



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No.1
DR. ALFONSO MEJÍA SCHROEDER**

TESIS

**RELACIONES INTRAFAMILIARES EN MUJERES ADOLESCENTES
EMBARAZADAS ADSCRITAS AL HGZ Y MF No.1 PACHUCA HIDALGO**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA EL MEDICO CIRUJANO

RUTH XOCHITL BAUTISTA SÁNCHEZ

BAJO LA DIRECCIÓN DE:

**DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO**

**ASESOR METODOLÓGICO
HUGO JUAREZ CACAHUATITLA**

**ASESOR CLÍNICO
YURENI URIBE VÁZQUEZ**

PERIODO DE ESPECIALIDAD

2014-2017

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO

De acuerdo con el artículo 77 del Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente, el jurado del examen recepcional designado, autoriza para su impresión la tesis titulada: **“RELACIONES INTRAFAMILIARES EN MUJERES ADOLESCENTES EMBARAZADAS ADSCRITAS AL HGZ Y MF No.1 PACHUCA HIDALGO”** QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, QUE SUSTENTA LA MÉDICO CIRUJANO:

RUTH XOCHITL BAUTISTA SÁNCHEZ

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO, ENERO DE 2017.

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C.ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLAREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA U.A.E.H.

M.C.ESP. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA I.C.S.A.

M.C.ESP. NORMA PATRICIA REYES BRITO
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DR. MANUEL SÁNCHEZ GUTIÉRREZ
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVESITARIO

POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA. GRESS MARISSEL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN
EN SALUD DELEGACIÓN EN HIDALGO

DRA. MARÍA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD, DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

DRA. IRASEMA FLORES RIVERA
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
MEDICINA FAMILIAR NO.1 IMSS PACHUCA, HIDALGO

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTEN LÓPEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR NO. 1 IMSS PACHUCA, HIDALGO

DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR IMSS PACHUCA, HIDALGO

DR. HUGO JUAREZ CACAHUATITLA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR DE TESIS METODOLÓGICO

DRA. YURENI URIBE VASQUEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR DE TESIS CLÍNICO

NÚMERO DE REGISTRO R-2016-1201-8

DEDICATORIA

A mis padres gracias por apoyarme, creer en mí en todo momento y continuar llenando mi vida de felicidad.

A mis Hermanos, agradezco su presencia y compartir conmigo su cariño por siempre ser un ejemplo.

A mis abuelos quienes fueron la inspiración de iniciar esta carrera y finalmente encontrarme en algo que me hace feliz .

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis amigos de la residencia sin ustedes este recorrido no hubiese sido el mismo, gracias Catalina Pérez Hernández por tu sincera amistad desde hace ya tanto tiempo.

Gracias Dr. Rodolfo Díaz Carranza por su apoyo, sus palabras y acciones que motivan hacer de la excelencia un hábito y un proceso de aprendizaje que requiere un esfuerzo personal diario.

A mis maestros de rotación gracias por compartir sus conocimientos, y cambiar mis perspectivas.

Gracias Dr. Hugo Juárez y Dra. Yureni por sus aportaciones para que esta tesis fuera posible.

Gracias Dra. Rosa Elvia Guerrero, Dr. Néstor Mejía, Dra. Estrella Pasten por la formación brindada durante estos tres años.

**RELACIONES INTRAFAMILIARES EN MUJERES ADOLESCENTES
EMBARAZADAS ADSCRITAS AL HGZ Y MF No.1 PACHUCA HIDALGO**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

INDICE

1. Título.....	5
2. Índice general.....	6
3. Identificación de los investigadores.....	7
4. Marco Teórico	8
• Resumen.....	8
• Marco epidemiológico	9
• Marco conceptual	10
• Antecedentes	10
• Relaciones Familiares en adolescentes embarazadas.....	12
5. Justificación.....	19
6. Planteamiento del Problema	20
7. Objetivos	21
• Objetivo General	
• Objetivos Específicos	
8. Hipótesis.....	21
9. Metodología	22
• Tipo de estudio	
• Población lugar y tiempo de estudio	
• Tipo de muestra	
• Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	
• Información a recolectar (Variables a recolectar)	
• Descripción y procedimiento para captar información	
• Aspectos éticos	
10. Resultados	29
11. Discusión	36
12. Conclusiones.....	38
13. Recomendaciones.....	39
14. Referencias Bibliográficas.....	40
15. Anexos.....	44

3.- IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

ASESOR METODOLÓGICO

NOMBRE: DR. HUGO JUAREZ CACAHUATITLA

ESPECIALIDAD

Medicina Familiar y Terapia Familiar

**ADSCRIPCIÓN: H.G.Z. M.F. No. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo. Consulta
externa medicina Familiar**

**DOMICILIO: Prolongación Avenida Madero No.405, Colonia Nueva Francisco
I Madero. Pachuca Hidalgo. C.P 42080**

Tel: 7711632352

Correo electrónico: hujuc81@hotmail.com

ASESOR CLÍNICO

NOMBRE: DR. YURENI URIBE VASQUEZ

ESPECIALIDAD

Medicina Familiar

**ADSCRIPCIÓN: H.G.Z. M.F. No. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo. Consulta
externa**

Medicina Familiar

**DOMICILIO: Prolongación Avenida Madero No.405, Colonia Nueva Francisco
I Madero. Pachuca Hidalgo. C.P 42080**

Tel: 7711576541

Correo electrónico: yuju_21@hotmail.com

COLABORADOR

NOMBRE: RUTH XOCHITL BAUTISTA SÁNCHEZ

Médico Cirujano Residente de la Especialidad en Medicina Familiar

ADSCRIPCIÓN: H.G.Z. M.F. No. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo

**DOMICILIO: Prolongación Avenida Madero No.405, Colonia Nueva Francisco
I Madero. Pachuca Hidalgo. C.P 42080**

Tel: 7711576541

Correo electrónico: ruthxochitl03@hotmail.com

4.- MARCO TEÓRICO

RESUMEN

TÍTULO. Relaciones Intrafamiliares en Mujeres adolescentes embarazadas adscritas al HGZ Y MF No.1 Pachuca Hidalgo. Bautista-S Ruth X.

ANTECEDENTES: El embarazo en la adolescencia es una crisis de adaptación a la dinámica familiar ocasionando comúnmente una disfunción familiar en ella, llegando a constituir un factor de riesgo, repercutiendo en la salud con patologías agregadas como son depresión post parto, ansiedad, violencia intrafamiliar y desnutrición. En México existen porcentajes superiores al 70% de disfuncionalidad familiar, por lo que las relaciones intrafamiliares que se dan entre los integrantes de cada familia forman parte primordial de este proceso. En la actualidad la tasa de embarazos en ese grupo de edad muestra un nivel estimado de 49/1.000 mujeres, que represento en el año 2014 aproximadamente 1.200 millones de adolescentes en el mundo, con un porcentaje del 17% de la población mundial, equivalente en nuestro país a 60 y 70 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes.

Objetivo general: Identificar las relaciones intrafamiliares en mujeres adolescentes embarazadas adscritas al HGZ Y MF No.1 Pachuca Hidalgo.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y prolectivo, en las adolescentes embarazadas, derechohabientes al HGZ MF No. 1 de Pachuca Hidalgo. Se aplicó la escala de ERI (Evaluación de relación intrafamiliar) con confiabilidad Alpha de 0.93.

Recursos e infraestructura.- Humanos con amplia experiencia clínica y metodológica, material de oficina y tecnología de informática, las instalaciones son los consultorios del HGZMF No. 1 de Pachuca Hgo.

Experiencia de Grupo: Contamos para la realización del protocolo la participación del Dr. Hugo Juárez Cacahuatitla médico especialista en Medicina familiar, así como del Dra. Yureni Uribe Vásquez especialista en Medicina Familiar.

Tiempo a desarrollarse: Se realizó en un periodo de dos meses posterior a su aprobación.

MARCO EPIDEMIOLÓGICO

Durante el año 2014, existían aproximadamente 1.200 millones de adolescentes en el mundo, representando el 17% de la población mundial, este dividendo demográfico representa grandes implicaciones a futuro, pues si estos adolescentes llegan a adultos sanos formarán parte de la población mundial económicamente activa con el potencial de generar crecimiento económico y aceleración en el desarrollo. La tasa de embarazo adolescente muestra un nivel estimado en 49/1.000 mujeres de entre 15 y 19 años, 1 de cada 3 embarazos en adolescentes se dan en los países en vías de desarrollo. ⁽¹⁾

Es así como en nuestro país las mujeres adolescentes de 12 a 19 años, el 51.9 % ha estado embarazada, con resolución de su embarazo a través de una cesárea urgente, por lo que es evidente el inicio de vida sexual activa cada vez a edades más tempranas, es así como la salud sexual y reproductiva es un componente esencial para transformarse en personas equilibradas, responsables y productivas dentro de la sociedad. ⁽²⁾

El embarazo a temprana edad, se ve representado con 60-70 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) 52% de adolescentes (12-19 años) con vida sexual han estado alguna vez embarazadas, debido a ello 7 de cada 10 adolescentes inician vida sexual activa antes 15 años, los factores se asocian al uso incorrecto de anticonceptivos, la nupcialidad temprana, relacionada con baja escolaridad, ruralidad y etnicidad. ⁽³⁾

En el Estado de Hidalgo, de acuerdo a los resultados de la muestra del Censo de población y vivienda 2010, 75 de cada cien mujeres de 15 y más años han tenido al menos 1 hijo, de las mujeres del grupo de 15 a 19 años, 12.9% ha tenido descendencia, este porcentaje aumenta a 61.8% en las jóvenes de 20 a 29 años y

se incrementa conforme aumenta la edad de la mujer; llegando hasta 94.4% en el grupo de 50 y más años. El inicio de la actividad sexual antes de los quince años, ocasiona embarazos no deseados durante esta etapa, representando una serie de situaciones que atentan a la salud de la madre y su hijo. ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾

La prevalencia de familias monoparentales, equivale a 30 de cada 100 adolescentes que viven únicamente con su madre, presentan la salida de las adolescentes de sus hogares con la intención directa de vivir en pareja o en asociación con otras personas, resultando relevante que la mitad de todos los embarazos, son no deseados o planeados en esta población, siendo evidente la transmisión intergeneracional de las habilidades sociales y el impacto en la calidad de las relaciones familiares, así como las implicaciones de estas, recobrando la importancia de la planificación de programas de intervención en habilidades sociales y calidad de vida. ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾

ANTECEDENTES

La Adolescencia

La adolescencia según la OMS es el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, dividida en tres etapas, con formas distintas de enfrentar la sexualidad y un embarazo: Adolescencia temprana 10-14 años, adolescencia media 15-16 años, adolescencia tardía 17-19 años. En cada una de estas etapas se presentan cambios en el aspecto fisiológico, psicológico, resultando un proceso de construcción de modelos socioculturales, dependiendo en su desarrollo de las normas que rigen su sociedad. ⁽⁸⁾

Es considerada como la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, por lo que la salud física y mental es una dimensión crítica de su bienestar, resultando fundamental desarrollar su potencial, forjar su autonomía y

concretar sus aspiraciones, paradójicamente es también una de las etapas de la vida en las que existe mayor disposición a diversos riesgos. ⁽⁹⁾

Factores de riesgo para el embarazo en adolescentes

Los factores de riesgo se ordenan en dimensiones, individual, familiar y social; en la dimensión individual, los factores que la constituyen son un riesgo de exposición al inicio de actividad sexual temprana, bajas aspiraciones educativas, o impulsividad, mala relación con los padres, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos.

En la dimensión familiar se describen factores como estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad de los padres poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas; en la dimensión social, uno de los elementos, es la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad. ⁽¹⁰⁾

Es así como estos factores asociados al embarazo en adolescentes, llegan hacer principalmente factores sociodemográficos como: bajo nivel socioeconómico y educativo, madurez reproductiva precoz, inicio temprano de vida sexual, conductas de riesgo, disfunción familiar, madres solteras, y hermanas con embarazos adolescentes, baja autoestima, maltrato físico y psíquico, fantasías y creencias propias de la edad como son la invulnerabilidad y la falta de conciencia de adquirir enfermedades de transmisión sexual así como ausencia de educación en valores. ⁽¹¹⁾ El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes, en momentos en el cual no alcanzan la madurez física y mental, en circunstancias adversas como, carencias nutricionales u otras enfermedades, esta situación produce repercusiones invalidantes definitivas para el futuro en los planos, orgánico, social y psicológico de las madres, presentando problemas familiares que pueden ser dañinas como las mismas complicaciones médicas. ⁽¹²⁾

La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, desencadenando matrimonios apresurados, falsos compromisos, que conllevan a corto plazo ruptura del mismo y una larga lista de repercusiones personales, sociales, económicas, sobre la salud de los hijos. La interrupción del proyecto educativo en la embarazada adolescente surge la necesidad de ingresar prematuramente a la actividad laboral, que generalmente es mal remunerada. ⁽¹³⁾

La población de adolescentes continua siendo prioritaria para la salud sexual y reproductiva, los colocan en un grupo de vulnerabilidad, encontrándose expuestos a mayores riesgos de salud que ameritan un seguimiento más cercano del proceso gestacional. El embarazo en edades tempranas duplica las posibilidades de morir con respecto a las mujeres de 20 años y más; para las menores de 15 años el riesgo es cinco veces mayor. Hacia el 2011 la razón de mortalidad materna de las menores de 20 años fue de 53.4, y para el total de mujeres de 50.1 muertes/100,000 nacidos vivos. ⁽¹⁴⁾

Relaciones Familiares en adolescentes embarazadas

El embarazo a temprana edad, continua interviniendo en una serie de sentimientos y transformaciones en su dinámica familiar, generando una problemática que repercute en las relaciones familiares comprometiendo la salud de la adolescente y el recién nacido, ya que la familia no percibe el riesgo de sufrir una patología durante el embarazo convirtiéndose así en un riesgo mayor que puede amenazar la salud de la adolescente, derivando una situación de bajo nivel educativo y limitadas alternativas de desarrollo. ^{(15) (16)}

En un estudio realizado por Wagner y Ritt Olson, en adolescentes hispanas, de descendencia Mexicana, vivir con un padre soltero se asoció con menos vigilancia de los padres y menos cohesión familiar, su estudio examinó la atmosfera familiar dentro de la cual se desarrolla una adolescente embarazada, la cual se relaciona con familias monoparentales, existiendo diferencias de

comunicación entre las hijas, comprobando que la comunicación intrafamiliar directa se refleja en actitudes apropiadas hacia la sexualidad de los adolescentes, fortaleciendo la prevención de factores de riesgo a los que se exponen, resultando estas intervenciones particularmente beneficiosas para las familias monoparentales. ⁽¹⁷⁾

En el estudio realizado por la revista de perinatología y reproducción humana, sobre la percepción de relaciones familiares, el malestar psicológico en adolescentes embarazadas, evaluó cuatro aspectos de la dinámica familiar, relación con la madre y el padre, las cuales se asociaron directamente con la presencia de malestar entre la unión familiar, las implicaciones de estos hallazgos en la familia se centran en la identificación temprana de una inmadurez emocional, donde no perciben apoyo y cariño por parte de su familia de origen, obligándose a tomar decisiones de unirse a una pareja a temprana edad. ⁽¹⁸⁾

La falta de confianza hacia los padres donde la adolescente no cuenta su condición de embarazo, llega a ocasionar abortos provocados, por lo que trabajar en la comunicación, con un enfoque integral especialmente con los padres para que les permitan mejorar la confianza con sus hijos facilitando información sobre aspectos de sexualidad y planificación familiar. ⁽¹⁹⁾

Es así como en el grupo familiar se dan las condiciones para que sea una unidad de análisis de los procesos de la salud, en cuanto se evidencia su organización, estructura, funcionamiento del estilo de vida individual y grupal, las costumbres, hábitos, posición social y la dinámica de interacciones ya que todo ello intervienen en el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Siendo importante la percepción que tenemos de ella, de manera que es posible apreciar diferencias transculturales en los integrantes donde se relaciona con roles y funciones que debe cumplir, cada uno de los integrantes de la familia. ⁽²⁰⁾

En el estudio realizado por JL Rangel, L Valerio, J Patiño, en la Unidad de Medicina Familiar No.53 donde se seleccionaron 364 adolescentes embarazadas, encontrando: disfunción familiar moderada en el 27%, severa 6% y normal en un 67% encontrando aspectos de mayor alteración en el crecimiento y afecto. Es así como la aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus integrantes, creando necesidades en torno a este binomio, requiriendo la movilización del sistema, que inicialmente puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración; constituyendo un problema desde el punto de vista médico y social siendo un factor determinante, en la conservación de la salud. ⁽²¹⁾

Las adolescentes reconocen el afecto parental y las actividades familiares, como manifiesto que en estas edades la familia suele ser lo más importante y valorado en la vida de las adolescentes, es así como el entorno familiar combinado con afecto, interviene en la promoción de la autonomía y resulta óptimo para su desarrollo, las adolescentes gestantes, registran mayores índices de dificultad en la relación con su seno familiar, así como menores índices de respeto y sentimiento de seguridad, surgiendo la necesidad de intervenciones psicosociales dirigidas a este grupo de población como nivel de prevención primaria y secundaria. ⁽²²⁾

En la investigación realizada en Brasil por Silva y Tonete (2006), se encontró que el embarazo de adolescentes, a pesar de ser aceptado por la familia, es evaluado como generador de tensión y conflictos en las relaciones familiares, este estudio revela además, que la forma en que las adolescentes viven su maternidad está influenciada significativamente por la calidad de las relaciones que experimentan los miembros de su grupo familiar y la noción de apoyo familiar es un constructo considerado de difícil definición, sobre todo por su carácter multidimensional, que envuelve la capacidad de adaptación de la familia a nuevos acontecimientos familiares, de esta forma las relaciones familiares adquieren especial importancia en el desarrollo de sentimientos de pertenencia a un determinado ambiente. ⁽²³⁾

Por eso las familias funcionales constituyen un factor protector del bienestar emocional de los jóvenes y uno de los componentes más importantes en el proceso de desarrollo, resultando importante para el profesional de salud, conocer los factores de riesgo en la familia de las adolescentes, con el fin de diseñar acciones y programas preventivos que permitan mitigar aquellos factores que puedan comprometer de manera negativa la salud del adolescente debido a que una familia disfuncional, es un agente predictor para el desarrollo de conductas poco saludables. ⁽²⁴⁾ Al respecto, investigaciones de la de la Universidad Pontificia de Chile apuntan a mostrar una correlación alta, entre disfuncionalidad familiar y la aparición de conductas de riesgo en el adolescente, con aspectos asociados a condiciones de riesgo se encuentran: el grado de cohesión, flexibilidad y la calidad de la comunicación entre sus miembros, por lo que la familia y su funcionamiento pueden constituir un factor de riesgo para la embarazada adolescente, como un agente generador de estrés, por tanto a partir de ella se facilita la posibilidad de determinar la menor o mayor vulnerabilidad para enfermar. ⁽²⁵⁾

En Medicina Familiar es importante establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares, estableciendo el grado de relación familiar y precisar los signos de alarma más frecuentes para poder influir directamente sobre cada uno, que ayude a fomentar en la familia, la autorresponsabilidad en la salud de sus integrantes, así como desarrollar y utilizar todas las potencialidades del grupo en aras de mejorar su salud. ⁽²⁶⁾

