



**BUAP**

**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**

**Facultad de Medicina**

**Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad de Medicina Familiar Número 57**

**"Relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar en  
adolescentes embarazadas de la unidad médico familiar No. 57"**

**Tesis para obtener el Diploma de  
Especialidad en:  
Medicina Familiar**

**Presenta:  
Alejandro Saavedra Coyotecatl**

**Director:  
Dr. Eduardo Huerta Fuentes**

**Asesor:  
Dra. Gabriela Rodríguez Rodríguez**



**H. Puebla de Zaragoza, febrero 2020.**

1. RESUMEN .....	3
2. INTRODUCCIÓN .....	5
3. MARCO TEÓRICO .....	7
3.1 ANTECEDENTES GENERALES .....	7
3.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS .....	18
4. JUSTIFICACIÓN .....	22
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	23
6. HIPÓTESIS .....	24
7. OBJETIVOS .....	25
7.1 GENERAL .....	25
7.2 ESPECÍFICOS .....	25
8. MATERIAL Y MÉTODOS .....	25
8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO .....	25
8.2 UBICACIÓN E ESPACIO - TIEMPO .....	25
8.3 MUESTREO .....	25
8.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN .....	25
8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO .....	26
8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	26
8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	26
8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN .....	26
8.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO .....	26
8.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	27
8.7 VARIABLES Y ESTILO DE MEDICIÓN .....	28
8.7.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL .....	28
8.7.2 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	29
8.8 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS .....	30
8.9 ANÁLISIS DE DATOS .....	31
9. RESULTADOS .....	32
12. PROPUESTAS .....	45
13. ANEXOS .....	47
14- BIBLIOGRAFIA .....	57

## **1. RESUMEN**

### **RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD MEDICO FAMILIAR 57**

Alejandro Saavedra Coyotecatl<sup>1</sup>, Eduardo Fuentes Huerta<sup>2</sup>, Gabriela Rodríguez Rodríguez<sup>3</sup>.

1. Residente medicina familiar. UMF57.
2. Médico familiar, UMF57.
3. Gineco-obstetra, HGR 36.

#### **INTRODUCCIÓN:**

La gestación en la adolescente suceso de biografía perjudicial que cada año afecta en nuestro país México a 250000 adolescentes de entre 12 y 17 años, lo que impacta en su sanidad, escolaridad y actividad familiar, entre otros.<sup>1</sup>

Datos documentados del Fondo de Población de las Naciones Unidas, las adolescentes embarazadas se hacen presente en más del 10% de todos los nacimientos a nivel mundial.<sup>2</sup> Aumentando la muertes maternas que corresponde a mujeres menores de 15 años, las complejidades obstétricas son una de las causas de deceso en la mayor parte de los países en desarrollo.<sup>3</sup> El embarazo en edades cada vez más jóvenes está causando una problemática social y de salud pública de alcance mundial las consecuencias de este problema repercuten en la calidad de vida de la adolescente madre y de su entorno familiar.<sup>4</sup>

#### **OBJETIVO:**

Determinar la relación entre la calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes embarazadas adolescentes.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS:**

Se trató de un estudio observacional, descriptivo, relacional, transversal y prospectivo. Para la realización de dicho protocolo, se seleccionó a las pacientes embarazadas de 13 a 18 años que se encontraron en las instalaciones de la UMF No. 57 durante el periodo del 1 de junio 2018 a 30 de noviembre del 2018 quienes a través de un consentimiento informado autorizaron su participación en este estudio, la cual consistió en contestar el cuestionario sobre la calidad de vida mediante el test WHOQOL-BREF y funcionalidad familiar: APGAR familiar. Los datos se analizaron con estadística descriptiva y diferencial en el programa SPSS v 25. Correlación de Pearson.

#### **RESULTADOS:**

La muestra total del estudio fue 162 adolescentes con edades entre 13 a 18 años en donde la media para edad 16.57, predominando primaria incompleta como escolaridad con 48.8% (n=79), al momento del estudio el 64.8% (n=105) es estudiante, solteras en un 58.6% (n=95), con un nivel socioeconómico

preponderante marginal 34% (n=55), con una funcionalidad familiar normal 35.8% (n=58).

**CONCLUSIÓN:** El promedio de edad en la población es de 16.57 años, nivel de escolaridad primaria incompleta, ocupación estudiante, estado civil soltera, nivel socioeconómico predominio marginal, con adecuada calidad de vida. Se realizó una correlación lineal de Pearson entre calidad de vida y funcionalidad familiar y se halló una relación positiva (0.01).

## 2. INTRODUCCIÓN

En el siglo veinte a la mitad, al nacer y concretar la clase media y el incremento de los estudios superiores, surge a diseminarse la época, el tiempo en edad, años, en la cual tanto masculinos como femeninos quieren un embarazo. Así, un fenómeno que era visto como normal para ciertas agrupaciones y sociedades se transforma en un problema formativo, social, economía y de salud, por una parte el embarazo en la pubertad se ve como un evento negativo de vida; por otra parte, es soportado y en ocasiones alentado por el contexto social, cultural, en el que se desarrollan las jóvenes.<sup>1</sup> A pesar de las modificaciones provocadas por una gestación en la mujer adolescente tanto para ella, como para el grupo familiar, la condición de vida de la embarazada se normaliza y los grupos familiares se adaptan a los contrastes que esto resulta.<sup>2</sup>

Las causas y divisores de riesgo relacionados a la mortalidad materna son múltiples, como muestra, edad temprana y/o tardía para embarazo, se evidencia en los resultados de esta investigación los grupos de mujeres jóvenes y de más de 35 años son quienes incrementan su riesgo de morir por situaciones maternas.<sup>3</sup>

Además, estas investigaciones han documentado datos de consideración acerca de la edad a la que los jóvenes inician su vida sexual, los primeros métodos anticonceptivos empleados, así como las acciones y las creencias que tienen los jóvenes en comparativa con su sexualidad. Se visualiza de forma continua que los embarazos de las jóvenes son constantes en comunidades con menos preparación escolar y en áreas no urbanizadas. Una posible razón es que las nupcias, ocurren cuando son más jóvenes.<sup>4</sup>

El embarazo en mujeres adolescentes, traduce peligro para su sanidad y la vitalidad de su gestación ya que son gestaciones no planeadas, no deseadas, no acudiendo ten tiempo y forma a su control prenatal. Las adolescentes que no alcanzan su completa madurez física y fisiológica, incrementan el peligro de fallecer a causa de dificultad del alumbramiento. Los datos registrados en investigaciones hechas en muchos países, evidencian que el peligro de morir en las adolescentes de menores de 20 años, esta incrementado que en otro grupo de edades.<sup>5</sup>

La mujer adolescente embarazada contribuye al ciclo de la pobreza, y es considerado un conjunto de problemas, sociales nos da como respuesta escaso bienestar y menor confianza de visualizaciones futuras de vivencia de la joven embarazada, poniendo a las adolescentes en una exposición más alta para lograr sus metas educativas, ocupacional, sociales y monetarias.<sup>6</sup>

La mayor consecuencia se visualiza en personas y su rol comunitario de la joven, porque estar de acuerdo con la responsabilidad de realizar la actividad de mamá, madre adolescente, actividades que tendrá encararse a una etapa de novó en la vida, debe ser consciente de la atención, cuidado, escolaridad de su hijo aun cuando aún no ha logrado su formación, desarrollo, atraviesa una problemática

psicológica como expresión al encontrar la forma de ser independiente, necesidad de autosuficiencia, libre albedrío.<sup>7</sup>

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 ANTECEDENTES GENERALES

El embarazo adolescente no es la primera vez que los seres humanos oyen hablar de él. En una larga historia, la gente creía simbólica y evolutivamente que una vez que una mujer quedaba embarazada, quedaba embarazada. Desde el inicio de la civilización hasta principios del siglo XX, debido a las malas condiciones sanitarias, el número de muertes aumentó. Este es un problema para que las mujeres queden embarazadas lo antes posible. El propósito es aumentar las posibilidades de supervivencia de las mujeres y sus productos.<sup>1</sup>

Por tanto, el embarazo en adolescentes genera una reestructuración en la familia con el fin de proporcionar al binomio una adecuada protección y otorgarle los recursos necesarios.<sup>2</sup>

El aumento de muertes maternas corresponde a adolescentes menores de 15 años, porque en la mayoría de los países en desarrollo, las complicaciones obstétricas son uno de los factores que determinan la muerte. En promedio, hay más mujeres en los países en desarrollo que mujeres embarazadas en los países desarrollados, lo que significa que existe un mayor riesgo de muerte asociado con eventos productivos finales<sup>3</sup>

Actualmente, se estima que la población mundial es de 6,009 mil millones, de los cuales el 17,5% tiene entre 15% y 24 años. De estas últimas, el 10% están gestando, lo que equivale al 10% de los nacimientos a nivel mundial. Esto significa que alrededor de 15 millones de mujeres de entre 15 y 19 años dan a luz cada año, lo que se denomina embarazo en la adolescencia. En lo que respecta a México, cada año nacen 400.000 personas en este grupo de edad, de las cuales el 20% son mujeres menores de 20 años.<sup>4</sup>

La gestación a más temprana edad se ha vuelto una problemática comunitaria y de salud pública mundial. Daña a todas las clases sociales, pero domina la clase socioeconómica baja, en parte debido a desconocimiento de educación sexual y falta de utilización de los métodos anticonceptivos.<sup>5</sup>

La aparición de mamás jóvenes es un problema socio-psicológico biológico. Debemos seguir enfrentando este problema. El embarazo a veces estalla cuando las mujeres jóvenes no pueden alcanzar su madurez física y mental, a veces en

casos como deficiencias nutricionales, comorbilidades y otros problemas. Familia dispuesta a aceptar y proteger. <sup>6</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, los jóvenes de hoy constituyen una quinta parte de la población. Sobre la base de una serie de objetivos, análisis y estudios de apego nuevamente, la OMS ha determinado que las adolescentes de todo el mundo mueren cada año por causas prevenibles, una de las razones es la alta tasa de embarazo en la adolescencia.<sup>7</sup>

En lo que respecta a México, entre 2003 y 2012, hubo un promedio de 2.59 millones de nacimientos por año, lo que significa que unos promedios de 448,000 nacimientos se dieron a madres menores de 19 años al momento del parto. 20% de los nacimientos anuales en este grupo de edad.<sup>8</sup>

