

MARGARITA GONZÁLEZ PELCASTRE

PROBLEMAS FAMILIARES Y TIPOLOGÍA FAMILIAR ASOCIADOS AL
EMBARAZO ADOLESCENTES

2023



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

PROBLEMAS FAMILIARES Y TIPOLOGÍA FAMILIAR ASOCIADOS A EMBARAZO
ADOLESCENTE.

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Med. Gral. Margarita González Pelcastre

Dirigido por:

Med. Esp. Karla Elizabeth Margain Pérez

Querétaro, Qro. a Febrero 2023



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Problemas familiares y tipología familiar asociados a
embarazo adolescente

por

Margarita Gonzalez Pelcastre

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0
Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Clave RI: MEESC-293423



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

“PROBLEMAS FAMILIARES Y TIPOLOGÍA FAMILIAR ASOCIADOS A EMBARAZO
ADOLESCENTE”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Med. Gral Margarita González Pelcastre

Dirigido por:

Med. Esp. Karla Elizabeth Margain Pérez

Med. Esp. Karla Elizabeth Margain Pérez

Presidente

Mtra. Patricia Flores Bautista

Secretario

Mtra. Ma. Azucena Bello Sánchez

Vocal

M. en E. Verónica Campos Hernández

Suplente

M. en E. Rubén Del Valle Cortés

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el IMSS Febrero 2023.
México.

Resumen

Introducción: El embarazo adolescente puede tener múltiples factores de riesgo entre ellos las relaciones familiares ya que la familia es un grupo de pertenencia central de los adolescentes. Dentro de la familia pueden ocurrir problemas que pueden definirse como el desajuste de una estructura cuando uno o varios de los integrantes dejan de realizar de forma adecuada sus funciones. **Objetivo:** Determinar la asociación de problemas familiares y tipología familiar al embarazo adolescente. **Material y métodos:** Estudio observacional transversal comparativo, en adolescentes embarazadas de 10 a 19 años, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 16, Querétaro, el tamaño de muestra correspondió a 72 pacientes, 36 con problemas familiares y 36 sin problemas familiares a quienes posterior a la explicación de estudio y firma previa del consentimiento informado por ellas y su tutor se les aplicó el instrumento de problemas familiares que se encuentra dividido en 8 dimensiones. Análisis estadístico descriptivo de asociación. **Resultados:** La mediana de edad en el grupo de adolescentes embarazadas con problemas familiares fue de 18.0 años, mientras que en el grupo de adolescentes embarazadas sin problemas familiares fue de 18.5, el problema familiar más frecuente fue el desacuerdo entre el padre y la madre para dar permisos con un porcentaje de 31.9%. Las tipologías en adolescentes embarazadas con problemas familiares de mayor frecuencia fueron; según su desarrollo moderna 75% (IC 95%; 63.8 – 86.2) y una p de 0.028, según su composición nuclear 41.7% (IC 95%; 34.1 – 60.1) y una p de 0.40, según su funcionalidad funcional 52.8% (IC 95%, 39.8 – 65.8) y una p de 0.000. **Conclusiones:** La familia sigue siendo la célula más importante de la sociedad. Los problemas familiares y la tipología están asociados al embarazo en adolescentes.

(Palabras clave: Embarazo adolescente, factores de riesgo, familia, problemas familiares, tipología familiar).

Summary

Introduction: Teenage pregnancy can have multiple risk factors, including family relationships, since the family is a central group belonging to adolescents. Within the family, problems can occur that can be defined as the imbalance of a structure when one or several of the members stop performing their functions adequately. **Objective:** To determine the association of family problems and family typology to adolescent pregnancy. **Material and methods:** Comparative cross-sectional observational study, in pregnant adolescents from 10 to 19 years old, attached to the Family Medicine Unit No. 16, Querétaro, the sample size corresponded to 72 patients, 36 with family problems and 36 without family problems to whom After the explanation of the study and prior signing of the informed consent by them and their tutor, the family problems instrument was applied, which is divided into 8 dimensions. Descriptive statistical analysis of association. **Results:** The median age in the group of pregnant adolescents with family problems was 18.0 years, while in the group of pregnant adolescents without family problems it was 18.5, the most frequent family problem was the disagreement between the father and the mother to give permits with a percentage of 31.9%. The typologies in pregnant adolescents with more frequent family problems were according to its modern development 75.0% (95% CI; 63.8 – 86.2) and a p of 0.028, according to its nuclear composition 41.7% (95% CI; 34.1 - 60.1) and a p of 0.40, according to its functional functionality 52.8% (CI 95%, 39.8 – 65.8) and a p of 0.000. **Conclusions:** The family continues to be the most important cell of society. Family problems and typology are associated with adolescent pregnancy.

(Key words: Pregnant adolescent, risk factors, family, family problems, family typology).

Dedicatorias

A Dios, por ser quien ha estado a mi lado en todo momento dándome las fuerzas necesarias para seguir adelante, ayudándome a superar todas las barreras que se me han presentado.

A mi madre, que siempre me impulsó a luchar para alcanzar mis metas, porque creyó en mí y me impulsó a ser cada día mejor.

A mi familia, por siempre estar ahí, por su eterno cariño y apoyo.

A todos ustedes dedico este logro.

Agradecimientos

A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias.

Agradezco a mi familia, que siempre me han dado su apoyo y comprensión.

A mi Asesora, Dra. Dra. Karla Elizabeth Margain Pérez, por ser una gran maestra y por toda su paciencia, tiempo, dedicación y recomendaciones a lo largo de este proceso.

Así mismo mi eterno reconocimiento y gratitud a mis sinodales por su valiosa orientación y colaboración para la ejecución del presente trabajo de investigación.

¡A todos, muchas gracias!

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Abreviaturas y siglas	viii
I. Introducción	1
II. Antecedentes/ estado del arte	3
II.1 Adolescencia, embarazo adolescente y familia	3
III. Fundamentación teórica	5
III.1 Definición	5
III. 2 Clasificación	5
III. 3 El adolescente y la sexualidad	7
III. 4 Adolescente y factores de inicio de actividad sexual temprana	7
III. 5 Embarazo adolescente	8
III. 6 Factores de riesgo del embarazo adolescente	10
III. 7 Causas del embarazo adolescente	11
III. 8 Factores familiares del embarazo adolescente	11
III. 9 Problemas familiares	13
III. 10 Instrumento problemas familiares	15
III. 11 Tipología familiar	17
IV. Hipótesis o supuestos	20
V. Objetivos	21
V.1 General	21
V.2 Específicos	21
VI. Material y métodos	22
VI.1 Tipo de investigación	22

VI.2 Población o unidad de análisis	22
VI.3 Muestra y tipo de muestra	22
VI. Técnicas e instrumentos	23
VI. Procedimientos	25
VII. Resultados	28
VIII. Discusión	39
IX. Conclusiones	42
X. Propuestas	43
XI. Bibliografía	45
XII. Anexos	52

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Características sociodemográficas de las embarazadas adolescentes estudiadas. Edad y edad de inicio de vida sexual	31
VII.2	Características sociodemográficas de las embarazadas adolescentes estudiadas	32
VII. 3	Escolaridad de los padres de embarazadas adolescentes estudiadas	33
VII. 4	Escolaridad de los padres de embarazadas adolescentes estudiadas	34
VII. 5	Ocupación de los padres de embarazadas adolescentes estudiadas	35
VII. 6	Número de embarazos y trimestre de embarazo	36
VII. 7	Problemas familiares de las embarazadas adolescentes estudiadas	37
VII. 8	Tipología familiar de las embarazadas adolescentes estudiadas	38

Abreviaturas y siglas

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia humana

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

ENADID: Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica

OMS: Organización Mundial de la Salud

INEGI: Instituto Nacional de Geografía y Estadística

Ho: Hipótesis nula

Ha: Hipótesis alterna

FF-SIL: Prueba de percepción del funcionamiento familiar

RIQ: Rango Intercuartil

IBM SPSS Statistics: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales

IC: Intervalo de confianza

Chi²: Chi cuadrada

I. Introducción

La adolescencia se considera una etapa del ciclo de vida caracterizada por una serie de transiciones que se manifiestan como duelos y pérdidas, que conducen a crisis; sin embargo, una crisis esperada durante la adolescencia puede convertirse en riesgo si se conjuga con una serie de elementos personales, familiares y sociales que vulneren la integridad del adolescente (Morales, 2020). Se contempla entre los 10 y 19 años. Se divide en tres etapas con diferentes características y diferentes enfoques: Adolescencia temprana 10 -14 años, Adolescencia media 15-16 años, Adolescencia tardía 17 – 19 años (Mendoza, et al., 2016).

En general, los problemas en los adolescentes son el resultado de su desarrollo psicológico y social (problemas psicológicos, conductas de riesgo), así como de su desarrollo biológico (Hidalgo, et al., 2022). En este periodo son muy frecuentes las conductas de riesgo; que son aquellas acciones voluntarias o involuntarias que son realizadas por el individuo llevándolo a consecuencias nocivas (García, et al., 2015), dentro de estas prácticas las relaciones sexuales sin protección.

La actividad sexual temprana en la adolescencia representa un problema de salud pública por las consecuencias que esta puede tener, como lo son el aumento de las infecciones de transmisión sexual, infección por VIH/SIDA, el embarazo adolescente y como consecuencia los problemas familiares, económicos y sociales que se generan (Mendoza, et al., 2016). El embarazo adolescente representa un aumento del riesgo de complicaciones para las madres y los recién nacidos, además del riesgo a la salud este conlleva a problemas sociales como el abandono de la escuela, a competencias y oportunidades reducidas para encontrar trabajo. Según la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica para el 2018 por cada mil mujeres de 15 a 19 años había 77 a 70.6 nacimientos (ENADID, 2018).

Existen diversos factores asociados al embarazo adolescente, uno de ellos son los conflictos familiares a menudo favorecen el embarazo adolescente, un entorno familiar inadecuado es propicio para las relaciones sexuales precoces. Las familias están influenciadas por factores socioculturales, protectores y de riesgo que interactúan para predisponerse a situaciones de crisis o patrones disfuncionales (Díaz, et al., 2019).

La definición de familia está y seguirá estando en evolucionando, es considerada una célula social, dando a cada uno de sus miembros una identidad y pertenencia, que le permitirá desenvolverse social y culturalmente (González, 2005). A lo largo de los años, la familia ha sido objeto de estudio en diversas disciplinas como la sociología, antropología y psicología, concluyendo que la salud y la enfermedad de sus miembros es de gran interés estudiarlo. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, y su estructura varía según su entorno. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para el estudio y seguimiento de los procesos de salud-enfermedad (Consenso Académico, 2005).

Los problemas familiares pueden deberse a la ruptura de la estructura familiar cuando uno o más miembros dejan de cumplir adecuadamente con funciones (Batllori, 1993). Son las dificultades y conflictos que se pueden presentar con la convivencia de los miembros del familiar que pueden ser generadas de manera interna (falta de comunicación, diferentes puntos de vista que generan malentendidos, mala relación entre los padres, falta de respeto y desobediencia) o externa (problemas económicos, falta de trabajo, alcoholismo, drogadicción) y que tendrán como resultado el generar sufrimiento en uno o varios de los integrantes del grupo familiar (Espinosa, 2010).

Los lazos de las familias en México claramente se han visto afectados por una serie de cambios, incluido el aumento de las tasas de divorcio y el aumento de familias reconstruidas, el aumento de las relaciones extramaritales y la cohabitación, así como el aumento del nivel educativo de las personas y las uniones de los distintos tipos de familia (Montalvo, et al., 2013)

II. Antecedentes

II.1 Adolescencia, embarazo adolescente y familia

El embarazo adolescente se constituye como un problema homogéneo que afecta negativamente el nivel social y de salud de la adolescente y sus familias en su núcleo, convirtiéndose en un grave problema para la sociedad en su conjunto. Como problema homogéneo el embarazo adolescente es considerado una patología del ciclo vital, originada en procesos contextuales educativos, conductuales y socioculturales (Rojas, et al., 2016). En América Latina, el embarazo adolescente sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública. El embarazo adolescente está relacionado con la mortalidad materna e infantil y constituye una carga de morbilidad y pobreza en los países en vías de desarrollo (Sanca, et al., 2022).