Resulta relevante la evaluación del funcionamiento familiar, como un factor clave en el crecimiento normal de las personas, ya que a través de ella el adolescente trata de reconocerse y apropiarse de su proyecto de vida, de tal manera que cualquier suceso que altere la dinámica familiar, puede obstaculizar el sano desarrollo de las adolescentes, siendo un paso importante en su atención contar con un instrumento que posibilite de manera práctica y consistente el conocimiento de los índices de función o disfunción familiar, representando una

plataforma que permita una intervención preventiva y correctiva, ya que en México existe evidencia de disfuncionalidad familiar superiores al 70%.^{(27) (28)}

La presencia del embarazo en la adolescencia, interfiere de manera activa en el contexto familiar que ocasiona una crisis para normativa la cual puede superarse y en caso contrario persistir creando conflictos en las relaciones intrafamiliares, las cuales son consideradas una red de apoyo para que la adolescente culmine satisfactoriamente su embarazo, repercutiendo en menos complicaciones al llevar un adecuado control prenatal sin tener que ocultarse por miedo y discriminación social y/o familiar.⁽²⁹⁾

Las redes sociales de las adolescentes llaman la atención por la escasez, de vínculos de proximidad, tanto en términos de amistad y de vecindad como de lazos comunitarios a nivel local, en términos generales se trata de redes empobrecidas, con escasos vínculos de confianza e intensidad entre sus integrantes. Esta falta de articulación con el espacio local, evidencia la limitada inserción de lazos comunitarios y de vecindad, que potencian las desigualdades sociales por las que atraviesan; este resultado es preocupante si se considera en términos de redes de protección con las que pueden contar las adolescentes ante situaciones eventuales.⁽³⁰⁾

De acuerdo con Trinidad Noguera y Chávez Montes de Oca, la negligencia paterna corresponde a aquella dinámica establecida por los padres en la que existe ausencia de límites hacia los hijos, en este caso las adolescentes lo perciben como desinterés, falta de apoyo y experimentan insatisfacción en la orientación, en temas relevantes como la sexualidad y reproducción; repercutiendo en la relación de convivencia de los adolescentes con sus padres y la ocurrencia de embarazo precoz en un 36% quedando demostrado que las adolescentes que no conviven con sus padres tienen 2.6 veces más probabilidad de presentar un embarazo no deseado.⁽³¹⁾

Por ello el medio familiar en el que las relaciones parento-filiales combinan el afecto con la promoción de la autonomía, presenta resultados óptimos para el desarrollo del adolescente, siendo el afecto el tono emocional de la relación, de calidez que facilita la cohesión familiar, la confianza y aceptación de los valores parentales por los hijos y las hijas. ⁽³²⁾

La necesidad de conocer que factores sociales influyen en el embarazo de la madre adolescente, que contribuyen a una serie de cambios en el área de la sexualidad, desarrollo psicosocial, y regulación interna de la autoestima, y su asociación con necesidades emocionales satisfechas, ya que la actitud que toma la adolescente ante la maternidad y su hijo, repercute fuertemente en las condiciones de seguridad, apoyo social y familiar. ^{(33) (34)}

En el estudio realizado en la unidad de medicina familiar No.20 y la unidad de investigación epidemiológica del Instituto Mexicano del Seguro Social, determina que la familia y su nivel de comunicación entre sus integrantes, el control y monitoreo de la conducta, y la cercanía, desempeñan un papel importante como promotores o protectores de las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. ⁽³⁵⁾

Teresa Yago de la universidad de Zaragoza en su estudio realizado consideran que para mejorar los índices de embarazos no planificados entre las jóvenes, hay que considerar la influencia del entorno familiar, el nivel socioeconómico y detectar y atender problemas de dinámica entorno a la relación familiar.⁽³⁶⁾ Las relaciones intrafamiliares son el resultado de las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia, para afrontar problemas, expresar emociones, el grado de unión familiar que le permitan adaptarse a situaciones de cambio, es así como surge Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.) validada en población adolescente mexicana, creada por Rivera-Heredia,

Andrade-Palos, donde la dimensión de UNIÓN Y APOYO mide la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, convivir y apoyarse mutuamente, la dimensión de DIFICULTADES identifica el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia y finalmente, la dimensión de EXPRESIÓN mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de cada integrante de la familia, con una confiabilidad Alpha de 0.93. ⁽³⁷⁾

Los usos y aplicaciones de la escala de ERI, están relacionados con las dificultades en el ambiente familiar, los cuales se relacionan con múltiples síntomas tanto físicos como psicológicos, según Rivera se encontró que un factor protector, fue la expresión en la familia que implica la posibilidad de comunicar los sentimientos y emociones en un contexto de aceptación y respeto por parte de los integrantes la misma, demostrando que el fortalecimiento de la comunicación familiar es favorable para el entorno familiar. ⁽³⁸⁾La salud sexual y reproductiva recobra gran importancia, para el Sistema Nacional de Salud debiendo promover consultas integrales con servicios de atención médica para este segmento de la población, en un marco de respeto a los derechos humanos, con perspectiva de género, diseñando intervenciones preventivas y de promoción para la salud, para que esta población adopte por convencimiento propio, estilos de vida adecuados con amplios márgenes de seguridad para una transición a la vida adulta saludable. ⁽³⁹⁾

5.- JUSTIFICACIÓN

El presente protocolo de Relaciones intrafamiliares en mujeres adolescentes embarazadas adscritas a HGZ MF No.1 Pachuca Hidalgo fue de gran, utilidad para identificar las relaciones intrafamiliares de las adolescentes embarazadas, y continuar mejorando el bienestar psicológico entre los integrantes de la familia que permita afrontar de la mejor manera esta crisis para normativa. Como médicos familiares, debemos realizar una atención integral, donde no solo se evalúe al paciente y sus enfermedades, si no también identifiquemos una adecuada interacción familiar, valiéndose de estrategias que le permitan evaluar, no solo condiciones biológicas, sino también el entorno familiar en que se desarrollan las adolescentes embarazadas, con la finalidad de identificar las relaciones intrafamiliares, en torno a su unión y apoyo, pertenencia con el sistema familiar, así como la adecuada comunicación entre los integrantes de la familia, que les permitan afrontar de una manera favorable los conflictos que durante el embarazo pudiesen presentar, facilitando el desarrollo de una transición saludable hacia la madurez. En el HGZ MF No 1 de Pachuca, Hgo no hay antecedentes de estudios realizados, por lo que ambiente familiar en el que se desarrollan las embarazadas adolescente impacta en el adecuado control prenatal. El estudio fue viable ya que se llevó a cabo en el HGZ No.1, donde contamos con población adolescente que cursa con embarazo, y que acuden diariamente a recibir atención médica, resultando factible ya que se trabajó con la aplicación de la escala de relaciones intrafamiliares, en la consulta externa de medicina familiar.

6.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia, constituye la piedra angular de la sociedad ya que sigue siendo el principal sistema de formación para el adolescente convirtiéndose en un factor de riesgo, cuando existen modelos parentales inadecuados que repercuten en la morbilidad sexual y reproductiva de las adolescentes condicionando embarazos tempranos, documentándose que más del 40% de las mujeres que se embarazan en la adolescencia no planean o no desean el embarazo en ese momento, repercutiendo en la inestabilidad de la esfera psicológica para lo cual se requiere de gran apoyo de su entorno familiar.

Durante el año 2015 en el HGZ MF No.1 de Pachuca Hidalgo se registraron 90 embarazos en adolescentes, en su mayoría estudiantes, y durante los meses de septiembre y octubre se obtuvieron registros de 51 ingresos de nuevas embarazadas adolescentes adscritas a esta unidad, derivado de ello identificar la problemática que rodea a la adolescente embarazada junto con su núcleo familiar, permitirá ampliar el conocimiento de la interacción familiar, en la que se desenvuelve la adolescente embarazada, repercutiendo en la adecuada atención durante el embarazo.

Bajo estos conceptos se deriva la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son las relaciones Intrafamiliares en Mujeres adolescentes embarazadas adscritas al HGZ Y MF No.1 Pachuca Hidalgo?

7.-OBJETIVOS

General

Identificar las relaciones intrafamiliares en mujeres adolescentes embarazadas adscritas al HGZ Y MF No.1 Pachuca Hidalgo

Objetivos Específicos

- Identificar las relaciones intrafamiliares predominantes de las adolescentes embarazadas.
- Identificar la edad de las adolescentes embarazadas.
- Identificar la etapa de la adolescencia en que se encuentran las adolescentes embarazadas.
- Identificar el estado civil de las adolescentes embarazadas.
- Identificar la ocupación de las adolescentes embarazadas.

8.- HIPOTESIS

Alternativa

Las relaciones Intrafamiliares en Mujeres adolescentes embarazadas adscritas al HGZ Y MF No.1 Pachuca Hidalgo que predominan, son las de Unión y apoyo.

Nula

Relaciones Intrafamiliares en Mujeres adolescentes embarazadas adscritas al HGZ Y MF No.1 Pachuca Hidalgo que no predominan, son las de Unión y apoyo.

9.- MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio:

Observacional.

Trasversal.

Descriptivo:

Prolectivo.

Universo de Población

Universo de trabajo: Adolescentes embarazadas adscritas al HGZ con MF No.1 de Pachuca Hidalgo que acudan a control prenatal a la consulta externa de Medicina Familiar

Lugar donde se desarrolló el estudio.

Se desarrolló en la consulta externa del HGZMF No. 1. Ubicada en Av. Francisco I Madero 407, Nueva Francisco I Madero Pachuca Hidalgo

Muestra

Tamaño de Muestra:

El cálculo del tamaño de muestra será realizado por medio de fórmula de proporciones, con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 p (1-p)}{d^2} = \frac{(1.96)(0.5)(1-0.5)}{0.15 (0.15)} = 43$$

De donde:

Universo de estudio: no conocido.