En América Latina, las personas entre las edades de diez y veinticuatro años generalmente están sujetas a actividades sexuales sin protección, lo que significa riesgos potenciales que incluyen embarazos no deseados, abortos espontáneos y enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH. El embarazo adolescente está aumentando y se sabe que la edad de la primera relación sexual de los hombres es significativamente menor que la de las mujeres.<sup>9</sup>

Desde una perspectiva de género, la conducta sexual se puede definir como el contacto físico entre personas, principalmente para dar y / o recibir satisfacción sexual o con fines reproductivos. El comportamiento sexual implica varias elecciones, actividades o formas de relación entre dos personas y no se limita a la comunicación o la penetración. Incluyendo cualquier contacto sexual que involucre excitación sexual, tenga o no orgasmo, como abrazar, masajear, acariciar o besar el cuerpo, pero no involucrar genitales, caricia genital, sexo oral y relaciones sexuales (eyaculación en la vagina o no eyaculación). <sup>10</sup>

Las mujeres adolescentes han usado anticonceptivos en su vida, pero solo el 10% de las mujeres han usado anticonceptivos durante su primera relación sexual. Este es uno de los factores más importantes para el embarazo temprano. <sup>10</sup>

Otro resultado del estudio documentó malentendidos de las interacciones de pareja, todos los cuales fueron causados por conocimientos engañosos, problemas sociales y familiares o creencias culturales que poseían. Álvarez Nieto y otros también confirmaron que los jóvenes obtienen información sobre el sexo de forma discontinua y errónea, por lo que sus creencias no están bien definidas, salvo que sus actitudes no son estrictamente preventivas. Embarazo futuro. En un estudio realizado por Solís, se encontró que dos tercios de las adolescentes encuestadas mostraban actitudes sexuales negativas, irresponsables y desfavorables hacia el deseo sexual y la prevención del embarazo<sup>11</sup>



En las últimas cuatro décadas, así como en 2009, el grado de embarazo entre las jóvenes en México, de la misma manera, es decir, el embarazo general, ha mostrado una tendencia a la baja o una tendencia a la baja. Ahora, de 2009 a 2014, la tasa de fecundidad ha aumentado de 71 a 77 por cada 1.000 adolescentes entre las edades de 15 y 19,1 años. Esto se traduce en un aumento en la tasa de natalidad de madres adolescentes, de 17.1% en el año 2000 a 19.2% en 2014.2 Datos nuevos indican que 20.5% de las femeninas de entre 12 y 19 años de edad en México han iniciado su actividad sexual; 36.8% de ellas no usaron métodos anticonceptivos en la última relación sexual y más de la mitad experimentan un embarazo antes de completar la segunda década, la falta de información y conductas adecuadas constituyen también restricciones para su uso. La prueba indica igual que la demanda insatisfecha de anticoncepción en México se concentra en mujeres adolescentes, indígenas, de zonas rurales, mujeres con un nivel de estudios pobre y residentes en zonas de muy alta marginación.<sup>12</sup>

Por lo que nos surge la hipótesis ¿porqué, a pesar de todas las acciones conjuntas del sistema de salud, los resultados son todavía insuficientes o no alcanzan los logros esperados? Se debe quizás al conflicto sociocultural, a factores que van más allá del Sistema Nacional, relacionados tal vez con el círculo de la pobreza, conflictos intrafamiliares, alta tasa de divorcios en familias estables, falta de atención prioritaria a los jóvenes en nuestros hogares. La ausencia de un nivel esperado de estabilidad psico-emocional, pesa más, a la hora de tomar decisiones en jóvenes mujeres que huyen de sus hogares en busca de protección aparente en un refugio que no es real. Deciden iniciar su vida familiar sin haber estructurado debidamente su vida personal, académica, profesional, sin haber forjado su crecimiento interior, psico-emocional trayendo como consecuencia el embarazo en adolescentes a tempranas edades.<sup>13</sup>

La principal tasa de fecundidad en la adolescencia se ha observado en áreas con mayores niveles de pobreza y menor conocimiento, áreas rurales y áreas con mayor población indígena. La fertilidad de las adolescentes producirá una serie de complicaciones que afectarán al binomio madre-hijo y a las generaciones anteriores. Al mismo tiempo, también afecta a los nuevos abuelos. Ante las evidentes dificultades que la crianza de los hijos trae a los padres adolescentes, los nuevos abuelos suelen brindar apoyo. Las adversidades investigadas incluyen mayores riesgos, complicaciones obstétricas en el período perinatal, barreras para la capacitación laboral y escolar, perspectivas de vida desfavorables para los nuevos padres y mayor probabilidad de madres solteras.<sup>14</sup>

Señaló demasiados aspectos de la desigualdad de género, incluidos aspectos estandarizados, experiencias en relaciones de violencia de género, tales como: desconocimiento o ignorancia del impacto de ciertos comportamientos sexuales; si no aceptan participar en actividades de infiltración, Si no usas condón, te sientes subestimada; debido a que el hombre se niega a interrumpir las relaciones sexuales cuando se le solicita, se siente obligado a completar la actividad sexual a través de la eyaculación vaginal; cuando un hombre eyacula en la vagina sin aceptarlo, lo hará Ser engañado.<sup>15</sup>

En 2014, la Asociación de Clínicas Acreditadas por el IVE (ACAI) realizó una encuesta en 22 clínicas autorizadas de terminación en España. Los resultados mostraron que muchas de las adolescentes de 16 a 17 años que acudieron a la clínica para abortar iban acompañadas de uno de sus padres. Las adolescentes no han informado a sus padres de los motivos de este estudio de la siguiente manera: "Conflicto severo, violencia intrafamiliar, amenazas, coacción, abuso, desplazamiento o abandono". En comparación con los países de la UE, se puede ver que España es uno de los países con una legislación más estricta, estableciendo la edad en la que se acepta el embarazo como adulto (18 años) <sup>15</sup>

Diferentes investigadores mostraron diferentes situaciones de riesgo biológico y psicosocial en este grupo. El hecho principal es el hecho de que las mujeres con menarca tienen un mayor riesgo de embarazo, mayor actividad sexual temprana y un uso inadecuado de métodos anticonceptivos. En segundo lugar, la mala dinámica familiar puede hacer que tengan relaciones sexuales a una edad temprana, o el embarazo adolescente en el núcleo de la familia puede afectar la dinámica y las funciones familiares. La familia es el ente intermediario entre el sujeto y la comunidad.<sup>16</sup>

Algunas de las opiniones que existen en el machista es que el hombre tiene poder de decreto y opción, él es quien ordena y manda, tiene una noción de obtener a la mujer, o varias mujeres. Dentro del machismo la mujer está obligada a servir al hombre, aunque el comportamiento del hombre no sea adecuado, la mujer no lo debe cuestionar. En casos de que suceda el hombre machista exigirá consideración, respeto de la mujer a través de las expresiones fuertes o por daño físico. En cuanto a sus proles este no asume el rol como un padre de afecto y directriz en la enseñanza. Estos son obligaciones para la mujer, y el padre machista sólo se centra en hacer a su hijo un hombre a través de aprender la vida sexual, como dominar y controlar a las mujeres, y enseñarle a trabajar arduamente. <sup>17</sup>

La familia se convierte es una especie de unidad de intercambio de valores como el amor y los bienes materiales; estos valores influyen en todas las direcciones dentro de la esfera familia.<sup>18</sup>

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948. Artículo 16.3) “La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”. Igualmente, la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989 – Preámbulo) reconoce que “La familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad”. La Declaración Universal de Derechos Humanos asimismo reconoce la esencia de lo que constituye una familia cuando afirma que: *“Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia...”*<sup>19</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la pubertad como el período comprendido entre los 10 y los 19 años. En cada etapa, hay cambios fisiológicos y anatómicos y cambios en las características psicológicas y de personalidad. Cada uno tiene su propia personalidad, y en esta etapa cuando la personalidad es más obvia, puede medir el grado de aceptación en diferentes contextos sociales y hacer los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado por la sociedad.<sup>20</sup>

El mayor compromiso de las mujeres en el vínculo emocional del sexo también las hace más vulnerables a la dependencia emocional y a una mayor presión para satisfacer las necesidades de los hombres.<sup>21</sup>

Ya sea el lenguaje biológico o la edad límite del ciclo vital, como la medicina y la salud pública, todas son etapas de madurez y preparación, el punto común es definir la adolescencia como una etapa de cambio e incertidumbre. De hecho, la adolescencia será considerada como la etapa inicial de la juventud caracterizada por litigios, ruidos durante el crecimiento y comportamientos. Otras visiones como la educación también están impregnadas de este principio. La adolescencia, a pesar de la falta de métodos de enseñanza, sigue siendo considerada como una etapa problemática en el campo del aprendizaje y la conducta, especialmente relacionada con rebeliones indisciplinadas, irrazonables y errores acelerados. Al mismo tiempo, se acepta como fase de autorización personal y período de espera<sup>22</sup>

**Embarazo adolescente:** la estimación de ENADID de 2014 muestra que la tasa de fecundidad puberal es de 77,04 años por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años, y Coahuila se destaca con la tasa de natalidad más alta de 113,49 por cada 1,000 mujeres en la región. rango de edad. Por su parte, el Distrito Federal tiene la tasa de fecundidad adolescente más baja con 51,89.<sup>23</sup>

Los resultados de ENADID 2014 muestran que a nivel nacional, las mujeres en edad fértil actualmente utilizan el 68,3% de los métodos anticonceptivos a nivel nacional, y el compromiso de los hombres con el uso universal de anticonceptivos a nivel nacional es del 14,4%. En la encuesta realizada por los estados, Chiapas es la entidad con menor tasa de uso de anticonceptivos entre mujeres en edad fértil, mientras que la entidad con menor participación masculina en anticonceptivos es 55.6% y 8.8%, respectivamente. Por otro lado, el estado de Sinaloa reportó un incremento de 76.1% en el uso de métodos anticonceptivos, mientras que el estado de Jalisco aumentó la tasa de participación de hombres con frecuencia de anticonceptivos de mujeres a 20.9%. En el estado de Puebla, la relación reportada es de 72,9%.<sup>23</sup>