El embarazo adolescente es un problema multifactorial, los factores de riesgo pueden ser de orden individual, familiar y social (Favier, et al., 2018):

- Factores de riesgo individuales: Inicio de vida sexual activa precoz, madurez sexual temprana, baja escolaridad, insuficiente educación sexual, escasa capacidad de planificación familiar.
- Factores de riesgo familiares: Ausencia de uno de los padres, pérdida de la funcionalidad familiar.
- Factores de riesgo sociales: Estrés, delincuencia, alcoholismo, mitos y tabúes sobre el sexo y el dominio del “amor romántico” en las relaciones adolescentes.

La familia es el lugar más importante donde los adolescentes desarrollan habilidades y destrezas sociales porque estas destrezas y habilidades no se dan de manera innata, ni están predeterminadas genéticamente. Es la dimensión donde se adquieren valores, derechos, obligaciones y roles; además de preparar a la persona para el rol que desempeñará en el futuro (Esteves, et al., 2020).

Una familia funcional es el cimiento estructural sobre el que se construye el comportamiento y desarrollo de cada miembro, respetando su autonomía y espacio personal. Sin embargo, también dentro de la familia, existen variables que pueden contribuir al embarazo adolescente, puede haber ciertas fallas o dificultades en la estructura y dinámica familiar, como roles parentales no establecidos, conflictos entre los padres, patrones de socialización inadecuados e idealización cultural de los roles, ausencia de figura paterna en la mayoría de los casos, y repetición del historial del embarazo adolescente (Castañeda, et al., 2021).

Benítez et al (2022) en un estudio observacional de 45 adolescentes embarazadas la edad estuvo comprendida entre 14 y 19 años, con una media de 17.9 y una mediana de 18 años, donde el mayor porcentaje lo constituyen las adolescentes entre 17 y 19 años, algo similar a lo encontrado por Sanca Valeriano et al (2022) en un estudio transversal donde la edad de la adolescente embarazadas estuvo entre 16 y 19 años.

García y González (2018) encontraron que los factores familiares principalmente involucrados en el embarazo adolescente son: poca comunicación entre la familia y la adolescente (82.6%), hija de una madre con algún embarazo en la adolescencia (56.5%), padre ausente (47.8%), madre ausente (34.7%), porcentajes similares a los encontrados por Álvarez et al (2022) quienes encontraron: poca comunicación entre la familia y la adolescente (83.3%), hija de una madre con un embarazo adolescente (58.3%), padre ausente (41.7%), madre ausente (25.0%).

Soto Acevedo et al (2015) en un estudio transversal descriptivo en una unidad de medicina familiar de Ciudad Obregón, Sonora, en un periodo comprendido de marzo 2012 a noviembre de 2013. Se incluyeron pacientes primigestas entre 15 y 19 años, que vivían bajo el vínculo de la familia de origen, de las 65 pacientes estudiadas se encontró que 49% pertenecían a familias funcionales, 39% familias con disfunción moderada y 12% con disfunción severa

III. Fundamentación teórica

III.1 Definición

La palabra adolescencia deriva del latín *Adolescens*: joven y *Adolescere*: crecer. La adolescencia es considerada una etapa del ciclo vital caracterizada por una serie de transiciones que preceden al rol de adulto que se manifiestan como duelos y pérdidas, que conducen a crisis; sin embargo, una crisis esperada durante la adolescencia puede convertirse en riesgo si se combinan una serie de cambios personales, familiares y sociales que vulneren la integridad del adolescente (Morales, 2020).

La adolescencia se define como el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años cuando el individuo adquiere la capacidad reproductiva, pasa de la niñez a la edad adulta a través de patrones mentales y consolida la independencia socioeconómica (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Desde la perspectiva psicosocial la adolescencia puede definirse como el período de respuesta a patrones persistentes de consolidación del carácter y la personalidad, en el que metas, acciones y proyecciones se combinan para indicar patrones de comportamiento del proceso formativo de la infancia. La ausencia de un modelo educativo familiar, y los procesos sociales en los que se encuentra inmerso el adolescente, favorecen las manifestaciones de diversas tendencias, de ahí la aparición de embarazos adolescentes, alcoholismo, drogadicción entre otros (Mauren, et al., 2022).

III. 2 Clasificación

La adolescencia es un periodo entre los 10 y 19 años y se divide en 3 etapas: Adolescencia temprana (10-14), Adolescencia media (15-16), Adolescencia tardía (17-19) (Mendoza, et al., 2016).

Canals (2010) describe características más específicas del desarrollo en cuanto a la sexualidad en las etapas de la adolescencia:

Preadolescencia: Información rígida y mitos. Carente de preocupación física y psíquica por la sexualidad,

- Adolescencia temprana: Pubertad; Inquietud por los cambios puberales, amistades del mismo sexo, curiosidad, deseo, exploración sexual, enamoramiento, frecuentes fantasías sexuales.
- Adolescencia media: Maduración sexual completa. Comienza a haber una energía sexual alta: El contacto físico se va haciendo importante, preocupación por el sex appeal, acercamiento al sexo opuesto, conductas de riesgo.
- Adolescencia tardía: Se alcanza una Identidad sexual adulta, obtiene la capacidad para la intimidad, su conducta sexual es menos explosiva, más expresiva y muestra preocupación acerca de la procreación.

Biológicamente la adolescencia se caracteriza por un crecimiento rápido, cambios en la transformación del cuerpo, desarrollo de los sistemas circulatorio y respiratorio, de las glándulas y órganos reproductivos y de características sexuales secundarias (Manual de la medicina de la adolescencia, 1992).

Es un periodo de transición física y emocional, que se encuentra enmarcada por la identidad y la exploración (Bárcenas, et al., 2019). En este periodo son muy frecuentes las conductas de riesgo donde las personas están expuestas o exponen a otros a situaciones que las ponen en riesgo y les puede causar daño a sí mismas o a otros, afectando su integridad física, psicoemocional y/o social. Se habla de conductas de riesgo sociales a aquellas que afectan los sistemas sociales y relaciones interpersonales del individuo, así como conductas de riesgo personal que afectan al individuo mismo; ambas ponen en tensión la integridad de la persona. Las conductas de riesgo pueden tener consecuencias negativas para sí mismo y para los demás. (García, et al., 2022), entre estas la práctica de relaciones sexuales sin protección.

III. 3 El adolescente y la sexualidad

La sexualidad forma parte esencial del ser humano, que estará presente a lo largo de toda su vida, es inherente a todos los humanos, desde que nace hasta que fallece y está se verá afectada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales ((Mendoza, et al., 2016).

El ejercicio de la sexualidad de los jóvenes con el paso de los años se ha convertido en un derecho reconocido en la práctica, sin embargo, no deja de ser algo complejo sobre todo cuando el inicio de la vida sexual se presenta a edades tempranas (Herrera, et al., 2018).

La actividad sexual temprana en la adolescencia representa un problema de salud pública por las consecuencias que esta puede tener, como lo son el aumento de las infecciones de transmisión sexual, infección por VIH/SIDA, el embarazo adolescente y como consecuencia los problemas familiares, económicos y sociales que se generan (Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía, 2018).

El inicio cada vez más precoz de la actividad sexual es considerado casi un hecho universal, se han registrado promedios de inicio de entre 13.5 y 16 años. Aproximadamente el 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activo en América Latina y el Caribe y 53 a 71% de las mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años (Mendoza, 2016). En México, la edad de inicio de la vida sexual de las mujeres es de 17.5 años (Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía, 2018).

III. 4 Adolescente y factores de inicio de actividad sexual temprana

Existen varios determinantes del inicio de la actividad sexual temprana, donde se pueden encontrar factores individuales, familiares, socioculturales y

políticos. Dentro de los individuales se describe el sexo masculino, el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Entre los factores familiares se halla la ausencia de uno o ambos padres, pertenecer a familias reconstituidas, pobre o nula educación sexual en el hogar, mayor escolaridad por parte de los padres (bachillerato, carrera técnica o profesional) y el hecho que la madre y el padre trabajen, la nula relación con los padres (Mendoza, 2016).

En los socioculturales podemos encontrar el tabú que se tiene sobre la sexualidad y la limitación que produce en la comunicación padres adolescentes, el matrimonio infantil, la maternidad como proyecto de vida (Pinzón, et al., 2018), la presión de los pares o amigos para tener relaciones sexuales, pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, erotización de la televisión y de los medios de comunicación (Mendoza, 2016).

III. 5 Embarazo adolescente

Uno de los grandes momentos de la vida de una mujer es el periodo de espera de un hijo. Sin embargo, es una etapa de muchos cambios, en los que las mujeres tienen que prepararse para el rol de ser madres y los eventuales cambios que sufrirá tanto en ámbito físico, social, familiar y laboral (Soto, et al., 2015).

La maternidad es un rol de la edad adulta, ya que la edad óptima de embarazo es de los 20 a 30 años, pues a esta edad ya se ha adquirido la madurez biológica, psicosocial y se ha completado un proyecto de vida (aspiraciones intelectuales, políticas, artísticas, etc.) (González, et al., 2016).

Embarazo adolescente, definido como aquel que ocurre entre el inicio de la edad reproductiva y el final de la etapa adolescente (Benítez, et al., 2021). Esto ocurre cuando las adolescentes todavía no alcanzan su madurez física y mental (Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía, 2018), ya que no está

preparada para ser madre, debido a que sigue siendo una niña cognitiva, afectiva y económicamente (Flores, Nava, 2017).

El embarazo es declarado un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El 11% de los nacimientos en el mundo se producen en mujeres entre 15 y 19 años, el 95% de estos nacimientos ocurren en países de bajos y medianos ingresos, con poblaciones de bajo nivel educativo y principalmente en áreas rurales. En América Latina, representan el 15% de los nacidos vivos y el 25% en el Caribe. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa de natalidad adolescente más alta del mundo, con 66.5 nacimientos por cada 1000 adolescentes de 15 a 19 años entre el 2010 y 2015 (Liset, et al., 2022).

En México, el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) informa que los adolescentes constituyen el 18% de la población total y el 29% de la población fértil. En el 2019 se registraron 2,1 millones de nacimientos, de los cuales 16.2% fueron hijos de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años. Las adolescentes menores de 15 años dieron a luz a 8,500 personas, lo que representa el 0.4% del total. En México ha disminuido la natalidad, pero entre las mujeres mayores de 19 años. Por lo tanto, el embarazo adolescente sigue siendo un problema de salud pública mundial (Camargo, et al., 2022).

En 2018, la tasa de fecundidad en adolescentes a nivel Nacional fue de 70.5, en Querétaro fue de 51.5 (Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo adolescente en el estado de Querétaro, 2021). De acuerdo con el Subsistema de Información sobre Nacimientos, proporcionado por la Dirección General de Información en Salud (2021) se reportaron 31,886 nacimientos en el estado de Querétaro; de estos, el 13% corresponden a mujeres de entre 10 y 19 años, de los cuales 0.3% corresponden a mujeres de 10 a 14 años y el 12.7% a mujeres de entre 15 y 19 años. En la unidad de medicina familiar número 16 en el año 2019 según el sistema de atención integral de salud se reportaron 53 casos de embarazos adolescentes.

III. 6 Factores de riesgo del embarazo adolescente

El embarazo adolescente es considerado de alto riesgo por su impacto en la salud que puede tener en la madre adolescente y su hijo, además de tener consecuencias psicológicas y sociales para la adolescente (Velasquí, et al 2018). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2018), la probabilidad de que una mujer de 15 años fallezca por causas maternas es de 1 en 4900 en países desarrollados, en cambio la probabilidad en un país en vías de desarrollo es de 1 en 180. Paradójicamente los niveles más altos de embarazos adolescentes se encuentran en países con bajos recursos, de igual manera también el embarazo es más frecuente en poblaciones rurales, pobres y con menor nivel educativo.

Las adolescentes se encuentran en una situación más desfavorable en cuanto el mantenimiento de un embarazo saludable, esto debido a varios factores, por ejemplo el bajo nivel de educación en salud, falta de acceso a los servicios de salud, aunque también en algunos casos encontramos que al ser un embarazo no deseado las pacientes tienen un sentimiento de rechazo u ocultamiento de su condición por miedo a la reacción del grupo familiar provocando que no busque atención médica de forma oportuna lo que aumenta los riesgos de morbilidad materna (Mendoza, et al., 2016).

Entre los riesgos médicos que se asocian al embarazo adolescente podemos encontrar riesgos tanto para la madre como para el hijo. Algunos de los riesgos de la madre a corto plazo son: hipertensión, preeclampsia-eclampsia, anemia, hemorragia posparto, endometritis puerperal, enfermedades de transmisión sexual, incluso la muerte; a largo plazo puede presentar cese del crecimiento, obesidad, hipertensión. También hay riesgos para el hijo, como son: parto pretérmino, bajo peso al nacer, lo que aumenta su mortalidad entre 2 a 3 veces más (Camargo, et al., 2022, Bendejú, et al., 2016).