Nivel de confianza: 95% de donde valor ($Z_{\alpha/2}$)= 1.96

Proporción esperada: desconocida (p) = 50%= 0.5

Precisión: (d) = 15%=0.15

Resultado del cálculo (n): 43 pacientes

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión

- Adolescentes embarazadas 10-19 años de edad.
- Derechohabientes, adscritos al HGZ MF No.1
- Que acepten participar en el estudio, mediante un consentimiento informado.
- Que sepan leer y escribir
- Contestar el instrumento de recolección de datos

Criterios de Exclusión

- Mujeres adolescentes embarazadas con comorbilidades asociadas.

Criterios de eliminación

- Mujeres adolescentes que no respondieron adecuadamente el instrumento de evaluación.

Instrumento de medición

Se aplicó la escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (ERI) versión larga, es una escala auto aplicable con cinco opciones de respuesta que varían de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, la escala consta de tres versiones larga con 56 reactivos, intermedia 37 reactivos y breve 12 reactivos, contando con altos niveles de confiabilidad cada una de las versiones, describiendo las características psicométricas de la versión larga basado en las dimensiones de unión y apoyo cuyos ítems son 5,10,15,20,25,30,35,40,45,50,55, capacidad para expresar sentimientos en un ambiente de respeto 1,3,6,11,13,16,18,21,23,26,28,31,33.

Percepción de dificultades y conflictos 2,4,7,9,12,14,17,19,22,24,27,29,32,34,37,39,42,44,47,49,52,54,56. Donde se sumaran el total de reactivos que integra cada dimensión se sacara el promedio de la dimensión, siendo el puntaje final de la dimensión, clasificando los puntajes obtenidos en la escala de relaciones intrafamiliares, se recomienda identificar el punto de corte por cada grupo poblacional específico, dividiendo a los participantes entre quienes se ubican dentro del grupo con puntajes altos (25% más alto) y quienes se ubican en el grupo con puntajes bajos (25% más bajo).

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: MUJERES ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Variable	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Indicador	Fuente	Análisis Estadístico
Edad	Cuantitativa	Años de vida cumplidos de un individuo	Años de vida que tiene la adolescente al momento del interrogatorio	Razón Discreta	10, 11-19	Encuesta	Medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión
Etapa adolescencia	Cualitativa	La Adolescencia es la Etapa del desarrollo humano comprendida entre los 10 y 19 años de edad.	Etapa en la que se encuentra la paciente al momento del interrogatorio, y que se clasifica en: temprana (10 a 13 años), media (de los 14 a los 16 años) y tardía (17 a 19 años).	Ordinal Politémica	a) Adolescencia Temprana (10 a 14 años) b) Adolescencia media (15 a 16 años) c) Adolescencia tardía (17 a 19 años).	Encuesta	Valores absolutos y valores relativos (%)
Edad Gestacional	Cuantitativa	Duración del embarazo, calculada desde el primer día de la última menstruación hasta el nacimiento.	Periodo comprendido entre la concepción hasta el momento actual de la gestación. Se expresa en semanas completas.	Discreta	<15 semanas 15 a 28 semanas >28 semanas	Encuesta	Valores absolutos y valores relativos (%)
Estado Civil	Cualitativa	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	Situación personal en que se encuentra una persona física en relación a otra	Nominal politómica	Soltera Casada Divorciada Viuda	Encuesta	Valores absolutos y valores relativos (%)

Escolaridad	Cualitativa	Tiempo durante el cual un alumno asiste a la escuela o centro educativo	Grado académico en el que se encuentra en el momento del estudio cada individuo	Nominal	Primaria Secundaria Preparatoria Ninguna	Encuesta	Valores absolutos y valores relativos (%)
Ocupación	Cualitativa	Es el conjunto de tareas laborales determinadas por el desarrollo de la técnica, la tecnología y la división del trabajo	Funciones, y obligaciones de un individuo durante una actividad	Nominal	Estudiante Empleada Ama de casa Ninguna	Encuesta	Valores absolutos y valores relativos (%)

VARIABLE DEPENDIENTE: RELACIONES INTRAFAMILIARES

Variable	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Indicador	Fuente	Análisis Estadístico
Relaciones intrafamiliares	Cualitativa	Son las interconexiones, que se dan entre los integrantes de cada familia, incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, así como el estilo de la familia para afrontar problemas, expresar emociones, manejar reglas de convivencia, y adaptarse a situaciones de cambio	Unión y apoyo Es la capacidad para expresar ideas en buen ambiente y la percepción de dificultades y conflictos. Expresión Es la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas, y acontecimientos de los	Nominal Politómica	Grupos con puntajes bajos Grupos con puntajes medio bajo Grupos con puntajes medios Grupo puntaje medio alto Grupo puntaje alto Unión y	Escala de ERI versión Larga 5,10,15,20,25,30,35,40,45,50,55	Valores absolutos y valores relativos (%)

			integrantes de la familia, en un ambiente de respeto. Dificultades Evalúa las relaciones intrafamiliares consideradas por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles.		apoyo	1,3,6,11,13,16,18,21,23,26,28,31,33,36,38,41,43,46,48,51	
					Expresión		
					Dificultades	2,4,7,9,12,14,17,19,22,24,27,29,32,34,37,39,42,44,47,49,52,54,56	

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, prolectivo, en el HGZ MF No.1 de Pachuca Hidalgo. Se identificaron a las adolescentes embarazadas, entre 10-19 años de edad, adscritas al HGZ MF No.1 de Pachuca Hidalgo que asistieron a la consulta de medicina familiar, de ambos turnos, cumpliendo con los criterios de selección, con previa explicación del objetivo del estudio y firma de consentimiento informado, hasta obtener el número de pacientes indicados para el tamaño de muestra.

Se solicitó a las pacientes seleccionadas, a que respondieran el cuestionario de datos generales, exprofeso (Anexo 2) y la escala de ERI (Anexo 3), cuya aplicación tuvo una duración de aproximadamente 20 minutos en su versión larga, donde los reactivos estuvieron organizados para evaluar tres dimensiones: Unión, Expresión y Dificultades, con cinco opciones de respuesta del totalmente de acuerdo, al totalmente en desacuerdo, tomando los siguientes puntajes de acuerdo con lo propuesto, por el departamento de psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, realizada por la maestra Marisol Morales y Maestra Damaris Díaz, donde clasifican los puntajes que respondieron la escala de 56 reactivos, con la sumatoria de los puntajes totales.

ESCALAS	ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO	MEDIO- BAJO	BAJO
EXPRESIÓN	110-94	93-77	76-56	55-39	38-22
DIFICULTADES	115-98	97-80	79-59	58-41	40-23
UNION	55-47	46-38	37-29	28-20	19-11
TOTAL	180-156	155-131	130-106	105-81	80-56

PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS ESTADISTICOS

Una vez finalizada la aplicación de las encuestas, se realizó la captura de datos en hoja de Excel desarrollada para el estudio; una vez completada la captura de hojas de registro de datos, se revisaron las variables que generaron errores o confusión en el estudio, por lo que se eliminaron, posteriormente se procedió a la captura de datos en el programa estadístico de SPSS versión 18, con identificación y codificación de cada una de las variables una vez que se completó la captura y codificación se realizó el análisis estadístico de las variables para dar respuesta a los apartados de esta investigación.

Análisis univariado:

La descripción de las variables cualitativas será por medio de valores absolutos y valores relativos (porcentajes).

Se realizó el siguiente análisis de las variables en el programa estadístico SPSS:

- variables nominales: moda, frecuencias y porcentajes.
- variables continuas: frecuencias, porcentajes, media, mediana, moda.
- variables ordinales: frecuencias, porcentajes, mediana, moda.

ASPECTOS ETICOS

Conforme al REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en el TITULO SEGUNDO De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Dispone en el ARTÍCULO 13 que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

En ARTÍCULO 17.- Se considera como Investigación sin riesgo: a aquellos estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

En lo que se refiere a la Investigación en Menores de Edad o Incapaces en CAPITULO III, ARTICULO 36.- menciona que para la realización de investigaciones en menores o incapaces, deberá en todo caso, obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate. Cuando dos personas ejerzan la patria potestad de un menor, sólo será admisible el consentimiento de una de ellas si existe imposibilidad fehaciente o manifiesta de la otra para proporcionarlo o en caso de riesgo inminentes para la salud o la vida del menor o incapaz.

La investigación se rige de acuerdo a la DECLARACION DE HELSINKI, última actualización (Fortaleza, Brasil, 2013), del apartado Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, mencionando en el apartado 3. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los

que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

Para la realización de este protocolo se hará uso del consentimiento informado tanto por los padres como por los adolescentes, los cuales se encuentran en anexo 1 y 2

10. RESULTADOS

Se invitó a participar a las adolescentes embarazadas que cumplieran con los criterios de inclusión y en caso de aceptación se les proporciono el consentimiento informado, fueron seleccionados 43 adolescentes embarazadas, de las cuales se solicitó que respondieran la escala de ERI y datos de su ficha de identificación, los resultados fueron captados en base de datos en Excel.

De acuerdo con la variable de Edad las adolescentes embarazadas, como se observa en esta tabla el 39.5% presento una edad de 19 años al momento del estudio, con un 27.9% 18 años, 23.3% 17 años y solo el 9.3% con 16 años de edad.

Tabla1:Distribución de Frecuencia de la edad de población de estudio

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
16	4	9,3	9,3
17	10	23,3	32,6
18	12	27,9	60,5
19	17	39,5	100,0
Total	43	100,0	

Fuente cuestionario de relaciones intrafamiliares

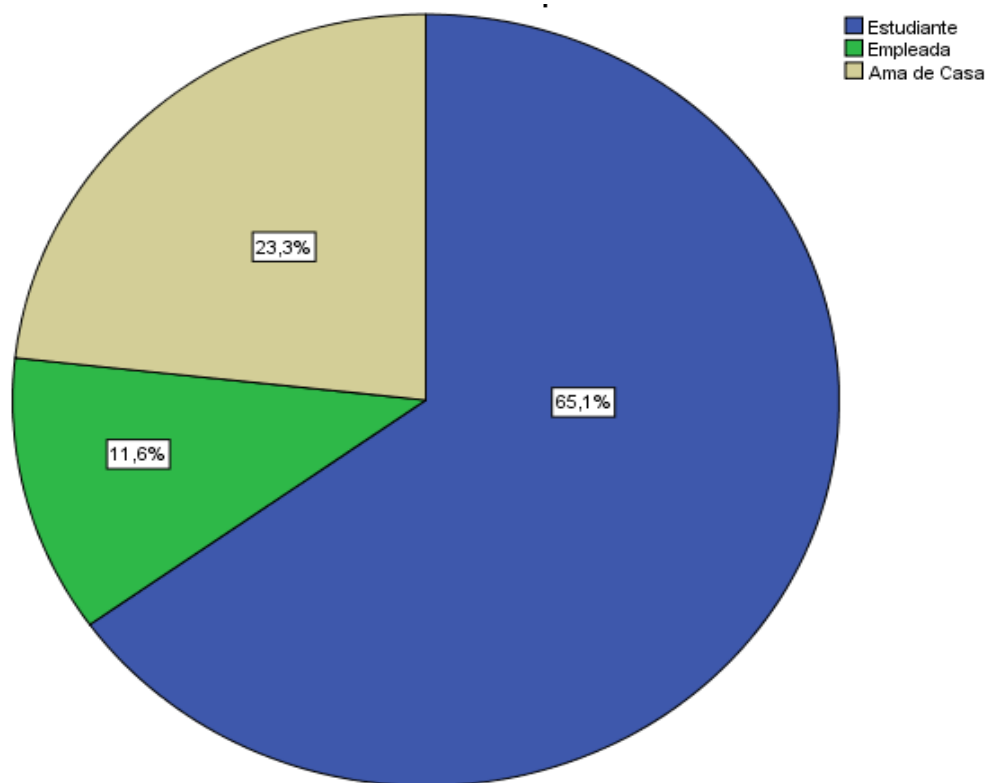
Tabla No. 2 Distribución de frecuencia de la etapa de adolescentes

Etapa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
media	4	9,3	9.3
tardía	39	90,7	100,0
Total	43	100,0	

Fuente: Cuestionario de recopilación de Relaciones Intrafamiliares

Como observamos en la tabla No. 2, el 90.7% se encontró en etapa tardía durante su embarazo, con 39 adolescentes que presentaron edades de entre 17 y 19 años de edad. Solo el 9.3% se encontró en etapa media de la adolescencia en edades de 15 y 16 años de edad.

Figura No.1 Distribución Ocupación de Adolescentes

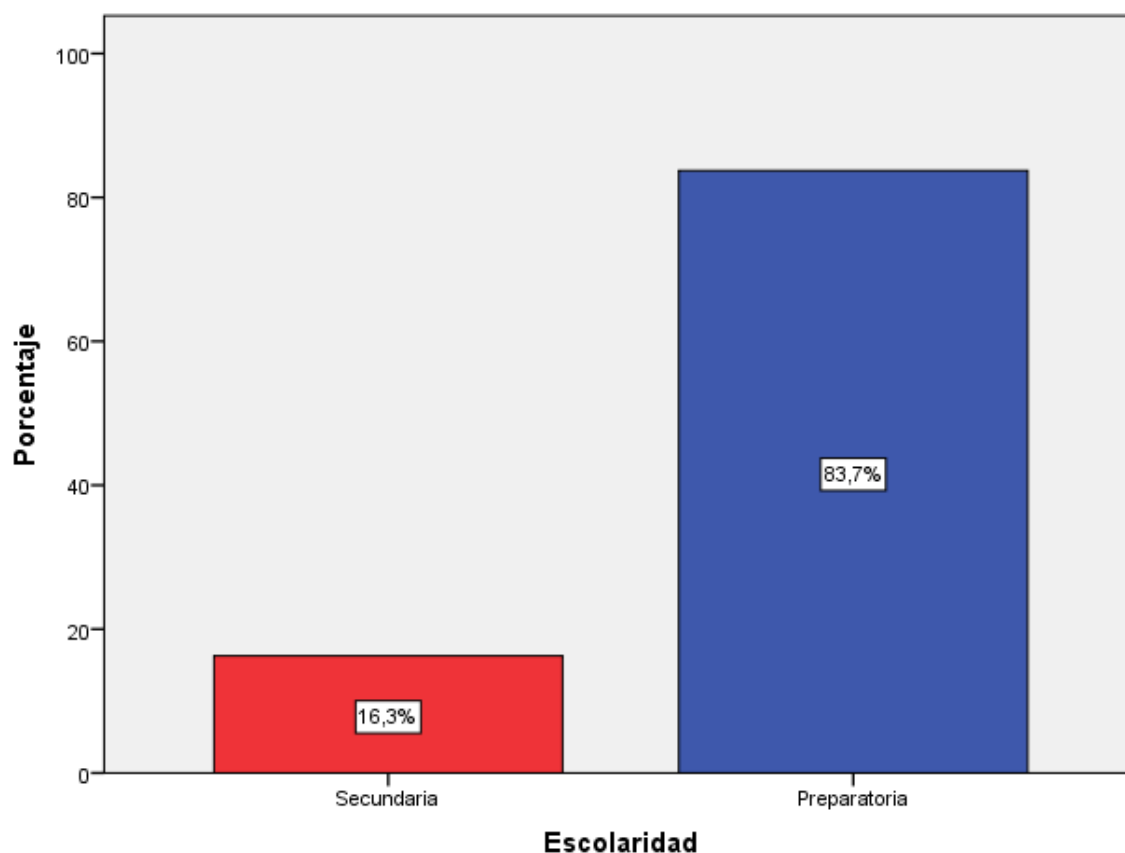


Fuente: Cuestionario de recopilación de Relaciones Intrafamiliares

De las 43 adolescentes embarazadas, del 100% el 65.1% son estudiantes (n=28), en segundo lugar 23.3%(n=10) ama de casa y en tercer sitio 11.6%(n=5) son empleadas.

Como se muestra en la figura No. 2 el 83.7% (n=36) son estudiantes de preparatoria y el 16.3% (n=7) estudiante de secundaria, cuyo predominio de embarazos continua siendo en edad escolar.

Figura No.2 Distribución de Frecuencia de escolaridad de población en estudio.



Fuente: Cuestionario de recopilación de Relaciones Intrafamiliares

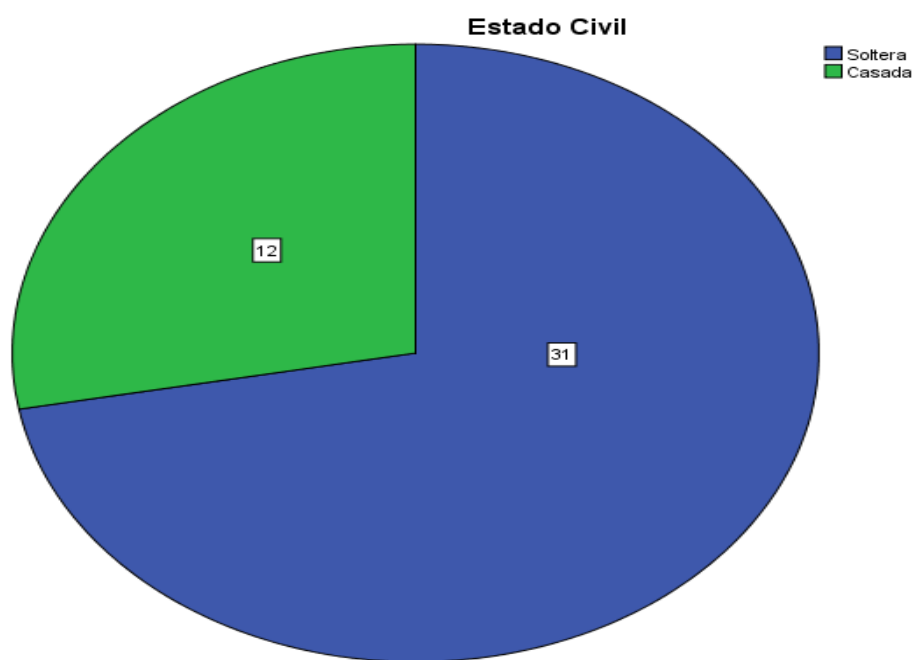
Tabla No.3 Distribución de Frecuencia de las Semanas de Gestación de Población en estudio

Semanas de Gestación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 15 semanas de gestación	3	7,0	7,0
15 a 28 semanas de gestación	9	20,9	27,9
Más de 28 semanas de gestación	31	72,1	100,0
Total	43	100,0	

Fuente: Cuestionario de recopilación de Relaciones Intrafamiliares

La población adolescente embarazadas al momento del estudio, del 100%, el 72.15 se encontró en el tercer trimestre de gestación.

Figura No.3 Distribución de Frecuencia del estado civil de la Población en estudio



Fuente: Cuestionario de recopilación de Relaciones Intrafamiliares

En relación al estado civil estadísticamente se encontró, que el mayor porcentaje se ubicó en estado civil soltero, con 31 mujeres (72.1%) y 12 mujeres en estado civil casado equivalente a (27.9%).

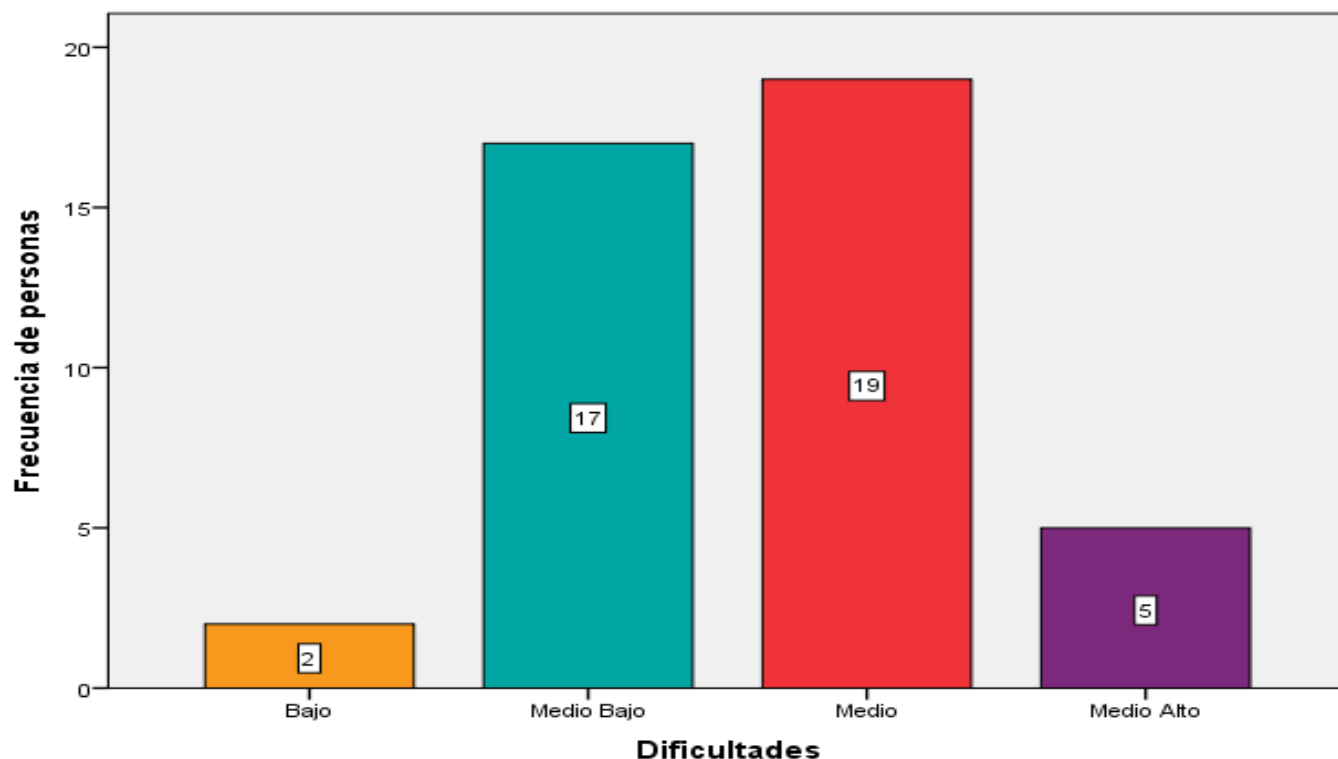
Tabla No. 4 Distribución de Frecuencia de la Evaluación de la escala de relaciones intrafamiliares en la dimensión de Expresión

Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
12	27,9	27,9
21	48,8	76,7
10	23,3	100,0
43	100,0	

Fuente: Cuestionario de recopilación de Relaciones Intrafamiliares

En cuanto a la evaluación de relaciones intrafamiliares de las 43 adolescentes embarazadas en la dimensión de Expresión, el 48.8% (n=21) se encontró en un puntaje medio alto, para expresar sus emociones frente a su familia, el 27.9% (n=12) obtuvo un puntaje medio, y solo el 23.3% (n=10) presentaron un puntaje alto.

Figura No.4 Distribución de Frecuencia de la evaluación de la escala de relaciones intrafamiliares en la dimensión de Dificultades



Fuente: Cuestionario de recopilación de Relaciones Intrafamiliares

Al analizar la frecuencia de la dimensión de dificultades y conflictos que perciben y afrontan las adolescentes embarazadas dentro de su familia, obtuvieron un puntaje medio con el 44.2% (n=19), puntaje medio bajo con 39.5% (n=17), el 4.7% (n=2) puntaje bajo. Y solo 11.6% (n=5) obtuvieron puntajes altos, es decir que no percibe, ni afronta conflictos en su entorno familiar.

Tabla No. 5 Distribución de Frecuencia de la evaluación de la escala de relaciones intrafamiliares, en la dimensión Unión y Apoyo

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medio	9	20.9	20.9
Medio Alto	26	60.5	81.4
Alto	8	18.6	100,0
Total	43	100.0	

Fuente: Cuestionario de recopilación de Relaciones Intrafamiliares

De las adolescentes embarazadas el 60.5% (n=26) presentaron un puntaje medio alto, percibiendo de manera favorable unión y apoyo por parte de su familia encontrando al 18.6% de la población en estudio con un puntaje alto y finalmente el 20.9% (n=9) obtuvo un puntaje medio.

11.- DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue identificar las relaciones intrafamiliares en mujeres adolescentes embarazadas, debido a que, viven una serie de sentimientos y transformaciones en su dinámica familiar, generando una problemática que repercute en ocasiones la salud de la adolescente y el recién nacido.

Al analizar los resultados, de acuerdo con el puntaje obtenido en la escala de relaciones intrafamiliares, se encontró que el 60 % de las adolescentes embarazadas adscritas al HGZ y MF No.1 presenta un puntaje medio alto en la dimensión de unión y apoyo, por lo que se puede atribuir a que perciben sentimientos de cariño, calidez, donde un 20% presento puntaje medio, sintiendo solo en ocasiones el apoyo familiar, ya que sus respuestas en su mayoría se encontraron en neutral, ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 18% de la población estudiada, obtuvo un puntaje alto percibiendo en su entorno familiar, cariño y apoyo absoluto, traduciéndose en una adecuada cohesión familiar, combinado el afecto con la promoción de la autonomía, obteniendo un estímulo para su desarrollo, reconociendo de manera especial el valor del afecto parental.

En este estudio se encontró que las adolescentes embarazadas se presentaron en una etapa tardía 17- 19 años de edad, donde en mayor porcentaje continúan siendo estudiantes de educación media superior, con 83% (n= 28),seguidas de un 16%(n=7) estudiantes de secundaria donde el 72% (n=31) son solteras, y el 27.9% (n=12)son casadas destacando que las edades en las que se encuentran son de entre 16 y 18 años siendo estas en su mayoría amas de casa, representando el 23.3% (n=10) y solo el 11%(n=10) son empleadas con edades que oscilan de entre 18-19 años.

En la dimensión de expresión, de la escala de relaciones intrafamiliares las adolescentes embarazadas el 48 %(n=21) presento un puntaje medio alto, lo cual traduce que expresan abiertamente sus emociones seguido del 27%(n=12) con

un puntaje medio, donde en ocasiones se callan sus sentimientos y el 23% (n=10) obtuvieron puntajes altos, es así como el expresar sus sentimientos frente a su familia, representa uno de los aspectos del funcionamiento familiar en relación con la calidad de la comunicación entre sus integrantes, derivado de ello, un adecuado funcionamiento que constituye para la embarazada adolescente la posibilidad de menor o mayor vulnerabilidad para enfermar. ⁽²⁵⁾

El análisis de los resultados en la dimensión de dificultades, el 44% (n=19) de las adolescentes embarazadas presento un puntaje medio el cual se relaciona a la identificación del grado de percepción de conflicto dentro de la familia, destacando que obtuvieron un promedio de 79-59 puntos donde la mayoría de las respuestas, se mantuvieron neutrales en cuanto a la percepción de dificultades dentro de su familia, perciben que los conflictos en su familia nunca se resuelven, seguida de un 39% (n=17) con puntaje medio bajo con un promedio de 58-41 y solo 4% (n=2) con puntajes bajos estando de acuerdo que viven en una atmosfera familiar desagradable y solo el 11%(n=5) presentaron puntajes medio alto, es decir que no perciben ningún tipo de problema familiar, coincide con el estudio realizado en Brasil por Silva y Tonete donde se encontró que el embarazo de adolescentes a pesar de ser aceptado por la familia, es evaluado como generador de tensión y conflictos en las relaciones familiares este estudio revela además que la forma en que las adolescentes viven su maternidad está influenciada significativamente por la calidad de las relaciones que experimentan los miembros de su grupo familiar. ⁽²³⁾

12.- CONCLUSIONES

La pregunta planteada en la investigación fue ¿Cuáles son las relaciones Intrafamiliares en Mujeres adolescentes embarazadas adscritas al HGZ Y MF No.1 Pachuca Hidalgo? El resultado del estudio clínico, arroja tres dimensiones la percepción de unión y apoyo, la expresión de emociones y percepción de dificultades dentro de la familia, donde las relaciones intrafamiliares que predominan con puntajes medios altos, son la unión y apoyo, así como la expresión de emociones, concluyendo que la presencia de embarazo en adolescentes, continúa influyendo en el contexto familiar, debido a que es una crisis para normativa la cual puede persistir o superarse y en su mayoría continúan con una percepción negativa de los conflictos familiares dentro de su familia.

En los objetivos secundarios la edad predominante fue de 17-19 años encontrándose en una etapa tardía de la adolescencia, la mayor parte de las adolescentes embarazadas se encuentran solteras y son estudiantes de nivel medio superior, la hipótesis planteada, resulta adecuada ya que la relación intrafamiliar que predomina es la dimensión de unión y apoyo familiar. Sin embargo el problema no se encuentra en esta dimensión, ya que es todo el contexto familiar donde radica la importancia de una adecuada educación, capacitación en materia de sexualidad.

Es así como la atención médica ofrecida en el primer nivel de atención deberá ser integral, con fortalecimiento en las adecuadas relaciones intrafamiliares a través de una participación activa que permita reforzar la importancia de un adecuado control prenatal y sus complicaciones inherentes y a su vez un proceso formativo en educación sexual que contribuya la prevención de embarazos tempranos.

13.- RECOMENDACIONES

- Una vez que se presenta el embarazo en adolescentes, se debe proporcionar información adecuada y eficaz a su familia sobre complicaciones, signos de alarma y la importancia de un adecuado control prenatal. Por lo que será importante que este tipo de población continúe de manera mensual su consulta de control prenatal sin ser referidas a la enfermera materno – infantil.
- En el Instituto, se ha incrementado la derechohabencia de la población adolescente, por lo que sería conveniente un módulo de atención a los adolescentes, con el objetivo de proporcionar información sobre temas de sexualidad y reproducción, con el fin de retardar el inicio de vida sexual de una manera responsable que permita no solo un embarazo no deseado si no también infecciones de transmisión sexual y secundariamente se vean alteradas sus relaciones intrafamiliares.
- Establecer estrategias que permitan la difusión, en centros escolares respecto a las consecuencias de un embarazo a edad temprana y el contacto sexual con protección.

14.- Bibliografía

1. Brizuela V, Avalos E, Ramos S, El embarazo en la adolescencia, Observatorio de salud sexual y reproductiva. Centro Rosario de estudios perinatales, Argentina 2014.
2. Instituto Nacional de Salud Publica. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. técnico. Mexico: secretaria de Salud; 2012.
3. Quiroz J, Atienzo L, Campero L, Suarez L. Entre contradicciones y riesgos: opiniones de varones adolescentes mexicanos sobre embarazo temprano y su asociación con el comportamiento sexual. Rev Sal Pub Mex 2014;56(2): 180-188.
4. Gobierno del Estado de Hidalgo. Programa Estatal de salud del estado de Hidalgo 2011-2016, secretaria de Gobierno 2011.
5. Alba F, Marleidys F, García R, Mezquia A. Características sociodemográficas y del comportamiento sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes. Rev Cubana Med Gen Integr. 2007; 23(1):15-38.
6. Santos JI, Villa JP, García MA. La transición epidemiológica de los adolescentes en México. Rev. Sal Pub Mex. 2003; 45(I):140-152.
7. García JR, Martínez, L, Reyes M. Programa de Acción específico, Salud materno y perinatal 2013-2018. Secretaria de salud 2013.
8. Mendoza LA, Arias M, Pedroza M. Actividad Sexual en adolescencia Temprana, Problema de Salud Publica en una Ciudad colombiana. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012;77(4):271-279.
9. Secretaria de Educación pública. Diagnóstico mundial de la juventud, México CONAPO 2010.
10. Baeza B, Poo A, Vasquez O, Muñoz S. Identificación de Factores de Riesgo y Factores protectores del embarazo en adolescentes de la Novena region. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007;72 (2):76-81.
11. Veloza MC. Salud familiar en familias con adolescente gestante. Av Enferm. 2012 Ene-abril;30(1):75-81

12. Nolasco M, Rodríguez L. Morbilidad Materna en gestantes adolescentes. Rev. Posgrado Vía cátedra de medicina. 2006;156:13-18
13. Garrido M, . Adopción del Rol Materno en madres adolescentes primerizas según grupo de conveniencia. Rev Psicol. 2011; 13:11-28 .
14. Campero L, Cuenca E, Atiezo L, Suarez B. Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes en Mexico. Gac Med Mex. 2013;149:299-307.
15. Veloza MC. Salud Familiar en Familias con Adolescentes Gestantes. Av Enferm. 2012; 30(1):75-81.
16. Atiezo E, Campero L, Lozada A, Herrera C. Aspiraciones Educativas y Familiares como Condicionantes en la Prevención de Embarazos Tempranos. Rev Sal Pub Mex. 2014; 56(3):287-294.
17. Wagner K, Ritt-Olson A, Chou C, et al. Associations between family structure, family functioning, and substance use among Hispanic/Latino adolescents. Psychol Addict Behav. 2010;24(1):98-108.
18. Díaz EC, Rodríguez, ML, Mota C, Espindola JG, et al. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescente embarazada. Rev. perinatol Repro Hum. 2006; 20(4):80-90
19. Cavedish W, Montague M, Craigh E, et al. Mothers and Adolescents perceptions of Family Environment and Adolescent Social, Emotional Functioning. J Child Fam Stud . 2014; 23(1):23-52.
20. Zicavo N, Palma C, Garrido G. Adaptación y validación del Faces - 20 Reconociendo el funcionamiento Familiar Chillan Chile. Rev. latinoam. cienc. Soc, niñez Juv. 2012; 10(1):219-234.
21. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad Familiar en adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM. 2004; 47(1):24-27.
22. Calderón J, Alzamora L. et al. Las relaciones Familiares en la Voz de Chicos y chicas adolescentes. Rev. de psic da Crianca e do Adolescente Lisboa. 2014; 5(2):11-30.
23. Dini E, Garcia A, Nieto CJ, et al. Características Familiares y apoyo percibido

entre Adolescentes Brasileños con o sin experiencia de Embarazo. Avances en Psicología Latinoamericana /Bogota /Colombia. 2012; 30(1):65-80.

24. Gómez E, Castillo I, Cogollo Z. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2013; 42 (1):72-80.
25. Werich M, Hidalgo C. intervención de salud en familias con alto riesgo Biopsicosocial: seguimiento a largo plazo del funcionamiento familiar. Psykhe (Santiago). 2004; 13(1):33-42.
26. Ortega A, Fernández A, Félix M, et al. Funcionamiento familiar , su percepción por diferentes grupos generacionales, y signos de alarma. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2003 ; 19(4) 15-30.
27. Arias CM, Carmona I, Castaño JJ. et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a control prenatales en centros de Salud ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia) 2012. Archivos de Medicina.2013; 13(2): 142-159.
28. Hernández, L, Cargil N, Gutiérrez G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio Superior Jonuta, Tabasco 2011. Salud en Tabasco 2012; 18(1): 14-23.
29. Urreta ML. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan Lurigancho.2008; 4-70.
30. Guridi M, Pedraza F, Cabana D, et al Caracterización psicosocial de adolescentes embarazadas atendidas en el área de Salud de Calabazar. Rev. de psicología Científica.2014 Feb;23(1):14-79.
31. Noguera, K; Chávez, T; Carrasco, B. Percepción de la relación afectiva con los padres como principal factor que influye sobre el embarazo en adolescentes en Veracruz, México. Rev. Sobre la Infancia y la Adolescencia 2015;8: 75-83.
32. . Quesada M, Romero MC, Prieto M, Rodríguez, C. et al, Caracterización del embarazo en la adolescencia. Rev. arch Méd Camagüey. AMC 2010; 14(3): 1-14.
33. Mora AM, Hernández M. Embarazo en la adolescencia. Ginecol Obstet Mex.

2015; 83:294-301.

34. Ibáñez LL. El embarazo en adolescentes estudiantes de bachillerato: repercusiones psicológicas y sociales. 2013;2:35-50. Disponible en: chat.iztacala.unam.mx/cshat/index.php/cshat/article/view/5
35. Sotomayor P L; Jiménez F; Vázquez A; García M, et al Impacto de la Familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. Rev Med Inst Mex seguro Soc. 2014;52(1):38-43
36. Yago T , Aznar, CT. ¿Influye la familia de origen en el embarazo no planificado de adolescentes y jóvenes?.Rev. Prog Obstet Ginecol. 2015; 58(3); 118-124.
37. Rivera ME, Andrade P. Instrumento de evaluación de las relaciones intrafamiliares. Uaricha Rev de Psico. 2010;14:12-29.
38. Morales M, Rivera G. Relación entre recursos personales y familiares en adolescentes tardíos. Uaricha Rev de Psico;2012 ;19: 46-58
39. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2014, Atención a la Salud del Grupo Etario de 10-19 años de edad. Secretaria de Salud; 2014.

15.-Anexos Instrumento de recolección de datos

		Instituto Mexicano del Seguro Social HGZ y MF No1 Pachuca Hidalgo.			
Instrumento de Recolección de datos.					
Relaciones Intrafamiliares en Mujeres adolescentes embarazadas adscritas al HGZ Y MF No.1 Pachuca Hidalgo					
Folio_____					
I. Ficha de Identificación:					
NSS_____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ SDG_____					
Consultorio _____ Turno: Matutino () Vespertino ()					
Estado civil: Soltera () Casada () Divorciada () Viuda ()					
Escolaridad: Primaria () Secundaria () Preparatoria () Ninguna ()					
Ocupación: Estudiante () Empleada () Ama de casa () Ninguna ()					
<u>Instrucciones:</u> A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala. 5. Totalmente de acuerdo. 4. De acuerdo. 3. Neutral (ni de acuerdo ni desacuerdo) 2. En desacuerdo. 1. Totalmente en desacuerdo.					
APARTADO 1: Cuestionario de Evaluación de relaciones intrafamiliares. Versión Breve.					
Ítem	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral (ni de acuerdo ni desacuerdo)	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

1. En mi familia hablamos con franqueza	5	4	3	2	1
2. Mi familia no hace las cosas juntas	5	4	3	2	1
3. Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista	5	4	3	2	1
4. Hay muchos malos sentimientos en la familia	5	4	3	2	1
5. los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos	5	4	3	2	1
6. en casa acostumbramos a expresar nuestra opiniones	5	4	3	2	1
Ítem	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral (ni de acuerdo ni desacuerdo)	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
7. Me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia	5	4	3	2	1
8. En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones	5	4	3	2	1
9. Frecuentemente tengo que adivinar sobre que piensan los otros miembros de la familia o sobre cómo se sienten	5	4	3	2	1
10. somos una familia cariñosa	5	4	3	2	1
11. Mi familia me escucha	5	4	3	2	1

12. es difícil llegar aun acuerdo con mi familia	5	4	3	2	1
13. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	5	4	3	2	1
14. En mi familia nadie se preocupa por los sentimientos de los demás	5	4	3	2	1
15. En nuestra familia hay un sentimiento de unión	5	4	3	2	1
16. En mi familia yo me siento libre de expresar mis emociones	5	4	3	2	1
17. La atmosfera de mi familia usualmente es desagradable	5	4	3	2	1
18. Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente.	5	4	3	2	1
19. Generalmente nos desquitamos con la misma persona de la familia cuando algo sale mal	5	4	3	2	1
20. Mi familia es cálida y nos brinda apoyo	5	4	3	2	1
21. Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes.	5	4	3	2	1

22. Encuentra difícil expresar mis opiniones en la familia					
Ítem	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral (ni de acuerdo ni desacuerdo)	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
23. En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión	5	4	3	2	1
24. Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia	5	4	3	2	1
25. Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	5	4	3	2	1
26. Nosotros somos francos unos con otros	5	4	3	2	1
27. Es difícil saber cuáles son las reglas que siguen en nuestra familia	5	4	3	2	1
28. En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	5	4	3	2	1
29. Los miembros de la familia no son muy receptivos para los puntos de vista de los demás.	5	4	3	2	1
30. Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos con otros.	5	4	3	2	1

Ítem	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral (ni de acuerdo ni desacuerdo)	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
31. En mi familia , yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga.	5	4	3	2	1
32. Los conflictos en mi familia nunca se resuelven	5	4	3	2	1
33. En mi familia expresamos abiertamente nuestros emociones	5	4	3	2	1
34. Si las reglas se rompen no sabemos esperar	5	4	3	2	1
35. Las comidas en mi casa, usualmente son amigables y placenteras	5	4	3	2	1
36. En mi Familia nos decimos las cosas abiertamente	5	4	3	2	1
37. Muchas veces los miembros de la familia se callan sus sentimientos para ellos mismos.	5	4	3	2	1
38. Nos contamos nuestros problemas unos a otros	5	4	3	2	1
39. Generalmente cuando surge un problema cada miembro de la familia confía en si mismo.	5	4	3	2	1
40. Mi familia tiene todas las cualidades que yo siempre	5	4	3	2	1

quise en una familia					
41. En mi familia, yo siento que puedo hablar de las cosas y soluciones a los problemas	5	4	3	2	1
42. Nuestra familia no habla de sus problemas	5	4	3	2	1
43. Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos	5	4	3	2	1
44. El tomar decisiones es un problema en nuestra familia	5	4	3	2	1
45. Los miembros de la familia realmente se apoyan	5	4	3	2	1
46. En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta	5	4	3	2	1
47. En nuestra familia, cuando alguien se queja otro se molesta	5	4	3	2	1
48. Si hay algún desacuerdo en la familia tratamos de suavizar las cosas y de mantener la paz	5	4	3	2	1
49. Nuestras decisiones no son propias si no que están forzadas por cosas fuera de nuestro control	5	4	3	2	1
50. La gente de mi familia frecuentemente se disculpa de sus errores	5	4	3	2	1
51. La disciplina es razonable y justa en nuestra familia	5	4	3	2	1
52. Los miembros de la familia no concordamos unos con otros	5	4	3	2	1

al tomar decisiones.					
53. Todo Funciona bien en nuestra familia	5	4	3	2	1
54. Peleamos mucho en nuestra familia	5	4	3	2	1
55. Los miembros de la familia nos animamos unos a otros a defender nuestros derechos	5	4	3	2	1
56. Las tareas familiares no están lo suficientemente bien distribuidas	5	4	3	2	1



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Relaciones intrafamiliares en Mujeres adolescentes embarazadas adscritas al HGZ Y MF No.1 Pachuca Hidalgo
Lugar y fecha:	
Número de registro:	R-2016-1201-8
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar las relaciones intrafamiliares en mujeres adolescentes embarazadas adscritas al HGZ Y MF No. 1 Pachuca Hidalgo
Procedimientos:	Aplicación de Escala de ERI en Mujeres Adolescentes embarazadas 10-19 años
Posibles riesgos y molestias:	Incomodidad ante respuestas de ítems.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer las relaciones intrafamiliares de mujeres Adolescentes Embarazadas según Escala de ERI
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los participantes tendrán acceso a los resultados arrojados, así como a toda la información derivada de la investigación al término de esta.
Participación o retiro:	En el momento que lo deseen.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos contenidos en la encuesta serán utilizados únicamente para fines de investigación y únicamente los investigadores tendrán acceso a la misma.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

☐
☐
☐

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): Se derivara a servicios de atención psicologica en el instituto en caso de ameritarlo.

Beneficios al término del estudio: Conocer Relaciones Intrafamailiares de Adolescentes Embarazadas

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

Investigador Responsable: Dr. Hugo Juárez Cacahuatitla matricula 99316531 adscripción HGZ MF No.1 Pachuca Hidalgo Teléfono 7711632352

Colaboradores: Dra. Ruth Xóchitl Bautista Sánchez ,adscripción HGZ MF No.1 Pachuca Hidalgo matricula 99138237 Teléfono 7711576541

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 sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Relaciones Intrafamiliares en Mujeres adolescentes embarazadas adscritas al HGZ Y MF No.1 Pachuca Hidalgo
Lugar y fecha:	
Número de registro:	R-2016-1201-8
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar las relaciones intrafamiliares en mujeres adolescentes embarazadas adscritas al HGZ Y MF No.1 Pachuca Hidalgo
Procedimientos:	Aplicación de Escala de ERI en mujeres Adolescentes Embarazadas 10-19 años
Posibles riesgos y molestias:	Incomodidad ante respuestas de ítems
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer las relaciones Intrafamiliares en Mujeres adolescentes embarazadas según Escala de ERI
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los participantes tendrán acceso a los resultados arrojados, así como a toda la información derivada de la investigación al término de esta.
Participación o retiro:	En el momento que lo deseen.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos contenidos en la encuesta serán utilizados únicamente para fines de investigación y únicamente los investigadores tendrán acceso a la misma.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

☐
☐
☐

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): Se derivara a servicio de atención Psicologica en el instituto en caso de ameritarlo.

Beneficios al término del estudio: Conocer las Relaciones Intrafamiliares de Adolescentes Embarazadas

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

Investigador Responsable: Dr. Hugo Juárez Cacahuatitla matricula 99316531 adscripción HGZ MF No.1 Pachuca Hidalgo Teléfono 7711632352

Colaboradores: Dra. Ruth Xóchitl Bautista Sánchez matricula 99316531 ,adscripción HGZ MF No.1 Pachuca Hidalgo Teléfono 7711576541

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 de ambos padres o tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO (ADOLESCENTES)
Lugar: Fecha: día ____ / mes ____ / año ____	
ESTIMADO PARTICIPANTE:	
La Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud, del Hospital General Zona Y Medicina Familiar No.1 Pachuca Hidalgo. Realizan en conjunto un estudio en adolescentes, el cual ha sido aprobado por las autoridades del IMSS y el comité de ética. El motivo de la presente carta es invitarte a realizarte unas preguntas y que autorices tu participación firmando esta carta. Te solicitamos que leas la siguiente información y nos preguntes cualquier duda. En caso de firmar esta carta, recibirás una copia de este documento si lo solicitas.	
Propósito del estudio: Identificar las relaciones intrafamiliares en mujeres adolescentes embarazadas adscritas al HGZ Y MF No.1 Pachuca Hidalgo El embarazo en la adolescencia es una crisis de adaptación a la dinámica familiar ocasionando comúnmente una disfunción familiar en ellas, llegando a constituir un factor de riesgo, repercutiendo en su salud con patologías agregadas como son depresión post parto, ansiedad, violencia intrafamiliar y desnutrición. Por lo que las relaciones intrafamiliares que se dan entre los integrantes de cada familia, forman parte primordial de este proceso. Por esta razón te invitamos a participar en el presente estudio que consiste en:	
1. Se te aplicarán cuestionarios de algunos antecedentes, en los cuales responderás en que semanas de gestación te encuentras, estado civil, escolaridad y Ocupación, en esta debes contestar de manera correcta, esta información se guardará de manera confidencial y no se publicará tu nombre, por lo tanto es importante que nos proporciones la información real. 2. Se te aplicará un cuestionario de escala de ERI para conocer las relaciones Intrafamiliares	
Posibles riesgos y molestias: En este protocolo los riesgos que pudieras presentar son prácticamente nulos, relacionados con datos personales y acerca del conocimiento de las relaciones intrafamiliares. Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Al conocer las relaciones intrafamiliares podríamos elaborar estrategias de atención y apoyo psicológico de la adolescente embarazada. Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Su dará a conocer como son las relaciones intrafamiliares de las adolescentes embarazadas y se desarrollarán estrategias para recibir una atención psicológica en caso de requerirlo. Participación o retiro: Eres libre de participar de manera voluntaria y de retirarte en el momento que así lo decidas, tienes la garantía de que se te responderán las dudas que puedan surgir y esto no tendrá ninguna repercusión en tu atención médica del instituto.	
ESTE ESTUDIO NO TIENE NINGÚN COSTO.	
Nombre del padre o tutor:	Firma o huella digital:
Nombre del paciente:	Firma o huella digital:
Nombre del testigo 1:	Firma o huella digital:
Nombre del testigo 2:	Firma o huella digital:
Nombre de quien recabó el consentimiento:	Firma:
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrás dirigirte a:	
Investigador Responsable:	Dr. Hugo Juárez Cacahuatitla matricula 99316531, adscripción HGZ MF No.1 Pachuca Hidalgo Teléfono 7711632352
Colaboradores:	Dra. Ruth Xóchitl Bautista Sánchez matricula 99316531, adscripción HGZ MF No.1 Pachuca Hidalgo Teléfono 7711576541
Clave: 2810-009-013	

	2015								2016												2017	
ACTIVIDADES	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
Planeación del protocolo																						
Búsqueda de información																						
Integración y redacción del protocolo																						
Evaluación del comité																						
Trabajo de campo para aplicación de cuestionarios																						
Análisis de resultados, discusión y conclusión del estudio																						
Recolectar firmas de autorización																						
Impresión del trabajo final																						