



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CIUDAD JUÁREZ



INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMEDICAS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 46

" DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON EL EMBARAZO  
ADOLESCENTE EN PACIENTES DE LA UMF NO. 67 DE CIUDAD JUÁREZ  
CHIHUAHUA"

**T E S I S**

**Para obtener el grado de:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**Dra. Fabiola Espino Moreno**

**ASESORES:**

**Dra. Edna Edith Licerio Pérez**

**Dr. Ulises García Rodríguez**

**ASESOR METODOLÓGICO:**

**Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos**

Cd. Juárez, Chihuahua

FEBRERO 2023

DICTAMEN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 802.  
U MED FAMILIAR NUM 46

Registro COFEPRIS 17 CI 08 037 035

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 08 CEI 001 2018022

FECHA Miércoles, 30 de diciembre de 2020

Dra. EDNA EDITH LICERIO PEREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES DE LA UMF NO. 67 DE CIUDAD JUÁREZ CHIHUAHUA** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2020-802-033

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Andres Juarez Ahumada  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 802

[Imprimir](#)

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON EL EMBARAZO ADOLESCENTE  
EN PACIENTES DE LA UMF NO. 67 DE CIUDAD JUÁREZ CHIHUAHUA**

**Dra. Fabiola Espino Moreno**

**Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos**

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud

Delegación Chihuahua

---

**Vo.Bo.**

**Dra. Lidia Isela Ordoñez Trujillo**

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No. 46

---

**Vo.Bo.**

**Dra. Adriana Patricia Montaña Delgado**

Profesor titular del curso de Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar No. 46

---

**Vo.Bo.**

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON EL EMBARAZO ADOLESCENTE  
EN PACIENTES DE LA UMF NO. 67 DE CIUDAD JUÁREZ CHIHUAHUA**

**Dra. Fabiola Espino Moreno**

ASESORES

**Dra. Edna Edith Licerio Pérez**

Médico especialista en medicina familiar UMF No 67.

---

**Vo.Bo.**

**Dr. Ulises García Rodríguez**

Médico especialista en medicina familiar UMF No 67

---

**Vo.Bo.**

**Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos**

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud

Delegación Chihuahua

---

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON EL EMBARAZO ADOLESCENTE  
EN PACIENTES DE LA UMF NO. 67 DE CIUDAD JUÁREZ CHIHUAHUA**

**Dra. Fabiola Espino Moreno**

**Dr. Jorge Ignacio Camargo Nassar**

Jefe del Departamento de Ciencias de la Salud

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

---

**Vo.Bo.**

**C.D. Salvador David Nava Martínez**

Director del Instituto de Ciencias Biomédicas

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

---

**Vo.Bo.**

## **AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA**

Ahora que he cumplido con una de las partes que exige mi formación como médico familiar, la tesis, me siento muy contenta y orgullosa de ello. Durante el proceso conté con el gran apoyo de mi familia en especial mi esposo Ulises y maestros la Dra. Edna Licerio y la Dra. Isela Pérez, a los cuales les agradezco su tiempo, esfuerzo y dedicación para guiarme.

Pero esta meta se la dedico a mi Dios y a mis padres, que me dieron los cimientos para seguir adelante a pesar de las adversidades.

## ÍNDICE

### Contenido

I.RESUMEN .....	8
II. MARCO TEÓRICO.....	9
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	18
IV. JUSTIFICACIÓN .....	19
V. OBJETIVOS .....	19
VI. HIPÓTESIS .....	20
VII. METODOLOGÍA .....	20
VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN. ....	21
IX. OPERACIONALIZACIÓN VARIABLES. ....	22
X. TAMAÑO MÍNIMO DE LA MUESTRA. ....	25
XI. ANALISIS ESTADÍSTICO .....	25
XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	26
XIII. METODOLOGIA OPERACIONAL.....	28
XIV. RESULTADOS .....	29
XV. DISCUSIÓN .....	30
XVI. CONCLUSIONES.....	32
XVII. RECOMENDACIONES.....	34
XVIII BIBLIOGRAFÍA.....	35
XIX. ANEXOS .....	38

# " DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES DE LA UMF NO. 67 DE CIUDAD JUÁREZ CHIHUAHUA"

Dra. Fabiola Espino Moreno\*/ /Dr. Ulises García Rodríguez\*\*/Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos\*\*\*/Dra. Edna E. Licerio Pérez\*\*\*

\*Médico Residente medicina familiar/\*\*Médico familiar profesor titular med fam sede UMF67/\*\*Coord. De planeación y Enlace Institucional/\*\*Coord. Educ. e Inv. Salud.

## I.RESUMEN

**Introducción:** El embarazo adolescente es aquel que ocurre en el período de la adolescencia entre los 11 y 19 años. En México, la tasa de natalidad en adolescentes es del 32%. Esto es un problema de salud a nivel mundial, México es el principal país que encabeza esta lista en América latina.<sup>2</sup> Es un problema que amplía las brechas sociales y de género; se trata de un tema de proyecto de vida, de educación, de salud, pero sobre todo de respeto a los derechos humanos, libertad y a su desarrollo como personas.<sup>3</sup> El 80% de las adolescentes embarazadas pertenecen a un medio socioeconómico desfavorecido, disfuncional monoparental, afectado muchas veces por desempleo. El embarazo en adolescentes repercute en el binomio y a nivel social, ya que es multifactorial, a pesar de que hay múltiples programas para adolescentes en salud reproductiva las cifras siguen aumentando, y colocando al embarazo como de alto riesgo asociándose a preeclampsia, etc., hasta la muerte<sup>9</sup>. **Objetivo:** Determinar la asociación entre disfunción familiar y embarazo adolescente en pacientes UMF No. 67 Ciudad Juárez Chihuahua durante el año 2021. **Material y métodos:** Es un estudio de tipo observacional, transversal, analítico de casos y controles en el cual se comparó el tipo de funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes de 11 a 19 años y adolescentes no embarazadas por un método cuantitativo, se utilizó un instrumento de recolección y el APGAR familiar. El periodo en que se llevó a cabo fue de octubre del 2020 a febrero del 2022. El análisis estadístico propuesto se basó en estadística descriptiva de acuerdo a la normalidad de la población a investigar, así como estadística inferencial. **Resultados:** La investigación incluyó a 72 pacientes, de las cuales 36 participantes eran embarazadas y las otras 36, no embarazadas. Se obtuvo que de las embarazadas, 36.11% pertenecen a una familia funcional y 63.88% pertenecen a una familia disfuncional; mientras que de las no embarazadas, 75% pertenecen a una familia funcional y 25% pertenecen a una familia disfuncional. Se comprueba la asociación entre disfunción familiar y adolescentes embarazadas con un grado de significancia de  $p < 0.001$  y un Odds Ratio de 2.556. **Conclusión:** Se obtuvo mediante análisis estadístico una  $p = 0.001$  que demuestra significancia estadística y nos permite establecer la asociación entre disfunción familiar y embarazo adolescente, con un Odds Ratio de 2.556, lo que significa que el pertenecer a una familia disfuncional en la adolescencia aumenta 2.556 veces más el riesgo de un embarazo en la adolescencia en comparación con las adolescentes que pertenecen a una familia funcional.

**Palabras clave:** Embarazo, adolescente, función familiar

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **Adolescente definición**

La OMS define adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, los patrones psicológicos de la niñez y la adultez y se consolida la independencia económica. Este período se limita entre la edad de 10-19 años, etapa en la cual se constituye la importancia de la vida sexual y reproductiva.<sup>1</sup> El embarazo adolescente: es aquel embarazo que se produce entre los 11 y los 19 años de edad.<sup>2</sup>

### **Estadística**

Se calcula que alrededor de 1.000.000 adolescentes menores de quince años dan a luz de forma anual en el mundo y alrededor de 16.000.000 adolescentes entre 15 y 19 años sus embarazos no son deseados y menos llevan un control de seguimiento de los mismos.<sup>2</sup>La región de América Latina y el Caribe (ALC) tiene la segunda tasa estimada de fecundidad en adolescentes más elevada del mundo, de 66,5 nacimientos por 1 000 adolescentes de 15 a 19 años en el período 2010-2015, frente a un tasa mundial de 46 nacimientos por 1 000 adolescentes en ese grupo etario. En torno al 15% de todos los embarazos registrados en América Latina y el Caribe se producen en menores de 20 años,<sup>1</sup>en México se estima que la población adolescente representa poco más del 18% de la población total y el 29% de la población en edad fértil. La tasa de natalidad en el 2019 en la población mayor de 19 años fue 33.8% y de la población de 15-19 años fue de 32%. Los nacimientos registrados en 2017 por menores de 19 años fueron de 397,402 equivalentes al 19% del total de nacimientos. Los adolescentes que tienen relaciones sexuales durante la adolescencia son alrededor del 25% según la encuesta ENSANUT 2016. En México el control prenatal es del 86% de los embarazos adolescentes de los cuales gran parte de las mujeres embarazadas (66%) fueron protegidas por el seguro popular; 12% por el IMSS; 8% por otras instituciones (ISSSTE, IMSS Oportunidades, etc.), destacando lamentablemente que 14 de cada cien nacimientos de mujeres adolescentes embarazadas no recibieron ninguna atención institucional.<sup>3</sup>