Desde un punto sociocultural, una adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudiar y trabajar ya que la mayoría de ellas se ve obligada

a abandonar la escuela, lo que deja a la adolescente con bajo nivel de educación y sin poder conseguir un trabajo decente que le permita satisfacer sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera, en la que la mayoría de las adolescentes permanecen, ya que la pareja suele ser un adolescente o adulto joven que no asume la responsabilidad paterna, lo que genera una situación de abandono emocional, económico y social en la madre y niño (Venegas, Valles, 20195

III. 7 Causas del embarazo adolescente

El embarazo adolescente es un fenómeno multicausal en el que intervienen factores personales, familiares, sociales; estos condicionan el inicio precoz de las relaciones sexuales. En los personales podemos encontrar el inicio de la menstruación, el acortamiento continuo de la edad de inicio en los dos últimos siglos ha llevado al adelanto de las relaciones sexuales. Los factores familiares están dados por modelos de familias inadecuadas, familias disfuncionales, mala comunicación entre padres e hijos, violencia parental. Otros factores importantes son la falta de información sobre sexualidad, la reproducción, el uso de métodos anticonceptivos, ser hijas de madres adolescentes, malas o bajas condiciones socioeconómicas, el desconocimiento, la pobreza (Benítez, et al., 2021, González, et al., 2016)

III. 8 Factores familiares del embarazo adolescente

Familia es una palabra derivada de la raíz latina famulus, que significa siervo, de la cual la palabra raíz famul deriva de la voz osca famel, esclavo doméstico. Durante el periodo del nomadismo, con el término “familia” se refería a cualquier grupo de personas que se trasladaban juntas de un lugar a otro, en tanto que en la antigua Roma se le daba al grupo establecido por esposa, hijos, esclavos y sirvientes que pertenecían al páter, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y también sobre la muerte de todos ellos (Huerta, 2005).

Se considera familia al conjunto de personas que comparten un vínculo de convivencia, sangre, parentesco o afecto. Es parte de la sociedad, y está condicionada por el sistema económico como por las condiciones histórico-sociales y culturales de su desarrollo, por lo que, al incorporarse a la estructura de clases de la sociedad, refleja el grado de desarrollo de esta (Acevedo, Vidal, 2019).

La familia es la primera y más cercana red de apoyo de una persona, por lo que es importante promover un entorno familiar saludable que proporcione los recursos necesarios para un buen desarrollo personal y social de la persona (Suárez, Vélez, 2018). Es la portadora de valores y conocimientos, esenciales para la salud emocional y elementos definitorios para el resto de la vida (Guzmán et al., 2019).

El papel de la familia en la adolescencia constituye uno de los ejemplos más relevantes de la estructura de la identidad personal y social de una persona, de lo contrario el individuo no sería capaz de desarrollar todo su potencial en el entorno social que lo rodea. De esta forma, esta identidad personal y social le permiten utilizar lo adquirido en el ámbito familiar, desenvolverse con normalidad y tener salud mental para afrontar conflictos. En otras palabras, estas funciones conducen al sano desarrollo, crecimiento personal y social del adolescente (Mejía, 2022).

Una familia funcional se define por una comunicación sana, clara y directa, claridad de roles entre los miembros, capacidad de resolución de problemas, cohesión, comprensión y unidad, que les permitan salir adelante. Las familias disfuncionales se caracterizan por fallas en los roles de crianza, ausencia total de reglas claras, límites a menudo borrosos y crisis cíclicas y recurrentes. Así el buen funcionamiento familiar constituye un factor protector frente a los factores de riesgo antes de que surjan los problemas, especialmente durante la adolescencia, ya que, si persisten, pueden perjudicar la salud, y estos deterioros podrán ser modificados mediante intervenciones preventivas tempranas (Esteves, et al., 2020).

Los problemas de la familia son aquellos desajustes de una estructura cuando uno o varios de los integrantes dejan de realizar de forma adecuada sus responsabilidades y obligaciones (Ballori, 1993). Son las dificultades y conflictos que se pueden presentar con la convivencia de los miembros del familiar que pueden ser generadas de manera interna (falta de comunicación, diferentes puntos de vista que generan malentendidos, mala relación entre los padres, falta de respeto y desobediencia) o externa (problemas económicos, falta de trabajo, alcoholismo, drogadicción) y que tendrán como resultado el generar sufrimiento en uno o varios de los integrantes del grupo familiar (Espinosa, Gómez, 2010).

La disfunción familiar ocurre cuando surgen conflictos y discrepancias dentro del sistema familiar, que se manifiestan como discusiones y falta de comunicación, afectando el desarrollo físico, social y psicológico de los miembros del sistema familiar (Farias, 2021).

III. 9 Problemas familiares

La familia es reconocida por la ambivalencia de su relación. En unos casos se caracteriza por aspectos positivos como el amor, el afecto y las relaciones protectoras, la confianza y el respeto, mientras que en otros se caracteriza por aspectos negativos como el trato hostil, el miedo y la vulnerabilidad de los vínculos, que puede afectar a la integración positiva de los adolescentes en la sociedad (López, 2020).

La comunicación, la conexión positiva entre cada miembro de la familia es muy importante. Son los padres los responsables de inspirar una buena comunicación entre los miembros de la familia, para entender los sentimientos, emociones, etc. que experimentan de acuerdo con las situaciones vividas logrando actuar de manera correcta en función de lo que está pasando, especialmente en la adolescencia, que es la etapa más difícil de manejar en los roles familiares (Farias, 2021).

Las interacciones familiares que dificultan o facilitan al repetirse con el paso del tiempo las que permitan, entre otros factores, el desarrollo de los adolescentes. Las familias promueven la autonomía, es decir, los miembros de la familia expresan interés por los pensamientos y sentimientos de los demás a través de acciones como interpretar, preguntar, profundizar y desarrollar procesos compartidos de resolución de problemas (Valdés, et al., 2003).

El conflicto familiar es causado por efectos a largo plazo en las percepciones de los miembros de la familia. Abarca una variedad de situaciones, desde discusiones verbales, críticas, burlas o descalificaciones, hasta faltas de respeto intensas. Sus patrones negativos de relaciones conflictivas parecen darse en disputas no resueltas, y en relaciones forzadas entre sus miembros, llenas de tensión y resentimiento por sentimientos heridos. El clima familiar de toda familia puede verse afectado negativamente (Espinosa, Gómez, 2010).

La agresión familiar se desarrolla cuando hay falta de afecto, rivalidad entre hermanos, agresión psicológica y física y maltrato de los hijos; entonces las relaciones familiares se vuelven críticas e insoportables (Espinosa, Gómez, 2010). Es por lo anterior que la investigación sobre violencia en la familia ha crecido de interés mundial en las últimas décadas debido al reconocimiento de su impacto y consecuencias en las personas y familias expuestas directamente a la violencia, así como los costos de impacto en los sistemas de salud por su atención (Docal, et al., 2022).

En la familia la función de las reglas y límites es proteger la diferenciación de los miembros del grupo familiar y normar el funcionamiento de la familia. Por lo tanto, deben ser claros y deben definirse de la manera más precisa para permitir a las personas el desarrollo de funciones sin interrupciones y el contacto entre los miembros de un subsistema a otro (Puello, et al., 2014). Cuando estas reglas y límites no están claros y no están firmemente establecidos de común acuerdo por el sistema parenteral, los adolescentes pondrán a prueba la estructura familiar (Espinosa, Gómez, 2010).

El hecho de que el alcohol sea una de las mayores causas de sufrimiento y desgaste en el hogar, ya que puede provocar cambios importantes en el comportamiento de quienes consumen y afecta a todo el sistema, ya que muchas veces favorece la aparición de conductas violentas (Espinosa, Gómez, 2010).

El consumo de diversas drogas y sustancias tóxicas representa el origen de verdaderos cánceres emocionales y físicos en la familia. Se ha observado que los usuarios de drogas reportan vínculos afectivos familiares débiles y menor participación en actividades intelectuales, culturales y sociales (Espinosa, Gómez, 2010).

La conducta alcohólica en la familia surge cuando la familia gira en torno a la bebida y sus efectos en el sistema (en términos de agresión física y emocional). El consumo de alcohol en las familias conduce directamente al alcoholismo de los hijos a través de su presencia e indirectamente alteran el funcionamiento familiar (Espinosa, Gómez, 2010).

III. 10 Instrumento de problemas familiares

Este instrumento fue realizado en el 2010 para evaluar a personas de la ciudad de México y saber qué era lo que las personas consideraban como problemas familiares y cuales eran.

Para la elaboración de este instrumento primero, para averiguar cuáles pensaban las personas que eran problemas familiares, se utilizó un cuestionario con dos preguntas abiertas: a) ¿Qué entiende por problemas familiares? b) ¿Cuáles considera que son los más frecuentes en su familia? Con estas dos preguntas en mente, se intentó definir la comprensión de los problemas familiares e identificar los tipos de problemas en la familia que tenían la mayor incidencia. Se estudiaron 100 sujetos voluntarios de diferentes localidades de la Ciudad de México y el Estado de México. Las respuestas de los sujetos a la primera pregunta se agruparon por frecuencia, diferenciando los conceptos que los sujetos dieron en sus respuestas. Así cada uno de los

términos se recopiló y ordenó de acuerdo con lo expresado por cada sujeto. A partir de ahí, se colocaron en diferentes grupos, cada uno recogiendo los mismos conceptos, y en algunos casos, los más parecidos en significado.

A partir de las nominaciones realizadas por los sujetos derivadas de la segunda pregunta, se encontró que las más comunes son: los de comunicación, económicos, faltas de respeto, discusiones, diferentes tipos de opiniones, actitudes, creencias, alcoholismo, falta de convivencia, educación de los hijos, permisos, drogadicción, tareas de la casa y malentendidos entre hermanos.

En un inicio de acuerdo a las frecuencias y conforme a las respuestas dadas por los sujetos, se realizó una serie de categorías, mediante las cuales se obtuvieron 12 dimensiones teóricas, a partir de ellas se elaboraron una serie de reactivos para cada una de las mismas, quedando al final 176 reactivos evaluados en una escala Likert, el sujeto podía elegir entre 5 opciones equivalentes a: 1. Totalmente de acuerdo, 2. En desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. De acuerdo, 5. Totalmente de acuerdo, indicando con ello la frecuencia con la que se consideraba se presentaban dichos problemas en su familia.

Posterior a ellos se realizó un muestreo no probabilístico a sujetos fáciles de estudiar (650 alumnos de la ENEP UNAM Acatlán). Del cuestionario aplicado se realizó un análisis de frecuencia de respuestas por reactivo, para valorar la distribución de las respuestas de los sujetos y con ella, si los reactivos discriminaban. Se encontró que 122 reactivos tenían distribución normal. Después los reactivos que discriminaron fueron sometidos a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, con el fin de confirmar la inclusión de los reactivos en las áreas teóricas predeterminadas para iniciar su validación. Al realizar una rotación de Varimax, se eligieron los reactivos con cargas factoriales mayores a 0.40 y surgieron 8 factores con valor propio de Eigen mayor que 1. Teniendo estos criterios se procedió a clasificar

a los reactivos de acuerdo con la mayor carga factorial y su congruencia conceptual. Los 8 factores resultantes explicaron 79.2% de la varianza.

Seguidamente se obtuvieron puntajes de consistencia interna de cada factor por medio de las técnicas de alfa de Cronbach, mostrando puntajes considerables de consistencia interna en cada dimensión.

Al final resultó en un instrumento que cuenta con 122 reactivos, que evalúa 8 dimensiones en una escala tipo Likert: Comunicación e integración familiar, interacción familiar negativa, conflicto familiar, agresión familiar, impacto del alcoholismo en la familia, farmacodependencia de la familia y conducta alcohólica de la familia. Cada una de las dimensiones cuenta con reactivos redactados en positivo y negativo, y cuenta con una alfa de Cronbach de 0.58 a 0.93 (Espinosa, Gómez, 2010).

III. 11 Tipología familiar

Existe una gran diversidad de familias, las diferencias entre las familias de una sociedad se explican y se categorizan para poder comprender mejor la dinámica de la familia, considerando que hay una serie de hechos históricos y macroestructurales que conducen a una diversidad amplia de tipos familiares.