Para prevenir el embarazo en mujeres adolescentes, los programas de educación sexual tienen mucha experiencia. La mayoría de las personas apoyan que se enfoca en difundir información sobre fisiología reproductiva humana y apoya el uso de métodos anticonceptivos; no tienen un impacto significativo, por lo que el rango esperado de madres adolescentes o tasas de aborto en este grupo de edad no ha disminuido. Existen muchas organizaciones internacionales, incluidas instituciones privadas y públicas, relacionadas con la educación y prevención del embarazo adolescente. Al respecto, a partir del 2003 se celebra en Latinoamérica, el 26 de septiembre de cada año, el Día Mundial de Prevención del Embarazo no Planificado en adolescentes, como campaña educativa que tiene como objetivo principal crear conciencia entre los adolescentes para que tenga conocimiento las diferentes opciones anticonceptivas que existen y puedan tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, con el fin de prevenir el alto índice de embarazos no deseados.<sup>24</sup>

En cuanto a las funciones familiares, según la bibliografía, se trata de un constructo temperamental sistemático, que resuelve elementos bastante estables, a través del cual el cuerpo principal que lo constituye se convierte internamente en un grupo humano. Por otro lado, se dice que lo que se produce en el fondo de cada familia es un conjunto de relaciones interpersonales y le da su propio sentido de identidad. La vitalidad de la relación determina las condiciones del ambiente y la atmósfera del techo, brinda a las personas un ambiente agradable, satisfecho o desagradable, una atmósfera tensa y regula el desarrollo de toda la familia. Los

expertos en familia, generalmente del campo de la terapia familiar, están discutiendo actualmente los orígenes de los diversos aspectos de la función familiar y las bases para la evaluación. El Dr. Gabriel Smilkstein, concreta a la funcionalidad familiar igual que aquella familia que alcanza incrementar la evolución absoluto de sus miembros, así como una posición de salud positiva en ellos donde los miembros de la misma aprecian la dinámica familiar demostrando el grado de deleite con la ejecución de los criterios básicos de la función familiar, como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.<sup>25</sup>

**Funcionalidad familiar:** El papel de la perspectiva sistémica en la comprensión de la familia siempre ha sido entenderla como un grupo con identidad propia y como un panorama en el que se da mucha interacción. Esto significa que el análisis de la dinámica familiar ha avanzado, porque de él se pueden obtener peculiaridades estructurales y funcionales, así como características intergeneracionales de larga data en los grupos familiares. La familia se puede definir como una estructura abierta de la organización, que no tiene nada que ver con el mundo exterior por sus restricciones y estructura de sistema, está compuesta por subsistemas restringidos que tienen diferentes grados de penetración y diferentes formas entre estados. Los miembros del sistema familiar organizan y regulan sus interacciones definiendo procesos de comunicación digitales y analógicos simétricos y / o complementarios. La organización se caracteriza por su integridad o no sumatividad, por patrones de circularidad, y por el principio de equifinalidad. El sistema familiar mantiene su organización mediante procesos homeostáticos (por ejemplo, mientras modifica su estructura a través de una serie de fases evolutivas), y la altera mediante procesos morfogenéticos.<sup>26</sup>

**La dinámica familiar:** Es el entorno relativista definido entre los distintos elementos de la familia, no es fijo, sino en un equilibrio inestable y complejo. En este sentido, este es un desafío analítico interesante porque garantiza un debate sobre los hallazgos de otros expertos sobre cómo interactúan los miembros de la familia.<sup>27</sup>

Dunst, Trivette y Deal (1988) Señalo que las funciones familiares son una forma de resolver incidentes mayores, que se manifiestan como una mezcla de varios recursos dentro de la familia, utilizados para atender sus requerimientos. Del mismo modo, Sala, Collado, Meléndez y Córdoba (2012) Enfatizar que las familias funcionales tienen la capacidad de crear un ambiente saludable en la familia, traer bienestar a sus elementos y evitar problemas psicológicos y enfermedades En esta investigación se toma el modelo de Olson, Rusell y Sprenkle (1983) quienes salvaguardan el funcionamiento familiar como una interacción de vínculos afectivos entre los miembros de la familia, y que es capaz de cambiar su arquitectura de poder y organización con la finalidad de superar las dificultades familiares.<sup>28</sup>

Para alcanzar y preservar estos objetivos en situaciones de equidad aceptables, el sistema familiar precisa de una serie de canales o instrumentos que se describen a continuación Funciones básicas de la familia: 1. “Salvaguardar la supervivencia de los hijos (salud y bienestar). 2. Generar un clima de afecto y apoyo para que los hijos tengan un desarrollo psicológico y emocional sano. 3. Impulsarlos y estimularlos en el desarrollo de su capacidad para relacionarse con su entorno físico y social, así como para dar respuesta a las exigencias y al mundo que les toca vivir. 4. Decidir qué tipo de educación van a continuar, la apertura a otros contextos educativos”. Hay dos factores importantes que inciden en las funciones establecidas para los padres: a) una mentalidad de cambio de mentalidad amplia y b) la voluntad de seguir aprendiendo, lo que le hará comprender y comprender mejor a su hijo. Los beneficios que se obtienen son: mejor relación con su familia y con sus hijos adolescentes, mayor estabilidad y afinidad con los miembros de la familia, posibilitando que su hijo crezca en un ambiente sano, animándolo a adquirir un sentido de seguridad y a aprender a hacer Decisión propia, en otros aspectos.<sup>29</sup>

Como se señaló, una familia disfuncional se refiere a una enfermedad que produce contratiempos en el funcionamiento del equipamiento del hogar, lo que puede significar dolor y agresión, falta de emoción, prosperidad, descomposición y posible desintegración. Según el modelo de función familiar de Calgary, lo clasifica como instrumental y expresivo. Las funciones instrumentales se refieren a la distribución de las actividades y tareas diarias de la vida. Por otro lado, las funciones expresivas incluyen comunicación, resolución de problemas, roles, control, creencias, actitudes, expectativas, valores, prioridades y componentes, alianzas y entre miembros. La dirección, el equilibrio y la fuerza de la relación.<sup>30</sup>

Esta familia disfuncional tiene conflictos constantes, mala conducta y abuso repetido por miembros individuales, lo que lleva a otros miembros a tomar medidas. Los otros conceptos mencionados se refieren a una familia en conflicto o una familia en conflicto, lo que le impide funcionar correctamente. Por ello, señalaron de manera concisa que la disfunción familiar es el incumplimiento de las funciones básicas de la familia, por lo que no se incentiva a promover el desarrollo saludable de todos los aspectos de la familia. Los errores de comunicación generalmente se definen como una familia disfuncional, lo que lleva al deterioro de la interacción entre sus diversos elementos, lo que lleva a disputas, frustración y hostilidad. También podemos encontrar como manifestación típica de estas familias, la confusión de roles dentro de la misma.<sup>31</sup>

**Test APGAR familiar:** Es una herramienta que muestra cómo los miembros de la familia perciben la altura laboral de la unidad familiar de manera integral, es una herramienta que puede revelar cómo una persona percibe a la familia

funcionamiento de su familia. El Dr. Gabriel Smilkstein, diseñó un instrumento con el que poder analizar el estado funcional de la familia a través de la percepción que tienen de ella sus propios miembros. Llamada así en honor a la prueba APGAR de evaluación de recién nacidos de la Dr. Virginia Apgar.

Basándose en este nombre, el Dr. Smilkstein tomó como acrónimo de APGAR teniendo por significado las siglas: **A**daptación **P**articipación **G**radiente de recurso personal (**C**recimiento) **A**fecto **R**ecursos.

**Adaptación:** capacidad de usar recursos intra y extra familiares a fin de resolver problemas en situaciones de crisis.

**Participación:** implicación de los miembros en la toma de decisiones y responsabilidades familiares.

**Gradiente de recurso personal (Crecimiento):** logro alcanzado en la maduración emocional y física, y en la auto-realización alcanzada gracias al apoyo y al asesoramiento entre los miembros de la familia.

**Afecto:** relación de amor, cariño, respeto y atención existente entre los miembros familiares.

**Recursos:** compromiso de dedicación a los demás miembros familiares, en cuanto a espacio, tiempo, recursos económicos.

El test consiste en contestar 9 premisas las cuales plantean una problemática donde es necesario elegir entre las siguientes opciones.

Siempre (4 puntos), Casi siempre (3 puntos), Algunas veces (2 puntos), Casi nunca (1 puntos), Nunca (0 puntos). Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente. La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente:

**Calidad de vida:** reside en la percepción de confort que puede ser experimentada por las personas y refiere la suma de sensaciones subjetivas e individuales del «sentirse bien».6 La bibliografía define de manera exacta

frecuentemente expresa de Consta de las siguientes dos partes: primero, la capacidad para realizar actividades cotidianas que reflejen el bienestar físico, psicológico y social; por otro lado, la satisfacción con el nivel de función y síntomas producidos por el control o tratamiento de la enfermedad.<sup>33</sup>

**Test de WHOQOL-BREF:** Se trata de una prueba desarrollada de manera transcultural, centrada en la calidad de vida percibida por el individuo. Proporciona una descripción general de la calidad de vida y proporciona las puntuaciones generales de calidad de vida para todos los aspectos que componen la calidad de vida. Está diseñado para la población general y los pacientes<sup>34</sup>

Las preguntas que contiene son autoevaluaciones de la calidad de vida de la persona. Consta de seis áreas: salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad, religión, creencias personales.

Contiene un total de 26 preguntas, cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. El WHOQOL- BREF se muestra tal como fue utilizado en el trabajo de campo.