## Problema de salud

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de Salud Pública, que amplía las brechas sociales y de género; se trata de un tema de proyecto de vida, de educación, de salud, pero sobre todo de respeto a los derechos humanos, libertad y a su desarrollo como personas. El 80% de las adolescentes embarazadas pertenecen a un medio socioeconómico desfavorecido, disfuncional monoparental, afectado muchas veces por desempleo, el 76% de las madres de estas adolescentes tuvieron un embarazo a edad temprana. Uno de los principales problemas en la adolescencia es el inicio a temprana edad de las relaciones sexuales, sin protección, por ello la OMS desde el año 2003, emitió la celebración del “Día Mundial de la Prevención de Embarazo no planificado en adolescentes” cada 26 de septiembre.<sup>2</sup>El embarazo adolescente las coloca en situación de vulnerabilidad que desde el punto de vista médico tienen mayor riesgo de presentar complicaciones obstétricas por lo que aumenta la probabilidad de mortalidad materna debido a hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, síndrome de HEELP, por ser complicaciones que se pueden presentar en los extremos de la vida fértil, a los cuales pertenecen las adolescentes y añosas; además de bajo peso al nacer del producto, riesgos tanto biológicos, psíquicos y sociales, hemorragias, infecciones y muerte.<sup>4</sup>Riesgos psíquicos como lo son la depresión durante el embarazo y postparto, que las puede llevar al suicidio, ya que con frecuencia suelen ser madres solteras y se deben enfrentar a factores estresantes como lo son el propio desarrollo de la adolescencia con sus cambios anatomofisiológicos y adaptativos, que puede modificar sustancialmente la calidad y las expectativas de vida. Además, se ha señalado que el embarazo, especialmente el primero, puede considerarse como una etapa de crisis que, a pesar de ser normal, altera el equilibrio emocional de la mujer, esto pudiera, en algunos casos, propiciar inestabilidad emocional, sentimientos de culpa y frustración al ver limitadas sus oportunidades tanto académicas como de vida.<sup>5</sup>Y los riesgos sociales a los que se enfrentan las adolescentes embarazadas son: la deserción escolar, abandono familiar, ingreso prematuro al mundo laboral, trabajos ilegales, informales o de bajo ingreso, matrimonios obligados lo que lleva a maltrato intrafamiliar o abuso sexual,

considerando el aborto como respuesta a la solución del problema, para después tener la carga de la culpabilidad.<sup>6</sup>

## **Causas**

Es frecuente que el embarazo adolescente ocurra como un evento no deseado o no planificado, habitualmente es la consecuencia de una relación débil de pareja, lo que provoca en la futura madre una actitud inicial de rechazo y ocultamiento por temor a la reacción del grupo familiar, escolar y social. Ello también se acompaña de un control prenatal tardío o insuficiente. Algunos de los factores asociados para un embarazo adolescente son: menarca temprana, inicio precoz de la actividad sexual, pensamiento mágico, fantasías de infertilidad, mayor tolerancia del miedo al embarazo adolescente, abandono escolar y/o bajo nivel educativo; familiares: pertenecer a una familia disfuncional, existencia marcada de violencia familiar, controversia entre su sistemas de valores y el de su familia, pérdida del vínculo familiar por migración constante; sociales: falta o distorsión de la información sexual, aumento del número de adolescentes, predominio de factores de riesgo adversos, no considerar el riesgo de infecciones de transmisión sexual, relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, abuso sexual.<sup>7</sup> La pobreza también se ha vinculado con la presencia del embarazo en adolescentes, pues de 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y 1 millón de niñas menores de 15 años que dan a luz cada año en el mundo, la mayoría ocurre en países de ingresos bajos y medianos, siendo las condiciones socioculturales y económicas determinantes del contexto de marginación social en que las adolescentes desarrollan sus vidas.<sup>8</sup>

A las adolescentes se les reprime en mayor medida que a los hombres, no se les guía ni enseña de manera oportuna y acorde a su edad las formas de prevenir las posibles consecuencias adversas de su ejercicio (sexualidad), como lo es el embarazo durante la adolescencia. Esta escasa aceptación también obstaculiza que las adolescentes accedan a una educación sexual adecuada y a métodos de prevención del embarazo. Respecto al acceso y el no empleo de métodos anticonceptivos, no basta analizar sólo el acceso a mayor información sobre métodos preventivos y anticonceptivos como medio para prevenir el embarazo en adolescentes, sino que se debe trabajar en cambiar los tabúes y las presiones sociales y de género que limitan a

las adolescentes para el ejercicio de su sexualidad y el uso de los métodos anticonceptivos. Se considera que “la maternidad es prácticamente la única opción accesible a las mujeres, que no tienen acceso a una escolaridad prolongada ni a otras opciones de desarrollo personal”; además, la falta de acceso a educación formal que permita a las adolescentes de bajos recursos económicos construir proyectos de vida alternativos a la maternidad o postergarla, se constituye en un factor que puede determinar el aumento o la disminución del embarazo en estas adolescentes, pues “se ha visto que las mujeres con mayor escolaridad tienen más posibilidades de aplazar la llegada de su primer hijo y también el matrimonio”.

Otras autoras y autores afirman que en contextos no favorecidos, como el sector urbano marginal, los embarazos adolescentes son vividos como un escape al entorno familiar en el que se encuentran, ya sea como una salida inmediata a problemas de violencia familiar y abuso, ó como una manera de adquirir valoración social o un mayor estatus dentro del ámbito sociocultural donde se desenvuelven. La OMS señala que entre 1 y 21% de las mujeres manifestaba haber sufrido abusos sexuales antes de los 15 años.<sup>9</sup>

La evidencia muestra que el embarazo temprano incrementa las dificultades para manejar situaciones tanto cotidianas como eventuales, como aquéllas vinculadas con el desarrollo escolar y futuro laboral. Dicha condición agudiza las inequidades de género y precariedad, particularmente para las mujeres. Cuando hay un evento reproductivo en la adolescencia, hay una baja posibilidad de que se asuman simultáneamente la maternidad y la escuela, pues es común que este último se posponga o bien se abandone como expectativa de vida.<sup>10</sup>

## **Familia**

La familia es de suma importancia en la interacción salud-enfermedad ya que “La familia es la célula básica de la sociedad” (Auguste Comte, 1798-1857). Es una institución permanente, con una gran capacidad de adaptación al cambio, la cual cumple importantes funciones que tienen relación directa con la preservación de la vida humana, así como con su desarrollo y bienestar: función biológica, económica, afectiva, educativa, protectora, recreativa. “La familia es el elemento natural y fundamental de la

sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado” (Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, artículo 16, párrafo 3, 1948). La familia tiene la responsabilidad de satisfacer sus propias funciones básicas que son el **cuidado y la protección** que incluyen: alimentación, salud, vivienda, vestuario y en general todo lo que contribuye a su bienestar; **afecto**, considerando todas las clases de amor: cuidado, responsabilidad, respeto y conocimiento; la **reproducción**, transmitir a sus hijos los elementos estructurales básicos para el desarrollo de su identidad sexual, con clara precisión de las diferencias de cada sexo y de sus papeles correspondientes, así como transmitir el conocimiento para la práctica de manera responsable,<sup>11</sup> respecto a conocimientos vinculados con el riesgo de embarazo, se ha documentado que los adolescentes tienen información fragmentada: sólo cerca de 10% identifica cuál es el momento del ciclo menstrual de mayor fertilidad, y alrededor de 12% de los hombres no sabe que una mujer puede quedar embarazada desde la primera vez que tiene relaciones sexuales. Por su parte, la autoeficacia en el uso del preservativo ha sido un asunto relativamente estudiado; no obstante, la información con respecto a la adolescencia temprana sin inicio sexual y en hombres es limitada. En particular, un estudio en México con esta población identificó que tiene poca autoeficacia en el uso del condón. Algunos estudios señalan que la comunicación abierta retarda la edad de inicio de vida sexual y favorece la autoeficacia en el uso de condón.<sup>12</sup>; socialización: la que se da en los hijos se realiza de acuerdo con las pautas culturales del grupo familiar y de la sociedad, su desarrollo social depende de la adquisición de aquellos elementos de la cultura que son necesarios para la participación competente en la vida social, la familiar también sirve como vínculo entre el individuo y la comunidad principal; estatus: la estructura de una sociedad es una red intrincada de roles y diferentes estatus sociales, en alguna forma los individuos deben ubicarse dentro de estos estatutos y motivarse a desempeñar los roles apropiados. Muchos de nuestros estatus adscritos, incluyendo nuestras identidades nacionales, étnicas, raciales, religiosas, de clase y de comunidad que se derivan de la pertenencia a la familia.<sup>11</sup>

## **Rol de familia en la sociedad**

El ser humano es social y familiar por su propia constitución. La persona viene al mundo como encarnación del encuentro unitivo y procreativo de un hombre y una mujer, sus padres. Igualmente, la construcción de la identidad personal se lleva a cabo mediante la interacción continua con el medio, especialmente el familiar, a través, por ejemplo, del fenómeno del apego. La socialización, la incorporación de conocimientos y la expresión de sentimientos se van edificando en la persona a través del encuentro constante con los demás. Todo el existir de la persona se halla en una trama relacional con los otros, en la cual juega un papel decisivo el entorno familiar. La familia es la unidad básica de la sociedad, la familia es el vínculo entre el individuo y la sociedad. La transmisión del conocimiento y la cultura de la familia hacia al individuo, le permitirá socializar con otras familias construyendo la red de la sociedad.<sup>13</sup>

## **Funcionalidad familiar**

La funcionalidad familiar implica conceptos como: cohesión familiar, estilos parentales democráticos, apego emocional y estrategias de resolución de conflictos (Oljača, Erdeš-Kavečan y Kostović, 2012) y se refiere a la capacidad que tiene la familia de mantener su sistema a pesar de los eventos o amenazas que puedan generar cambios en alguno de sus miembros. Los padres de familia juegan un papel determinante en el proceso de construcción de identidad de sus hijos, y se ha constatado que un ambiente familiar positivo funge como factor protector ante comportamientos problemáticos (Chunga, 2008; Levin, Dallgado y Curie, 2012).<sup>14</sup> El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros; con base en el cumplimiento eficaz 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. Uno de los instrumentos para su medición, es el APGAR familiar.