Tipología familiar se refiere a las diversas clasificaciones que algunos autores u organizaciones han propuesto para el estudio de la familia. El estudio de la tipología familiar implica identificar los elementos que la conforman, el parentesco que tienen estos elementos, el desarrollo alcanzado dentro de un contexto económico, valorar el contexto demográfico en el que se desarrolla, identificar su comportamiento y los lazos afectivos que hay entre sus elementos.

Clasificación de la familia según Consenso Mexicano de Medicina Familiar de (2005)

Familias según su conformación:

Con parentesco

- Nuclear: Hombre y mujer no tienen hijos.
- Nuclear simple: Padre, madre y 1 a 3 hijos.
- Nuclear numerosa: Padre, madre y 4 hijos o más.
- Reconstituida (binuclear): Uno o ambos padres están divorciados o viudos y tienen hijos de matrimonios anteriores.
- Monoparental: Padre o madre con hijos.
- Monoparental extendida: Padre o madre con hijos, más otros parientes.
- Monoparental extendida compuesta: Padre o madre con hijos, más otras personas parientes o no.
- Extensa: Padre y madre con hijos, más otras familiares.
- Extensa compuesta: Padre y madre con hijos más otras personas con parentesco o no.
- No parental: Parientes que desempeñan funciones o roles familiares en ausencia de un padre o madre (por ejemplo, tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.).

Sin parentesco

- Monoparental extendida sin parentesco: Padre o madre con hijos, además de otras personas no relacionadas.
- Grupos similares a familias: individuos sin parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etc.

Familiar por presencia física en el hogar:

- Núcleo integrado: Ambos padres están presentes en el hogar.
- Núcleo no integrado: Ausencia física de alguno de los padres en el hogar.
- Extensa ascendente: Hijos que están casados o que viven juntos en la casa de algunos de los padres.
- Extensa descendente: Alguno de los padres que viven en la casa de uno de sus hijos.
- Extensa colateral: Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares (tíos, primos, abuelos, etc.)

Familia según el desarrollo:

- Moderna: Papel económicamente activo de la mujer.
- Tradicional: Transmisión de patrones socioculturales: tradiciones familiares, valores sociales y de vida que predeterminan la existencia de estos rasgos a través del desarrollo de nuevas familias. El padre o la figura paterna es el único proveedor del hogar.
- Arcaica o primitiva: Son aquellas que tienen menor acceso a los niveles de satisfacción personal. Predeterminada por factores socioculturales y demográficos.

Familias según su funcionalidad:

- Funcionales: Familias en las que se cumplen todas sus funciones, además de permitir que los miembros se desarrollen más o menos, se expresan con mayor atención los problemas relaciones y dinámica familiar en sus diferentes ámbitos, y según sus interacciones personales.
- Disfuncionales: Son aquellas que en mayor o menor medida no actúan de acuerdo con lo esperado en relación con sus funciones asignadas.

IV. Hipótesis

Ho: La prevalencia de tipología familiar moderna en adolescentes embarazadas con problemas familiares es igual o menor a 73%; la prevalencia de tipología familiar moderna en adolescentes embarazadas sin problemas familiares es igual o menor a 27%.

Ha: La prevalencia de tipología familiar moderna en adolescentes embarazadas con problemas familiares es mayor 73%; la prevalencia de tipología familiar moderna en adolescentes embarazadas sin problemas familiares es mayor a 27%.

Ho: La prevalencia de tipología familiar nuclear en adolescentes embarazadas con problemas familiares es igual o menor a 50%; la prevalencia de tipología familiar nuclear en adolescentes embarazadas sin problemas familiares es igual o menor a 50%.

Ha: La prevalencia de tipología familiar nuclear en adolescentes embarazadas con problemas familiares es mayor 50%; la prevalencia de tipología familiar nuclear en adolescentes embarazadas sin problemas familiares es mayor a 50%.

Ho: La prevalencia de tipología familiar funcional en adolescentes embarazadas con problemas familiares es igual o menor a 34%; la prevalencia de tipología familiar funcional en adolescentes embarazadas sin problemas familiares es igual o menor a 63%.

Ha: La prevalencia de tipología familiar funcional en adolescentes embarazadas con problemas familiares es mayor 34%; la prevalencia de tipología familiar funcional en adolescentes embarazadas sin problemas familiares es mayor a 63%.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar la asociación de problemas familiares y tipología familiar al embarazo adolescente.

V.2 Objetivos específicos

- Determinar la asociación entre los problemas familiares y la tipología familiar según su desarrollo en adolescentes embarazadas.
- Determinar la asociación entre los problemas familiares y la tipología familiar según su composición en adolescentes embarazadas.
- Determinar la asociación entre los problemas familiares y la tipología familiar según su funcionalidad en adolescentes embarazadas.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Estudio observacional, transversal comparativo de asociación.

VI.2 Población

Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

Se utilizó una fórmula de dos proporciones para calcular el tamaño de muestra.

N = Tamaño de muestra por grupo

p_1 = Prevalencia de grupo caso expuesto a factores asociado – 0.63

$q_1 = 1 - 0.63 = 0.37$

p_0 = Prevalencia de grupo de control expuesto a factor asociado – 0.34

$q_0 = 1 - 0.34 = 0.66$

$Z\alpha$ = Nivel de confianza de 95% = 1.64

$Z\beta$ = Poder de la prueba 80% = 0.84

$$\begin{aligned} N &= \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2(p_1q_1 + p_0q_0)}{(p_1 - p_0)^2} \\ N &= \frac{(1.64 + 0.84)^2((0.63)(0.37) + ((0.34)(0.66))}{(0.63 - 0.34)^2} \\ N &= \frac{(2.48)^2(0.23 + 0.22)}{(0.29)^2} \\ N &= \frac{(6.15)(0.45)}{(0.08)} \\ N &= \frac{2.81}{0.08} \\ N &= 33 \text{ pacientes por grupo} \end{aligned}$$

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron pacientes de embarazadas de 10 a 19 años que acepten participar en el estudio previa firma de consentimiento informado. Se excluyeron pacientes que tuvieran algún problema o discapacidad que le impida proporcionar la información solicitada para el estudio. Se eliminaron pacientes en las que el formato de recolección de datos esté incompleto o mal llenado.

VI.3.2 Variables estudiadas

Se estudiaron variables sociodemográficas como edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, número de embarazos, trimestre de embarazo. Las variables clínicas fueron la presencia o ausencia de problemas familiares y la tipología familiar.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Se aplicó el instrumento de problemas familiares el cual cuenta con 122 reactivos, que evalúan 8 dimensiones en una escala tipo Likert: Comunicación e integración familiar, interacción familiar negativa, conflicto familiar, agresión familiar, impacto del alcoholismo en la familia, farmacodependencia de la familia y conducta alcohólica de la familia. Cada una de las dimensiones cuenta con reactivos redactados en positivo y negativo, y cuenta con una alfa de Cronbach de 0.58 a 0.93 (Espinosa, Gómez, 2010).

Comunicación e integración familiar: Cuenta con 23 reactivos redactados en positivo y 6 redactados en negativo, para calificar; se hace la suma de los reactivos positivos, y se invierte la calificación de los reactivos negativos, de la siguiente manera: a la calificación de 5 se le da el valor de 1, a la calificación de 4 se le da un valor de 2, la calificación 3 es igual a 3, a la de 2 se le da un valor de 4 y a la calificación de 1 un valor de 5 y se suma, después se realiza la suma de ambos resultados. El punto medio de corte es de 87, la

suma de los puntajes por arriba de 87 indica funcionalidad en comunicación e integración familiar, el máximo puntaje a obtener es de 145 y el mínimo 29, a mayor puntaje mejor comunicación e integración familiar.

Interacción familiar negativa: Cuenta con 28 negativos, para calificar, se hace la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y se compara con el punto de corte que equivale a 84 puntos. La suma de los puntajes arriba de 84 puntos indica una tendencia a una interacción familiar negativa, el máximo puntaje a obtener es de 140 y el mínimo de 28, a mayor puntaje mayor interacción familiar negativa.

Conflicto familiar: Cuenta con 19 reactivos negativos, para calificar, se hace la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y se compara con el puntaje de corte que equivale a 57 puntos. La suma de los puntajes por arriba de 57 puntos indica conflicto familiar, el máximo a puntaje a obtener es de 95 y el mínimo de 19, a mayor puntaje mayor conflicto familiar.

Agresión familiar: Cuenta con 15 reactivos negativos, para calificar, se hace la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y se compara con el puntaje de corte que equivale a 45 puntos. La suma máxima de los puntajes por obtener es de 75 y el mínimo de 15 puntos, a mayor puntaje mayor agresión familiar.

Desacuerdos del padre y la madre para dar permisos: Cuenta con 9 reactivos en negativo y 2 en positivo, para calificar, se hace la suma de los reactivos calificados en negativo después se invierte la calificación de los reactivos redactados en positivo de la siguiente manera: a la calificación de 5 se le da un valor de 1, a la calificación de 4 se le da un valor de 2, la calificación de 3 es igual a 3, a la calificación de 2 se le da el valor de 4 y a la calificación de 1 se le da el valor de 5, para calificar, posteriormente se hace la suma final de reactivos positivos y negativos, se compran con el puntaje de corte que equivale a 33 puntos. La suma de los puntajes por arriba de 33 puntos indica desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos, el máximo de puntaje

a obtener es de 55 puntos y el mínimo de 11, a mayor puntaje, mayor desacuerdo entre el padre y la madre para dar permisos.

Influencia del alcohol en la familia: Cuenta con 7 reactivos en negativo, para calificar, se hace la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y se compara con el punto de corte el cual es de 21. La suma de los puntajes por arriba de 21 puntos indica influencia del alcohol en la familia, el máximo de puntaje a obtener es de 35 y el mínimo de 7, a mayor puntaje, mayor influencia del alcohol en la familia.

Farmacodependencia: Cuenta con 6 reactivos en negativo, se hace la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y se compara con el puntaje de corte el cual equivale a 18 puntos. La suma de los puntajes por arriba de 18 puntos indica presencia de farmacodependencia en la familia, el máximo de puntaje a obtener es de 30 puntos y el mínimo de 6, a mayor puntaje mayor farmacodependencia.

Conducta alcohólica en la familia: Cuenta con 7 reactivos negativos para calificar, se hace la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y se compara con el puntaje de corte el cual equivale a 21 puntos. La suma de los puntajes por arriba de 21 indica conducta alcohólica en la familia, el máximo a obtener es de 35 y el mínimo de 7 puntos, a mayor puntaje, mayor conducta alcohólica en la familia.

VI.5 Procedimientos

Después de la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por la directora de Tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada.

Se acudió en horario matutino y vespertino a la Unidad de Medicina Familiar No. 16 de la Delegación 23 de Querétaro, se seleccionaron a las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y se les invitó a participar en el proyecto

de investigación, primero se explicó la finalidad del estudio de investigación, después se procedió a explicar los instrumentos del estudio, el primero constó de 122 reactivos o preguntas que evaluaron los problemas familiares presentes en su familia abarcando 8 rubros, comunicación e integración familiar, interacción familiar, conflictos familiares, agresión familiar, desacuerdos entre el padre y la madre, impacto del alcohol en la familia, farmacodependencia de la familia y conducta alcohólica en la familia, el segundo instrumento constó de 14 reactivos o preguntas las cuales permitieron determinar si la familia era funcional o disfuncional.

A cada participante se procedió a realizar la entrevista, los datos recolectados fueron transcritos en la hoja de recolección de datos y los dos instrumentos previamente mencionados por parte del investigador, con un tiempo aproximado de 35 minutos. Estos se aplicaron dentro del consultorio de trabajo social que cuenta con un escritorio, silla, ventilación, iluminación, adecuados para la entrevista de la paciente, ubicado en la unidad de medicina familiar número 16, proporcionándole la mayor privacidad, confianza y comodidad a la participante.

Posterior al llenado de la hoja de recolección de datos y los dos instrumentos se procedió a calificar el instrumento de problemas familiares para separar a las participantes con problemas familiares y a las sin problemas familiares. Ya establecidos los grupos de embarazadas adolescentes con y sin problemas familiares se determinó el tipo de familia a la cual pertenecen.

VI.5.1 Análisis estadístico

Se aplicó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas que incluyeron frecuencia, porcentaje y medidas de tendencia central, para análisis inferencial de las variables de asociación se utilizó Chi cuadrada.