### **Salud física**

Actividades de la vida diaria  
Dependencia de medicamentos y ayuda médica  
Energía y fatiga  
Movilidad  
Dolor y disconformidad  
Sueño y descanso  
Capacidad de trabajo

### **Psicológico**

Imagen y apariencia física  
Sentimientos negativos  
Sentimientos positivos  
Autoestima  
Creencias personales, religiosas y espirituales  
Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

### **Relaciones interpersonales**



Relaciones personales

Apoyo social

Actividad sexual

### **Entorno**

Recursos económicos

Libertad y seguridad física

Accesibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales

Entorno en el hogar

Oportunidades de adquirir nueva información y habilidades

Participación y oportunidades de recreación y ocio

Entorno físico (Polución, ruido, tráfico, clima)

### **Transporte**

Para determinar los resultados se hace la sumatoria de las preguntas específicas que conforman los diferentes dominios y multiplicar por 4 los resultados. En base a ello determinar cuál es el predominante.

$$\text{DOM1} = \text{SUM} (\text{P3, P4, P10, P15, P16, P17, P18}) * 4$$

$$\text{DOM2} = \text{SUM} (\text{P5, P6, P7, P11, P19, P26}) * 4$$

$$\text{DOM3} = \text{SUM} (\text{P20, P21, P22}) * 4$$

$$\text{DOM4} = \text{SUM} (\text{P8, P9, P12, P13, P14, P23, P24, P25}) * 4$$

### 3.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

En un estudio hecho con adolescentes Las mujeres embarazadas de Guanajuato, México, Rangerl, Valerio, Patiño y García (2004) encontraron que en el 33% de los casos, el funcionamiento familiar cambió. Explique que este efecto se debe a que las mujeres jóvenes no son maduras emocionalmente y no reciben el apoyo y cariño de sus familias de origen, lo que las obliga a decidir unirse a pareja (aunque estos matrimonios suelen ser de corta duración).<sup>1</sup>

En una investigación realizado por Soto-Acevedo, León y Castañeda se tuvo como objetivo establecer El departamento de medicina familiar es responsable de la calidad de vida y las funciones familiares de las jóvenes embarazadas. No. 1 Ciudad de Obregón, Sonora, México. Utilizaron adolescentes embarazadas seleccionadas al azar como método de investigación transversal y descriptiva. Aplique el instrumento sf-36 para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y realice una prueba APGAR en el hogar para evaluar su función. El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva: frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. Resultados: de 65 pacientes entrevistadas, 76.9% tuvo buena calidad de vida y 23.1% mala; mientras que 12.3% presentó disfunción familiar severa, 38.5% disfunción moderada y 49.2% fue miembro de una familia funcional. Predominó el estado civil: soltera en 75.4%, escolaridad: preparatoria en 69.2%; y 53.3% provenía de la clase obrera. En este estudio se concluyó que 8 de cada 10 adolescentes embarazadas tienen una buena calidad de vida y aproximadamente la mitad de sus familias se encuentran en buenas condiciones.<sup>2</sup>

En un artículo de revista de especialidades medico quirúrgicas del ISSTE que lleva título de Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible realizado por Eduardo Morales et al, reportó que el riesgo de morir por enfermedad hipertensiva del embarazo. En 2002, las entidades con mayor riesgo de morir por esta enfermedad fueron: Baja California Sur, Distrito Federal, Yucatán, Campeche, Tlaxcala, Creta Ro, Chihuahua, Morelos y Puebla. Para 2015, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Michoacán, Zacatecas, Yucatán, Distrito Federal, Sonora, México, Durango Y Oaxaca es el estado más alto en morir por estas condiciones<sup>3</sup>

Ana María Mora-Cancino en su estudio llamado Embarazo en la adolescencia documenta que por cada mujer de la ciudad que se une antes de la mayoría de edad, lo hacen en el medio rural, y por cada femenino con escolaridad básica completa de 16 años que vive en unión libre (7.7%), casi tres con educación básica incompleta lo hacen (20.2%), y casi cinco, sin ninguna instrucción (35%). El

36% de las mujeres jóvenes con actividad sexual gestan en un periodo menor a los dos años después del iniciar su sexualidad.<sup>4</sup>

Una revista cubana de obstetricia y ginecología realiza una revisión del titulo: Embarazo en la adolescencia su repercusión familiar y en la sociedad hecho por la doctora Damarys Chacon refiere que, para tener un contacto a la problemática del mundo, comenta, en la región de América Latina y el Caribe, es constante el embarazo en adolescentes de 19 años. Encuestas recientes señalan que el 14 % de los embarazos en Bolivia en 1998 fueron de mujeres jovenes, el 19 % en Colombia en 2000, el 27 % en Nicaragua en 1998 y el 17 % en Paraguay en 1990. Diferente manera de apreciar el tamaño del enigma, es evaluar la cantidad de adolescentes de 19 años que están gestando, o ya han sido madres de al menos un fruto, cuando se realiza un cuestionario. Esta categoría (adolescentes embarazadas o con un hijo o más), muestreo un 44% en Bolivia en 1994, un 39 % en Colombia en 1995 y un 41 % en Paraguay en 1996. En México, el 15,2 % de las mujeres de 20 años ya es madre.<sup>5</sup>

Amado Antonio García et al en un artículo llamado Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes aclara el constante y peligroso aumento de la embarazos en mujeres jóvenes en ultimo periodos de años, aumentando desde 44,9 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años en el 2005, hasta 54,8 en el 2013, siendo esta la única tasa que ha aumentado su peso relativo, pero lo más alarmante y foco de atención de igual forma se ha aumentado la tasa de aborto, la cual llegó a ser superior a la del total las femenino en edad fértil.<sup>6</sup>

La revista médica. Granma de la universidad de ciencias médicas Granma en el artículo Riesgos biopsicosociales en gestantes adolescentes realizado por Rita González expone en el 2011 que la tasa de embarazos en mujeres jovenes en Cuba fue de 53,6 por ciento, se traduce en el 15,9 por ciento de los embarazos totales del país.<sup>7</sup>

El instituto nacional de perinatología en el 2015 en una revisión que lleva por título Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual de A.M. Mora Cancino, declara que el porcentaje de mujeres de 13 a 19 años que ya gestaron en 2005 alcanzó el 24.5% y trasciende que, entre las adolescentes de 19 años, el 63% eran madres o estaban gestando de su primogénito. Los usos de métodos de planificación se han reportado hasta el 79.1% pese que casi el 100% de la población de jóvenes mujeres tiene entendimiento acerca de métodos de planificación estas inventivas, según la encuesta poblacional realizada por Profamilia en el año 2005,

el comienzo de la actividad sexual no siempre coincide con la edad del primer enlace o unión y ésta es, alrededor, a los 18.4 años. El 11% del total de mujeres inicio con su vida sexual activa antes de llegar a la edad de 15 años y el 44%, antes de los 18 años de edad<sup>8</sup>

En investigación de Elia Chamorro con designación Percepción del estado de salud y comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes embarazadas describe : el promedio de edad fue de 17 años, el 73 % se solidifica entre los 17 y 19 años de edad; un poco más de la mitad (53 %) cuenta con estudios básicos de entre 6 y 9 años de estudio; el estado civil es casada en 72 %, aunque en menor proporción también conviven en unión libre con su pareja, por lo que se puede deducir que los nacimientos tuvieron lugar dentro del matrimonio o vida en union libre. El 50 % de las adolescentes estaba estudiando previo a la gestación y durante el embarazo dejaron de hacerlo para obligarse al hogar; el 61 % de las madres de las adolescentes tuvieron su primer hijo antes de los 19 años de edad<sup>9</sup>

Luis Alfonso Mendoza en un artículo de nombre Actividad sexual temprana y en la adolescencia: estado del arte menciona que entre los adolescentes de 15-17 años, 77% de la disminución del riesgo de gestaciones, es asignada a la utilización de anticonceptivos y 23% a no tener relaciones sexuales, esto ha hecho dudar que la promoción de la abstinencia sexual, no es la principal estrategia para evitar embarazos en adolescentes, situando a los anticonceptivos como la mejor opción de prevención.<sup>10</sup>

En anales de medicina del año 2016 designado Creencias y actitudes de los adolescentes sobre la prevención del embarazo en la adolescencia en una zona rural y una urbana se puede comprobar con el estudio de Planck el cual demuestra que el 72.8% de los adolescentes piensa prevenir con métodos, y el 27.2% con abstinencia.<sup>11</sup>

Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior uso y necesidades insatisfechas de Villalobos A, et al concluye que las mujeres, no utilizan métodos de planificación se asocia al no utilizar métodos de planificación durante su primera relación sexual, De las femeninos con actividad sexual, 12.2% manifestaron no utilizar métodos de planificación o prevención; de éstas, 5.7% eran mujeres no gestantes con necesidad de espaciar el embarazo; el 0.4% eran mujeres con necesidades insatisfechas de anticonceptivos para limitar su fertilidad, mientras que 3.6% eran jóvenes mujeres sexualmente activas con deseo de tener una gestación temprana.<sup>12</sup>

Torres M. y Cols en un estudio llamado embarazo en adolescentes: factores Psico- sociales, reportan que entre los años 2012 y 2013 la preferencia de los embarazos mengua en un 17.83% en madres jóvenes entre 10 a 14 años, y 12.03% en mamás jóvenes entre 15 a 19 años.<sup>13</sup>

En una tesis llamada Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011 reporto el 90% de las embarazadas jóvenes cuestionadas presento una disfunción familiar, donde el 45 % evaluaron una disfunción familiar leve, el 34% presentó disfunción familiar moderada y el 11% exponen disfunción familiar severa. Solo el 10% de las adolescentes manifiestan haber tenido una buena funcionalidad familiar.<sup>14</sup>

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

El embarazo en mujeres adolescentes genera una restructuración en la familia, lo cual le confiere una etapa de crisis, misma que los integrantes de la familia deberán enfrentar y en base a la funcionalidad familiar que presenten será posible adaptarse o generar conflictos que imposibiliten una adecuada calidad de vida en el binomio. En México, el embarazo en las adolescentes es una prioridad de la agenda pública en materia de salud y educación.

Por otra parte, la familia es considerada parte medular de la sociedad, misma que confiere identidad y autonomía en los miembros de la misma, lo que permite que el individuo pueda desarrollarse en la sociedad y tenga la capacidad de adaptarse a situaciones estresantes, con el fin de resolver los problemas a los que se enfrenta.

Es por ello que con éste estudio lo que se pretendió fue conocer el tipo de funcionalidad familiar que presentan las adolescentes embarazadas y cuál es el tipo de calidad de vida que poseen, para así establecer una relación entre ambas, todo ello con el fin de tomar medidas necesarias que tengan carácter preventivo siendo éste desde un ámbito familiar como individual, permitiendo orientar a los y las adolescentes en cuanto a medidas anticonceptivas siendo en primera instancia una medida esencial, pero en caso de que exista el embarazo en adolescentes, dicho estudio nos ayudó a conocer la función que ejerce la familia y poder establecer medidas para la readaptación de la misma, ya sea desde la consulta o desde la canalización de los mismos con otros especialistas.