Se han identificado causas familiares de disfunción y son aquellas causadas principalmente por sus progenitores, pero también por sus familiares cercanos,

antecedentes de madres que tuvieron embarazos adolescentes o hermanas: La adolescente al verse inmersa en ese contexto adopta las mismas actitudes del familiar como algo normal; pérdida de figuras significativas: frente a la situación emocional trágica el adolescente busca afecto y comprensión en cualquier tipo de persona, llegando a embarazos no deseados; baja escolaridad de los padres: los padres son actores fundamentales en la educación sexual de los hijos ya que de este modo de alguna u otra manera influirán en las decisiones sobre el ritmo del desarrollo sexual de ellos o postergar el inicio de su actividad sexual.<sup>16</sup>

### **APGAR Familiar**

El APGAR familiar se define como un instrumento cuantitativo para evaluar la percepción del paciente en relación a la situación funcional con sus familiares y muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Fue diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como médico familiar propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de atención primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar.

Los componentes de este instrumento son 5 elementos: **adaptación:** es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis; **participación:** es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia; **gradiente de recursos:** es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo; **afectividad:** es la relación de cariño, amor que existe entre los miembros de la familia; **recursos o capacidad resolutive:** es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos (dinero) y

espacios de la casa. El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellas que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: •0: Nunca •1: Casi nunca •2: Algunas veces •3: Casi siempre •4: Siempre. Al realizar la sumatoria, el puntaje va de 0 a 20 puntos; que nos indicará el nivel de funcionalidad o funcionamiento de la familia respecto a la percepción que tiene el paciente sobre ella, con los siguientes puntajes: • Buena función familiar 20-18 puntos • Disfunción leve 17-14 puntos • Disfunción moderada 13-10 puntos y • Disfunción severa  $\leq 9$  puntos.<sup>17</sup>

### **Embarazo adolescente y la funcionalidad familiar**

Un estudio realizado por Rangel y Valerio (2004) afirman que el 27% de las adolescentes embarazadas presentaron disfuncionalidad familiar moderada 27% y un 6% severa. Castaño, Arias, Carmona, Castro, Ferreira (2012) lo afirman también, con un promedio de edad de 18 años, el 72.1% de la población presento disfuncionalidad familiar de leve a severa y depresión 23.2% en un grupo de adolescentes embarazadas.

Pérez y Omar (2013) realizaron un estudio sobre embarazo en adolescentes en la ciudad de Cuenca-Ecuador y descubren una influencia significativa de disfuncionalidad familiar con un 73.1% y un 26.9 con funcionalidad familiar.<sup>19</sup>

En el Hospital General Regional No. 1, de Chihuahua se realizó un estudio sobre índice de suicidios en pacientes de urgencias pediátricas y su relación con disfunción familiar, de los pacientes con índice de suicidio, 35% refiere que su familia es disfuncional, contra 10% en las familias de los pacientes control.<sup>20</sup>

El vínculo de apego con las figuras parentales es clave en el desarrollo de la subjetividad individual, por ello la evaluación de variables de tipo familiar es un área objeto de estudio dentro de la de la prevención de los problemas de salud de adolescentes y jóvenes. Su comportamiento se vincula con la estructura familiar y la

tipología relacional: la presencia de conflictos, el tipo de comunicación y el estilo educativo. La investigación existente ha indagado sobre la causalidad de los comportamientos de riesgo, edad precoz de inicio de relaciones sexuales y número de parejas, encontrando vínculos significativos con características familiares. En las sociedades occidentales la estructura familiar, la ausencia de uno o ambos progenitores y sufrir violencia están asociados a la actividad sexual precoz, así como no tener buena relación familiar, falta de supervisión, control o afecto. El entorno familiar está relacionado con el número de parejas sexuales, así como el uso de métodos anticonceptivo.<sup>20</sup> El embarazo adolescente tiene dentro de sus consecuencias un fenómeno frecuentemente observado pero poco considerado, es la existencia del doble fenómeno de maltrato infantil (DFMI). La joven madre, al ser rechazada por su pareja, familia y/o sociedad, es víctima de maltrato infantil (MI) ya sea por abuso físico, abuso psicológico o negligencia, sin considerar que un número importante de sus derechos, son violentados. Como consecuencia de estas agresiones, la nueva madre puede rechazar e inclusive maltratar físicamente a su hijo dando origen a cualquier modalidad de MI, de esta manera se puede establecer el DFMI en la misma familia, que muy probablemente generara otro adolescente con riesgo de presentar un embarazo adolescente.<sup>21</sup> La disfuncionalidad se ve incrementada por alteración de la dinámica interna dada por fallos en la cohesión, comunicación con sus padres, alteraciones de la afectividad entre ellos, la armonía familiar se ve alterada por no adaptabilidad e incumplimiento de los roles a desempeñar por cada miembro familiar. debido a todo esto es de suma importancia que se identifique a tiempo a los adolescentes que se encuentren en riesgo de presentar un embarazo adolescente, para poder realizar intervenciones considerando al médico familiar como líder del equipo en la captación, capacitación y orientación mediante trabajo social, psicología y enfermera especialista en medicina familiar.<sup>22</sup>

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública, que amplía las brechas sociales y de género; se trata de un tema de proyecto de vida, de educación, de salud, pero sobre todo de respeto a los derechos humanos, libertad y a su desarrollo como personas. El 80% de las adolescentes embarazadas pertenecen a un medio socioeconómico desfavorecido, disfuncional monoparental, afectado muchas veces por desempleo, el 76% de las madres de estas adolescentes tuvieron un embarazo a edad temprana. La tasa de fecundidad a nivel mundial en embarazos de adolescentes de 15-19 años es de 46 nacimientos por 1 000 adolescentes en edad fértil y aumenta a 66.5 nacimientos por cada 10000 adolescentes en edad fértil en América latina y el Caribe, siendo el principal país México. Es de suma importancia tocar este tema porque una de las muchas consecuencias de estos embarazos adolescentes puede culminar en la muerte tanto de la joven o del producto o de ambos, cambiar totalmente el futuro y la vida no solo del binomio madre-hijo sino de todo el entorno social incluyendo de inicio por supuesto a la familia. Esta es una problemática que siempre ha existido, ya que es multifactorial y a pesar de la implementación de programas de salud reproductiva, métodos anticonceptivos, etc., no desciende al contrario va en aumento aun teniendo a la mano el avance de la tecnología y los medios de comunicación, por ello tal vez el principal factor sería el papel que juega la funcionalidad familiar en esta etapa del ciclo vital de las y los adolescentes, pero hay poca literatura que lo documente.

Por todo lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la asociación entre disfunción familiar y embarazo adolescente en pacientes de la UMF No. 67 de Ciudad Juárez Chihuahua?**

#### **IV. JUSTIFICACIÓN**

La educación y valores empiezan y se aprenden en casa, todas nuestras acciones tendrán consecuencias favorables o desfavorables y tenemos que enfrentarlas, por ello creo que es de suma importancia el papel que juega la familia en preparar individuos responsables y felices claro que también dependerá del camino que cada quien elija tomar. Pienso que si hay suficiente comunicación familiar, un ambiente amigable, donde se permita la libertad de expresión, que haya cambios como lo es un sistema abierto, donde se toque el tema de la sexualidad sin tabúes, con la información más fidedigna posible y sobretodo que existan las figuras paternas dando buenos ejemplos y que cubran las necesidades básicas, los adolescentes pudieran concientizar más sobre cómo llevar mejor a cabo su sexualidad, sin ponerse en riesgo, ni afectar su futuro, ni traer al mundo niños no planeados en la mayoría de los casos.

#### **V. OBJETIVOS**

##### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la asociación entre la disfunción familiar y embarazo adolescente en pacientes UMFNo. 67 Ciudad Juárez Chihuahua.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Conocer el grado de escolaridad de la embarazada adolescente y si actualmente estudia o no.
2. Identificar si tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.
3. Conocer el estado civil de las adolescentes embarazadas.
4. Conocer si trabajan las embarazadas adolescentes.
5. Conocer a qué tipo de familia según la integración o interacción (integrada, subintegrada o desintegrada) pertenecen las embarazadas adolescentes.

## **VI. HIPÓTESIS**

### **HIPÓTESIS ALTERNA**

Existe asociación entre disfunción familiar y embarazo adolescente en pacientes de la UMF No. 67 de Ciudad Juárez Chihuahua.

### **HIPÓTESIS NULA**

No existe asociación entre disfunción familiar y embarazo adolescente en pacientes de la UMF No. 67 de Ciudad Juárez Chihuahua.

## **VII. METODOLOGÍA**

### **1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.**

Estudio de tipo observacional, transversal, analítico de casos y controles.

### **2. LUGAR.**

Unidad de Medicina Familiar No. 67 de Ciudad Juárez Chihuahua

### **3. PERSONA.**

Mujeres embarazadas adolescentes y no embarazadas adolescentes y al menos un miembro de la familia que acudan a la UMF No. 67

### **4. PERÍODO.**

Ciclo académico 2020-2023.

## **VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

### **Criterios de Inclusión.**

1. Pacientes femeninas de 11-19 años de edad embarazadas que acudan a control prenatal a cualquier semana de embarazo.
2. Pacientes femeninas de 11-19 años de edad no embarazadas sanasque acudan a la UMF No. 67 por cualquier otro motivo excepto el embarazo y que no tengan deterioro intelectual o psicosis.
3. Pacientes que deseen participar en la investigación bajo consentimiento y asentimiento informado.

### **Criterios de Exclusión:**

1. Pacientes femeninas menores de 10.9 años
2. Pacientes femeninas mayores de 19.1 años
3. Pacientes que no acepten participar en la investigación.
4. Pacientes femeninas de 11-19 años embarazadas o no embarazadas que acudan por cualquier tipo de consulta pero presenten algún tipo y/o grado de deterioro cognitivo como síndrome de Down, secuelas de traumatismo craneoencefálico, psicosis o afines.

### **Criterios de Eliminación**

1. Pacientes femeninas de 10-19 años que no sean derechohabientes
2. Pacientes que no quieran contestar la encuesta del APGAR familiar o esta no sea concluyente.

## **IX. OPERACIONALIZACIÓN VARIABLES.**

**Variable dependiente:** Embarazo adolescente

**Definición conceptual:** Es aquel embarazo que se produce entre los 11 y los 19 años de edad.

**Definición operacional:** Es toda mujer que cumpla con los criterios de inclusión

**Tipo Variable:** Cualitativa

**Escala:** Nominal

**Indicador:** 1. Si embarazada 2. No embarazada

**Variable independiente:** Funcionalidad familiar

**Definición conceptual: Familia funcional:** Es la capacidad que tiene la **familia** para satisfacer las necesidades de sus miembros y adaptarse a las situaciones de cambio, es aquella capaz de realizar un tránsito armónico de una etapa a otra de su ciclo vital.  
**Familia disfuncional:** Es aquella que en mayor o menor grado no actúa según lo que de ella se espera en relación a las funciones que se le tiene asignadas.

**Definición operacional:** Para fines de este estudio se tomó a toda participante que resulte en el APGAR familiar con disfunción. El APGAR familiar consta de las siguientes 5 preguntas: 1. ¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad?, 2. ¿Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite?, 3. ¿Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades?, 4. ¿Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, etc.? y 5. ¿Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios de la casa y/ o el dinero?, con 5 tipos de respuestas que pueden ser: nunca (0 puntos), casi nunca (1 punto), algunas veces (2 puntos), casi siempre (3 puntos) y siempre (4 puntos).

**Tipo Variable:** Cualitativa.

**Escala:** De intervalo

**Indicador:** 1 Funcional APGAR de 18-20 puntos 2. Disfuncional APGAR menor o igual a 17 puntos

### **Terceras variables**

#### **Tipos de familia según integración o interacción**

**Definición conceptual: Integrada:** Familia compuesta por mama y papa y que además todos los miembros cumplen sus funciones.

**Definición conceptual: Subintegrada:** Familia con solo uno de los padres pero que siguen cumpliendo adecuadamente sus funciones, o están los dos padres pero no se cumplen las funciones.

**Definición conceptual: Desintegrada:** Familia con solo un padre y no cumple adecuadamente con las funciones.

**Definición operacional:** Clasificación por integrantes y funciones de la familia

**Tipo Variable:** Cualitativa.

**Escala:** Nominal

**Indicador:** 1. Integrada 2. Subintegrada 3. Desintegrada

#### **Escolaridad**

**Definición conceptual:** Período de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender.

**Definición operacional:** Grado escolar referido por el paciente

**Tipo Variable:** Cualitativa

**Escala:** Ordinal

**Indicador:** 1 primaria 2 secundaria 3 preparatoria

### **Estado civil**

**Definición conceptual:** Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

**Definición operacional:** Para fines de este estudio es lo que manifieste la paciente al preguntarle.

**Tipo Variable:** Cualitativa.

**Escala:** Nominal.

**Indicador:** 1 soltera 2 unión libre 3 casada

### **Trabajo**

**Definición conceptual:** Es cuando un individuo realiza una determinada actividad productiva y se le recompensa con salario.

**Definición operacional:** Para fines de este estudio se tomó como trabajo si lo manifiesta la paciente en el interrogatorio.

**Tipo Variable:** Cualitativa

**Escala:** Nominal

**Indicador:** 1 Si trabaja 2 No trabaja

### **Métodos anticonceptivos**

**Definición conceptual:** Es cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo.

**Definición operacional:** Para fines de este estudio se tomó en cuenta la información sobre métodos anticonceptivos que manifieste la paciente.

**Tipo Variable:** Cualitativa

**Escala:** Nominal

**Indicador:** 1 Si tiene conocimiento sobre métodos anticonceptivos 2 No tiene conocimiento sobre métodos anticonceptivos

## **X. TAMAÑO MÍNIMO DE LA MUESTRA.**

Se realizó el cálculo del tamaño de la muestra mediante la fórmula: de comparación de proporciones, para este estudio de casos y controles.

Con la fórmula de comparación de proporciones, con un índice de confianza del 95%, poder estadístico de 80%, P1: 35% (control no embarazadas con disfunción familiar) y P2: 73% (embarazadas con disfunción familiar) se obtuvo el tamaño de la muestra que fue de 31, pero a esto se le aumentó un 15% para prever pérdidas y dio un total de 36 mujeres adolescentes de 11-19 años embarazadas y 36 mujeres de 11-19 años no embarazadas.

## **XI. ANALISIS ESTADÍSTICO**

Para el análisis de los datos obtenidos se aplicó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central y de dispersión, dependiendo los criterios de normalidad de distribución de la población se tomaron en cuenta bajo normalidad la media y desviaciones típicas, o anormalidad, la mediana y rangos intercuartiles. Para conocer las asociaciones y correlaciones entre las variables a investigar se realizó estadística de tipo inferencial mediante pruebas Chi cuadrada para comparación de porcentajes y Wilcoxon para relaciones entre variables. Se tomó para identificar Riesgos un IC al 95% y valores de p tomados como significativos siendo  $<0.05$ .

La información se registró en software Microsoft Excel Office, para después trasladarla al software estadístico SPSS versión 25, para el manejo estadístico propuesto. Posteriormente se hizo la obtención de gráficas y tablas.

## **XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Los procedimientos realizados están de acuerdo con las normas éticas y reglamentos institucionales, con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos y con la declaración de Helsinki de 1975 y enmiendas posteriores.

De acuerdo con el artículo quinto de la Ley General de Salud en su última reforma del 02 de abril del 2014, esta investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y tecnológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población. Será sometido a una comisión de ética, ya que aunque no se interviene directamente en seres humanos, se interviene aspectos de su atención médica. Esta investigación se desarrolló conforme a las siguientes bases:

- I. Se adaptó a los principios básicos de la investigación y la ética que justifica la investigación médica con una posible contribución a la solución del problema a investigar.
- II. Es el método más idóneo para la investigación en este tema.
- III. Existe la seguridad de que no se expondrá a riesgos ni daños a los pacientes de la institución en la cual se llevará a cabo este protocolo.
- IV. Se contará con la aprobación del comité de ética local antes de interferir en el entorno hospitalario.
- V. Conto con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizo la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VI. La investigación será realizada por profesionales de la salud en una institución médica que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

- VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VIII. Deberá ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite.
- IX. Será responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realice la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Se protegió la información obtenida, utilizando para la identificación de los sujetos únicamente las iniciales de su nombre y apellidos; todos los resultados serán utilizados cuando se requieran y cuando sea autorizado. Esta investigación se clasifica como **sin riesgo**, ya que se obtuvo información por medio de encuestas. El estudio se apega a lo indicado en la Declaración de Helsinki de la AMM principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 64a Asamblea Fortaleza, Brasil, Octubre 2013; solicitándose carta de consentimiento informado a los participantes, que será obtenido por el investigador, al seleccionar de manera aleatoria a adolescentes de 11-19 años que acudan a la UMF No. 67, sin importar que estén o no estén embarazadas.

### **XIII. METODOLOGÍA OPERACIONAL**

Se solicitó autorización a directivos de la UMF 67 para conocer la no inconveniencia a desarrollar las actividades de investigación propuestas en el presente. Posteriormente se sometió el protocolo a evaluación por el Comité de Ética y el Comité Local de Investigación No. 802 y por último al Comité Delegacional. Una vez autorizado se solicitó a las investigadas en salas de espera de la UMF 67, a las cuales se les aplicará una encuesta si cumplen con criterios de inclusión. Posterior si cuentan con algún acompañante mayor de edad, y si no a ellas mismas se les aplicó un instrumento de recolección para recabar la información necesaria para medición de los objetivos planteados en la presente investigación.

#### **XIV. RESULTADOS**

La investigación incluyó a 72 pacientes del sexo femenino entre los rangos de los 12 a los 19 años de edad pertenecientes a la de la Unidad de Medicina Familiar No. 67 de Ciudad Juárez Chihuahua entre el periodo de enero-diciembre del 2021; de las cuales 36 participantes (50%) eran embarazadas y las otras 36(50%) eran no embarazadas.