VI.5.2 Consideraciones éticas

El presente estudio de investigación fue de tipo observacional por lo que no se realizó intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio. Por lo que de acuerdo con lo establecido en el artículo 17 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud este estudio se considera Investigación con riesgo mínimo para las participantes.

Antes de proceder a la realización de entrevistas y a la recolección de la información, se le pidió a cada participante y su tutor legal su aprobación mediante el consentimiento informado posterior a la explicación de la justificación, objetivo, procedimientos, molestias, riesgos, beneficios de la investigación. Todo esto de acuerdo con lo establecido en la Declaración de Helsinki 2013 y los artículos 20, 21 y 36 de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Se explicaron los beneficios que otorga el conocer si existen o no problemas familiares, ya que mediante esto se realizaron estrategias para el manejo de estos. A las adolescentes embarazadas que se identificó con problemas familiares, se derivaron al servicio de psicología para su atención, además se continuó su seguimiento en su consultorio de medicina familiar. Se les garantizó a todas las participantes la seguridad de no ser identificadas y que se mantendría la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Todos los datos fueron encriptados en un paquete de datos estadístico y resguardados por el investigador. Todas las participantes que cumplieron con los criterios para el presente estudio tuvieron la oportunidad de participar no importando su raza, estatus socioeconómico, religión, etc.

Este estudio de investigación fue realizado de acuerdo con los principios científicos ya establecidos y no generó indemnización o pago alguno.

VII. Resultados

Se estudiaron a 72 adolescentes embarazadas divididas en dos grupos, 36 adolescentes embarazadas con problemas familiares y 36 adolescentes embarazadas sin problemas familiares. La mediana de edad correspondió a 18.0 (RIQ; 17-18) para el grupo de problemas familiares y 18.5 (RIQ; 16.25-19) para el grupo sin problemas familiares. Cuadro VII 1

La mediana en la edad de inicio de vida sexual activa para el grupo de adolescentes embarazadas con problemas familiares fue mediana de 16.0 (RIQ; 14-17) y para las adolescentes embarazadas sin problemas familiares fue mediana de 16.0 (RIQ; 15-17). Cuadro VII 1

El estado civil predominante para ambos grupos fue unión libre con 69.4% (IC 95%; 57.4 – 81.4) para embarazadas adolescentes con problemas familiares y 66.7% (IC 95%; 54.5 – 78.9) para adolescentes embarazadas sin problemas familiares, seguido del estado civil soltera con 30.6% (IC 95%; 18.6 – 42.6) para ambos grupos, solo encontrando estado civil casada en el grupo de adolescentes embarazadas sin problemas familiares del 2.8% (IC 95%; 1.5 – 7.1). Cuadro VII 2

La escolaridad predominante en el grupo de adolescentes embarazadas con problemas familiares fue la preparatoria/bachillerato con 41.7% (IC 95%; 28.9 – 54.5) seguida de la secundaria con 38.9% (IC 95%; 26.2 – 51.6), mientras que la escolaridad de la madre y el padre fue secundaria con 66.6% (IC 95%; 54.4 – 78.8) y 38.8% (IC 95%; 26.1 – 51.5). En el grupo de adolescentes embarazadas sin problemas familiares la escolaridad predominante fue preparatoria/bachillerato con 63.9% (IC 95%; 51.4 – 76.4) y la escolaridad de la madre y el padre fue secundaria con 61.1% (IC 95%; 48.4 – 73.8) y 50% respectivamente (IC 95%; 37.0 – 63.0). Cuadro VII 2, 3 y 4

La ocupación predominante en el grupo de adolescentes embarazadas con problemas familiares fue ama de casa con 41.7% (IC 95%; 28.9 – 54.5), seguida de estudiante con 30.5% (IC 95%; 18.5 – 42.5). En el grupo de

adolescentes embarazadas sin problemas familiares la ocupación predominante fue ama de casa con 30.6% (IC 95%; 18.6 – 42.6), seguida estudiante con 25.0% (IC 95%; 13.8 – 36.2). Cuadro VII 2

En ambos grupos la mayoría adolescentes se encontraban en su primer embarazo, en el grupo de adolescentes embarazadas con problemas familiares solo el 11.1% (IC 95%; 2.9 – 19.3) tenían un embarazo previo, mientras que en el grupo de adolescentes embarazadas sin problemas solo el 8.3% habían tenido un embarazo anterior. En ambos grupos predominó el tercer trimestre de embarazo con 52.8% (IC 95%; 38.8 – 65.8) y 66.6% (IC 95%; 54.4 – 78.8) respectivamente. Cuadro VII 6

Con respecto a la aplicación del instrumento de problemas familiares en sus diferentes dimensiones lo que se encontró fue: afección de la comunicación e integración en el 9.7% (IC 95%; 2.0 – 17.4), interacción familiar negativa 12.5% (IC 95%, 3.9 – 21.1), conflicto familiar 8.3% (IC 95%; 1.1 – 15.5), agresión familiar 9.7% (IC 95%; 2.0 – 17.4), desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos del 31.9% (IC 95%; 19.8 – 44.0), influencia del alcohol en la familia 18.1% (IC 95%; 8.1 – 28.1), farmacodependencia 6.9% (IC 95%; 0.3 – 13.5), conducta alcohólica en la familia 11.1% (IC 95%; 2.9 – 19.3). Cuadro VII 7

La tipología familiar de acuerdo con su desarrollo que más se presentó de forma general fue la moderna con 62.5% (IC 95%; 49.9 – 75.1). En el grupo de adolescentes embarazadas con problemas familiares la tipología moderna fue del 75.0% (IC 95%; 63.8 – 86.2) siendo la ocupación de la de la madre y el padre obreros con 33.3% (IC 95%; 21.1 – 45.5) y 36.1% (IC 95%; 23.6 – 48.6) respectivamente. En el grupo de adolescentes embarazadas sin problemas familiares la tipología familiar moderna fue de 50.0% (IC 95%; 39.8 – 65.8), en este grupo la ocupación de la madre que predominó fue la de ama de casa con el 50% (IC 95%; 37.0 – 63.0) y la ocupación más frecuente en el padre fue obrero con 33.3% (IC 95%; 21.1 – 45.5), diferencia estadísticamente significativa con Chi-cuadrada de Pearson de 4.80 y una p valor < 0.05, que

indica que las familias modernas tienen más problemas familiares. Cuadro VII 5 y 8

La tipología familiar de acuerdo con su composición de forma general fue la nuclear con 51.4% (IC 95%; 38.4 – 64.4), seguida de la monoparental extensa con 13.9% (IC 95%, 4.9 – 22.9) y la monoparental de 12.5% (IC 95%; 3.9 – 21.1). En el grupo de adolescentes embarazadas con problemas familiares la tipología que más se encontró fue la nuclear con 41.7% (IC 95%; 28.9 – 54.5), seguida de la monoparental con 19.4% (IC 95%; 9.1 – 29.7). En el grupo de adolescentes embarazadas sin problemas familiares la tipología familiar que predominó fue la nuclear con 61% (IC 95%; 48.3 – 73.7), seguida de la monoparental extensa con 13.9% (IC 95%; 4.9 – 22.9), sin demostrar diferencia estadísticamente significativa con Chi-cuadrada de Pearson de 5.13 y p valor = 0.4. Cuadro VII 8

La tipología familiar de acuerdo con su funcionalidad de forma general fue la funcional con 72.2% (IC 95%; 60.6 – 83.8). En el grupo de adolescentes embarazadas con problemas familiares se encontró que el 52.8% (IC 95%; 39.8 – 65.8) de las familias donde se desarrollaron estas adolescentes son funcionales, mientras que el 47.2% (IC 95%; 34.2 – 60.2) son disfuncionales. En el grupo de adolescentes embarazadas sin problemas familiares se encontró que el 91.7% (IC 95%; 83.8 – 99.6) de las familias son funcionales y el 8.3% son disfuncionales, diferencia estadísticamente significativa con Chi-cuadrada de Pearson de 13.5 y un valor de $p < 0.05$, que indica que en las familias funcionales existen menos problemas familiares. Cuadro VII 8

Cuadro VII.1 Características sociodemográficas de las embarazadas adolescentes estudiadas. Edad y edad de inicio de vida sexual

n=72

Características sociodemográficas	Con problemas			Sin problemas		
	Mediana	RIQ	Desviación estándar	Mediana	RIQ	Desviación estándar
Edad	18.0	17-18	1.369	18.5	16.25-19	1.334
Edad de inicio de vida sexual	16.0	15-17	1.404	16.0	14-17	1.26

Fuente: Adolescentes embarazadas adscritas a la UMF 16, Querétaro.

Cuadro VII. 2 Características sociodemográficas de las embarazadas adolescentes estudiadas

n = 72

Características sociodemográficas		Con problemas			Sin problemas		
		Porcentaje %	IC 95%		Porcentaje %	IC 95%	
			Inf	Sup		Inf	Sup
Estado civil	Soltera	30.6	18.6	42.6	30.6	18.6	42.6
	Unión libre	69.4	57.4	81.4	66.7	54.5	78.9
Escolaridad	Casada	0.0	0.0	0.0	2.8	- 1.5	7.1
	Primaria	8.3	1.1	15.5	5.6	- 0.4	11.6
	Secundaria	38.9	26.2	51.6	13.9	4.9	22.9
	Secundaria incompleta	5.6	- 0.4	11.6	0.0	0.0	0.0
	Preparatoria /Bachillerato	41.7	28.9	54.5	63.9	51.4	76.4
Ocupación	Preparatoria incompleta/ Bachillerato incompleto	5.6	- 0.4	11.6	16.7	7.0	26.4
	Estudiante	30.5	18.5	42.5	25.0	13.8	36.3
	Ama de Casa	41.7	28.9	54.5	30.6	18.6	42.6
	Obrera	11.1	2.9	19.3	22.2	11.4	33.0
	Empleada	16.7	7.0	26.4	22.2	11.4	33.0

Fuente. Adolescentes embarazadas adscritas a la UMF 16, Querétaro.

Cuadro VII. 3 Escolaridad de los padres de embarazadas adolescentes estudiadas

n=72

Escolaridad de los padre		Con problemas			Sin problemas		
		Porcentaje	IC		Porcentaje	IC	
		%	Inf	Sup	%	Inf	Sup
Escolaridad de la madre	Primaria	22.3	11.5	33.1	16.6	6.9	26.3
	Primaria incompleta	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Secundaria	66.6	54.4	78.8	61.1	48.4	73.8
	Secundaria incompleta	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Preparatoria/Bachillerato	5.5	- 0.4	11.4	5.5	- 0.4	11.4
	Preparatoria incompleta/Bachillerato incompleto	5.5	- 0.4	11.4	5.5	- 0.4	11.4
	Licenciatura o equivalente	0.0	0.0	0.0	8.3	1.1	15.5
	Posgrado	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Sin escolaridad	0.0	0.0	0.0	2.8	1.5	7.1
	Desconoce	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente. Adolescentes embarazadas adscritas a la UMF 16, Querétaro.

Cuadro VII. 4 Escolaridad de los padres de embarazadas adolescentes estudiadas

n=72

Escolaridad de los padres		Con problemas			Sin problemas		
		Porcentaje %	IC Inf	IC Sup	Porcentaje %	IC Inf	IC Sup
Escolaridad del padre	Primaria	30.5			27.7	16.1	39.3
	Primaria incompleta	0.0	0.0	0.0	2.8	1.5	7.1
	Secundaria	38.8	18.5	42.5	50.0	37.0	63.0
	Secundaria incompleta	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Preparatoria/Bachillerato	11.1	2.9	19.3	13.8	4.8	22.8
	Preparatoria incompleta/Bachillerato incompleto	5.5	- 0.4	11.4	0.0	0.0	0.0
	Licenciatura o equivalente	2.8	1.5	7.1	2.8	1.5	7.1
	Posgrado	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Sin escolaridad	2.8	1.5	7.1	2.8	1.5	7.1
	Desconoce	8.3	1.1	15.5	0.0	0.0	0.0

Fuente. Adolescentes embarazadas adscritas a la UMF 16, Querétaro.