## 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

conforme cifras provenientes del Fondo de Población de las Naciones Unidas, el embarazo en la adolescencia representa poco más de 10% de todos los nacimientos en el mundo. En los Estados Unidos de América se presentan anualmente más de 500000 de embarazos en adolescentes.<sup>4</sup>

La demografía adolescente de México se replicó en términos porcentuales en los últimos 30 años, hacia 2008 constituía 21.3%, en repercusión el porcentaje de partos en menores de 20 años a si mismo se aumentó en las instituciones públicas; en 2015 se registraron 1 174 209 partos en estas instituciones, 21% de los cuales coincide a mujeres menores de 20 años.<sup>4</sup>

Los porcentajes máximos de gestaciones en adolescentes se exponen en los Servicios Estatales de Salud (sesa) (26.5%) y el imss-Oportunidades (24.5%), y los más bajos en el imss (10.1%) e isste (5.3%). El porcentaje máximo de embarazo no planeado se ubica en las adolescentes de 15 a 19 de Puebla, con 38.3%, dato mayor al nacional de 27.8%.<sup>10</sup>

La calidad de vida durante la gestación involucra el trabajo para que el proceso de gestación, el trabajo de parto y la conversión a la maternidad supongan la menor perturbación posible en la independencia real de estas mujeres y ocasione las menores variaciones en sus vidas normales.<sup>13</sup> La calidad de vida se define, según la OMS, como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses<sup>14</sup>

A su vez, la funcionalidad de la familia es un aspecto crucial en la preservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus elementos; con fundamento en la ejecución adecuada de las funciones de cada uno, se habla de familia funcional o disfuncional. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.<sup>3</sup>

Por lo cual nos surge la siguiente pregunta:

**¿Cuál es relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas de la Unidad Médico Familiar no. 57, del Estado de Puebla?**

## **6. HIPÓTESIS**

H0. No existe relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas de la Unidad Médico Familiar no. 57, del Estado de Puebla.

H1. Existe relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas de la Unidad Médico Familiar no. 57, del Estado de Puebla.



## **7. OBJETIVOS**

### **7.1 GENERAL**

Determinar la relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de la Unidad Médico Familiar no. 57, del Estado de Puebla.

### **7.2 ESPECÍFICOS**

Determinar las características socio demográficas (edad, ocupación, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico)

Determinar calidad de vida en adolescentes embarazadas derechohabientes de la Unidad Médico Familiar no. 57, del Estado de Puebla.

Identificar la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas

## **8. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se realizó: Observacional, descriptivo, relacional, transversal, prospectivo.

### **8.2 UBICACIÓN ESPACIO - TIEMPO**

La presente investigación se llevó a cabo con la población de adolescentes embarazadas derechohabientes de la Unidad Médico Familiar no. 57 del Estado de Puebla de entre 13 y 18 años de edad a en un periodo del 01 de Junio del 2018 al 30 de Noviembre de 2018.

### **8.3 MUESTREO**

#### **8.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN**

**Población Fuente.** Población de pacientes adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, adscritas a la U. M. F. No. 57 I.M.S.S. Puebla, Puebla durante el período del 1 de Junio del 2018 al 30 Noviembre de 2018.

**Población Elegible.** Población de pacientes adolescentes embarazadas, adscritas a la U. M. F. No. 57 I.M.S.S. Puebla, Puebla, durante el periodo comprendido entre el 1 de Junio al 30 de Noviembre del 2018, que acudieron a la consulta externa de esta unidad en ambos turnos.

**Población Estudio.** Población de pacientes adolescentes embarazadas, adscritas a la U. M. F. No. 57 IMSS Puebla, Puebla durante el periodo comprendido entre el 1 de Junio al 30 de Noviembre del 2018, que acudieron a la consulta externa de esta unidad en ambos turnos, y que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar.

## **8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.**

### **8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Mujer embarazada de 13 a 18 años

Derechohabientes de la U. M. F. No. 57

Pacientes que aceptaron participar en el estudio

### **8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes con alguna enfermedad psiquiátrica

### **8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Pacientes que no contesten completamente el formulario

Pacientes que una vez iniciada la encuesta decidieron no seguir participando

## **8.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO**

No probabilístico, de tipo incidental.

## 8.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Debido a que la población de pacientes adolescentes embarazadas derechohabientes de la Unidad Médico Familiar Núm. 57 del Estado de Puebla de entre 13 a 18 años es desconocida se hizo uso de la fórmula para población infinita o desconocida. Requerimos estimar una población con un nivel de confianza al 95% ( $Z_{1-\alpha}$ ) con un valor 1.96, una precisión de 0.05 y una proporción esperada del 12% con cifras del artículo Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de sonora, Aten Fam 2015;5;22(4). Obtenemos un tamaño de muestra de 162 adolescentes de acuerdo a la siguiente formula

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

Sustituyendo los valores el resultado obtenido es,

N: universo de trabajo (162)

$\alpha$ : Error alfa 0.05

1- $\alpha$ : Nivel de confianza 0.95

Z de (1- $\alpha$ ) 1.96

P: proporción de 0.12

q: Complemento de P (0.12) = 0.88

d: 0.05 (poder de precisión)

n: obtenemos un tamaño de muestra de: 162

## 8.7 VARIABLES Y ESTILO DE MEDICIÓN

### 8.7.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL

**Edad:** La plantearemos en años cumplidos y será la referida por el paciente.

**Escolaridad:** Años estudiados y completados, comentados por el paciente.

**Ocupación:** Conjunto de acciones que ejerce en un oficio trabajo, o empleo.

**Estado civil:** Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quién se crean lazos jurídicamente reconocidos y puede ser el de, divorciada viuda, unión libre soltera, casada y separada.

**Nivel socio-económico:** Por medio de Graffar que plantea la estratificación social de la población tomando en cuenta el perfil social, económico y cultural quedando como: estrato alto, medio alto, medio bajo, obrero, marginal. Las variables y su puntaje son:

**Funcionalidad familiar:** Se obtendrá mediante instrumento validado. El cual es TEST APGAR FAMILIAR, que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente: -Función familiar normal: 17-20 puntos, -Disfunción leve: 16-13 puntos, -Disfunción moderada: 12-10 puntos, -Disfunción severa: 9 puntos o menos.

**Calidad de vida:** Se obtendrá mediante instrumento validado. Que es el TEST de WHOQOL-BREF autoevaluaciones de la calidad de vida de la persona. Consta de seis áreas: salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad, religión, creencias personales, Para determinar los resultados se hace la sumatoria de las preguntas específicas que conforman los diferentes dominios y multiplicar por 4 los resultados. Con base a ello determinar cuál es el predominante.

DOM1 = SUM (P3, P4, P10, P15, P16, P17, P18)\*4

DOM2 = SUM (P5, P6, P7, P11, P19, P26)\*4

DOM3 = SUM (P20, P21, P22)\*4

DOM4 = SUM (P8, P9, P12, P13, P14, P23, P24, P25)\*4

## 8.7.2 CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	MEDIDA CATEGORÍA/UNIDAD
Edad	Cuantitativa	Intervalo	Años cumplidos	Años
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Referido por el paciente	1. Primaria completa. 2. Primaria incompleta. 3. Secundaria completa. 4. Secundaria incompleta. 5. Preparatoria completa. 6. Preparatoria incompleta. 7. <del>Analfabeta</del> .
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Referido por el paciente	1. Ama de casa 2. Obrera 3. Campesina 4. Secretaria 5. Profesora 6. Estudiante 7. Desempleada 8. Pensionada
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Referido por el paciente	1. Casada 2. Soltera 3. Unión libre 4. Viuda
Nivel socioeconómico	Cualitativa	Ordinal.	De acuerdo a <del>Gottler</del>	I. Alto II. Medio alto III. Medio bajo. IV. Obrero. V. Marginal
Funcionalidad familiar	Cualitativa	Ordinal	TEST DE APGAR FAMILIAR	1.-Función familiar normal: 17-20 puntos. 2.-Disfunción leve: 16-13 puntos. 3.-Disfunción moderada: 12-10 puntos. 4.-Disfunción severa: 9 puntos o menos.
Calidad de vida	Cualitativa	Ordinal	TEST DE WHOQOL-BREF	A mayor puntaje mayor calidad de vida Muy mala calidad de vida 26 puntos Mala calidad de vida 27-52 puntos Regular calidad de vida 53-78 puntos Buena calidad de vida 79-104 puntos Muy buena calidad de vida 105-126 <del>pts</del> .

## 8.8 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Una vez revisado y aprobado el Protocolo de Tesis por parte de los asesores (metodológico y experto) y previo registro ante SIRELCIS se solicitó la autorización al director de la U. M. F. No. 57 para la realización de dicho protocolo, posteriormente, se solicitó a las adolescentes embarazadas que se encontraron en las instalaciones de la U. M. F. No. 57 durante el periodo del 1 de Junio a 30 de Noviembre de 2018 su autorización a través del consentimiento informado para participar en el estudio, cuya participación consistió en contestar el cuestionario y encuesta. GRAFFAR: Nos ayudó a clasificar el estrato socioeconómico de las familias en base a 5 variables, la profesión del jefe de familia, el nivel de instrucción de la madre, la principal fuente de ingresos de la familia, y condiciones de alojamiento. Obteniendo un puntaje de 4 a 20 dando a mayor puntaje menor estrato económico, considerándose de estrato alto hasta 8,9 marginal. APGAR FAMILIAR, Es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, resultó útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia. El test consiste en contestar 9 premisas las cuales plantean una problemática donde es necesario elegir entre las siguientes opciones: Siempre (4 puntos), Casi siempre (3 puntos), Algunas veces (2 puntos), Casi nunca (1 puntos), Nunca (0 puntos). Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente. La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente: Función familiar normal: 17-20 puntos, Disfunción leve: 16-13 puntos, Disfunción moderada: 12-10 puntos, Disfunción severa: 9 puntos o menos. WHOQOL-BREF: es un test que ha sido desarrollado de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporcionó un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen. Fue diseñado para ser usado tanto en la población general como en pacientes. Las preguntas que contiene son autoevaluaciones de la calidad de vida de la persona. Consta de seis áreas: salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad, religión, creencias personales. El WHOQOL-BREF contiene un total de 26 preguntas, cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. El WHOQOL- BREF se muestra tal como fue utilizado en el trabajo de campo para determinar los resultados se hace la sumatoria de las preguntas específicas que conforman los diferentes dominios y multiplicar por 4 los resultados. En base a ello determinar cuál es el predominante. A mayores ítems es mayor la calidad de vida en el área que esta sea evaluada.

## 8.9 ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recolectados los valores de las mediciones se codificaron los mismos y se elaboró una matriz de datos que se introdujo al Programa Estadístico SPSS v 25.

Se realizó un análisis univariado de todas variables de investigación y de las sociodemográficas con medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y determinación de frecuencias (proporciones) para las variables categóricas. Para el análisis bivariado (Nivel de investigación relacional), el objetivo estadístico fue asociar, calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas, con correlación de Pearson.