Considerando a la escolaridad, el 100% de la población estudiaban ya sea en secundaria o preparatoria; de las embarazadas 10 (27.77%) cursan la secundaria y 26 (72.22%) cursan la preparatoria; y de las no embarazadas 17 (47.22%) están en secundaria y 19 (52.77%) en preparatoria. (Grafico 1)

En relación a si tienen conocimiento sobre algún método anticonceptivo el 100% de las embarazadas si contaba con información al respecto; y de las no embarazadas solo 4 (11.11%) no tenía conocimiento mientras que las otras 32 (88.88%) si contaban con ello. (Grafica 2)

En lo que corresponde al estado civil de las embarazadas 4 (11.11%) eran casadas, 16 (44.44%) solteras y 16 (44.44%) estaban en unión libre; de las no embarazadas ninguno estaba casada, 30 (83.33%) eran solteras y 6 (16.66%) estaban en unión libre. (Grafico 3)

En cuestión de si eran económicamente activas se demostró que las 36 (100 %) embarazadas no trabajaban; y de las no embarazadas 24 (66.66%) tampoco trabajan y 12 (33.33%) si lo hacen. (Grafica 4)

Según el tipo de familia al que pertenecen de acuerdo a la integración familiar se evidencio que las embarazadas pertenecen a una familia integrada con una frecuencia de 20 (55.55%), 9 (25%) a una familia subintegrada y 7 a una desintegrada (19.44%); y de las no embarazadas 29 (80.55%) pertenecen a una familia integrada, 3 (8.33%) a una subintegrada y 4 (11.11%) a una familia desintegrada. (Grafica 5)

Se obtuvo por medio del cuestionario APGAR familiar, que de las embarazadas, 13 (36.11%) pertenecen a una familia funcional y 23 (63.88%) pertenecen a una familia disfuncional; mientras que de las no embarazadas, 27 (75%) pertenecen a una familia funcional y 9 (25%) pertenecen a una familia disfuncional. Los resultados obtenidos comprueban la asociación entre disfunción familiar y adolescentes embarazadas con un grado de significancia de  $p < 0.001$  y un Odds Ratio de 2.556. De acuerdo al objetivo principal, se pudo observar a través de la prueba de Chi-cuadrada, que la disfunción familiar está asociada con el embarazo en adolescentes. (Grafica 6)

## **XV. DISCUSIÓN**

En este estudio de casos y controles trabajamos con la población femenina adolescente de la UMF No. 67 de Ciudad Juárez, Chihuahua del 2021, embarazadas y no embarazadas, tomando una muestra representativa de 36 embarazadas y 36 no embarazadas para un total de 72 pacientes, siendo la de menor edad 13 años, y la de mayor edad de 19 años.

Se encontró que de las adolescentes embarazadas el 100% estudiaba, representando que cursan el 72.22% la preparatoria y el 27.77% la secundaria, aquí se denota que las preparatorias que son las mayores de 15 años son las representativas del embarazo adolescente al igual que en la mayoría de los estudios, ya que en la literatura estos no incluyen a las menores de 14 años.

Solo el 11.11% de las no embarazadas no tenía conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, el resto de las no embarazadas y al igual que el total de las embarazadas si tenían el conocimiento sobre éstos. Esto representa que aunque sean estudiantes y tengan clases de sexualidad humana, la información más importante e impactante que deben recibir los adolescentes siempre vendrá de la familia porque es parte de las funciones a desempeñar en una familia funcional, (la educación sexual o la reproducción responsable), pero los padres no informan por los tabúes que hay al respecto.

En relación al estado civil de las embarazadas el 44.44% eran solteras, mismo porcentaje estaban en unión libre y solo el 11.11% eran casadas, esto representa que casi la mitad de ellas no cuentan con el apoyo emocional y económico del padre del niño, y como todas eran estudiantes será más difícil el continuar con sus estudios. De las no embarazadas la mayoría el 83.33% eran solteras y el 16.66% estaban en unión libre y ninguna era casada, con lo que se disminuye la probabilidad de un embarazo al no tener una pareja además de que podrán ampliar las expectativas de su vida.

Se observó que la mayoría de estas adolescentes no trabajan, excepto el 33.33% de las adolescentes no embarazadas, la mayoría en trabajos informales. Debido a que todas son estudiantes, cuentan con cobertura médica; las embarazadas se ven amparadas independientemente de eso, ya que es un derecho de toda embarazada recibir atención médica por tal condición. Ahora estas jóvenes se verán en la necesidad de trabajar para el sustento de sus estudios o se verán forzadas a desertar, crecerán los gastos en otras necesidades básicas del hogar y del nuevo bebé, a pesar de contar con cobertura médica gratuita, creció la familia, serán afortunadas las que cuentan con pareja (55.55%) que en verdad las apoye, y las que viven con los padres también se tendrán que responsabilizar.

Considerando a la integración o interacción familiar del 55.55% de las embarazadas pertenecen a una familia integrada y el 44.45% con familia monoparental, pero en contraste a las no embarazadas el 80.55% pertenecen a una familia integrada, y el resto tienen una mala integración. Como se ha visto, ciertas características familiares como la ausencia de uno de los padres tiene el efecto de causalidad sobre el embarazo adolescente.

De acuerdo a la pregunta de investigación los resultados del cuestionario de APGAR arrojaron que en las no embarazadas solo una cuarta parte pertenece a una familia disfuncional; el 36.11% de las embarazadas perciben que su familia es funcional, mientras que el 63.88% perciben que su familia es disfuncional, obteniéndose una  $p= 0.001$  lo que demostró significancia estadística y nos permitió establecer la asociación entre disfunción familiar y embarazo adolescente, con un Odds Ratio de 2.556, lo que significa que el pertenecer a una familia disfuncional en la

adolescencia tiene un riesgo aumentado de 2.556 veces más que la adolescente que pertenece a una familia funcional , esto coincidió con los estudios de Rangel y Valerio (2004) que demostraron la asociación entre el embarazo adolescente y pertenecer a una familia disfuncional en el 33%, y se incrementó hasta el 72.1% en el estudio de Castaño, Arias, Carmona, Castro, Ferreira (2012) y también Pérez y Omar (2013) lo asociaron en un 73.1%, y nosotros en un 63.88% muy concordante con estos estudios.

Me llamo la atención que todas las participantes estudiaban, y solo el 6% de ellas no tenía conocimiento sobre métodos anticonceptivos, entonces, que es lo que está pasando, porque se embarazan, la razón es que las adolescentes perciben una disfunción en su familia por medio de sentirse insatisfechos en cualesquiera de los puntos del APGAR (resolver problemas, tomar decisiones responsables, alcanzar la madurez con los recursos disponibles, demostrar el afecto, disponer de tiempo, dinero y espacio) porque para poder percibirlos satisfactoriamente se requiere de una comunicación asertiva para poder dar cumplimiento eficaz a cada una de las funciones familiares y así puedan ser capaces de enfrentar y superar cada una de las etapas y crisis del ciclo vital de una persona y su familia.

Considero que como médicos familiares de primer contacto con la población adolescente, deberíamos incluir en su primera consulta el APGAR, para ir un paso adelante en el caso donde haya la percepción de la adolescente de tener una familia disfuncional, que como ya lo demostramos esto se asocia a 2.556 veces más para presentar un embarazo adolescente, y que sea un foco rojo para abordar y orientar a la familia sobre la comunicación, sus antecedentes, los riesgos, y sobre todo la prevención para no repetir historias ni patrones de vida que rompen con las expectativas del futuro de la juventud mexicana, y disminuya esa estadística que deshonrosamente superamos a nivel mundial.

## **XVI. CONCLUSIONES**

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los

10 y 19 años. En ella, hombres y mujeres experimentan cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales necesarios para alcanzar la madurez del adulto joven con nuevos cambios, retos, responsabilidades y proyectos de vida. Estos procesos son escalonados y llevan un orden para que se puedan desarrollar con éxito, pero si, el o la adolescente se adelanta en el proceso (un embarazo) también sus responsabilidades se adelantaran y el proceso de crecimiento en todas las esferas de la vida se verá alterado muy posiblemente en su contra.

En la bibliografía recabada se hace hincapié en el rol de la familia como unidad básica de la sociedad, para la formación de individuos con capacidades resolutivas ante los retos de la vida diaria, y para que esto se logre tiene que haber bases fuertes y bien cimentadas, según el Dr. Apolinar Membrillo una de las funciones básicas de la familia es la de la reproducción a la que también se le llama “expresión de la sexualidad y reproducción de la fecundidad” haciendo referencia no solo al hecho de que una pareja satisfaga su sexualidad con responsabilidad ya sea procreando o no pero de mutuo acuerdo, si no también se basa en la buena comunicación de transmitir, informar, o educar a la progenie sobre la etapa de la adolescencia, recordando que los padres también fueron jóvenes, que tuvieron dudas acerca de los cambios que experimentaba su cuerpo, las nuevas sensaciones con los amigos del sexo opuesto, los cambios de humor, el sí es cierto eso que sus maestros en la escuela les dijeron sobre los métodos anticonceptivos, o de las infecciones de transmisión sexual, etc., pero que es lo que pasa, ni los padres ni los hijos se atreven a tocar el tema, tal vez por no saber de qué manera abordarlo, vergüenza, tabúes, tener información falsa, o que ha ellos nadie les explico, o se confían actualmente de que los medios masivos de comunicación hacen esa tarea, que es función básica de la familia y por lo tanto se debe de impartir en el hogar por los padres.

Solo el 6% de ellas no tenía conocimiento sobre métodos anticonceptivos, las adolescentes perciben una disfunción en su familia por medio de sentirse insatisfechos en cualquiera de los puntos del APGAR. Insisto que como médicos familiares de primer contacto con la población adolescente, deberíamos incluir en su primera consulta el APGAR, para ir un paso adelante en el caso donde haya la percepción de la

adolescente de tener una familia disfuncional, que como ya lo demostramos esto se asocia a 2.556 veces más para presentar un embarazo adolescente.

## **XVI. RECOMENDACIONES**

Existen otras causas muy importantes que comparten las familias disfuncionales con el embarazo adolescente que no abarca el APGAR como lo son: que la mamá o alguna de las tías hubiesen sido madres adolescentes, la baja escolaridad de los padres, muerte reciente de un familiar muy cercano a la adolescente, ausencia de alguno de los padres, violencia familiar, incluyendo el abuso sexual, y como es común el grueso de las afecciones a la salud se encuentran en niveles socioeconómicos bajos o medios o vivir en las áreas urbano marginales los hace más vulnerables a problemas de salud pública y este no es la excepción. Pienso que tal vez se debería crear y validar una herramienta con los factores de riesgo antes mencionados y sería de gran ayuda para detectarlos.

## XVII BIBLIOGRAFÍA

1. Sonja C, Ventkatraman CM, Camacho AV, Brumana L, Abdool S, Gomez R, et al. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Recuperado de Informe de consulta técnica. Revisado el 29-30 agosto 2016. ISBN: 978-92-75-31976-5
2. Sampayo Espinosa C, Márquez Plancarte T, Ortega Mendoza E, Salazar Campos A. El embarazo en adolescentes, un verdadero problema de salud pública en México. Recuperado de JONNPR. Revisado en 2019;4(3):304-14, DOI: 10.19230/jonnpr.2836
3. Sánchez M, Montoya Y, Panorama del embarazo y mortalidad materna adolescente en México. Recuperado de Boletín CONAMED. Revisado el 2019.
4. Hailermariam B, Fikre E, Wubegzier M, Kahsay et al. Risk factors for hypertensive disorders of pregnancy among mothers in Tigray region, Ethiopia: matched case-control study. Recuperado de BMC Pregnancy and Childbirth. Revisado en 2018. 8:482. DOI Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2106-5>
5. Mora AM, Hernández M, Rodríguez J, Instituto de Salud del Estado de México, Unidad de investigación en Enfermedades Endocrinas, Centro Médico Nacional Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *PerinatolReprodHum*. 2015;29(2):76-82
6. Mendoza C, Palacios LC, Embarazo en adolescentes de América Latina y el Caribe: Características sociodemográficas y de sus familias. Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Santa Marta, revisado el 29 mayo 2018.
7. Loredo-Abdala A, Vargas-Campuzano E, Casas-Muñoz A, Gonzalez-Corona J, Gutierrez-Leyvab CJ. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *RevMedInstMex Seguro Soc*. revisado en 2017;55(2):223-9
8. Laureano J, Gil E, Mejia M, Torre AC. Embarazo EN adolescentes de Jalisco, México: UNA mirada desde La marginación social. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Revisado en 2016.

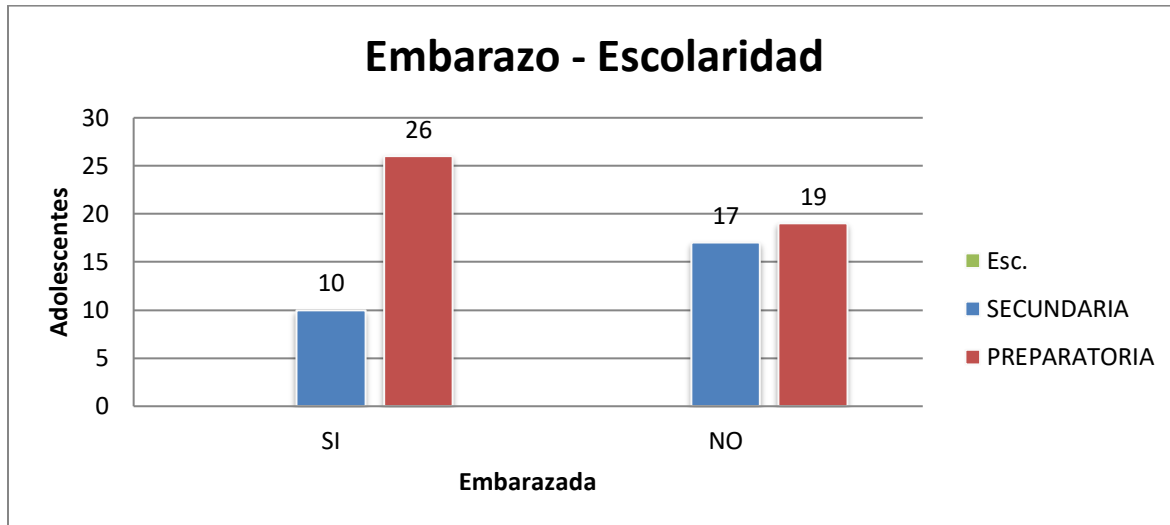
9. Conde FJ, Delaplace D, Solis EA. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. Embarazo en adolescentes y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la ciudad de México. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. 2016. Recuperado DOI. Disponible en: [www.cd hdf.org.mx](http://www.cd hdf.org.mx)
10. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suarez-López L, Atienzo E, Estrada F, Vara-Salazar E et al. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud pública de México*. 2015. Vol. 57:2.
11. Benítez M. La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. *Novedades en población*. CEDEM 2017. RNPS: 0638. No. 26; pág. 58-68 58.
12. Estrada F, Campero L, Suárez-López L, de la Vara-Salazar E, González-Chávez G. Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares. *Salud Publica Mex* 2017;59:556-565. DOI Disponible en: <https://doi.org/10.21149/7959>
13. Ros J. La familia como relación social, correlatos investigación multi e interdisciplinaria sobre familia, año 1, número 1, enero-junio 2018, ISSN 2594-1380
14. Gallegos-Guajardo J, Ruvalcaba-Romerona, Castillo-Lopez J, Ayala-Diaz PC, Funcionamiento Familiar y su relación con la exposición a la violencia en adolescentes mexicanos, *Acción psicológica*, diciembre 2016, vol. 13, nº. 2, 69-78. ISSN: 1578-908X <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.17810>
15. Soto-Acevedo F, León-Corrales IA, Castañeda-Sánchez O. Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México, *ATEN FAM* 2015;22(3)
16. Inga S, Vera DE, Medalit Z. tesis: Funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes de los consultorios externos del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Huancayo, 2018. Universidad Nacional del Centro del Perú, Facultad de Enfermería Huancayo – Perú 2018.
17. Vera F. Puntos clave sobre el APGA familiar. *Medicina Clínica y Social*. 2018;2(2):99-101.

18. Cordero B, Ochoa C, Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes embarazada, Universidad de Cuenca Ecuador .2016; 18-19
19. Rivas A, Ruiz A. Disfunción familiar en pacientes con intento de suicidio en el área de urgencias pediátricas. Salud pública de México 2017;59(3): 209-210
20. Yago T, Tomas C. ¿Influye la familia de origen en el embarazo no planificado de adolescentes y jóvenes? Progresos de obstetricia y ginecología 2015; 58(3): 118-124
21. Loredó-Abdalá A, Vargas-Campuzano E, Casas-Muñoz A, González-Corona J, Gutiérrez-Leyva C. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. RevMedInstMex Seguro Soc. 2017;55(2):223-9
22. Chacón D, Cortes A, Álvarez AG, Sotomayor Y. Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2015; 41(1) 50-58

## XVIII. ANEXOS

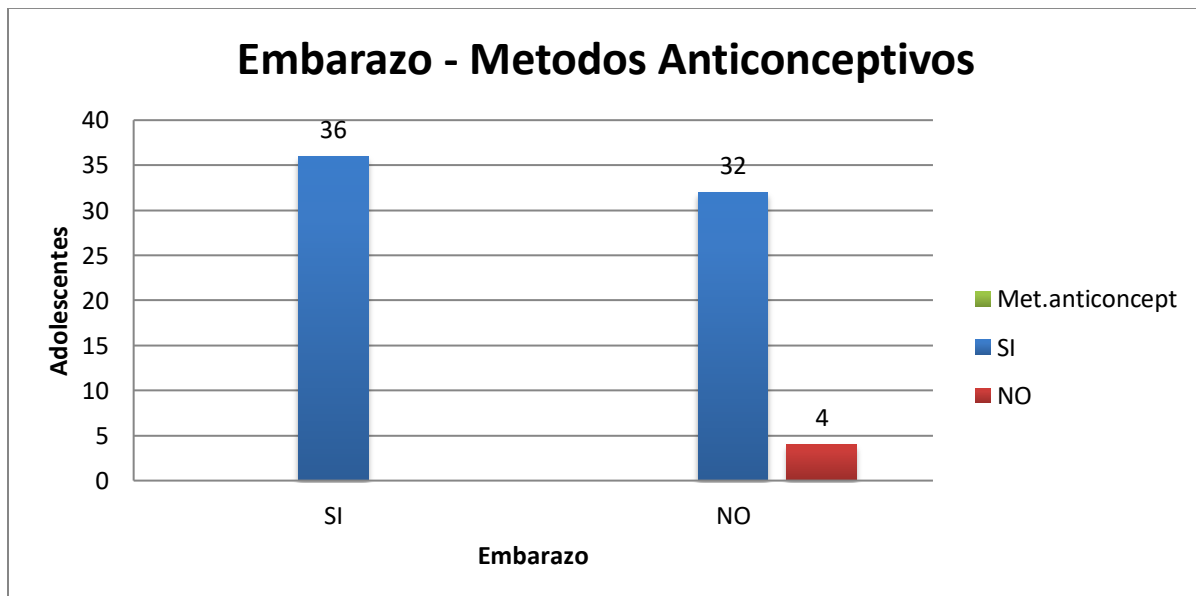
### ANEXO No. 1 Gráficos

**Gráfico 1. Relación de la escolaridad en adolescentes embarazadas y no embarazadas.**



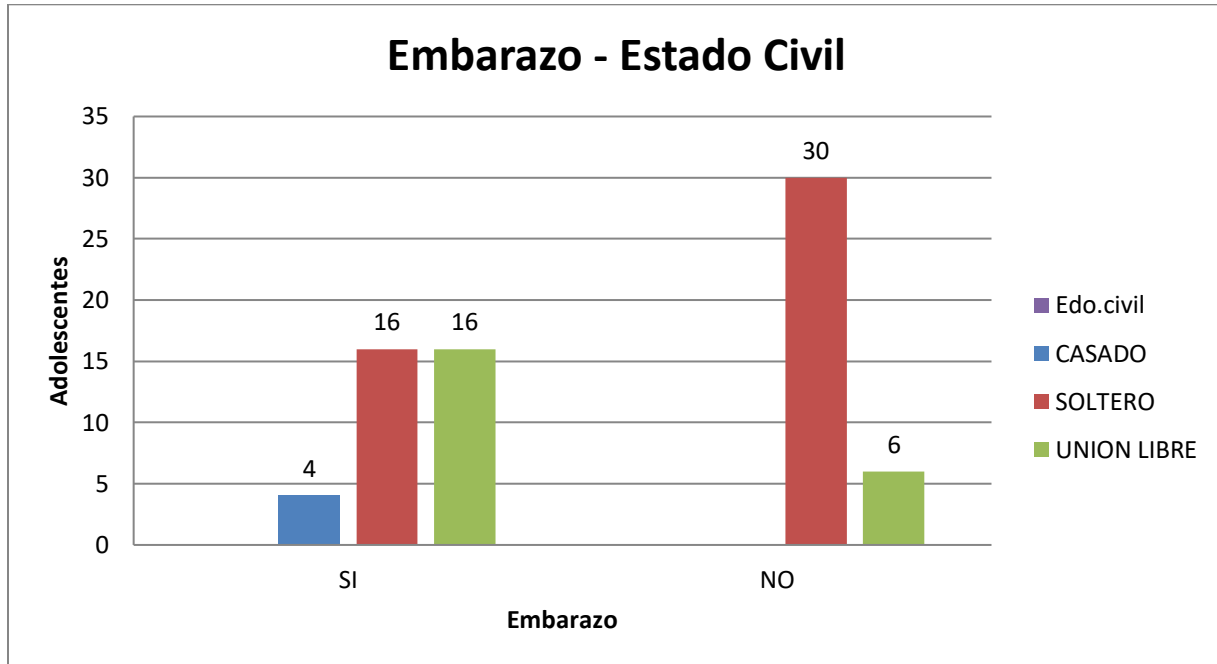
Fuente: Hoja de recolección de datos

**Gráfico 2. Relación del conocimiento de los métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas y no embarazadas.**



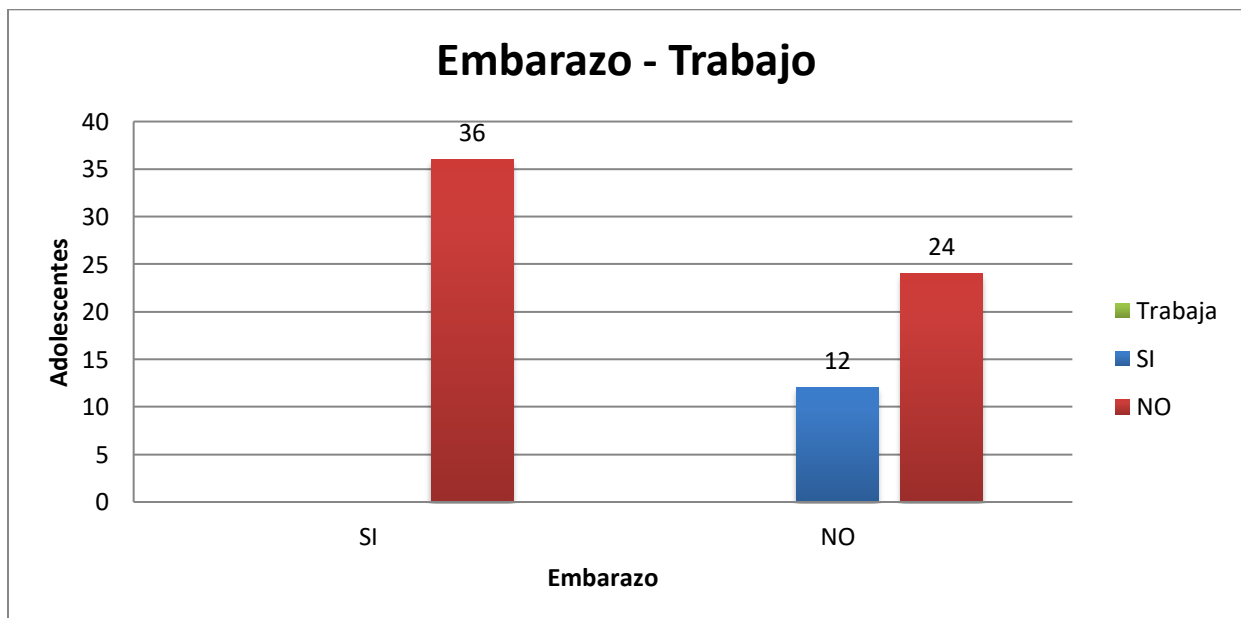
Fuente: Hoja de recolección de datos

**Gráfico 3. Relación del estado civil en adolescentes embarazadas y no embarazada**



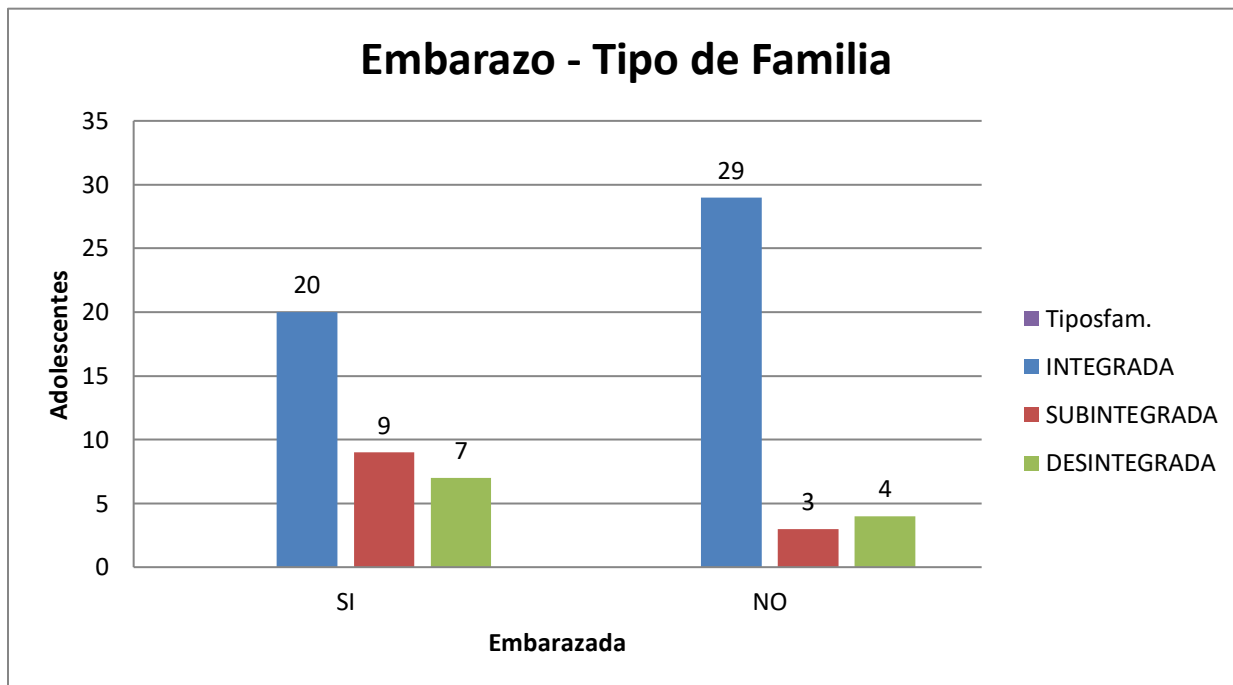
Fuente: Hoja de recolección de datos

**Gráfico 4. Relación del trabajo en adolescentes embarazadas y no embarazadas.**



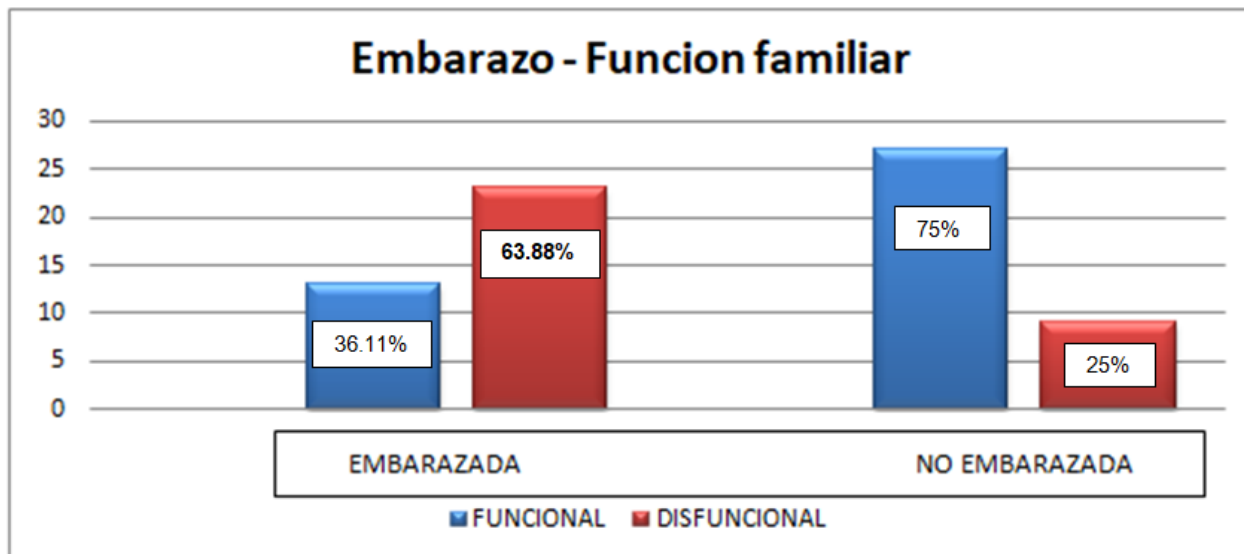
Fuente: Hoja de recolección de datos

**Gráfica 5. Relación tipo de familia en adolescente embarazada y no embarazada.**



Fuente: Hoja de recolección de datos

**Gráfico 6. Relación de la función familiar en adolescentes embarazadas y no embarazadas.**



Fuente: Hoja de recolección de datos

## Anexo No 2.- Hoja de recolección de datos

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Escolaridad: 1 Primaria, 2 Secundaria, 3 Preparatoria
3. Trabaja: SI No
4. Estado Civil: Casado Soltero Unión Libre
5. Tiene conocimiento de los métodos de planificación familiar: Si No
6. ¿Con quién vive? \_\_\_\_\_
7. ¿Los integrantes de la familia cumplen con sus funciones? Si No
8. Nota: Esta la llena el médico en base a las otras respuestas ¿A qué tipo de familia pertenece en base de la integración familiar?  
Integrada      Subintegrada      Desintegrada

## Anexo No. 3- APGAR FAMILIAR

Para cada pregunta se debe de marcar con solo una X en el cuadro correspondiente a su respuesta.

FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

#### **Anexo No. 4.- Carta consentimiento informado**

CARTA CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES/AS, y/o CO-INVESTIGADORES/AS Ciudad Juárez, Chihuahua, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Yo Fabiola Espino Moreno investigador/a del Instituto Mexicano del Seguro Social, hago constar, en relación al protocolo No. \_\_\_\_\_ titulado:

#### **DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES DE LA UMF NO. 67 DE CIUDAD JUÁREZ CHIHUAHUA** que me

comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a mi cargo, o en el cual participo como co-investigador/a, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución del mismo. Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Distrito Federal, y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia. **A t e n t a m e n t e** Fabiola Espino Moreno (firma y nombre del Investigador/a) MODELO DE CARTA COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DESEMPEÑANDO FUNCIONES COMO (Interprete/ Traductor(a)/ Revisor(a) De Expedientes Clínicos/Otros) Yo, Fabiola Espino Moreno en mi carácter de (por ejemplo: traductor(a), revisor(a) de expedientes clínicos, integrante de brigada juvenil, etc.), entiendo y asumo que, de acuerdo al Art.16, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, es mi obligación respetar la privacidad del individuo y mantener la confidencialidad de la información que se derive de mi participación en el estudio: (Poner título del estudio) y cuyo(a) investigador(a) responsable es (Anotar nombre del investigador/a). Asimismo, entiendo que este

documento se deriva del cumplimiento del Art. 14 1 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares a la que está obligado todo(a) investigador(a). Por lo anterior, me comprometo a no comentar ni compartir información obtenida a través del estudio mencionado, con personas ajenas a la investigación, ya sea dentro o fuera del sitio de trabajo, con pleno conocimiento de que la violación a los artículos antes mencionados es una causal de despido de mis funciones.

---

(Nombre) (Firma) (Fecha) 1 “El responsable velará por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las medidas necesarias para su aplicación. Lo anterior aplicará aún y cuando estos datos fueren tratados por un tercero a solicitud del responsable. El responsable deberá tomar las medidas necesarias y suficientes para garantizar que el aviso de privacidad dado a conocer al titular, sea respetado en todo momento por él o por terceros con los que guarde alguna relación jurídica”

## Anexo No. 5.- Carta consentimiento informado para participación protocolos de investigación



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
 UMF 46 CIUDAD JUAREZ, CHIHUAHUA.

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Nombre del estudio:	<b>DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES DE LA UMF NO. 67 DE CIUDAD JUÁREZ CHIHUAHUA</b>	
Lugar y fecha:	Cd. Juárez, Chih. 2020-2022	
Número de registro:	R-2020-802-033	
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer si la disfunción familiar en adolescentes se asocia a embarazo o no.	
Procedimientos:	Llenar un cuestionario	
Posibles riesgos y molestias:	Mínimos al recordar eventos incómodos.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Si se detecta disfunción familiar se canalizar a psicología	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Fabiola Espino Moreno 6562154936	
Participación o retiro:	La participación en este proyecto es voluntaria y puede terminar en el momento en que así lo decida y lo exprese a los investigadores responsables, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el instituto.	
Privacidad y confidencialidad:	Se garantiza que la información solo será utilizada para los fines del presente estudio, salvaguardando la confidencialidad y privacidad de la misma. Autorizó a los investigadores y a quienes ellos indiquen a realizar el cuestionario que conforma el proyecto y hacer uso de la información con fines científicos, docentes y estadísticos, siempre y cuando se haga en el marco de la ética profesional y se guarde la confidencialidad de los mismos.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se garantiza la existencia de tratamiento médico para su padecimiento de así necesitarlo.	
Beneficios al término del estudio:	Clasificar su la funcionalidad familiar y si lo requiere canalizar a psicología.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		

InvestigadorResponsable:

Fabiola Espino Moreno completo de Residente de Medicina Familiar 6562154936

Colaboradores:

Dr. Ulises García Rodríguez, Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos, Dra. Edna Edith Licerio Pérez.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de ambos padres o

tutores o representante legal

Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Participación o retiro:	La participación en este proyecto es voluntaria y puede terminar en el momento en que así lo decida y lo exprese a los investigadores responsables, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se garantiza que la información solo será utilizada para los fines del presente estudio, salvaguardando la confidencialidad y privacidad de la misma. Autorizó a los investigadores y a quienes ellos indiquen a realizar el cuestionario que conforma el proyecto y hacer uso de la información con fines científicos, docentes y estadísticos, siempre y cuando se haga en el marco de la ética profesional y se guarde la confidencialidad de los mismos.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se garantiza la existencia de tratamiento médico para su padecimiento de así necesitarlo.
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre factores de riesgo en base a la funcionalidad familiar
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Fabiola Espino Moreno
Colaboradores:	Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos, Dra. Edna Edith Licerio Pérez. Dr. Ulises García Rodríguez
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comiteetica.imss@gmail.com">comiteetica.imss@gmail.com</a>	
<p>_____</p> <p>Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal</p> <p>Testigo 1</p>	<p>_____</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p>
<p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>

## Anexo No.6.- Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad)



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

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

Nombre del estudio:	<b><u>DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES DE LA UMF NO. 67 DE CIUDAD JUÁREZ CHIHUAHUA</u></b>
Patrocinadorexterno (siaplica):	
Lugar y fecha:	UMF No. Cd, Juárez Chihuahua, febrero 2023
Número de registroinstitucional:	R-2020-802-033
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer si la disfunción familiar en adolescentes se asocia a embarazo o no.
Procedimientos:	Cuestionario de 10 min
Posiblesriesgos y molestias:	Mínimos al recordar eventos incómodos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Si se detecta disfunción familiar se canalizara a psicología
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Fabiola Espino Morreno tel. 6562154936
Participación o retiro:	La participación en este proyecto es voluntaria y puede terminar en el momento en que así lo decida y lo exprese a los investigadores responsables, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se garantiza que la información solo será utilizada para los fines del presente estudio, salvaguardando la confidencialidad y privacidad de la misma. Autorizó a los investigadores y a quienes ellos indiquen a realizar el cuestionario que conforma el proyecto y hacer uso de la información con fines científicos, docentes y estadísticos, siempre y cuando se haga en el marco de la ética profesional y se guarde la confidencialidad de los mismos.

#### Declaración de consentimiento:

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

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

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

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

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

Investigadora o Investigador Responsable:

Fabiola Espino Moreno 6562154936

Colaboradores:

Ulises García Rodríguez 6562680879

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

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

**Clave: 2810-009-014**

**Anexo No. 7.- Carta de asentimiento para menores de edad.**

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

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

Nombre del estudio: **DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES DE LA UMF NO. 67 DE CIUDAD JUÁREZ CHIHUAHUA** Número de registro institucional R-2020-802-033

- **Objetivo del estudio y procedimientos:** Conocer a través de un cuestionario, si la disfunción familiar en adolescentes se asocia a embarazo o no

Hola, mi nombre es Fabiola Espino Moreno y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de Disfunción familiar en adolescentes embarazadas y no embarazadas y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consiste en Llenar un cuestionario.

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

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

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

Si quiero participar

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

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

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

Clave: 2810-009-014