Cuadro VII. 5 Ocupación de los padres de embarazadas adolescentes estudiadas

n=72

Ocupación de los padre		Con problemas			Sin problemas		
		Porcentaje	IC		Porcentaje	IC	
		%	Inf	Sup	%	Inf	Sup
Ocupación de la madre	Ama de casa	25.0	13.8	36.2	50.0	37.0	63.0
	Obrera	33.3	21.1	45.5	27.8	16.2	39.4
	Empleada	19.4	9.1	29.7	8.3	1.1	15.5
	Comerciante	16.7	7.0	26.4	8.3	1.1	15.5
	Otra	5.6	- 0.4	11.6	5.6	- 0.4	11.6
	Desconoce	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ocupación del padre	Obrero	36.1	23.6	48.6	33.3	21.1	45.5
	Empleado	0.0	0.0	0.0	2.8	1.5	7.1
	Albañil	5.6	- 0.4	11.6	11.1	2.9	19.3
	Taxista	2.8	1.5	7.1	5.6	- 0.4	11.6
	Comerciante	11.1	2.9	19.3	11.1	2.9	19.3
	Otra	25.0	13.8	36.2	30.5	18.5	42.5
	Desempleado	5.6	- 0.4	11.6	2.8	1.5	7.1
	Desconoce	13.8	4.8	22.8	2.8	1.5	7.1

Fuente. Adolescentes embarazadas adscritas a la UMF 16, Querétaro

Cuadro VII. 6 Número de embarazos y trimestre de embarazo

n=72

Embarazo		Con problemas			Sin problemas		
		Porcentaje %	Inf	IC Sup	Porcentaje %	Inf	IC Sup
Número de embarazo	Primero	88.9	80.7	97.1	91.7	84.5	98.9
	Segundo	11.1	2.9	19.3	8.3	1.1	15.5
	Tercero	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Trimestre de embarazo	Primero	19.4	9.1	29.7	16.7	7.0	26.4
	Segundo	27.8	16.2	39.4	16.7	7.0	26.4
	Tercero	52.8	39.8	65.8	66.6	54.4	78.8

Fuente. Adolescentes embarazadas adscritas a la UMF 16, Querétaro.

Cuadro VII. 7 Problemas familiares de las embarazadas adolescentes estudiadas

Dimensiones	Porcentaje %	IC		
		Inf	Sup	
Problemas familiares	Comunicación e integración familiar	9.7	2.0	17.4
	Interacción familiar negativa	12.5	3.9	21.1
	Conflicto familiar	8.3	1.1	15.5
	Agresión familiar	9.7	2.0	17.4
	Desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos	31.9	19.8	44.0
	Influencia del alcohol en la familia	18.1	8.1	28.1
	Farmacodependencias	6.9	0.3	13.5
	Conducta alcohólica en la familia	11.1	2.9	19.3

Fuente. Adolescentes embarazadas adscritas a la UMF 16, Querétaro.

Cuadro VII. 8 Tipología familiar de las embarazadas adolescentes estudiadas

Tipología		Con problemas			Sin problemas			n = 72	
		Porcentaje %	IC		Porcentaje %	IC		Chi ²	p
			Inf	Sup		Inf	Sup		
Desarrollo	Tradicional	25	13.8	36.2	50.0	37.0	63.0	4.80	0.028
	Moderna	75.0	63.8	86.2	50.0	37.0	63.0		
Composición	Nuclear	41.7	34.1	60.1	61.0	48.3	73.7	5.13	0.40
	Nuclear extensa	8.3	1.1	15.5	5.6	- 0.4	11.6		
	Monoparental	19.4	9.1	29.7	5.6	- 0.4	11.6		
	Monoparental extensa	13.9	4.9	22.9	13.9	4.9	22.9		
	Extensa	13.9	4.9	22.9	8.3	1.1	15.5		
Funcionalidad	Extensa compuesta	2.8	- 1.5	7.1	5.6	- 0.4	11.6	13.5	0.000
	Funcional	52.8	39.8	65.8	91.7	84.5	98.9		
	Disfuncional	47.2	34.2	60.2	8.3	1.1	15.5		

Fuente. Adolescentes embarazadas adscritas a la UMF 16, Querétaro.

VIII. Discusión

Los resultados principales mostraron que la mediana de edad de las adolescentes embarazadas con problemas familiares es de 18.0 años (mínima 17, máxima 18), menor a la mediana de edad de las adolescentes embarazadas sin problemas familiares de 18.5 años (mínima 16.25, máxima 19), siendo esto similar a lo encontrado por Meza et al (2022) donde el 91% de los embarazos se presentaron entre los 17 y 19 años. La mediana de edad de inicio de vida sexual para adolescentes embarazadas con problemas familiares y adolescentes embarazadas sin problemas familiares fue de 16.0 años, siendo esta menor a la mediana de edad reportada por el INEGI en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2018) de 17.5 años.

El estado civil para adolescentes embarazadas con problemas familiares y adolescentes embarazadas sin problemas familiares fue unión libre contrario a lo encontrado por Vinueza et al (2018) donde predominó el estado civil soltera. En cuanto a la escolaridad en ambos grupos la preparatoria/bachillerato fue lo que predominó, observándose también que aumentó respecto a la escolaridad de los padres de ambos grupos en los cuales lo que predominó fue la secundaria. La ocupación con mayor frecuencia encontrada fue para ambos grupos ama de casa sin embargo en las adolescentes embarazadas con problemas familiares el porcentaje fue mayor con 41.7% respecto al grupo sin problemas familiares de 30.6%.

De los 8 problemas familiares estudiados, se encontró de mayor a menor frecuencia lo siguiente: Desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos 31.9%, la influencia del alcohol en la familia 18.1%, interacción familiar negativa 12.5%, conducta alcohólica en la familia 11.1%, comunicación e integración 9.7%, agresión familiar 9.7%, conflicto familiar 8.3%, farmacodependencia 6.9%. Estos resultados son similares a los

encontrados por García et al (2022) donde los factores relacionados al sistema familiar que son indicadores de conductas de riesgo en adolescentes son la falta de convivencia y comunicación 58%, la ausencia de la figura paterna 38%, violencia verbal 38%, falta de límites y reglas 23%, violencia emocional 23% y física 23%.

Además de los problemas familiares en este estudio se investigó el tipo de familia al que pertenecen las adolescentes embarazadas encontrándose que según el desarrollo de la familia en ambos grupos prevalece la familia moderna, sin embargo, en el grupo con problemas familiares esta fue mayor con 77.8%, esto debido a que en la actualidad la mujer tiene una mayor participación en el ámbito laboral, lo que acondicionado que ahora no sea ella solo la encargada de la educación de los hijos. Según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (2021) en México hay 51.7 millones de mujeres de 15 años o más edad, de las cuales 4 de cada 10 (22.8 millones) forman parte de la población económicamente activa.

La tipología familiar de acuerdo con su composición sigue siendo principalmente nuclear (madre, padre e hijos) con 51.4%, sin embargo, en el grupo de adolescentes embarazadas con problemas familiares el porcentaje fue de 41.7% menor con respecto al grupo sin problemas familiares de 61%, el segundo tipo de familia más frecuentemente encontrado fue la monoparental siendo al contrario que la nuclear mayor en el grupo con problemas con 19.4% con respecto a el grupo sin problemas de 13.9%. Álvarez (2022) encontró que el segundo factor de riesgo familiar para el embarazo en adolescentes es la ausencia de uno de los padres con un porcentaje del 66%.

La tipología familiar de acuerdo con su funcionalidad de forma general fue funcional con 71.2%. En el grupo de adolescentes embarazadas con problemas familiares se encontró una funcionalidad del 52.8% y

disfuncionalidad del 47.2%, mientras que en el grupo sin problemas familiares se encontró que el 91.7% de las familias son funcionales y solo el 8.3% son disfuncionales. Esto en contraste con lo encontrado por Soto Acevedo et al (2015) donde 49% de las familias eran funcionales, 39% tenían disfunción moderada y 12% disfunción severa. Demostrando de esta forma que la disfuncionalidad familiar actúa como factor de riesgo para el embarazo adolescente.

IX. Conclusiones

Pertenecer a una familia moderna y disfuncional con problemas familiares se asocia al embarazo en la adolescencia por lo que se rechazan las hipótesis nulas, sin embargo, pertenecer a una familia nuclear con problemas familiares no se asocia al embarazo en la adolescencia por lo que se acepta la hipótesis nula.

IX. Propuestas

La Medicina Familiar es una especialidad que no profundiza en el conocimiento de un área limitada, sino que toma partes de todas las disciplinas de las cuales deriva, para aplicarlas de forma única y global al individuo, la familia y la comunidad. Es así como el Médico Familiar desempeña actividades dentro de cuatro áreas: Asistencial, administrativa, educativa y de investigación.

En el ámbito de la investigación se propone desarrollar un instrumento que evalúe los problemas familiares de manera más práctica, con menor número de ítems, con respuestas dicotómicas, ya que la extensión hace que el tiempo promedio de aplicación sea de 30 a 40 minutos y las respuestas en escala de Likert son difícil de entender para los adolescente, lo que dificulta su aplicación durante la consulta de medicina familiar y la realización de un instrumento que pueda aplicarse a los diferentes tipos de familia que tenemos en la actualidad, ya que este instrumento requiere por lo menos la presencia física de al menos uno de los padres y excluye a todas las demás familias.

En el ámbito educativo se propone una capacitación de dos días, a los Médicos Familiares de la UMF 16 en conjunto con la coordinación de educación, está dentro de las sesiones semanales que los médicos familiares tienen, con el fin de dar a conocer el instrumento de problemas familiares y su importancia para la prevención y atención de la problemática familiar que puede influir sobre el proyecto de vida de los adolescentes.

En el ámbito asistencial se propone que el Médico Familiar identifique la estructura familiar de las adolescentes durante la consulta y aplique el instrumento de problemas familiares a adolescentes con estructuras familiares de riesgo, para determinar la problemática familiar y derivar al servicio de psicología para trabajar en conjunto con la adolescente y la familia.

En el ámbito administrativo se propone verificar que las acciones del programa JUVENIMSS se estén llevando a cabo de acuerdo con el programa operativo, revisar que se cuente con el personal y material para seguir realizando la capacitación de los adolescentes. Además de realizar estrategias de mayor difusión para este programa en los centros de reunión de los adolescentes.

X. Bibliografía

- Acevedo Sierra, L., & Vidal López, E. H. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *MEDISAN*, 23(1).
- Álvarez San Miguel, C. M., Naranjo Vázquez, S. Y., & Meriño Pompa, Y. (2022). Factores de riesgos relacionados al embarazo en la adolescencia. *Jornada virtual "con la ciencia enfrentando el futuro"*, 1(1), 1-10.
- Bárceñas Hernández, M. d. R., Martínez Hernández, M., Vega Argote, M. G., & Mejía Benavides, J. E. (2019). El embarazo adolescente en la deserción escolar de una comunidad indígena del noreste del estado de Guanajuato, México. *Horiz Enferm*, 30(1), 27-35. Disponible en: http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.30.1.27-35
- Batllori Guerrero, A. (1993). El adolescente y la problemática familiar. *Perfiles Educativos*, (60). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13206013>
- Batllori Guerrero, A., (1993). El adolescente y la problemática familiar. *Perfiles Educativos*, 60.
- Bendezú, G., Espinoza, D., Bendezú Quispe, G., Torres Román, J. S., & Huamán Gutiérrez, R. M. (2015). Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 62 (1), 13-18.
- Benítez Meza, S., Ibarra Ortiz, S. G., Ruiz Diaz, Á. R., Espínola de Canata, M., & Páez, M. (2022). Factores de riesgo relacionados al embarazo de adolescentes de 14 a 19 años de la Unidad de Salud San Gerónimo Salado, Limpio Paraguay en el periodo 2020- 2021. *Rev. cient. cienc. salud.*, 4(2), 56-63. Disponible en: Doi: 10.53732/rccsalud/04.02.2022.56
- Benítez Meza, S., Ibarra Ozcariz, S. G., Ruiz Diaz, Á. R., Espínola de Canata, M., & Páez, M. (2022). Factores de riesgo relacionados al embarazo de

adolescentes de 14 a 19 años de la Unidad de Salud San Gerónimo Salado, Limpio Paraguay en el periodo 2020- 2021. Rev. cient. cienc. salud, 4(2), 56-63. Disponible en: [10.53732/rccsalud/04.02.2022.562020- 2021](https://doi.org/10.53732/rccsalud/04.02.2022.562020-2021)

Camargo Reta, A. L., Estrada Esparza, S. Y., Reveles Manríquez, I. J., Manzano Castillo, J. A., de Luna López, M. C., & Flores Padilla, L. (2022). Factores de riesgo de complicaciones perinatales en el embarazo de adolescentes. *Ginecol Obstet Mex*, 90(6), 496-503. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v90i6.6818>

Castañeda Paredes, J., & Santa Cruz Espinoza, H. (2021). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Revista electrónica trimestral de enfermería*, 62(1), 109-118.