## 9. RESULTADOS

El presente trabajo de investigación se realizó con la población de adolescentes embarazadas UMF 57 entre 13 y 18 años de edad, la cual fue en total 162 pacientes; quienes fueron encuestadas con el fin de determinar la funcionalidad familiar y calidad de vida de estas pacientes, utilizando escala de graffar para valorar nivel socioeconómico, APGAR FAMILIAR para valorar funcionalidad familiar y **TEST DE WHOQOL-BREF** para calidad de vida. Los resultados son los siguientes:



Respecto a la edad tenemos una media de 16.57 años con una desviación estándar de +/-1.57 (cuadro 1).

**Cuadro 1. Estadígrafo de edad.**

<b>Edad</b>	
<b>Media</b>	16.57
<b>Mediana</b>	17
<b>Moda</b>	18
<b>Desviación Estándar</b>	1.57
<b>Rango</b>	5
<b>Mínimo</b>	13
<b>Máximo</b>	18

Fuente: calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas 2018

<b>Escolaridad</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Primaria completa</b>	18	11.1
<b>Primaria incompleta</b>	79	48.8
<b>Secundaria completa</b>	3	1.9
<b>Secundaria incompleta</b>	0	0
<b>Preparatoria completa</b>	37	22.8
<b>Preparatoria incompleta</b>	0	0
<b>Analfabeta</b>	25	15.4
<b>Total</b>	162	100

Fuente: calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas 2018

El cuadro 3 ilustra que el 64.8%(n=105) de las adolescentes embarazadas su ocupación es estudiante (cuadro 3)

**Cuadro 3. Ocupación de las adolescentes embarazadas.**

<b>Ocupación</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ama de casa</b>	39	24.1
<b>Obrera</b>	18	11.1
<b>Campesina</b>	0	0
<b>Secretaria</b>	0	0
<b>Profesora</b>	0	0
<b>Estudiante</b>	105	64.8
<b>Desempleada</b>	0	0
<b>Pensionada</b>	0	0
<b>Total</b>	162	100

Fuente: calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas 2018

Con respecto al estado civil un 58.6% (n=95) se encuentra soltera al realizar el momento del estudio (cuadro 4)

**Cuadro 4. Frecuencia de estado civil.**

<b>Estado Civil</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Casada</b>	15	9.3
<b>Soltera</b>	95	58.6
<b>Unión libre</b>	52	32.1
<b>Viuda</b>	0	0
<b>Total</b>	162	100

Fuente: calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas 2018

Hablando del nivel socioeconómico el 34%(n=55) se encuentra en una condición marginal, al momento del estudio. (cuadro5)

**Cuadro 5 Nivel socioeconómico**

<b>Nivel socioeconómico</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Alto</b>	8	4.9
<b>Medio Alto</b>	11	6.8
<b>Medio Bajo</b>	40	24.7
<b>Obrero</b>	48	29.6
<b>Marginal</b>	55	34
<b>Total</b>	162	100

Fuente: calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas 2018

El cuadro 6 se despliega que el 35.8% (n=58) de las adolescentes embarazadas vive en familia normal

**Cuadro 6. Funcionalidad Familiar de las adolescentes embarazadas.**

<b>Funcionalidad familiar</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Normal</b>	58	35.8
<b>Disfunción leve</b>	32	19.8
<b>Disfunción moderada</b>	34	21
<b>Disfunción severa</b>	38	23.5
<b>Total</b>	162	100

Fuente: calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas 2018

El cuadro 7 observamos el 56.8% con regular calidad de vida de las adolescentes embarazadas.

**Cuadro 7. Calidad de vida de las adolescentes embarazadas.**

<b>Calidad de vida</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Muy mala calidad de vida</b>	0	0
<b>Mala calidad de vida</b>	4	2.5
<b>Regular calidad de vida</b>	92	56.8
<b>Buena calidad de vida</b>	64	39.5
<b>Muy buena calidad de vida</b>	2	1.2
<b>Total</b>	162	100

Fuente: calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas 2018

En cuanto a calidad de vida y funcionalidad familiar se encontró al 20.98%(n=34) con funcionalidad familiar normal y buena calidad de vida.

**Cuadro 8. Ffuncionalidad Familiar- Calidad de Vida**

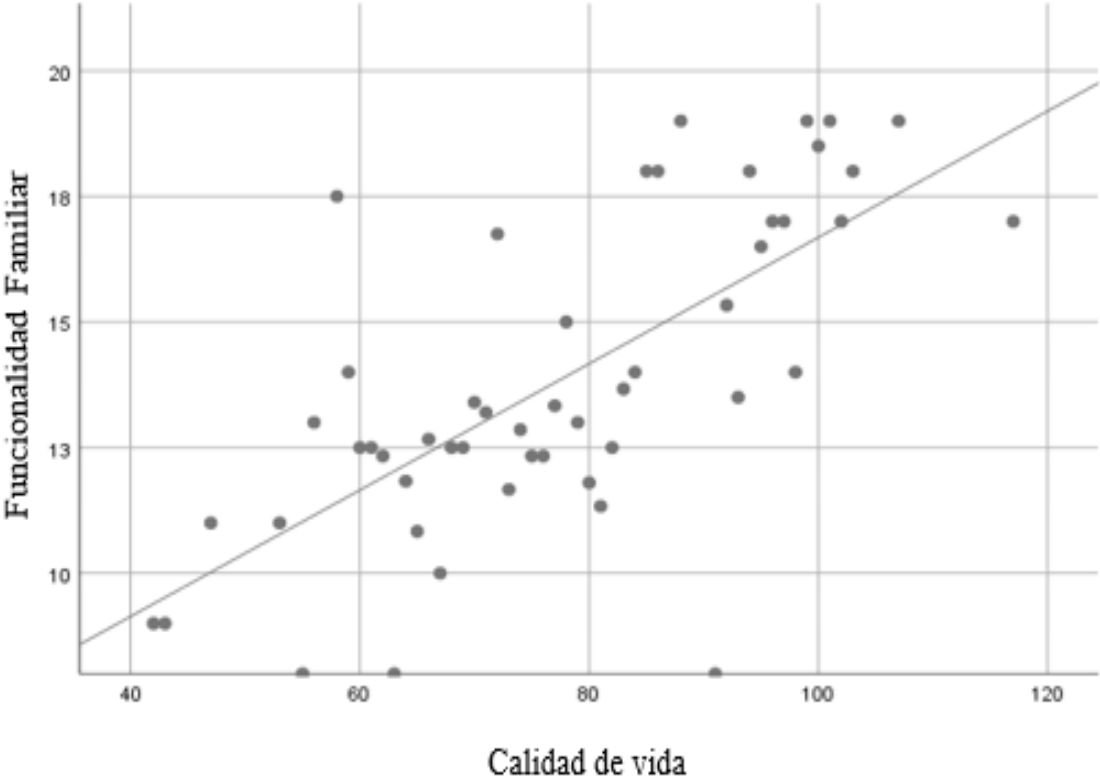
Funcionalidad familiar/ Calidad de vida	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Normal</b>	0	0	0	0	22	13.5	34	20.98	2	1.24	58	35.72
<b>Leve</b>	0	0	0	0	22	13.5	10	6.17	0	0	32	19.67
<b>Moderada</b>	0	0	1	0.61	24	14.9	9	5.56	0	0	34	21.07
<b>Severa</b>	0	0	3	1.85	24	14.9	11	6.79	0	0	38	23.54
<b>Total</b>	0	0	4	2.46	92	56.8	64	39.50	2	1.24	162	100

Fuente: calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas 2018



Se realizó correlación con Pearson se encontró que el coeficiente de correlación es  $r=0.365$  y el valor de  $P= 0.01$ .

**Tabla 1. Correlación lineal.**



Fuente: calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas 2018.]

Al aplicar el coeficiente de correlación de Pearson se obtuvo lo siguiente:

---

Pearson	Calidad de vida	P=0.01
$r= 0.365$	Funcionalidad familiar	

---

**Fuente: calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas 2018**

Se realizó correlación lineal con Pearson, se encontró que el coeficiente de correlación es  $r=0.365$  y el valor de  $P= 0.01$ , por lo que sí se encontró correlación lineal regular entre Calidad de vida y funcionalidad familiar.

## 10. DISCUSIÓN

Higuita-Gutiérrez y cols en su estudio “Calidad de vida de adolescentes escolarizados de Medellín-Colombia, 2014”, donde reportan promedio de edad de  $15,8\pm 1$  años de edad, con respecto a nuestro estudio el promedio fue de 16.57 años, habiendo una similitud con forme a la edad de las embarazadas por la ideología en las costumbres latinas.

El estudio “Estilos educativos parentales y embarazo en adolescentes”, realizado por Pérez-López S y cols en el cual se refieren a la escolaridad, reportan que el 44.7% se encontraba cursando la preparatoria, en nuestro estudio predominó la educación primaria incompleta con el 48.8%. Comparando ambos estudios, nuestro trabajo de investigación se limita a un área urbana marginal, por lo que podría ser el factor que arroje menor escolaridad en esta población.

En un estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México por Socorro Pérez-López y cols “Estilos educativos parentales y embarazo en adolescentes” nos menciona que al 75% de las adolescentes está dedicada a estudiar, en el presente estudio 64% registran como actividad estudiante, lo que nuevamente nos lleva a recordad que nuestra población es urbana marginal, por lo que económicamente se limita su posibilidad de continuar estudiando.

Otro estudio realizado en Ecuador, en 2015 “El embarazo adolescente en familias disfuncionales” el estado civil reporta que 68.259 se encuentran en una relación unida, en comparación al presente estudio donde en unión libre se encuentran 52, nuestra población tiende a permanecer en la familiar de origen y no buscan formar un nuevo núcleo como se registró.

Aremis Villalobos-Hernández y cols en un artículo “Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México”, el 58.9% se encuentra en nivel socioeconómico bajo, nuestro estudio arroja el 34% se encuentra en una condición marginal, nuestra población es considerada urbana marginal, causa de la variación entre estos estudios.

Una tesis de nombre “Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016” realizada por el Medico Marlom Hercy Rafael Chávez reporta la funcionalidad familiar en adolescentes con disfunción familiar leve 37.3%, comparado a este estudio el 19.8% de las adolescentes embarazadas tienen disfunción familiar leve, nuestra población presenta mejor funcionalidad familiar, en relación al estudio, por la idiosincrasia de la población.

## 11. CONCLUSIONES

El promedio de edad en la población es de 16.57 años, en cuanto el nivel de escolaridad, la mitad de la población se encuentra con primaria incompleta.

La ocupación predominante en dos terceras partes de la muestra fue estudiante.

Tres quintos de la población con estado civil soltera.

