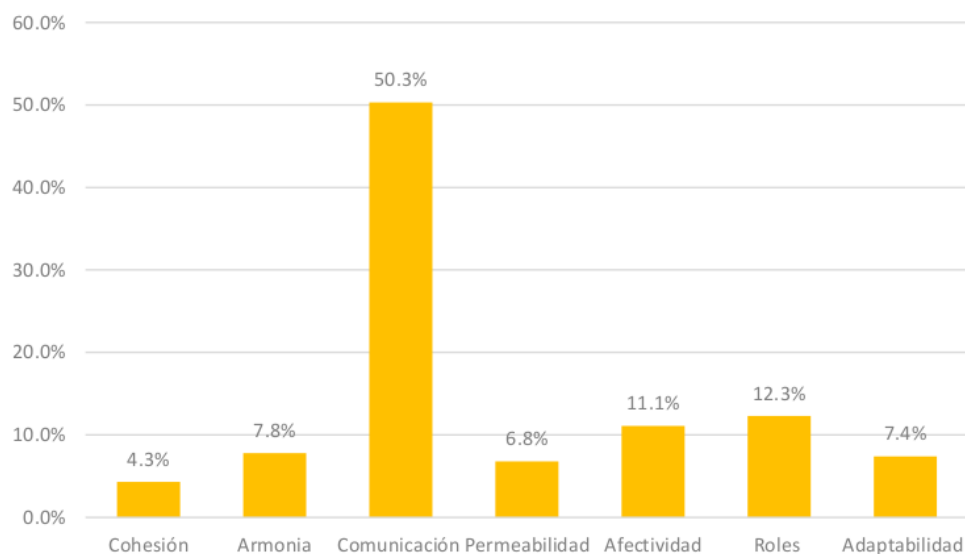
Se evaluó la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS en Tapachula, Chiapas, encontrando que, el 5.6% provenían de una familia funcional, el 33.3% de una familia moderadamente funcional, el 50% de una familia disfuncional y el 11.1% severamente disfuncional (Gráfica 7).



Gráfica 7. Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas.

### Dimensión más afectada en adolescentes embarazadas

Finalmente, se evaluó las dimensiones más afectadas en las adolescentes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS en Tapachula, Chiapas, en base al instrumento de funcionalidad familiar, encontrando que, el 4.3% tiene afección en la dimensión de Cohesión, el 7.8% en la dimensión Armonía, el 50.3% en la dimensión comunicación, el 6.8% en la dimensión Permeabilidad, el 11.1%, en la dimensión Afectividad, 12.3% en la dimensión Roles y el 7.4% en la dimensión adaptabilidad. (Gráfica 8).



**Gráfica 8.** Dimensión más afectada en adolescentes embarazadas

### **Tabla 1. Relación entre funcionalidad familiar y tipología familiar**

En esta tabla de contingencia observamos que la familia nuclear ocupa el 11.1% de los cuales son familias funcionales y moderadamente funcionales, el 44.4% familia seminuclear de las cuales son familias moderadamente funcionales, disfuncionales y severamente disfuncionales, el 22.2% familia extensa de los cuales son familias disfuncionales y severamente disfuncionales, el 22.2% familia extensa compuesta de las cuales son familias disfuncionales y severamente disfuncionales.

	<b>Familia funcional</b>	<b>Familia moderadamente funcional</b>	<b>Familia disfuncional</b>	<b>Familia severamente disfuncional</b>	<b>Total</b>
<b>Familia nuclear</b>	1	1	0	0	2
<b>Familia semi nuclear</b>	0	5	3	1	8
<b>Familia extensa</b>	0	0	4	0	4
<b>Familia extensa compuesta</b>	0	0	3	1	4
<b>Total</b>	1	6	9	2	18

## DISCUSIÓN

La adolescencia es la etapa de la vida en la cual desarrollamos por completo la capacidad reproductiva (21), es una etapa no exenta de problemas de salud en la que los individuos enfrentan diversos problemas incluyendo los peligros relacionados con la vida sexual y reproductiva como los embarazos no deseados (22).

La maternidad y paternidad temprana, suele presentar efectos negativos en los hijos e hijas de las y los adolescentes, exponiéndolos a circunstancias adversas que dificultan su desarrollo. El embarazo a edades tempranas frecuentemente es un problema con consecuencias graves para las madres adolescentes y para sus hijos. Esta considerado un problema de salud pública, debido a que afecta negativamente en la salud de las jóvenes mujeres y en la de sus hijos, es un problema educativo porque genera abandono escolar o bajo rendimiento; es un problema económico porque favorece la mano de obra barata y condiciona los ingresos futuros, el acceso a oportunidades laborales de calidad y el desarrollo humano sustentable (23).

Los embarazos en la adolescencia han tomado importancia en los últimos años debido a que México ocupa el primer lugar en el tema, entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años y se ha convertido en uno de los asuntos fundamentales de las políticas de población (24).

Se han planteado diversos determinantes del embarazo en adolescentes tanto individuales, como familiares y socioeconómicos, destacando entre los factores de riesgo familiares la comunicación entre la familia y la adolescente (25). Pero, la relación del embarazo adolescente con la funcionalidad familiar poco ha sido explorada, por eso en el presente estudio evaluamos la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas, encontrando algunos hallazgos que a continuación se analizan.

Primero, más de la mitad de las adolescentes embarazadas provenían de familias disfuncionales, lo cual abre la posibilidad de que la disfunción familiar pudo contribuir al embarazo. Estudios previos han reportado distintas frecuencia de disfunción familiar en adolescentes embarazadas. Por ejemplo, Rangel y cols. Reportaron una frecuencia de disfunción familiar 33% en adolescentes embarazadas de la Ciudad de León Guanajuato, que corresponde a casi la mitad de la prevalencia encontrada en nuestro estudio en adolescentes de Tapachula, Chiapas (26).

Por su parte, Calderón Morales encontraron que 65.5% de las familias de adolescentes embarazadas presentaban disfunción familiar, en comparación con 61.1% de familias disfuncionales en nuestro estudio. Por lo que la prevalencia de disfunción familiar en nuestro estudio es similar a la reportada por Calderón Morales en una ciudad de Cuba (27).

Mientras que, Arias Trujillo y cols. Encontraron disfunción familiar en 72.1% de las familias de adolescentes embarazadas, lo que representa una cifra superior a la encontrada en nuestro estudio en adolescentes de Tapachula, Chiapas (28). De manera similar, Suchaqui y Vera encontraron una prevalencia de disfunción familiar de 95.88% en un grupo de 97 adolescentes embarazadas de Huancayo Perú (29). Por lo tanto, la prevalencia de disfunción familiar entre pacientes **adolescentes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS** en Tapachula, Chiapas es alta aunque no es de las más altas reportadas en la literatura (26-29).

En segundo lugar, el tipo de familia no es el típico y más común en otras épocas de en México, ya que la familia nuclear solo representó el 11.1% de los casos, siendo la más común la seminuclear, seguida de la extensa y la extensa compuesta. De acuerdo con el INEGI, en México existen tres clases de familias en México: las nucleares ocupan el primer lugar (70.9%), después las ampliadas o extensas (hogar en el que convive un núcleo y algún otro familiar como abuelos, sobrinos, tíos, etc.) (26.5%) y le siguen las extensas compuestas (hogar en el que, además del núcleo familiar y algún otro familiar, conviven personas que no guardan ningún parentesco con el jefe del hogar) (30). INEGI

Aunque en los últimos 50 años <sup>4</sup> las familias mexicanas han cambiado, pues se han modificado los modelos de familia, los tipos de familia, así como la composición y la integración interna (31), es muy claro que las familias de las adolescentes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS en Tapachula, Chiapas son distintas de la distribución típica de las familias mexicanas, y ello pudiese estar contribuyendo a este fenómeno del embarazo en la adolescencia.

Estudios como el realizado por Rojas Betancur y cols. Han reportado que la familia real es lugar de inseguridades, reacomodación y ruptura del ciclo vital y no necesariamente el lugar de cuidado y desarrollo adecuado de los hijos. Las adolescentes embarazadas han expresado dificultades familiares incluyendo rupturas, pleitos, insultos, carencias económicas, falta de atención, mala comunicación, que influían negativamente en su calidad de vida y posiblemente en el embarazo a temprana edad (32).

En este sentido, el tipo de familia y elevada frecuencia de disfunción encontrada en nuestro estudio, refleja las dificultades familiares que enfrentan las adolescentes embarazadas, posiblemente desde antes del embarazo.

Por lo tanto, es fundamental mejorar el ambiente familiar de los y las adolescentes, e implementar medidas adecuadas para la prevención del embarazo adolescente y los resultados reproductivos, psicosociales y económicos adversos (33).

## CONCLUSIONES

Hay disfunción familiar en dos terceras partes de adolescentes embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS en Tapachula, Chiapas. Además, la mayoría de las pacientes provienen de familias no nucleares, la dimensión más afectada de acuerdo al instrumento de funcionalidad familiar fue la de comunicación, esto derivado a la mala comunicación que las adolescentes suelen tener con sus padres en esta etapa de la vida.

Se recomiendan implementar estrategias para mejorar la funcionalidad familiar y aquellas condiciones o circunstancias que promuevan o favorezcan el embarazo en la adolescencia que es disruptivo para las adolescentes no solo en cuestión de salud, sino en aspectos psicosociales y económicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Rosales JG, Lemoine S, Rodríguez CV, et al, Características sociodemográficas de adolescentes embarazadas menores de 16 años de una unidad de medicina familiar en San Luis Potosí, México. *Aten Fam* 2013; 20 (4):103-105.
3. Mora AM, Hernandez M, Embarazo en la adolescencia: como ocurre en la sociedad actual, *Rev Perinatología y Reproducción Humana*, Vol. 29, Vol. 29. Núm. 2. Pag. 76-82 (Junio 2015).
4. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
5. Zamudio C, Silva J, Gómez C, et al, Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México, *Aten Fam* 2018;25 (2): 54-58.
6. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachmente/file/324893/infograf\\_a\\_menores\\_15\\_a\\_os\\_embarazo\\_naranja\\_impresion.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachmente/file/324893/infograf_a_menores_15_a_os_embarazo_naranja_impresion.pdf)
7. Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2008. Programa Nacional de Población 2008-2012. Por un cambio demográfico a favor del desarrollo. México: Secretaría de Gobernación/CONAPO.
8. H. García, N.P. Avendaño-Becerra, M.T. Islas-Rodríguez. Morbilidad neonatal y materna en mujeres adolescentes y mujeres adultas. Estudio comparativo. *Rev Invest Clin*, 60 (2008), pp. 94-100.
9. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F, Embarazo Adolescente, *Rev. Pediatría Electrónica*, 2008, Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918.
10. S.R. Ortiz, O.N.I. Anaya, R.C. Sepúlveda, T.S.J. Torres, L.P.A. Camacho. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga. Colombia. Un estudio transversal. *Med Unab*, 8 (2005), pp. 71-77
11. Mancilla J, Embarazo en adolescentes. *Vidas en riesgo, Perinatol. Reprod. Hum.* vol.26 no.1 México ene./mar. 2012.

12. Poo A., Baeza B., Capel P., et al. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Rev SOGIA 2005; 12:17-24.
13. Fuentes AP, Merino JM, Validación de un instrumento de funcionalidad familiar, Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP, 14(2), 247-283.
14. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>
15. Moreno JH, Chauta R, Camila 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, Num.1, Enero-Junio 2012.pp. 155-166.
16. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, et al, Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada, Rev Fac Med UNAM Vol 47 No.1 Enero-Febrero, 2004.
17. Dra. Eva Estrella Sinche\*, Dr. Miguel Suárez Bustamante\*\*(2006) : Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar.RAMPA, 2006. 1(1):38 – 47
18. Rogers JC, Rohrbaugh M, McGoldrick M.Can experts predict health risk from family genograms? Fam Med. 2003; 24:209-15.
19. Rosales NC, Garrido SMG, Carrillo F, Funcionalidad familiar y afrontamiento en pacientes con incapacidad permanente en una unidad de medicina familiar, Horizonte sanitario/Vol 16, No 2, Mayo-Agosto 2017.
20. Salazar M, Jurado A, Niveles de Intervención Familiar. Acta méd. peruana 2013 Ene [citado 2019 Mar 04] ; 30( 1 ): 37-41
21. Erickson GF. Chapter 2 - Ovarian Anatomy and Physiology. In: Lobo RA, Kelsey J, Marcus RBT-M, eds. San Diego: Academic Press; 2000:13-31.
22. Viada Pupo E, Batista Faraldo JR. Caracterización de la salud reproductiva de adolescentes . Correo Científico Médico. 2015;19:76-84.
23. Salazar-Campos A, Ríos Cortes HH, Reyes-Silve JA. Determinantes sociales del embarazo adolescente. UNO Sapiens Boletín Científico. 2019; 3: 1-4.

24. Menkes C, Suárez L. Sexualidad y embarazo adolescente en México . Papeles de población . 2003;9:233-262.
25. García Odio AA, González Suárez M. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud. Rev Ciencias Médicas. 2018; 22(3): 3-14.
26. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac med UNAM. 2004; 47(1): 24-27.
27. Calderón Morales IC, Del Río Aguirre CI, Rodríguez Zamora O, Guisandes Zayas AA. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. MEDISAN. 2014; 18(11): 1544-1549.
28. Arias-Trujillo CM, Carmona-Serna IC, Castaño-Castrillón JJ, Castro-Torres AF, Ferreira-González, González-Aristizábal AI, et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de Assbasalud ESE, Manizales (Colombia), 2012. Arch Med (Manizales) 2013; 13(2):142-59.
29. Suchaqui D, Vera Z. Funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes de los consultorios externos del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Huancayo, 2018 [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional del Centro del Perú. Huancayo Perú. 2018.
30. INEGI (2013b). Estadísticas a propósito del día de la familia. Consultado el 20 de mayo de 2014. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/familia0.pdf> .
31. Gutiérrez Capulín R, Díaz Otero KY, Román Reyes R. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. Ciencia Ergo-Sum. 2016; 23(3): 1-7.

32. Rojas Betancu M, Méndez Villamizar R, Álvarez Nieto C. El papel de la familia en la normalización del embarazo a temprana edad. Revista Encuentros. 2016; 14(1): 139-150.

33. González Nava P, Rangel Flores Y, Hernández Ibarra E. Retos en la prevención del embarazo adolescente subsiguiente, un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes. Saude soc. 2020; 29(3): e181032.

34. DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL  
Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (59<sup>a</sup>  
Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008) Punto 32

## ANEXOS

### ANEXO (1) FICHA DE IDENTIFICACIÓN

El presente cuestionario es anónimo y tiene como finalidad estudiar la funcionalidad y algunos factores involucrados en la presencia de embarazo adolescente y así poder contribuir a crear estrategias ante este problema de salud pública.

#### INSTRUCCIONES

Se le presentaran una serie de preguntas las cuales debe:

- leer cuidadosamente y responder todas las preguntas
- Escribir claramente en los espacios en blanco de tal manera que sea posible leerlas.
- Subrayar una sola respuesta a la pregunta.

#### DATOS GENERALES DE LA ADOLESCENTE (FICHA DE IDENTIFICACIÓN)

1. Numero de seguridad social:

2. Edad: \_\_\_\_\_

3. Estado civil:

1) Casado                      2) Unión libre                      3) Soltero

4. Escolaridad:

1) Analfabeta                      2) Primaria completa                      3) Primaria incompleta

4) Secundaria completa                      5) Secundaria incompleta                      6) Preparatoria

completa 6) Preparatoria incompleta                      7) Carrera técnica

5. ¿Cuál es tu ocupación actual?

1) Ama de casa                      2) Estudiante                      3) Trabajas \_\_\_\_\_

## ANEXO (2) INSTRUMENTO FF-SIL

Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL.

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

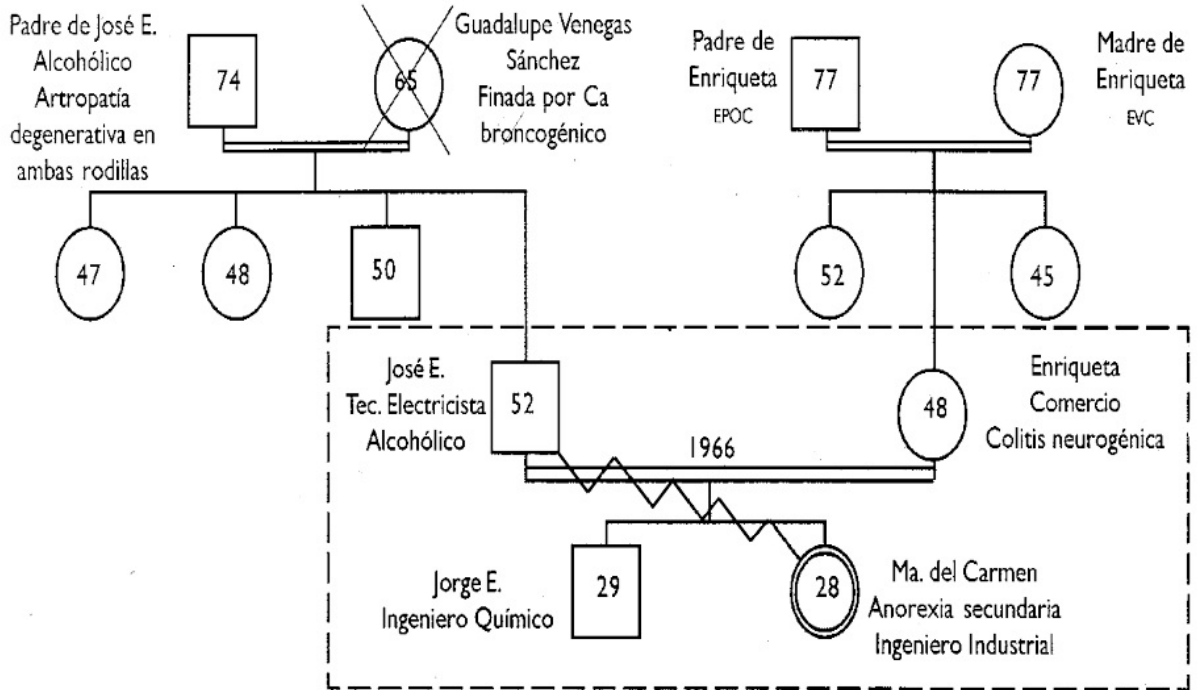
	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					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

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar, este se muestra en el siguiente cuadro:

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL	
Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

### ANEXO (3) FAMILIOGRAMA



Sexo (Hombre / Mujer / Indefinido)	□ ○ ◇
Adopción*	[□] [○]
Matrimonio*	año
Vínculo ascendente*	┌───┐
Vínculo descendente*	└───┘
Personas que habitan la casa*	(---)
Unión libre*	año
Gemelos heterocigotos*	□ ○
Gemelos homocigotos*	□ □
Divorcio*	año
Separación*	año
Matrimonio consanguíneo**	año
Descendencia desconocida**	○
Matrimonio sin embarazos ni hijos**	┌───┐
Vive lejos del hogar (escuela, cárcel, etc.)**	□

<b>Relaciones interpersonales afectivas</b>	<b>Asociación con salud-enfermedad</b>
Relaciones conflictivas*	Aborto* espontáneo / inducido ● ○
Relaciones cerradas*	Muerte* ☒
Relaciones distantes*	Embarazo* △
Relaciones dominantes*	Paciente identificado* □ ⊙
Disfunción en el matrimonio*	Óbito** ●
Disfunción en el matrimonio y amante**	

\*Propuesto por 4 o más autores  
\*\*Propuesto por 3 o menos autores

## CONSENTIMIENTO INFORMADO



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



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONYUGE O CONCUBINO

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11 IMSS TAPACHULA.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	U.M.F. No. 11 , Tapachula De Córdoba y Ordoñez, Chiapas
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas adscritas a la Unidad Medicina Familiar No 11
Procedimientos:	Aplicación de cuestionarios
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibir orientación por parte del médico familiar de la consulta externa.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al término del estudio se le contactara para darle información acerca de los resultados obtenidos
Participación o retiro:	Se dará respuesta a cualquier duda y se tendrá la libertad de decidir sobre su participación en el estudio.
Privacidad y confidencialidad:	La información proporcionada se mantendrá en total confidencialidad

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


No acepto que mi familiar participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar participe en este estudio

Si acepto que mi familiar participe en este estudio y estudios futuros.

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

Investigador Responsable: Dra. Reynosa Palacios Rocío Michelle 961233 3175

Colaboradores: Dr. Ludvick Torres López 962 155 9903

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](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

_____ Nombre y firma del participante	Dra. Reynosa Palacios Rocío Michelle _____ Nombre y firma del Investigador
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio **Clave: 2810-009-013**



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



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES O  
REPRESENTANTES LEGALES DE NIÑOS O PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11 IMSS TAPACHULA.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	U.M.F. No. 11 , Tapachula De Córdova y Ordoñez, Chiapas
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas adscritas a la Unidad Medicina Familiar No 11
Procedimientos:	Aplicación de cuestionarios
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibir orientación por parte del médico familiar de la consulta externa.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al término del estudio se le contactara para darle información acerca de los resultados obtenidos
Participación o retiro:	Se dará respuesta a cualquier duda y se tendrá la libertad de decidir sobre su participación en el estudio.
Privacidad y confidencialidad:	La información proporcionada se mantendrá en total confidencialidad

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 en este estudio
- Si acepto que mi familiar o representado participe en este estudio y estudios futuros.

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

Investigador Responsable:	Dra. Reynosa Palacios Rocío Michelle 961233 3175
Colaboradores:	Dr. Ludvick Torres López 962 155 9903

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](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

_____ Nombre y firma del participante	Dra. Reynosa Palacios Rocío Michelle _____ Nombre y firma del Investigador
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio **Clave: 2810-009-013**



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 EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11 IMSS TAPACHULA

Número de registro institucional \_\_\_\_\_

- Objetivo del estudio y procedimientos Determinar la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas adscritas a la Unidad Medicina Familiar No 11

Hola, mi nombre es Rocío Michelle Reynosa Palacios y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar unos cuestionarios y preguntas que se te realizaran.

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.

Sí quiero participar

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: \_\_\_\_\_

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

Clave: 2810-009-014

**CARTA DE NO INCONVENENCIA**

**MÉXICO**  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Instituto Mexicano del Seguro Social  
Jefatura de Prestaciones Médicas  
Unidad de Medicina Familiar no. 11  
"Dr. Ignacio García Téllez"  
"HONESTIDAD, COMPROMISO Y  
RESPONSABILIDAD"




Oficio Número. 07 24 04 200 2 00/DIR-267/2018.

Tapachula de Córdoba y Ordoñez, Chiapas. A 08 de Noviembre del 2018.

Dra. Rocío Michelle Reynosa Palacios  
Residente de Primer año de la especialidad de  
Medicina Familiar

Por medio de la presente, me permito notificarle de la NO INCOVENENCIA de realizar su protocolo de investigación bajo el título FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UMF NO 11, TAPACHULA, por lo que esperamos vernos favorecidos de la información que emane de esta.

Sin otro particular, le envió un cordial saludo.



ATENTAMENTE  
DR. EDGAR CARRERA CAMACHO  
DIRECTOR DE LA UMF NO. 11

C.C.P.

Oficio Número. 07 24 04 200 2 00/DIR-268/2018.

## INFORME DE ORIGINALIDAD

**62%**

INDICE DE SIMILITUD

**60%**

FUENTES DE  
INTERNET

**14%**

PUBLICACIONES

**43%**

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

**1**

**ri.uaemex.mx**

Fuente de Internet

**6%**

**2**

**cienciaedvin3.blogspot.com**

Fuente de Internet

**6%**

**3**

**www.scielo.org.mx**

Fuente de Internet

**4%**

**4**

**es.scribd.com**

Fuente de Internet

**3%**

**5**

**Submitted to BENEMERITA UNIVERSIDAD  
AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA**

Trabajo del estudiante

**3%**

**6**

**docplayer.es**

Fuente de Internet

**3%**

**7**

**www.fmposgrado.unam.mx**

Fuente de Internet

**3%**

**8**

**www.elsevier.es**

Fuente de Internet

**3%**

9	<a href="http://www.scielo.org.pe">www.scielo.org.pe</a> Fuente de Internet	3%
10	<a href="http://www.fundanet.es">www.fundanet.es</a> Fuente de Internet	2%
11	<a href="http://es.slideshare.net">es.slideshare.net</a> Fuente de Internet	2%
12	<a href="http://repositorio.utn.edu.ec">repositorio.utn.edu.ec</a> Fuente de Internet	2%
13	<a href="http://www.medicosfamiliares.com">www.medicosfamiliares.com</a> Fuente de Internet	1%
14	<a href="http://myslide.es">myslide.es</a> Fuente de Internet	1%
15	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
16	<a href="http://alcoy.san.gva.es">alcoy.san.gva.es</a> Fuente de Internet	1%
17	Submitted to Universidad Autónoma de Chiapas Trabajo del estudiante	1%
18	<a href="http://cybertesis.unmsm.edu.pe">cybertesis.unmsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
19	<a href="http://uwhuisdier.nl">uwhuisdier.nl</a> Fuente de Internet	1%
20	<a href="http://www.scielo.org.bo">www.scielo.org.bo</a> Fuente de Internet	

1%

21

[biblioteca.usac.edu.gt](http://biblioteca.usac.edu.gt)

Fuente de Internet

1%

22

[repositorio.unh.edu.pe](http://repositorio.unh.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

23

[mexico.unfpa.org](http://mexico.unfpa.org)

Fuente de Internet

1%

24

[www.ddeser.org](http://www.ddeser.org)

Fuente de Internet

1%

25

[www.promajoven.sep.gob.mx](http://www.promajoven.sep.gob.mx)

Fuente de Internet

1%

26

[supervisionv030.files.wordpress.com](http://supervisionv030.files.wordpress.com)

Fuente de Internet

1%

27

[www.slideshare.net](http://www.slideshare.net)

Fuente de Internet

1%

28

[lookformedical.com](http://lookformedical.com)

Fuente de Internet

1%

29

[prezi.com](http://prezi.com)

Fuente de Internet

1%

30

[bioetica.saludneuquen.gob.ar](http://bioetica.saludneuquen.gob.ar)

Fuente de Internet

1%

31

[repositorio.unc.edu.pe](http://repositorio.unc.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

---

32	<a href="http://flask.kenes.com">flask.kenes.com</a> Fuente de Internet	1%
33	<a href="http://www.medigraphic.com">www.medigraphic.com</a> Fuente de Internet	1%
34	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1%
35	Submitted to UNIV DE LAS AMERICAS Trabajo del estudiante	<1%
36	<a href="http://kidshealth.levinechildrenshospital.org">kidshealth.levinechildrenshospital.org</a> Fuente de Internet	<1%
37	<a href="http://www.scribd.com">www.scribd.com</a> Fuente de Internet	<1%
38	A.-G. Pourcelot, H. Fernandez. "Tumores de ovario y embarazo", EMC - Ginecología-Obstetricia, 2017 Publicación	<1%
39	<a href="http://repositorio.unheval.edu.pe">repositorio.unheval.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
40	Submitted to Universidad Internacional Isabel I de Castilla Trabajo del estudiante	<1%
41	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	<1%

---

42	Submitted to Universidad Cooperativa de Colombia Trabajo del estudiante	<1%
43	www.madrid.org Fuente de Internet	<1%
44	documents.mx Fuente de Internet	<1%
45	www.alogiaonline.org Fuente de Internet	<1%
46	Submitted to Aliat Universidades Trabajo del estudiante	<1%
47	Submitted to Universidad Autónoma de Aguascalientes Trabajo del estudiante	<1%
48	ba.one.un.org Fuente de Internet	<1%
49	Submitted to CONACYT Trabajo del estudiante	<1%
50	Daniela Siqueira Prado, Ryane Vieira Lima, Leyla Manoella Maurício Rodrigues d Lima. "Impacto da gestação na função sexual feminina", Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2013 Publicación	<1%

51

Fuente de Internet

<1%

---

52

scielo.sld.cu

Fuente de Internet

<1%

---

53

Submitted to Universidad Internacional de la  
Rioja

Trabajo del estudiante

---

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 15 words

Excluir bibliografía

Activo

# TESIS ROCIO MICHELLE REYNOSA PALACIOS T.docx

---

## INFORME DE GRADEMARK

---

NOTA FINAL

**/0**

COMENTARIOS GENERALES

**Instructor**

---

PÁGINA 1

---

PÁGINA 2

---

PÁGINA 3

---

PÁGINA 4

---

PÁGINA 5

---

PÁGINA 6

---

PÁGINA 7

---

PÁGINA 8

---

PÁGINA 9

---

PÁGINA 10

---

PÁGINA 11

---

PÁGINA 12

---

PÁGINA 13

---

PÁGINA 14

---

PÁGINA 15

---

PÁGINA 16

---

PÁGINA 17

---

PÁGINA 18

---

PÁGINA 19

---

PÁGINA 20

---

PÁGINA 21

---

PÁGINA 22

---

PÁGINA 23

---

PÁGINA 24

---

PÁGINA 25

---

PÁGINA 26

---

PÁGINA 27

---

PÁGINA 28

---

PÁGINA 29

---

PÁGINA 30

---

PÁGINA 31

---

PÁGINA 32

---

PÁGINA 33

---

PÁGINA 34

---

PÁGINA 35

---

PÁGINA 36

---

PÁGINA 37

---

PÁGINA 38

---

PÁGINA 39

---

PÁGINA 40

---

PÁGINA 41

---

PÁGINA 42

---

PÁGINA 43

---

PÁGINA 44

---

PÁGINA 45

---

PÁGINA 46

---

PÁGINA 47

---

PÁGINA 48

---

PÁGINA 49

---

PÁGINA 50

---

PÁGINA 51

---

PÁGINA 52

---

PÁGINA 53

---

PÁGINA 54

---

PÁGINA 55

---

PÁGINA 56

---

PÁGINA 57

---

PÁGINA 58

---

PÁGINA 59

---

PÁGINA 60

---

PÁGINA 61

---

PÁGINA 62

---

PÁGINA 63

---