Cornellà i, Canals J. (2010). La sexualidad en la adolescencia. *Medicine*; 10(61).

Díaz Curbelo, A., Velasco Boza, A. J., & Gutiérrez López, J. I. (2019). Embarazo en la adolescencia, un problema de salud en el policlínico. *Revista Cubana de Obstetricia Ginecología*, 45(2), 1-14.

DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACION EN SALUD. (2021). Sistema de Información de la Secretaría de Salud. Disponible en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

Docal Millán, M. C., Akl Moanack, P. M., Pérez García, L. Y., & Sánchez Betancourt, L. K. (2022). Violencia intrafamiliar. Un riesgo para el desarrollo de la primera infancia. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 13(1), 77-101.

Espinosa Gómez, M. (2010). Instrumento de problemas familiares. Instituto de terapia familiar. Cencalli.

Espinosa M, Gómez. (2010). Instrumento problemas familiares. Instituto de terapia familiar, Cencalli.

- Esteves Villanueva, A. R., Paredes Mamani, R. P., Calcina Condori, C. R., & Yapachura Saico, C. R. (2020). Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. *Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*, 11(1), 16-27. <https://doi.org/10.33595/2226-1478.11.1.392>
- Favier Torres, M. A., Samón Leyva, M., Ruiz Juan, Y., & Franco Bonal, A. (2018). Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. *Revista de Información Científica*, 97(1), 205-214.
- Feria Reyes, R. A. (2022). Comunicación y funcionamiento familiar en estudiantes de secundaria, 2021. *Journal of neuroscience and public health*, 2(4), 303-309. Disponible en: <https://doi.org/10.46363/jnph.v2i4.3>
- Flores Valencia, M. E., Nava Chapa, G., & Arenas Monreal, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Rev. Salud Pública*, 19(3), 373-378. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.43903> de Salud Pública 2017. *Revista Salud Pública*; 19 (3); 374-378.
- García Uribe, M. I., & González, M. (2022). Clima social, familiar, escolar y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 11(23), 231-258.
- García, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista cubana de medicina militar*, 44(2), 218-229.
- González Cruz, M., León Acebo, M., Pérez Nápoles, M. L., Pérez Manzano, J. L., & Aponte Ramírez, L. (2016). Alteraciones prenatales y conocimientos sobre riesgos biosociales en embarazadas adolescentes. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 41(8).
- GRUPO ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL ESTADO DE QUERÉTARO. (2022). Gobierno de México. Disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/718631/GEPEA_QUEReTARO_Informe_2021.pdf

Guzmán, K., Bastidas, B. y Mendoza, M. (2019). Estudio del rol de los padres de familia en la vida emocional de los hijos. *Apuntes Universitarios. Revista de Investigación*, 9(2), 61-72. Disponible en: <https://doi.org/10.17162/au.v9i2.360>

Herrera, C., Campero, L., Barrera, L., & González, G. (2018). Decir a medias: límites percibidos por los adultos para involucrarse en la prevención del embarazo adolescente en México. *Nueva antropología*, 31(88), 134-154.

Hidalgo Vicario, M. I. (2022). La adolescencia. Situación epidemiológica *Pediatría Integral*, XXVI (4), 200-213.

Huerta González, J. L. (2006). *Medicina Familiar. La familia en el proceso de salud-enfermedad*. Editorial Alfil.

López Díaz, Y. (2020). La familia de hoy: cambios y permanencias. *Trabajo Social*, 22(2), 11-18. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/87138>

Mejía, (2022). La familia en el desarrollo emocional durante la adolescencia. *Journal Scientific MQR investigar*, 6 (3), 233-253. Disponible en: http://doi.revistamqr.com/V6_3_ART_12.pdf

Membrillo Luna, A., Fernández Ortega, M. A., Quiroz Pérez, J. R., & Rodríguez Lopez, J. L. (2008). *Familia: introducción al estudio de sus elementos*. Editores de Textos Mexicanos.

Mendoza Tascón, L. A. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 243-253. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012>

Montalvo Reyna, J., Espinosa Salcido, M. R., & Pérez Arredondo, A. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología*, 28, 73-95.

Morales, M. (2022). Adolescentes en riesgo: Búsqueda de sensaciones, adicción al internet y procrastinación. *Informes Psicológicos*, 22(1); 43-60.

OPS/OMS | América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. (2018). PAHO/WHO. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Órgano de Difusión de la Asociación Académica Panamericana de Medicina Familiar A.C. (2005). Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(1), 15-19. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>

Órgano de Difusión de la Asociación Académica Panamericana de Medicina Familiar A.C. (2005). Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(1), 15-19. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>

Pan American Health Organization. (1992). *Manual de medicina de la adolescencia* (T. J. Silber, M. Maddaleno, E. N. Suarez Ojeda, & M. M. Munist, Eds.). Organización Panamericana de la Salud. PALTEX.

Pinzón-Rondón, Á. M., Ruiz Sternberg, Á. M., Aguilera-Otalvaro, P. A., & Abril Basto, P. D. (2018). Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 83(5), 487-499.

- Puello Sacapati M, (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental Con hijos adolescentes. *Revista diversitas - perspectivas en psicología*, 10 (2), 225-246.
- Ramírez, N. L., Guerrero Giraldo, J. E., Mateus Suarez, Y. M., Rubiano Pavía, L. P., & Casallas Vega, A. (2022). Panorama latinoamericano de las estrategias educativas para la prevención del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 48(2), 1-13.
- Sanca Valeriano, S., Espinola Sánchez, M., & Racchumi Vela, A. (2022). Factores sociales y demográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido en mujeres adolescentes de Perú. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 87(1), 11-18. Disponible en: [10.24875/RECHOG.21000010](https://doi.org/10.24875/RECHOG.21000010)
- Soto Acevedo, F., León Corrales, I. A., & Sánchez, O. C. (2015). Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México. *Aten Fam*, 22(3), 64-67.
- Suárez, P., Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Revista Psicoespacios*, 12(20): 153-172. Disponible en: <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- Valdés, M., Serrano, T., Florenzano, R., & Rodríguez, J. (2003). Estilo de interacción familiar, desarrollo yoico y riesgo psicosocial en la adolescencia. *PSYKHE*, 12(1), 125-136
- Velasteguí Egüez, J. E., Hernández Navarro, M. I., Real Cotto, J. J., Roby Arias, A. J., Alvarado Franco, H. J., & Haro Velastegui, A. J. (2018). Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(1), 37-44.

Venegas, M., & Neitan Valles, B. (2019). Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 21(1), 109-119.

Vinueza Lescano, M. E., & Bello Zambrano, H. I. (2018). Embarazo en la adolescencia. Características epidemiológicas. *Dominio de las ciencias*, 4(1), 311-321.

XI. Anexos

XI.1 Hoja de recolección de datos



HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN QUERÉTARO UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 16
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PROBLEMAS FAMILIARES Y TIPOLOGIA FAMILIAR ASOCIADOS AL EMBRAZO ADOLESCENTE.

Llenar los datos que se te piden y marque con una X el número que corresponda a su respuesta

1. Datos de identificación, nivel de estudios, convivencia.			
1. Nombre:		2. Fecha:	3. Número de Folio:
4. Número de afiliación:		5. Edad:	
6. Escolaridad: 1. Sin escolaridad 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Otro	7. Ocupación: 1. Ama de casa 2. Empleada 3. Obrera 4. Comerciante 5. Otros	8. Estado civil: 1. Soltero (a) 2. Unión libre 3. Casado (a)	
9. Personas con quien vive (puede marcar más de una): 1. Sola 2. Padre 3. Madre 4. Hermanos 5. Abuelos 6. Tíos 7. Otros ¿Quién?		10. Religión: 1. Católica 2. Evangelista 3. Protestante 4. Testigo de Jehová 5. Adventista 6. Cristiana 7. Mormón 8. Otra 9. Ninguna	
2. Datos gineco-obstétricos:			
1. Inicio de vida sexual activa:	2. Número de embarazos: 1. Primero 2. Segundo 3. Tercero o más.	3. Trimestre de embarazo: 1. Primero 2. Segundo 3. Tercero	
3. Datos familiares:			
1. Escolaridad de la madre: 1. Sin escolaridad 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Otro	2. Escolaridad del padre: 1. Sin escolaridad 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Otro	3. Ocupación de madre: 1. Hogar 2. Obrera 3. Comerciante 4. Profesionista 5. Otro	4. Ocupación del padre: 1. Hogar 2. Obrero 3. Comerciante 4. Profesionista 5. Otro

XI.2 Instrumentos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN QUERÉTARO
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 16
 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
**PROBLEMAS FAMILIARES Y TIPOLOGÍA FAMILIAR ASOCIADOS AL
 EMBARAZO ADOLESCENTE**

INSTRUMENTO DE PROBLEMAS FAMILIARES

Folio: _____

Totalmente de acuerdo = 5

De acuerdo = 4

Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 3

En desacuerdo = 2

Totalmente en desacuerdo = 1

**Marca con una X el número que
 consideres que representa mejor lo que
 sucede en tu familia.**

1	En mi casa nos evitamos unos a otros	1	2	3	4	5
2	En la casa son responsables de las labores del hogar	1	2	3	4	5
3	Mis padres se deprimen	1	2	3	4	5
4	Mis padres me regañan.	1	2	3	4	5
5	Mis padres tienen desacuerdos	1	2	3	4	5
6	Algún miembro de mi familia fuma marihuana	1	2	3	4	5
7	Mi madre no acepta mi parecer	1	2	3	4	5
8	Me prohíben salir para hacer trabajo de la escuela	1	2	3	4	5
9	En mi casa, mi padre impone su criterio	1	2	3	4	5
10	En casa se agrede a los hijos	1	2	3	4	5
11	En casa suele haber faltas de respeto entre mis padres y los hijos.	1	2	3	4	5
12	En casa si no cumplo, hay castigos.	1	2	3	4	5
13	Nos burlamos unos de otros en mi familia.	1	2	3	4	5
14	Si alguien bebe, en casa hay problemas	1	2	3	4	5
15	Cuando se enojan, mis padres se desquitan con los hijos.	1	2	3	4	5
16	Mis hermanos (as) se salen con la suya.	1	2	3	4	5
17	Mis padres se agreden verbalmente	1	2	3	4	5
18	Podemos llevar a nuestros amigos a casa	1	2	3	4	5
19	Antes de oírnos, nuestros padres nos pegan	1	2	3	4	5
20	En casa la comunicación es agresiva.	1	2	3	4	5
21	Algún miembro de la familia toma sedantes.	1	2	3	4	5
22	En casa no me dejan ir a fiestas.	1	2	3	4	5
23	Mis padres muestran sus diferencias frente a nosotros.	1	2	3	4	5
24	En mi familia hay agresiones verbales.	1	2	3	4	5
25	Mi padre está desempleado.	1	2	3	4	5
26	Cuando quiero un permiso mis padres se echan la bolita.	1	2	3	4	5
27	En mi familia comemos juntos.	1	2	3	4	5
28	En mi casa los hombres ayudan al quehacer.	1	2	3	4	5
29	Mis padres aceptan mis opiniones.	1	2	3	4	5
30	Mis padres me prohíben tener novio(a).	1	2	3	4	5
31	Mi padre cela a mi madre.	1	2	3	4	5
32	En casa se dan falta de respeto entre mis padres.	1	2	3	4	5