El nivel socioeconómico de nuestras pacientes, una tercera parte es de predominio marginal.

Una tercera parte de las pacientes se encuentra con adecuada calidad de vida.

Se realizó coeficiente de correlación de Pearson, encontrando una correlación lineal regular, entre calidad de vida y funcionalidad familiar, donde a mayor funcionalidad familiar, mejor calidad de vida.

## 12. PROPUESTAS

Realizar intervenciones educativas, hechas por los médicos residentes, médicos pasantes de servicio social o internos de pregrado, que se encuentren rotando en la clínica, con una duración de 15 a 20 minutos cada semana en las diferentes áreas de la UMF dirigida a mujeres, y todo el personal que tenga el objetivo de ampliar y actualizar la información sobre la calidad de vida y funcionalidad familiar. Para que no sólo las mujeres conozcan sobre este tema, si no la población en general para prevenir que los adolescentes en la embarazadas se sigan dando o disminuyan ya que al tener un embarazo a una edad temprana disminuye la calidad de vida y funcionalidad familiar, que los hombres también apoyen a sus hermanas, amigas, novias, a prevenir un embarazo.

Las pláticas podrían ser preparadas impartidas por médicos residentes de Medicina Familiar o pasantes de servicio social que se encuentren rotando en la clínica.

Evaluar cada tres meses a los asistentes a la unidad de medicina familiar con la encuesta Conocimiento Sobre Factores de Riesgo y Prevención de embarazo en adolescentes, la cual será aplicada por médicos internos de pregrado o estudiantes de grado piloto asignados al servicio de Medicina preventiva o familiar de las unidades de primer nivel de atención para identificar oportunamente a las mujeres que presenten alguna alteración.

Otorga cada tres meses durante las campañas de salud pláticas educativas sobre conocimiento y métodos de prevención de embarazo en adolescentes, en escuelas o planteles educativos que lo soliciten y se encuentren dentro de la población de influencia.

En cuanto a la educación en la materia de biología desde nivel primaria en 5° y 6° en secundaria y preparatoria en todos sus grados sensibilizar a la población principalmente a la femenina, del embarazo a temprana edad, las múltiples complicaciones, así como también la modificación de su calidad de vida y su funcionalidad familiar.

Es necesario llevar acabo verdaderas acciones en la educación en los adolescentes en todos los niveles educativos que causen un efecto positivo para disminuir la fecundidad a edades en las cuales las adolescentes no están preparadas físicamente, mentalmente, ni económicamente.

Retomar el respeto por las mujeres en sociedad, en la cultura, en la educación, que antes de llegar al aborto nosotros que somos médicos preventivos hacer que se prevenga la gestación precoz de la mujer adolescente.

Contar con una aplicación (not fertile, naturale cycles, flo) para celular, donde se informa los métodos de prevención para embarazo, salud.

Simulador de vida para celular el cual al informarle al usuario las consecuencias de sus decisiones a lo largo de su vida.

Realizar un estudio en calidad de vida y funcionalidad familiar en madres adolescentes en su primer año como experiencia y ver cómo afecta su calidad de vida y funcionalidad familiar-.

## 13. ANEXOS

### ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



#### Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 2104 con número de registro 17 CI 21 114 137 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 21 CEI 005 2017102.  
U MED FAMILIAR NUM 5

FECHA Lunes, 25 de junio de 2018.

DR. EDUARDO HUERTA FUENTES  
PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**"RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No. 57"**

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

No. de Registro  
R-2018-2104-024


ATENTAMENTE

DR. JOSE DOMINGUEZ NARANJOS  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2104

IMSS


SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

## ANEXO 2

		<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTO 8)</b>	
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>		<b>"RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No. 57"</b>	
Nombre del estudio:	Fuebla, Puebla. A junio del 2018		
Lugar y fecha:	R-2018-2104-024		
Número de registro:	Los embarazos en las adolescentes es un problema que ha crecido y del que las adolescentes pueden padecer si no conocen la manera de prevención o cuidado. El objetivo de este estudio es conocer la funcionalidad familiar y la calidad de vida que tiene como embarazada adolescente		
Justificación y objetivo del estudio:	Se aplicara una encuesta a usted como adolescente mayor de edad, donde se le pregunten datos como edad, como funciona su familiar, su salud y para conocer su calidad de vida.		
Procedimientos:	Señora este estudio trata de conocer su funcionalidad familiar y su calidad de vida, usted como participante no correrá ningún riesgo ya que únicamente contestará unos cuestionarios. Las respuestas y lo que encontremos es totalmente confidencial. Tampoco queremos causarle un daño moral por invadir la intimidad de sus emociones y la forma en que se comporta, si usted siente alguna molestia o vergüenza tenga la confianza de expresarlo a un servidor a fin de orientarlo para que tome la mejor decisión		
Posibles riesgos y molestias:	Podrá conocer sobre la calidad de vida que tiene, como ejercer una adecuada práctica de su sexualidad, de manera más responsable al identificar los factores de riesgo a los que están expuestos y saber que puede prevenirse un embarazo, además conocerá como es la funcionalidad de su familia.		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se entregarán los resultados en forma privada, aclarando dudas con una asesoría personal con el fin de que tengan los conocimientos bien claros y de ser necesario se enviará a los diferentes servicios de la unidad para su atención.		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se podrá retirar de participar en cualquier momento que usted decida, sin que esto tenga repercusión en el trato o la atención que solicite en la unidad, sin ser presionado para continuar su participación.		
Participación o retiro:	Toda información otorgada será de carácter confidencial y solamente utilizada para este estudio según las pautas éticas internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos y los citados en los artículos 100 en los incisos I al VII y en el artículo 101 de la ley general de salud en México.		
Privacidad y confidencialidad:	Podrá conocer sobre la calidad de vida y funcionalidad familiar que tiene y en caso de requerirlo será apoyada por trabajo social, su médico familiar y el servicio de psicología.		
Beneficios al término del estudio:	En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Investigador Responsable: <b>DR. EDUARDO HUERTA FUENTES MÉDICO FAMILIAR UMF No. 67. LUGAR DE ADSCRIPCIÓN U. M. F No.57 IMSS MATRÍCULA: 99180536 E-mail: <a href="mailto:dr.huerta69180536@gmail.com">dr.huerta69180536@gmail.com</a> CEL: 2223054871</b>		
Investigador Responsable:	Colaboradores: Dr Alejandro Saavedra Coyoteacatl, residente de primer año de medicina familiar UMF. no67 matrícula: 98320258 celular 2221752014 Dra. Gabriela Rodríguez Rodríguez, Médico Materno-infantil matrícula 99326785 e-mail: <a href="mailto:gabriela.rodriguez.rfa@hotmail.com">gabriela.rodriguez.rfa@hotmail.com</a> teléfono: (044) 2221548811		
Colaboradores:	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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>		
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	<p style="text-align: center;">             _____              Nombre y firma del sujeto              Testigo 1           </p>		
Nombre y firma del sujeto	<p style="text-align: center;">             _____              Dr Alejandro Saavedra Coyoteacatl              Matrícula: 98320258 celular 2221752014              Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento              Testigo 2           </p>		
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	<p style="text-align: center;">             _____              Nombre, dirección, relación y firma           </p>		
Nombre, dirección, relación y firma	<p style="text-align: center;">             _____              Nombre, dirección, relación y firma           </p>		
<p>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</p>			
<b>Clave: 2310-008-013</b>			



### ANEXO 3

		<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADOLESCENTE 8)</b>	
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>		<b>"RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No. 57"</b>	
Nombre del estudio:	Puebla, Puebla, Junio 2018		
Lugar y fecha:	R-2018-2104-024		
Número de registro:	Los embarazos en las adolescentes es un problema que ha crecido y del que las adolescentes pueden padecer si no conocen la manera de prevención o cuidado. El objetivo de este estudio es conocer la funcionalidad familiar y la calidad de vida que tiene como embarazada adolescente		
Justificación y objetivo del estudio:	Se aplicara una encuesta a usted como adolescente mayor de edad, donde se le pregunten datos como edad, como funciona su familiar, su salud y para conocer su calidad de vida.		
Procedimientos:	Señora este estudio trata de conocer su funcionalidad familiar y su calidad de vida, usted como participante no correrá ningún riesgo ya que únicamente contestará unos cuestionarios. Las respuestas y lo que encontremos es totalmente confidencial. Tampoco queremos causarle un daño moral por invadir la intimidad de sus emociones y la forma en que se comporta, si usted siente alguna molestia o vergüenza tenga la confianza de expresarlo a un servidor a fin de orientarlo para que tome la mejor decisión		
Posibles riesgos y molestias:	Podrá conocer sobre la calidad de vida que tiene, como ejercer una adecuada práctica de su sexualidad, de manera más responsable al identificar los factores de riesgo a los que están expuestos y saber que puede prevenirse un embarazo, además conocerá como es la funcionalidad de su familia.		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se entregarán los resultados en forma privada, aclarando dudas con una asesoría personal con el fin de que tengan los conocimientos bien claros y de ser necesario se enviará a los diferentes servicios de la unidad para su atención.		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se podrá retirar de participar en cualquier momento que usted decida, sin que esto tenga repercusión en el trato o la atención que solicite en la unidad, sin ser presionado para continuar su participación.		
Participación o retiro:	Toda información otorgada será de carácter confidencial y solamente utilizada para este estudio según las pautas éticas internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos y los citados en los artículos 100 en los incisos I al VII y en el artículo 101 de la ley general de salud en México.		
Privacidad y confidencialidad:	Podrá conocer sobre la calidad de vida y funcionalidad familiar que tiene y en caso de requerirlo será apoyada por trabajo social, su médico familiar y el servicio de psicología.		
Beneficios al término del estudio:	En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Investigador Responsable: <b>DR. EDUARDO HUERTA FUENTE 8 MÉDICO FAMILIAR UMF No. 57. LUGAR DE ADSCRIPCIÓN U. M. F No.57 IMSS MATRÍCULA: 98180536 E-mail: <a href="mailto:dr.huerta89180536@gmail.com">dr.huerta89180536@gmail.com</a> CEL: 2223054871</b>		
Investigador Responsable:	Colaboradores: Dr Alejandro Saavedra Coyoteacatl, residente de primer año de medicina familiar U.M.F. no57 matrícula: 98320258 celular 2221752014 Dra. Gabriela Rodríguez Rodríguez, Médico Materno-fetal matrícula: 99326786 e-mail: <a href="mailto:gabriela.rodriguez.rodr@hotm.com">gabriela.rodriguez.rodr@hotm.com</a> teléfono: (044) 2221548811		
Colaboradores:	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 Congressos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>		
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	<p style="text-align: right;">Dr Alejandro Saavedra Coyoteacatl Matrícula: 98320258 celular 2221752014</p>		
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento		
Testigo 1	Testigo 2		
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma		
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio			
Clave: 2810-008-018			

## ANEXO 4

**ESCALA DE GRAFFAR-MENDEZ CASTELLANOS (NIVEL SOCIO-ECONÓMICO):** Nos ayuda a clasificar el estrato socioeconómico de las familias en base a 5 variables, la profesión del jefe de familia, el nivel de instrucción de la madre, la principal fuente de ingresos de la familia, y condiciones de alojamiento. Se obtiene un puntaje de 4 a 20 dando a mayor puntaje menor estrato económico, considerándose de estrato alto hasta 8,9 marginal. 32

<p><b>Profesión del jefe de familia</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.</li> <li>2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.</li> <li>3. Empleado sin profesión técnica definida o universalidad inconclusa.</li> <li>4. Obrero especializado: tractorista, taxista, etc.</li> <li>5. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.</li> </ol>
<p><b>Nivel de instrucción de la madre</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Universitaria o su equivalente.</li> <li>2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.</li> <li>3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)</li> <li>4. Educación primaria completa</li> <li>5. Primaria incompleta, analfabeta</li> </ol>
<p><b>Principal fuente de ingresos</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)</li> <li>2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales.</li> <li>3. Sueldo quincenal o mensual.</li> <li>4. Salario diario o semanal</li> <li>5. Ingresos de origen público o privado (subsidio)</li> </ol>
<p><b>Condiciones de la vivienda</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias</li> <li>2. Amplia, sin lujos, pero con excelentes condiciones sanitarias</li> <li>3. Espacios reducidos, pero confortable, y buenas condiciones sanitarias</li> <li>4. Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias</li> <li>5. Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias</li> </ol>

<i>ESTRATO</i>	<i>TOTAL DE PUNTAJE OBTENIDO</i>	<i>DESCRIPCIÓN DEL ESTRATO</i>
<b>I</b>	4-6	Población con las mejores condiciones de vida.
<b>II</b>	7-9	Buenos niveles de vida pero sin los valores óptimos del I.
<b>III</b>	10-12	Población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas además del desarrollo intelectual y de tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales.
<b>IV</b>	13-16	Es la población en lo que se denomina pobreza relativa porque no alcanzan los niveles de vida satisfactorios de los estratos anteriores. Son grupos vulnerables a los cambios económicos, están privados de beneficios culturales.
<b>V</b>	17-20	Es la población en pobreza crítica, son las personas que no están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas.

## ANEXO 5

Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad en la familia. Test APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, resulta útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia. El test consiste en contestar 9 premisas las cuales plantean una problemática donde es necesario elegir entre las siguientes opciones: Siempre (4 puntos), Casi siempre (3 puntos), Algunas veces (2 puntos), Casi nunca (1 puntos), Nunca (0 puntos). Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente. La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente: Función familiar normal: 17-20 puntos, Disfunción leve: 16-13 puntos, Disfunción moderada: 12-10 puntos, Disfunción severa: 9 puntos o menos.

	PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
2	¿Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas?					
3	¿Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades?					
4	¿Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor?					
5	Me satisface como compartimos en mi familia: 1.El tiempo para estar juntos 2.Los espacios en la casa 3.El dinero					
6	¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					
7	Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as).					

## ANEXO 6

**TEST DE WHOQOL-BREF:** Es un test que ha sido desarrollado de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen. Fue diseñado para ser usado tanto en la población general como en pacientes. Las preguntas que contiene son autoevaluaciones de la calidad de vida de la persona. Consta de seis áreas: salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad, religión, creencias personales. El WHOQOL- BREF contiene un total de 26 preguntas, cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. El WHOQOL- BREF se muestra tal como fue utilizado en el trabajo de campo Para determinar los resultados se hace la sumatoria de las preguntas específicas que conforman los diferentes dominios y multiplicar por 4 los resultados. En base a ello determinar cuál es el predominante. A mayores ítems es mayor la calidad de vida en el área que esta sea evaluada.

TEST DE WHOQOL-BREF. Cuestionario acerca de calidad de vida. INSTRUCCIONES: Marque con una x la casilla que corresponda a su respuesta de acuerdo a la pregunta que le corresponda

PREGUNTAS	1 PUNTO	2 PUNTOS	3 PUNTOS	4 PUNTOS	5 PUNTOS
1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	Muy mala	Poca	Lo normal	Bastante buena	Muy buena
2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?	Muy satisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON PARA CONOCER CON QUE INTENSIDAD HA EXPERIMENTADO CIERTOS HECHOS EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.					
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionaren su vida diaria?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS HACEN INTENTAN SABER SI FUE CAPAZ O NO DE HACER CIERTAS COSAS EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.					
10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS HACEN REFERENCIA A CUÁN SATISFECHO SE HA SENTIDO EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente

26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
------	---------	----------	----------	----------------



## 14- BIBLIOGRAFIA

1. García LF, Espinoza AV, Correa FE. Significado psicológico del embarazo adolescente en cinco municipios de Guanajuato, México. *Rev Intercont Psicol Educ* 2015;17:149-166.
2. 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;22:64-67.
3. Morales E, Ayala MI, Morales HF, et al. Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del objetivo 5 del desarrollo del milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible. *Rev Esp Méd Quir* 2018;23:61-86.
4. Mora AM, Hernández M. Embarazo en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex* 2015;83:294-301
5. Chacon D, Cortes A, Álvarez AG, et al. Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. *Rev Cuba Obstet Ginecol* 2015;41;50-58.
6. García AA, González M. Factores de riesgo asociado a embarazadas adolescentes. *Rev Ciencias Médicas* 2018;22.
7. González R, Martínez A, Martínez A, et al. Riesgos biopsicosociales en gestantes adolescentes. Propuesta de evaluación en el nivel primario. *Multimed* 2016;20:183-196.
8. Mora AM, Hernández M, Embarazo en la adolescencia: como ocurre en la sociedad actual. *Perinatol Reprod Hum* 2015;29:76-82.
9. Chamorro E, Padilla S, Gómez MP, et al. Percepción del estado de salud y comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes embarazadas. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2016;24:45-50.
10. Mendoza LA, Claros DI, Peñaranda CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2016;81:243-253.
11. Lama E, Canot E, García R, et al. Creencias y actitudes de los adolescentes sobre la prevención del embarazo en la adolescencia, en una zona rural y una urbana. *An Med PUCMM* 2016;6:131-147.
12. Villalobos A, de Castro F, Rojas R, et al. Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas de nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. *Salud Pública Méx* 2017;59:566-576.

13. Torres MP, Zambrano KB, Jumbo RJ, et al. Embarazo en adolescentes: factores psico-sociales. RECIAMUC 2018;2:315-331.
14. Angoma LK, Poccorpachi D. Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011 [tesis]. Lima (PE): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
15. Madrid J, Hernández AL, Gentile A, et al. Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales. ADOLESCERE 2019;VII:39-47.
16. Cortés A, Chacón D, Álvarez AG, et al. Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar y en la sociedad. RCMGI 2015;31:376-383.
17. Machuca LM. El embarazo adolescente en familias disfuncionales [tesis]. Cuenca (EC): Universidad de Cuenca;2015.
18. Bustamante DL, Farías AE. Rol de la familia frente al embarazo adolescente en el colegio nacional "Atahualpa" año 2015 [tesis]. Machala (EC);2015.
19. Instituto Política Familiar. Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas Informe sobre "Protección de la familia: contribución de la familia a la realización del derecho a un nivel de vida adecuado para sus miembros, en particular a través del papel que desempeña en la erradicación de la pobreza y en el logro del desarrollo sostenible". Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/.../InstituteFamilyPolicy.doc>
20. Caivinagua JC. Autoestima y características obstétricas en adolescentes embarazadas del centro de salud Carlos Elizalde, Cuenca 2016 [tesis]. Cuenca (EC);2017.
21. Jiménez A, Granados JA, Rosales RA. Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. Salud Publica Mex 2017;59:11-18.
22. Rojas M, Méndez R. El embarazo en adolescentes: una lectura social en clave cuantitativa. Rev Univ Ind Santander Salud 2016;48:81-90.
23. Instituto Nacional de Salud Pública. Estudio sobre la prevención del embarazo en adolescentes desde las masculinidades. Informe final. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/Estudio-ENAPEA.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/Estudio-ENAPEA.pdf)
24. Galvez M, Rodríguez L, Rodríguez CO. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. RCMGI 2016;35:280-289.

25. Rafaél MH. Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero 2016 [tesis]. Lima (PE);2016.
26. Fuentes AP, Merino JM. Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Ajayu* 2016;14:247-283.
27. Sánchez G, Aguirre M, Solano N, et al. Sobre la dinámica familiar. Revisión documental. *Cult Educ Soc* 2015;6:117-138.
28. Ramos S, Pacheco RA, Huaman MR, et al. Funcionamiento familiar y embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de ginecobstetricia del hospital Victor Ramos Guardia, Huaraz, 2017 [tesis]. Lima (PE);2017.
29. Guzman LL. La familia. Colegio de Ciencias y Humanidades; 2017.
30. Boza N, Maldonado F, Morales M, et al. Violencia escolar, funcionalidad familiar y características sociodemográficas en una institución educativa pública de Huancayo-Perú. *Rev Enferm Herediana* 2017;10:123-130.
31. Suarez SP. Funcionalidad familiar y su relación con el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del hospital regional de Nuevo Chimbote-2019 [tesis]. Trujillo (PE);2019.
32. Suarez MA, Alacalá M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz* 2014;20:53-57.
33. Robles AI, Rubio B, Rosa EV, et al. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente* 2016;11:120-125.
34. Cardona JA, Higueta LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Rev Cub Salud Publica* 2014;40:175-189.
35. Higueta LF.; Cardona JA. Calidad de vida de adolescentes escolarizados de Medellín-Colombia 2014, *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* Vol. 34 N.º 2 mayo-agosto 2016, pp. 145-155.
36. Pérez S, Ortiz MC, Landgrave S, et al. Estilos educativos parentales y embarazo en adolescentes. *aten fam* 2015;22(2).
37. Villalobos A, Campero L, Suárez L. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *salud pública de méxico* / vol. 57, no. 2, marzo-abril de 2015.