33	Asistimos juntos a la iglesia el domingo.	1	2	3	4	5
34	Se hacen gastos innecesarios (alcohol) o en cosas no básicas.	1	2	3	4	5
35	Algún miembro de mi familia toma pastillas para dormir.	1	2	3	4	5
36	En casa nos turnamos todos para lavar los trastes.	1	2	3	4	5
37	Mi padre me ignora.	1	2	3	4	5
38	Hay preferencias de mis padres por alguno(s) de sus hijo(s).	1	2	3	4	5
39	Con mis padres es imposible hablar.	1	2	3	4	5
40	En mi familia nos ignoramos unos a otros.	1	2	3	4	5
41	Los permisos se piden a mi padre.	1	2	3	4	5
42	Celebramos los cumpleaños de mi familia.	1	2	3	4	5
43	En mi casa no alcanza el dinero para pagarnos la escuela.	1	2	3	4	5
44	Las reglas son iguales para hombres y mujeres.	1	2	3	4	5
45	En mi familia la comunicación es indirecta.	1	2	3	4	5
46	En casa hay falta de respeto entre los hermanos.	1	2	3	4	5
47	En casa falta dinero para lo necesario.	1	2	3	4	5
48	Mi padre quita autoridad a mi madre.	1	2	3	4	5
49	Hay desinterés en mis padres para mis estudios.	1	2	3	4	5
50	En mi familia son irrespetuosos con los secretos.	1	2	3	4	5
51	En casa estamos en desacuerdo.	1	2	3	4	5
52	En mi casa no convivimos.	1	2	3	4	5
53	Mis padres no me escuchan.	1	2	3	4	5
54	Mi familia está integrada.	1	2	3	4	5
55	Con mi mama puedo hablar.	1	2	3	4	5
56	Mis padres se quejan de lo que cuesta mantenerse.	1	2	3	4	5
57	Mis padres se pelean entre ellos.	1	2	3	4	5
58	Mis padres permanecen mucho tiempo distanciados.	1	2	3	4	5
59	En casa los permisos se piden a mi madre.	1	2	3	4	5
60	Mis padres se contradicen.	1	2	3	4	5
61	Mis padres me impiden salir con amigos.	1	2	3	4	5
62	En mi familia me siento respetado (cuento con un lugar entre ellos)	1	2	3	4	5
63	En casa se molestan conmigo si bebo.	1	2	3	4	5
64	Mis padres evitan conflictos entre nosotros.	1	2	3	4	5
65	Mis padres hacen comparaciones entre los hijos.	1	2	3	4	5
66	Respondemos mal a nuestros padres o mayores.	1	2	3	4	5
67	Entre los miembros de mi familia hay comunicación.	1	2	3	4	5
68	Mis padres se dan apoyo personal mutuamente.	1	2	3	4	5
69	En mi familia podemos hablar de todo.	1	2	3	4	5
70	A todos los hijos mis padres nos ayudan por igual.	1	2	3	4	5
71	Entre mis padres no hay comunicación.	1	2	3	4	5
72	En casa hay cosas de las que no se puede hablar.	1	2	3	4	5
73	En mi casa se acostumbra a beber alcohol.	1	2	3	4	5
74	Mi madre prefiere a mis hermanos(as) que a mí.	1	2	3	4	5
75	Nos burlamos unos de otros en mi familia.	1	2	3	4	5
76	Mis hermanos no me respetan.	1	2	3	4	5
77	En mi casa es mi madre la que castiga.	1	2	3	4	5

78	En casa los castigos los impone mi padre.	1	2	3	4	5
79	En mi casa no se dicen las cosas claramente.	1	2	3	4	5
80	El tabaco crea problemas en la familia.	1	2	3	4	5
81	En mi familia son superficiales en las conversaciones.	1	2	3	4	5
82	No recibo dinero para gastar en lo necesario.	1	2	3	4	5
83	En mi familia se acostumbra a fumar tabaco.	1	2	3	4	5
84	En casa nadie saca la basura.	1	2	3	4	5
85	En mi casa es difícil obtener permisos.	1	2	3	4	5
86	Siento que en mi casa no me hacen caso, que me relegan.	1	2	3	4	5
87	En casa, las tareas las repartimos entre todos.	1	2	3	4	5
88	En casa falta lo necesario.	1	2	3	4	5
89	Se dan críticas hirientes en la familia.	1	2	3	4	5
90	Cuando lo necesito mi padre me escucha.	1	2	3	4	5
91	En casa se enojan si no acepto sus creencias.	1	2	3	4	5
92	Hay confianza entre mis padres.	1	2	3	4	5
93	Mis padres preferirían que no estudiara.	1	2	3	4	5
94	En mi familia importa lo que yo siento.	1	2	3	4	5
95	En mi familia desayunamos juntos.	1	2	3	4	5
96	Quien bebe en la familia no llega a la casa.	1	2	3	4	5
97	En mi casa los hombres ayudan al quehacer.	1	2	3	4	5
98	En mi familia no hay variedad de temas para hablar.	1	2	3	4	5
99	La organización familiar se altera si alguien bebe.	1	2	3	4	5
100	En casa nos gustan las mismas diversiones.	1	2	3	4	5
101	Mis padres discuten.	1	2	3	4	5
102	Cuando alguien bebe en casa, nos agrede a los demás.	1	2	3	4	5
103	Al hablar en la familia nos insultamos.	1	2	3	4	5
104	Vemos juntos la televisión.	1	2	3	4	5
105	No nos damos los recados telefónicos.	1	2	3	4	5
106	Puedo expresarme fácilmente con mi padre.	1	2	3	4	5
107	Mis padres son injustos al castigarme.	1	2	3	4	5
108	En casa se hace lo que mi madre dice.	1	2	3	4	5
109	Quien bebe en casa incita a los demás a hacerlo.	1	2	3	4	5
110	Mis padres se pelean, se gritan.	1	2	3	4	5
111	Mi padre se enoja con mi madre cuando él bebe.	1	2	3	4	5
112	Mis hermanos varones beben.	1	2	3	4	5
113	Mis padres expresan su afecto.	1	2	3	4	5
114	En mi familia cenamos juntos.	1	2	3	4	5
115	Mi madre se molesta con mi padre si él bebe.	1	2	3	4	5
116	En casa, tengo que pedir permiso a mis dos padres.	1	2	3	4	5
117	No se destina tiempo para la familia.	1	2	3	4	5
118	Algún miembro de la familia toma antidepresivos.	1	2	3	4	5
119	En casa, la conducta del que bebe afecta a la familia.	1	2	3	4	5
120	En mi familia no hay disposición para entender a los otros.	1	2	3	4	5
121	Mis padres me culpan de sus problemas.	1	2	3	4	5
122	Alguien de mi familia consume droga.	1	2	3	4	5

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Factor 1: Comunicación e integración familiar.

Reactivos redactados en positivo: 1,18, 27, 28, 29, 33, 36, 42, 44, 54, 55, 62, 67, 69, 70, 87, 90, 94, 95, 97, 100, 104, 106, 114.

Reactivos redactados en negativo: 1,20, 38, 40, 45 y 72

Total, de reactivos: 29: 23 positivos y 6 negativos.

Hacer la suma de los resultados de las sumas anteriores. El puntaje resultante es la calificación de este factor; comparar con el punto medio o de corte.

La suma de los puntajes por arriba de 87 puntos indica funcionalidad en comunicación e integración familiar. A mayor puntaje, mejor comunicación e integración familiar.

Factor 2. Interacción familiar negativa.

Todos los reactivos redactados en negativo: 2, 7, 8, 22, 25, 30, 37, 39, 43, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 61, 71, 75, 76, 79, 81, 82, 84, 88, 98, 105, 117, 120.

Total, de reactivos: 28.

Hacer la suma de los reactivos. La suma de los puntajes por arriba de 84 puntos indica una tendencia hacia la interacción familiar negativa.

Factor 3. Conflicto familiar.

Todos los reactivos redactados en negativo: 3, 5, 11, 13, 15, 17, 23, 24, 31, 32, 46, 57, 60, 64, 66, 89, 101, 103, 110.

Total, de reactivos: 19

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte.

La suma de los puntajes por arriba de 57 puntos indica conflicto familiar.

Factor 4. Agresión familiar.

Todos los reactivos redactados en negativo: 4,10, 12, 16, 19, 26, 34, 56, 65, 74, 77, 85, 86, 91, 107.

Total, de reactivos: 15

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el puntaje de corte.

La suma de los puntajes por arriba de 45 puntos indica presencia de agresión familiar.

Factor 5. Desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos.

Reactivos redactados en negativo: 9, 41, 48, 58, 59, 68, 78, 108, 116.

Reactivos redactados en positivo: 92, 113.

Total, de reactivos: 11: 9 negativos y 2 positivos.

Hacer la suma de los reactivos redactados en negativo e invertir la calificación de los reactivos redactados en positivo.

Hacer la suma de los resultados de las sumas anteriores. El puntaje resultante es la calificación de este factor, comparado con el factor medio o de corte.

La suma de los puntajes por arriba de 33 puntos indica una tendencia hacia el desacuerdo entre padre y madre para dar permisos.

Factor 6. Influencia del alcohol en la familia.

Todos los reactivos redactados en negativo: 14, 63, 80, 99, 111, 115, 119

Total, de reactivos: 7

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el puntaje de corte.

La suma de los puntajes por arriba de 21 puntos indica influencia del alcohol en la familia.4

Factor 7. Farmacodependencia en la familia.

Todos los reactivos redactados en negativo: 6, 21, 35, 93, 96, 118

Total, de reactivos: 6

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte.

La suma de los puntajes por arriba de 18 puntos indica presencia de farmacodependencia en la familia.

Factor 8. Conducta alcohólica en la familia.

Todos los reactivos redactados en negativo: 73, 83, 102, 109, 112, 121, 122.

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte.

La suma de los puntajes por arriba de 21 puntos indica conducta alcohólica en la familia.



MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN QUERETARO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 16
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PROBLEMAS FAMILIARES Y TIPOLOGÍA FAMILIAR ASOCIADOS AL
EMBARAZO ADOLESCENTE
PRUEBA DE EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES (FF-SIL)
 (Cohesión / Armonía / Comunicación / Permeabilidad / Afectividad Roles / Adaptabilidad)

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

Funcionamiento intrafamiliar	Total
Familia funcional	57 a 70
Familia moderadamente funcional	43 a 56
Familia disfuncional	28 a 42
Familia severamente disfuncional	14 a 27

De = 43 a 70 = Funcional	
De 42 a 14 = Disfuncional	

XI.3 Carta de consentimiento informado.

	<p align="center">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>
<p align="center">CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Adolescente)</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	Problemas familiares y tipología familiar asociados al embarazo adolescente.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF. 16. Delegación, Querétaro, enero de 2021.
Justificación y objetivo del estudio:	Encontrar si hay o no relación de los problemas familiares y el tipo de familia al que pertenece con el embarazo adolescente. Describir los resultados obtenidos para generar estrategias que nos ayuden a disminuir el embarazo adolescente y si ya está presente identificar si alguno de estos problemas puede complicar el curso del embarazo.
Procedimientos:	El investigador responsable le realizará preguntas para saber su edad, su escolaridad, con quien vive, además de dos cuestionarios sobre su familia. Todo esto se realizará a pacientes que se encuentren en la sala de espera de la UMF 16. Si usted acepta participar se le pedirá se traslade al consultorio de trabajo social ubicado en la misma unidad para garantizar la comodidad y la privacidad al responder cada una de las preguntas.
Posibles riesgos y molestias:	Pérdida de tiempo sentida al contestar la hoja de recolección de datos y cuestionarios lo cual tendrá una duración de aproximadamente 35 minutos. Las molestias ocasionadas al tener que trasladarse al consultorio de trabajo social. Aparición de emociones durante la realización de las preguntas sobre los problemas familiares presentes en su familia. Por lo que se estará al pendiente de lo que la participante pueda necesitar en ese momento.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al saber los problemas familiares que se presentan en su familia y el tipo de familia al que pertenece, si la participante acepta será enviada para su atención en el consultorio de psicología.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se comunicará personalmente los resultados obtenidos de la hoja de recolección de datos y los cuestionarios aplicados. De encontrarse alteraciones graves se enviará al departamento de psicología para que en conjunto con su médico familiar se lleve el control y seguimiento de la paciente embarazada.
Participación o retiro:	El retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial. Los datos sólo serán vistos y utilizados por el investigador responsable.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre los resultados obtenidos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dra. Karla Elizabeth Margain Pérez Especialista en Medicina Familiar Directora clínica de tesis Celular: 442 127 61 40 Correo electrónico: dra.elizabethmargain@gmail.com
Colaboradores:	Dra. Margarita González Pelcastre Matrícula: 98231519 Médico residente de primer año de Medicina Familiar UMF 16. Correo electrónico: marga1009gp@gmail.com Teléfono celular: 4411215967
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del adolescente	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Nombre y firma del padre de familia:	Testigo:
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio Clave: 2810-009-013	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2201**.
H. GRAJ. REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 22 014 021**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 22 CEI 001 2018073**

FECHA **Jueves, 18 de noviembre de 2021**

M.E. karla elizabeth margain perez

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Problemas familiares y tipología familiar asociados al embarazo adolescente**, 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 **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-2201-082

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

Mtra. Patricia Medina Mejía

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL