



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Medicina Familiar

“ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO”

P R E S E N T A

QUETZALI PAULINA RUIZ PÉREZ

DIRECTOR CLÍNICO

DR. ALEJANDRO GONZALEZ TELLO

GINECOLOGIA Y OBTETRICIA SUBDIRECTOR, ADSCRITO AL HGZ 1 IMSS SLP

DIRECTOR METODOLÓGICO

DRA. MARÍA DEL PILAR ARREDONDO CUÉLLAR

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR UMF 45 SLP

FEBRERO 2022



“ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO”

Número de Registro R-2020-2402-073

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. QUETZALI PAULINA RUIZ PEREZ

RESIDENTE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES:

Asesor Metodológico

DRA. MARÍA DEL PILAR ARREDONDO CUÉLLAR

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR UMF 45 SLP.

Asesor Clínico

DR. ALEJANDRO GONZALEZ TELLO

GINECOLOGIA Y OBTETRICIA JEFE DEL DPTO. GINECOLOGIA ADSCRITO AL HGZ 1 IMSS SLP.

Asesor Estadístico

DR GUILLERMO PORTILLO SANTOS

EPIDEMIOLOGIA, ADSCRITO IMSS UMF 47 SLP.

San Luis Potosí, S.L.P.

2019 – 2022



TITULO

“ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO”

DRA QUETZALI PAULINA RUIZ PÉREZ

FEBRERO 2022

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO por Quetzali Paulina Ruiz Perez se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).



RESUMEN

“ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO”

Ruiz Pérez QP¹, Arredondo Cuellar MP², González Tello A³, Portillo Santos G⁴.
¹Residente de Medicina Familiar, ² Especialista en Medicina Familiar ³ Especialista en Ginecología y obstetricia, ⁴ Especialista en Epidemiología.

Introducción: En la actualidad, el problema social y de salud que representa el embarazo en la adolescencia ya sea planificado o no planificado, es una constante en todas las sociedades desarrolladas y en vías de desarrollo. Aunque su presentación sea heterogénea, dependiente de los índices de desigualdad de género y de bienestar social de los países. **Objetivo.** Identificar los aspectos socioeconómicos y funcionalidad familiar en el embarazo adolescente de pacientes en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, México. **Material y métodos.** Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en la Unidad de Medicina Familiar #47 de San Luis potosí, S.L.P., en el que se determinó el estrato socioeconómico (Escala de Graffar-Méndez Castellanos) y el grado de funcionalidad familiar (Instrumento de evaluación de la percepción de funcionalidad familiar FF-SIL) de las adolescentes embarazadas. **Resultados.** Fueron incluidas 75 adolescentes de 18.33±1.16 años, con secundaria en 58.7% y unión libre (46.7%). Con un puntaje de 19.15±2.32 puntos, el 92.0% tuvo estrato marginal y el 8.0% estrato obrero. El FF-SIL reveló una puntuación de 39.0±12.2, que describió familiar funcional 14.67%, funcionalidad moderada 16.0%, 52.0% de disfuncionalidad y 17.33% de disfuncionalidad severa. La funcionalidad familiar con mayor afectación se asoció hasta 1.42 veces más con un estrato socioeconómico más bajo (IC 95% 1.13-2.88, p=0.701). **Conclusiones.** La funcionalidad familiar con mayor afectación se asoció hasta 1.42 veces más con un estrato socioeconómico más bajo, aunque esto solo puede ser afirmado de forma parcial por falta de significancia.

Palabras clave. Aspectos socioeconómicos, funcionalidad familiar, embarazo, adolescencia.

INDICE

Resumen.....	8
Indice.....	9
Lista de cuadros.....	10
Lista de figuras.....	10
Lista de abreviaturas.....	10
Lista de definiciones.....	10
Dedicatorias.....	11
Reconocimiento.....	11
Antecedentes.....	12
Justificacion.....	17
Pregunta de investigación.....	18
Hipotesis.....	19
Objetivos.....	19
Sujetos y metodos.....	20
Tipos de investigación.....	20
Diseño de investigación.....	20
Poblacion lugar y tiempo de estudio.....	20
Criterios de selección.....	20
Criterios de exclusión.....	21
Criterios de eliminación.....	21
Variables.....	21
Procedimiento general del estudio.....	24
Análisis estadístico.....	26
Resultados.....	30
Discusion.....	37
Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigacion.....	38
Conclusiones.....	38
Bibliografia.....	39

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Variables de estudio	23
Cuadro 2. Aspectos socioeconómicos.....	31
Cuadro 3. Hallazgos de la percepción de funcionalidad familiar.....	35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Interpretación de la escala de Graffar-Méndez Castellanos.....	34
Figura 2. Diagnóstico del FF-SIL	37
Figura 3. Distribución por estrato socioeconómicos y funcionalidad familiar..	38

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

- **INEGI.** Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática
- **OMS.** Organización Mundial de la Salud
- **OR.** Odds Ratio

LISTA DE DEFINICIONES

Adolescencia: período de vida durante el que la persona adquiere la capacidad de reproducirse, evoluciona de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez llegando a la consolidación de su independencia emocional y económica; indicando que esta etapa se extiende de los 10 los 19 años

Embarazo adolescente: embarazo que se presenta entre los 10 y 19 años.

Embarazo de alto riesgo: se define como un embarazo en el que se tiene la certeza o probabilidad de que estados patológicos así como condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, aumenten los riesgos para la salud de la madre o de su hijo, considerándolo también de riesgo cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario

Funcionalidad Familiar: Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.

Estrato socioeconómico: Clasificación de la población de acuerdo con sus condiciones económicas

FF-SIL: test de funcionalidad familiar, construido para evaluar cuantitativa y cualitativamente la funcionalidad familiar en base a las variables, cohesión, armonía, comunicación afectividad, roles y adaptabilidad.

Estado Civil: Situación civil de cada individuo al momento de realizar la encuesta.

Escolaridad: Años cursados y aprobados en algún establecimiento educativo.

DEDICATORIAS

A mi abuelo, mi regalo más grande.

A mi preciosa familia por que sin su fe no lo hubiera logrado, a mi madre por su amor infinito por su bendición que a diario fue mi mejor compañía, a mi padre por su confianza ciega, por tu admiración y apoyo, a mis hermanos por ser la luz en mis días mas oscuros, a mi esposo por ser el impulso, por amarme siempre y no rendirse.

RECONOCIMIENTOS

A mis padres Sara y Javier por ser mis mejores maestros, un constante recordatorio del esfuerzo y amor, por creer en mí una y otra vez y apoyar mis decisiones aun sin pensar de la misma forma.

A mis hermanos Javi y Liz por llenarme de amor y recordarme el camino a casa cuando me sentí perdida.

A Dani por recorrer conmigo este camino de subidas y bajadas sin soltarme la mano, por tu amor y tu paciencia.

A mi familia por que han luchado siempre por mi bienestar, educación y salud, no conozco a nadie más en este mundo a quienes les deba mas amor y agradecimiento.

Al Dr. Humberto González Mercado por ser mi gran maestro, por siempre tener el mejor consejo, por ver siempre lo mejor en mi y creer en mi talento aun cuando yo misma había dejado de creer.

A mis maestros que llevare siempre en el corazón, a la Dra. Dora por su apoyo invaluable porque sin darse cuenta me dio las mejores enseñanzas, a la Dra. Pili por ser el gran ser humano que es y darme tanto apoyo y confianza.

1. Antecedentes

La adolescencia es una etapa crítica del desarrollo, ya que los adolescentes comienzan a ganar mayor autonomía e independencia y expanden su panorama social. El problema social y de salud que representa el embarazo en la adolescencia ya sea planificado o no planificado, persiste tanto en los países desarrollados y como en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo. Aunque su presentación sea heterogénea, dependiente de los índices de desigualdad de género y de bienestar social de los países¹.

Diversos estudios sobre practicas sexuales y reproductivas en la población adolescente son un reflejo de los cambios socioeconómicos y culturales que se han

presentado en los países occidentalizados, una tendencia de inicio de las relaciones sexuales a una menor edad, un amplio conocimiento de métodos anticonceptivos, el uso del preservativo y el incremento en la tasa de embarazo en la adolescencia².

Es objeto de interés en esta investigación, conocer las características sociodemográficas, clínicas y familiares que se encuentran presentes en la población de adolescentes embarazadas de la UMF No. 47 de San Luis Potosí, para dirigir la educación sexual y reproductiva en los adolescentes que manejamos en nuestra práctica clínica de forma más enfocada y adaptada a las problemáticas, necesidades y carencias de este grupo de edad.

Se pretende identificar las principales características de familia y socioeconómicas a partir de la escala de Graffar-Méndez Castellanos (0.69 de confiabilidad, validado en la UAM) para realizar una clasificación del estrato socioeconómico de las familias y de la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) (confiabilidad de 0.89) en adolescente que cursen con embarazo³.

La atención a la salud reproductiva y perinatal resulta prioritaria para los sistemas de salud, siendo el objetivo principal el prevenir las complicaciones, el realizar un diagnóstico certero, oportuno y ofrecer atención adecuada. Reconociendo que las causas de mortalidad materna y perinatal son prevenibles a través de una atención prenatal temprana y de calidad, que nos permita identificar y manejar los factores de riesgo obstétrico y perinatal⁴.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia, como el período de vida durante el que la persona adquiere la capacidad de reproducirse, evoluciona de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez llegando a la consolidación de su independencia emocional y económica; indicando que esta etapa se extiende de los 10 los 19 años.

Las encuestas arrojan que 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años tiene eventos obstétricos, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos⁵.

En México, mientras tanto, basándonos en datos de la Encuesta Intercensal del 2015, de las 48.7 millones de mujeres de 12 y más años 67.4% han tenido al menos un hijo nacido vivo. Y en dependencia de la edad de la mujer, resalta que 7.8% de las adolescentes de 12 a 19 años tienen hijos y a mayor edad, este porcentaje aumenta hasta llegar al 91.7% en las mujeres de 50 años y más⁶.

Esto es relevante, dadas las complicaciones presentadas alrededor del embarazo y el parto, que están reconocidas como la segunda causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años alrededor del mundo. Anualmente 3 millones de mujeres de 15 a 19 años se someten a abortos ilegales y riesgosos. Esta bien reconocido que los hijos de madres adolescentes se encuentran en un riesgo superior de morir en comparación con hijos mujeres entre 20 y 24 años⁵. México, cuenta con un número considerable de población adolescente y no hemos tenido éxito en reducir las tasas de natalidad en dicho grupo etario a una cifra menor de 70 nacimientos por 1,000, es decir, en la actualidad el 20% de los nacimientos anuales se dan en mujeres menores de 20 años, clasificándose como eventos obstétricos de alto riesgo⁶.

El embarazo de alto riesgo, según refiere la Norma Oficial Mexicana se define como un embarazo en el que se tiene la certeza o probabilidad de que estados patológicos, así como condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, aumenten los riesgos para la salud de la madre o de su hijo, considerándolo también de riesgo cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario⁷.

Todo esto toma importancia al considerar que la sola condición del embarazo adolescente determina un aumentado riesgo para la salud materno-fetal y que estos riesgos aumentan a menor edad materna, muy especialmente cuando esta mujer proviene de sectores poblacionales marginados con escasos recursos y acceso

reducido a los servicios de salud, que terminan por generar un cuidado a su salud y atención prenatal muy por debajo de lo ideal y a veces nulo, que es clave para el desarrollo psicosocial posterior⁸.

El embarazo en la adolescencia es una situación clínica que se considera especialmente de riesgo dadas las complicaciones obstétricas asociadas directamente a la edad materna como son los estados hipertensivos del embarazo, la anemia, las infecciones urinarias recurrentes, cervicovaginitis y desnutrición materna que se sabe impacta de manera directa en el bajo peso del neonato con las subsecuentes complicaciones para este⁹.

Mientras tanto, se han determinado algunos factores predisponentes para la presentación del embarazo en la adolescencia, que aun hoy prevalecen ejemplo de estos son: inicio de vida sexual temprano, el provenir de núcleos familiares disfuncionales y desintegrados, la prevalencia de condiciones como la prostitución, violación, incesto, el escaso o erróneo conocimiento de métodos anticonceptivos y la violencia tanto familiar como en el noviazgo, entre otros^{10, 11, 12}. A todo esto se agregan factores de riesgo en el estilo de vida, como: tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y alimentación deficiente; que suelen colocar a la mujer en riesgo de enfermedades de transmisión sexual en relación con la promiscuidad, sumado en parte a la falta de información y educación sexual, del mismo modo aumenta el riesgo de retraso del crecimiento, infecciones y dependencia del neonato^{13, 14}.

Según diversas fuentes son múltiples los factores íntimamente relacionados a la presentación del embarazo adolescente, se describen situaciones como la dependencia emocional, la falta de autonomía, ausencia de poder de decisión, poca disponibilidad de métodos anticonceptivos, las presiones sociales y de familia muchas veces resultado de la coacción sexual y la violencia o una combinación de estos factores^{9, 15}.

Se hace evidente además una gran proporción de mujeres que deciden iniciar su vida sexual alrededor de los 12 a 13 años mostrando en este momento un interés por la sexualidad en sus distintas expresiones incluyendo en este tema las presiones familiares y sociales derivadas los roles estereotipados de género. Otros factores a considerar son la pobreza, el rezago educativo y depresión reflejada por un número aumentado de casos en zonas marginadas y contextos rurales e indígenas donde el común denominador es la pobreza. Es conocido que gran parte de los embarazos adolescentes ocurren en estratos socioeconómicos bajos y de vulnerabilidad en los que las adolescentes tienen mayor riesgo reproductivo y en muchas ocasiones contar ya con más de un embarazo en gran medida por tener acceso a métodos anticonceptivos^{17, 18}.

En conclusión, el embarazo adolescente según la literatura tiene implicaciones importantes en la salud pública y es un tema relevante desde el punto de vista médico y biopsicosocial, presentándose con mayor frecuencia en adolescentes provenientes de medios socioeconómicos bajos, en familias desintegradas, disfuncionales, numerosas o monoparentales, afectadas entre otras cosas por el desempleo fenómeno que se había presentado previamente en las propias madres de las adolescentes¹⁹.

Por otro lado, las patologías en el embarazo adolescente podemos clasificarla por periodo gestacional. Durante la primera mitad se pueden presentar infecciones recurrentes del tracto urinario, bacteriuria asintomática, anemias carenciales y abortos. En la segunda mitad del embarazo toman relevancia los estados hipertensivos del embarazo, las anomalías en la inserción placentaria con su variedad de formas clínicas y el sangrado asociado a estas que puede condicionar hemorragias obstétricas, persisten además la anemia carencial y la desnutrición materna, así como la ruptura prematura de membranas, la amenaza de parto pretermino y la desproporción cefalopelvica por falta de desarrollo de la pelvis ósea en la adolescente así como el trabajo de parto prolongado²⁰⁻²¹.

Previamente, los estudios mundiales han mostrado que el embarazo adolescente fomenta y mantiene latente el ciclo de pobreza dadas las características socioeconómicas predominantes en este grupo de pacientes ya mencionadas previamente, que termina provocando en estas pacientes un riesgo aumentado de no alcanzar sus logros educativos, ocupacionales y socioeconómicos ²²⁻²⁵.

Otras investigaciones revelaron que los hijos educados y formados por madres adolescentes presentan un riesgo aumentado de abuso físico o sexual, y frecuentemente problemas de comportamiento ^{26, 27}.

Yago et al, en su estudio en 2014, en Zaragoza, España reportaron que, de 583 jóvenes, 174 (29-8%) tuvieron embarazo no planificado. El riesgo para el embarazo no planificado aumentó si el padre no trabajaba (OR: 3.5, IC del 95%, 1.6-7.6), si la estructura familiar era diferente de padres y hermanos (OR: 3.0, IC del 95%, 1.4-6.3), si la madre había sido madre en la adolescencia (OR: 2.8, IC del 95%, 1-1-3.3) y, si tenían problemas de convivencia (OR: 1.9, IC del 95%, 1.1-3.3)²⁸.

Continuando con el estudio de los factores relacionados, *Delgado et al*, en 2017 reportaron en su investigación con 82 adolescentes embarazadas, con 59.7% en el grupo etario de 14 a 16 años, 34.1% en el de 17 a 19 años, y el 6.09% de 11 a 13 años, que el estado civil mas frecuente es el concubinato con hasta en el 65.8 %, soltero en el 18.2 %, casado en el 15.8 %. En relación con la escolaridad, el 95.31% terminaron solo la primaria y la secundaria solo el 4.8 %. El 100% de estas, dejaron la escuela cuando se embarazaron, de estas 73.1% son amas de casa y de los padres, el 86.5% se dedican a labores agrícolas²⁹.

En el mismo año, en un estudio en México por *Jiménez et al*, en una comunidad rural de alta marginalidad se identifico el fenómeno migratorio, problemas de desintegración familiar destacando ausencia parental, limitadas alternativas de trabajo, baja escolaridad limitada por la falta de opciones educativas de nivel superior, se observaron a la migración y desintegración familiar, servicios educativos, servicios de salud limitados, condiciones deficientes de vivienda, saneamiento básico y entornos.

Encontrando como barreras los estereotipos tradicionalistas de género y modelos familiares que se repiten generacionalmente¹⁷.

Por su parte, *Carvajal et al*, en 2017, realizaron una cohorte sobre factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia, donde reportaron una edad promedio de 15.9 años, con una tasa del 10% de embarazos en las adolescentes durante el seguimiento. Hallaron que la edad de inicio de relaciones sexuales promedio fue de 14.5 años y que el 67.7% afirmó no usar ningún método de planificación familiar durante su primera relación sexual. En el seguimiento, las adolescentes que presentaron un riesgo aumentado de presentar embarazo fueron aquellas que reportaron: - “*No ser capaces de evitar las relaciones sexuales cuando no usaban métodos de planificación; sentir culpa por el consumo de alcohol; tener amigas que abortaron y sentir presión para iniciar vida sexual*”³⁰.

Hernández et al, en el 2017 revelaron la importancia del conocimiento de los métodos de planificación familiar, en su trabajo de conocimiento, actitud y práctica en anticoncepción en adolescentes escolarizados, cuyos resultados reportaron que un 66.7% de los adolescentes consideran sus conocimientos en métodos anticonceptivos “escasos”, y que, de estos el 68.3 % son hombres. Aquellos entre 16 y 17 años que corresponde al 68,9 % son quienes más consideraron tener ese nivel de conocimientos³¹.

Cuando hablamos de los riesgos para la salud, destacan dos estudios tras la revisión bibliográfica; el primero, de *Sánchez et al*, en el 2016, quienes informaron una elevada incidencia de infecciones cervicovaginales en adolescentes entre 17-19 años, que decidieron iniciar su vida sexual entre los 14-17 años las cuales tenían antecedentes de promiscuidad y no usaban preservativo para sus relaciones sexuales, con predominio de infección por *Cándida albicans*, seguida de *Gardnerella vaginalis*³².

En segundo lugar, el estudio realizado por *Bómas et al*, en el 2012 en la Facultad de Ciencias de la UNJBG, que reporta que, en embarazadas adolescentes, los niveles de hemoglobina que se encuentran entre 8.5gr/dl el más bajo, y 14gr/dl el más elevado, con un 52 % de las gestantes adolescentes con algún grado de anemia³³.

1.1 Marco conceptual

Para fines de la construcción conceptual del presente se tomaron en cuenta los siguientes:

En primer lugar, la adolescencia la etapa del desarrollo humano caracterizada por el paso a la edad adulta. Durante este ciclo, ocurren cambios importantes en el desarrollo físico, emocional y psicológico³⁴

La OMS define a los adolescentes como las personas de 10 a 19 años y reconoce al embarazo en la adolescencia como aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica; otros términos aceptados son: embarazo precoz, prematuro, temprano, no planeado o no deseado². Aunque *Leftwich et al*, lo definen típicamente como un embarazo en una mujer entre las edades de 13 y 19 años⁶.

Li et al, la identifican como un período crítico de desarrollo, ya que los adolescentes comienzan a ganar mayor autonomía e independencia y expanden su panorama social al grupo de pares. Sin embargo, la familia y los padres todavía sirven como una base segura para afrontar los desafíos durante la adolescencia temprana y las interrupciones frecuentes dentro de la familia pueden socavar la disponibilidad y accesibilidad de los padres. Además, durante la adolescencia temprana, los adolescentes se encuentran con transiciones puberales rápidas en los dominios físicos y psicológicos que pueden hacerlos particularmente vulnerables a eventos familiares negativos³.

Los factores de riesgo se encuentran definidos por la pubertad precoz, adversidad infantil, nivel socioeconómico bajo, relaciones familiares disfuncionales, abuso sexual infantil, estructura familiar monoparental o mixta, adaptación escolar deficiente, depresión adolescente, baja autoestima y comportamiento externo infantil. La anamnesis completa debe incluir la evaluación de estos factores de riesgo¹⁷.

En cuanto a las consecuencias del embarazo en la adolescencia, encontramos incluidas todas aquellas que afectan de forma adversas de la maternidad temprana sobre la salud y el bienestar materno infantil¹⁴.

En segundo lugar, se definen uno de los medios en los que las adolescentes se desenvuelven y de relevancia para el estudio: la familia.

De acuerdo con *Lebron et al*, El sistema familiar se encuentra entre los sistemas sociales más influyentes que afectan los comportamientos relacionados con la salud. Mientras que el funcionamiento familiar se ha relacionado con los resultados de salud física, mental, emocional y conductual, así como con los resultados académicos y del desarrollo¹⁹.

Por su parte, Olson propuso a través del modelo Circumplex 16 subtipos de funcionamiento familiar basados en tres dimensiones dentro de la teoría de sistemas familiares, que incluyen: 1) cohesión, definida como el grado de conexión emocional y apoyo entre los miembros de la familia; 2) adaptabilidad, definida como la capacidad de los miembros de la familia para cambio de roles y reglas en respuesta al estrés y 3) comunicación, que facilita los procesos de cohesión y adaptabilidad³⁵.

2. Justificación del problema

Dado que este problema es considerado hoy en día como una epidemia en México, que no respeta clase social, con una presentación clínica heterogénea, cambios en su distribución geográfica y una alta tendencia a elevar la morbimortalidad en la gestación.

El embarazo adolescente es una situación que ha tomado importancia debido a que México según el último informe del INEGI es el primer lugar en embarazo adolescente en Latinoamérica y el segundo a nivel mundial, después de Estados Unidos. Representa un problema de salud, que de acuerdo con el informe presentado por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) 2020 tiene un impacto económico por pérdida de ingresos y empleos de 63 mil millones de pesos e implica para el país el 0.27 por ciento del Producto Interno Bruto.

Los resultados del presente obligarán al personal de salud a tener una conducta activa para el estudio de esta población blanco, y que, además aportan conocimiento que puede ser utilizado como herramienta para afrontar este problema y así enfocar la atención primaria a la salud de modo más adecuado a las necesidades, carencias y problemáticas.

El presente estudio de investigación se justifica dado que permitirá conocer las variables socioeconómicas, antropométricas, clínicas y familiares en pacientes con embarazo en la adolescencia.

3. Pregunta de investigacion (Planteamiento del problema)

México vive una epidemia de embarazos adolescentes de acuerdo con diversas estadísticas actuales por año se registran más de 400,000 nacimientos de madres menores de edad y esta cifra no disminuye y representa 20% del total de los nacimientos.

Las cifras mas elevadas de este fenómeno en la historia de nuestro país se habían presentado principalmente en Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Puebla. Actualmente se tiene registro de un aumento en el norte del país; se trata de un problema que no respeta clase social, puesto que inicialmente había sido relacionado comúnmente con estratos socioeconómicos precarios y regiones marginadas, pero hemos podido ver que en la actualidad este fenómeno ha llegado a los espacios urbanos y no solo aquellos con pobreza extrema.

En el estado de México se registraron 53,329 casos de nacidos vivos por año de madres menores de 19 años, que corresponde al 15% del total a nivel nacional, siendo el estado con mayor número de embarazo adolescente, le sigue Veracruz, con 25,729. Mientras que, Coahuila y Tamaulipas mantienen cifras por encima de los 10 mil casos.

Ante el problema de embarazo en la adolescencia representa, el personal de salud se ve obligado a dirigir sus esfuerzos en esta población y adquirir conocimiento sobre las características socioculturales, clínicas y familiares, que le brinden herramientas para las decisiones médicas y tener una intervención benéfica para este grupo de riesgo.

Por tal motivo surge y se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los aspectos socioeconómicos y funcionalidad familiar en el embarazo adolescente de pacientes en la Unidad de Medicina Familiar No 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social San Luis Potosí, México?

4. Hipótesis de investigación

El presente estudio propone como hipótesis de trabajo la siguiente: los aspectos socioeconómicos y funcionalidad familiar en el embarazo adolescente de pacientes en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, México son similares a los descritos en la literatura.

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

- a) Determinar los aspectos socioeconómicos y funcionalidad familiar en el embarazo adolescente de pacientes en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, México.

5.2 Objetivos específicos

- a) Conocer las características sociales y económicas en el embarazo adolescente de pacientes en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, México.
- b) Identificar el estrato socioeconómico en el embarazo adolescente de pacientes en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, México.
- c) Describir el grado de funcionalidad familiar en el embarazo adolescente de pacientes en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, México.

6. Sujetos y Métodos

6.1 Tipo de investigación

No experimental. Descriptiva

6.2 Diseño de investigación

Maniobra experimental: Observacional.

Captación de la información: Transversal.

Medición del fenómeno en el tiempo: Prospectiva.

6.3 Población, lugar y tiempo de estudio

El universo del presente estudio estuvo compuesto por pacientes derechohabientes que recibieron atención en la consulta externa de medicina familiar para control del embarazo en la UMF No. 47 de San Luis Potosí, S.L.P. del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de observación.

Se realizó la selección de casos para evaluación e inclusión al presente estudio investigación los pacientes menores de 10 a 19 años que acudieron a la consulta externa de medicina familiar para control del embarazo que decidieron leer, aceptar y participar en el presente estudio y participen en el llenado de los instrumentos de evaluación de forma integral y adecuada con miras de que fueran objeto de observación y análisis, con la finalidad de lograr un estudio con el menor sesgo posible.

Para la presente investigación se tuvo como lugar de desarrollo las áreas comunes de la Unidad de Medicina Familiar # 47 de San Luis Potosí, S.L.P. del Instituto Mexicano del Seguro Social y se realizó en el periodo de tiempo comprendido del 01 de agosto de 2020 al 30 de enero de 2021.

6.5 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Adolescentes de 10 a 19 años que cursen con gestación al momento del estudio. IMSS UMF 47
- Cuyos padres o tutores (en el caso de pacientes menores de edad) lean, acepten y firmen la carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación y se cuente con firma de carta de asentimiento por parte de la menor, o bien
- Pacientes, mayores de edad, que acepten y firmen la carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación.

Criterios de exclusión

- Adolescentes con alguna discapacidad intelectual que les impida entender y comprender el contenido del instrumento de recolección.

Criterios de eliminación

- Adolescentes que no completen 90% de las preguntas del instrumento de recolección).
- Aquellas que decidan retirar su consentimiento para la participación en la presente investigación.

6.6 Variables de estudio

Operacionalización de las variables

Variables a recolectar	
Tipo	Dependiente
Nombre de la variable	Estrato socioeconómico
Definición conceptual	Clasificación de la población de acuerdo con sus condiciones económicas.
Definición operacional	De acuerdo con la interpretación: 04-06 Estrato alto, 07-09 Estrato medio alto, 10-12 Estrato medio bajo, 13-16 Estrato obrero, y 17-20 Estrato marginal
Categorización	Alto Medio alto Medio bajo Marginal
Escala	Cualitativa. Categórica

Variables a recolectar	
Tipo	Dependiente
Nombre de la variable	Funcionalidad Familiar
Definición conceptual	Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.
Definición operacional	Clasificación de la familia en relación con el desarrollo, demografía, integración y composición en base al resultado de la prueba de percepción del funcionamiento familiar
Categorización	Funcional Moderadamente funcional Disfuncional Severamente disfuncional
Escala	Cualitativa. Categórica

Variables a recolectar	
Tipo	Independiente
Nombre de la variable	Embarazo adolescente
Definición conceptual	Embarazo que se presenta entre los 10-19 años
Definición operacional	De acuerdo con la edad de la paciente al momento de presentar embarazo
Categorización	Presente

	Ausente
Escala	Cualitativa. Categórica

Variables a recolectar	
Tipo	Control
Nombre de la variable	Edad
Definición conceptual	Años de vida del individuo.
Definición operacional	Años de vida del paciente al momento de la encuesta
Categorización	En años
Escala	Cuantitativa. De razón

Variables a recolectar	
Tipo	Control
Nombre de la variable	Estado civil
Definición conceptual	Situación civil de cada individuo al momento de realizar la encuesta.
Definición operacional	De acuerdo a la respuesta dada por la paciente al momento de la aplicación del instrumento.
Categorización	(A) soltero (B) casado (C) viudo (D) divorciado (E) unión libre
Escala	Cualitativa. Nominal

Variables a recolectar	
Tipo	Control
Nombre de la variable	Escolaridad
Definición conceptual	Años cursados y aprobados en algún establecimiento educativo.
Definición operacional	De acuerdo a la respuesta dada por la paciente al momento de la aplicación del instrumento.
Categorización	(A) Primaria (B) Secundaria (C) Preparatoria (D) Universidad (E) Escolaridad incompleta
Escala	Cualitativa. Ordinal

6.7 Procedimiento general del estudio

Posterior a la autorización por parte del Comité Local de Investigación y el Comité de Ética en Investigación en Salud, se procedió a la identificación de las unidades de observación en el periodo de tiempo de estudio en la Unidad de Medicina Familiar # 47 eliminando aquellos que no cumplieron con criterios de inclusión/exclusión. Una vez identificadas posibles unidades de observación de los registros existentes, se incluyeron a aquellos que cumplan con los criterios de selección previamente establecidos.

El proceso metodológico se realizó en de la siguiente forma: La confidencialidad se aseguró y se mantuvo durante todo el estudio. Los nombres de los participantes no fueron capturados en las hojas de recolección de datos.

Se solicitó autorización a la dirección médica de la Unidad de Medicina Familiar, San Luis Potosí, SLP No. 47, y a la coordinación medica de la misma, para acceder al censo de embarazadas adscritas a esa unidad, ya una vez que se obtuvo la información, se realizó la búsqueda de las que se ubicaron en el rango de edad, por adscripción de turno y consultorio, para conocer qué día tuvieron cita médica para control prenatal, acudiendo en la fecha establecida de su consulta, captando a la unidad de observación mientras esperaba su consulta.

Una vez identificados, se les realizo invitación para formar parte del estudio, y a los padres que aceptaron, se les proporciono la carta de consentimiento informado para su información y firma. (Véase Anexo 1) y a las participantes la carta de asentimiento.

Se solicitó su colaboración, posterior a que firmase el consentimiento informado de autorización se les explicó la investigación a realizar y se incluyó a todas las pacientes que cumplieron los criterios de selección, así mismo el consentimiento informado plasmaba el título de la investigación, el mes y lugar de realización, el

investigador responsable del proyecto y sus colaboradores para aplicar las herramientas de recolección, con el objetivo de determinar las variables del presente estudio.

Posteriormente, a cada uno de las participantes se les aplicó los cuestionarios seleccionados para el presente (Escala de Graffar-Méndez Castellanos para clasificar el estrato socioeconómico de las familias y el Instrumento de evaluación de la percepción de funcionalidad familiar FF-SIL).

a) Escala de Graffar-Méndez Castellanos

Se aplicará la escala de Graffar-Méndez Castellanos (0.69 de confiabilidad, validado en la UAM) para clasificar el estrato socioeconómico de las familias.

Que evalúa 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones del alojamiento para complementar los datos estadísticos.

Los clasifica por puntuación obtenida en 6 estratos socioeconómicos que son: estrato alto 04-06, estrato medio alto 07-09, estrato medio bajo 10-12, estrato obrero 13-16. Contiene 26 respuestas que corresponden a los principales determinantes sociales de salud aplicables a la UMF.

De acuerdo con la OMS. Estos cubren los siguientes rubros: fuente del agua domiciliaria, manejo de excretas en la vivienda, manejo de desechos (basura), tipo de techo de la vivienda, tipo de piso de la vivienda, cuenta con electricidad, alguien en la familia fuma y si alguien en la familia consume alcohol.

b) *Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)*

Existen varios instrumentos de evaluación de funcionalidad familiar, uno de los más conocidos es el Apgar familiar, instrumento que presenta las ventajas ser auto aplicado, entendible por personas con educación limitada, requiere poco tiempo de aplicación y que valora cinco aspectos que son: adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos.

Por otro lado, el instrumento diseñado por García consiste en 45 reactivos que evalúan dos aspectos familiares (positivos y negativos) en cuanto a la convivencia familiar y tiene como requisito ser aplicado al jefe de familia. Mientras que el FF-SIL es más integral y completo, toma en cuenta siete dimensiones, y evalúa la percepción de funcionalidad de cualquiera de los miembros de la familia que cuente con capacidades para responderla.

Los resultados obtenidos mediante el cálculo del Alfa de Cronbach (α) mostraron una óptima consistencia interna para la estructura unifactorial, 0.859 para 14 elementos por parte de *Cassinda et al.* El puntaje global resultante de la suma de la respuesta de los 14 reactivos permite la clasificación de la funcionalidad familiar en: familia funcional (70 a 57 puntos, familia moderadamente funcional (56 a 43 puntos), familia disfuncional (42 a 28 puntos y familia severamente disfuncional (27 a 14 puntos).

Cohesión. - Unión familiar física y emocional para enfrentar diferentes situaciones y toma de decisión de las tareas cotidianas.

Armonía. - Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.

Finalmente, se vaciaron los datos obtenidos a través de las unidades de observación en cada una de las herramientas de recolección generadas y destinadas con este propósito por parte del investigador responsable, identificando de manera

integral cada uno de los datos a fin de contar con toda la información sensible para investigación, procurando el menor sesgo posible para la misma.

7. Análisis estadístico

7.1 Tipo de muestreo y tamaño de la muestra

Para el presente estudio y dadas las opciones de sistematización de las unidades de observación y el planteamiento inferencial por parte del investigador se efectuó muestreo de tipo no probabilístico, por cuotas, hasta reunir el total de la misma.

El tamaño de la muestra se obtuvo a través de la fórmula de proporciones para muestras infinitas empleando un nivel de confianza de 95%, un error máximo permitido del 5 % y una prevalencia del 7.8 % en México. El cálculo de la muestra se efectuará a partir de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{d^2}$$

Donde:

n= muestra

Z2 = nivel de confianza 95% = 1.96

p= prevalencia 7.8%= 0.07

q= 0.93

d²= error máximo permitido 5%= 0.0025

$$n = [(1.96)^2 * (0.93)(0.07)] / (0.05)^2$$

$$n = [3.8416 * 0.0651] / 0.0025$$

$$n = 0.2500 / 0.0025$$

$$n = 100.03$$

7.2 Plan de análisis

Fueron capturados los resultados recabados de las unidades de observación en una hoja de recolección electrónica (hoja(s) de cálculo) de Excel de Microsoft Office 2019 para Windows para desarrollar una base de datos suficiente y precisa para efectuar una vez concluida el análisis estadístico utilizando la paquetería IBM SPSS 10 años 24 en español.

Para el análisis estadístico, se utilizaron medidas de dispersión (desviación estándar), o de tendencia central (media, porcentaje), según se trató de variables paramétricas o no paramétricas).

La presentación de los datos se realizó a través de herramientas de estadística descriptiva, a criterio del investigador, asimismo se utilizaron herramientas gráficas generadas por medio de la Excel de Microsoft Office 2019 para Windows como gráficos de pastel y barras a fin de dar la explicación más adecuada para el lector a quien fue dirigido el presente estudio.

8. Consideraciones éticas

En la elaboración de este estudio se mantuvo apego a la ética en la investigación, así como al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, por lo cual se considera este protocolo sin riesgo para la población de estudio y se llevó a cabo en plena conformidad con los principios de la “Declaración de Helsinki” (y sus enmiendas en Fortaleza, Brasil de 2013) donde el investigador garantiza que:

El presente estudio se llevó a cabo a partir de su aprobación tras la revisión y autorización por parte por el Comité Local de Investigación y el Comité de Ética en Investigación en Salud correspondiente relacionado del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esta investigación fue realizada por personal médico calificado y en continua supervisión de un equipo de médicos clínicamente activos y certificados en su área de especialidad.

En cuanto a los principios éticos básicos se comprometió a cumplir con los tres, siendo estos el respeto por las personas, beneficio y justicia pues se respetará la autonomía de los participantes para decidir si participar o no en el proyecto, previa firma de la carta de consentimiento informado en el cual se documentó cada proceso de la investigación con la finalidad de cumplir con el punto de respeto a las personas, al brindar información y comprensión y entrando solamente al estudio de manera voluntaria, cumpliendo así con la voluntariedad.

La selección de las unidades de observación fue bajo los principios de equidad y justicia (pues se efectuará de forma aleatoria), donde no existió ningún tipo de discriminación.

El presente protocolo de investigación contribuyó a la comprensión de los procesos biopsicosociales en los seres humanos y su relación directa como causas de enfermedades, la mejora de la práctica médica, prevención y control de los problemas de salud y de acuerdo con lo descrito en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación como base de la fundamentación de los aspectos éticos del presente estudio, consideramos los siguientes artículos: Título segundo. Capítulo I:

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17, Fracción 1, para efectos de esta investigación se considera I.- **Investigación con riesgo mínimo:** Estudios prospectivos que obtienen datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o

tratamiento rutinarios entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros

Para el proceso de la obtención del consentimiento informado, se invitó a todos los individuos de la población a participar voluntariamente en el estudio, a través de la firma del consentimiento informado original y copia, donde se les explicó ampliamente los objetivos del estudio y en qué consistirá su participación en el mismo, de aceptar participar, los participantes conservarán una copia del consentimiento informado, por lo que a riesgos ni daños innecesarios a los participantes que decidieron participar en el proyecto de investigación; hablando de los puntos tocados en el apartado de investigación médica combinada con asistencia profesional, se cumple con los 6 puntos de manera satisfactoria pues no se harán intervenciones, se le otorgó una copia de la carta de consentimiento informado a cada participante.

Además, de conformidad con la fracción IV del previamente mencionado artículo, previa firma por parte de ambos padres o tutores de la carta de consentimiento informado, por lo que se somete a riesgo mínimo a aquellos pacientes que decidieron participar en el proyecto de investigación. Además, debido a que el presente estudio incluye menores de edad, se documentó su aceptación mediante una carta de

asentimiento. Si en algún caso el participante no aceptó participar de manera voluntaria en la presente investigación, no se le obligó participar de ninguna forma.

Este fue proporcionado por la investigadora, procurando un ambiente propicio, en un consultorio médico disponible para que la participante se encontrara confiado, cómodo y tranquilo, evitando ser interrumpido durante la lectura, comprensión y la captación de la misma.

Se explicó que si bien; los beneficios directos para el participante de forma inmediata pudieran no existir, los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación.

Esta investigación guardó la confidencialidad de las participantes. Todos los autores firmaron una carta de confidencialidad sobre de manera que garantizó reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad. La publicación de los resultados de esta investigación se preservó la exactitud de los resultados obtenidos.

9. Resultados

Tabla 1. Aspectos socioeconómicos de las adolescentes embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar no. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, México.

	Frecuencia	Porcentaje	Desv. Est.
Edad	18.33		1.16
Escolaridad			
Primaria	2	2.7%	
Secundaria	44	58.7%	
Bachillerato	29	38.7%	
Estado civil			
Soltero	24	32.0%	
Casado	15	20.0%	
Divorciado	1	1.3%	
Unión libre	35	46.7%	
Profesión del jefe de familia			
Profesión universitaria	3	4.0%	
Técnico superior	10	13.3%	
Empleados sin profesión, pequeños comerciantes o productores	15	20.0%	
Obreros y trabajadores informales	42	56.0%	
Obreros no especializados	5	6.7%	
Nivel de instrucción de la madre			
Técnica superior completa, secundaria técnica media	50	66.7%	
Secundaria incompleta técnica superior	22	29.3%	
Primaria o analfabeta	3	4.0%	
Principal fuente de ingreso de la familia			
Salario mensual	21	28.0%	
Salario semanal por día o destajo	54	72.0%	
Condiciones de alojamiento			
Buenas condiciones sanitarias, espacios reducidos, pero no menores de 1-2	66	88.0%	
Vivienda con espacios reducidos o suficientes, pero deficiencias en algunas condiciones sanitarias	9	12.0%	

Fuente. Instrumento de recolección de datos

A partir de un puntaje de 19.15 ± 2.32 puntos, se encontró que el 92.0% de las adolescentes están clasificadas dentro de un estrato marginal y solo el 8.0% dentro del estrato obrero (**Figura 1**). No fueron identificadas adolescentes con estrato medio o alto.

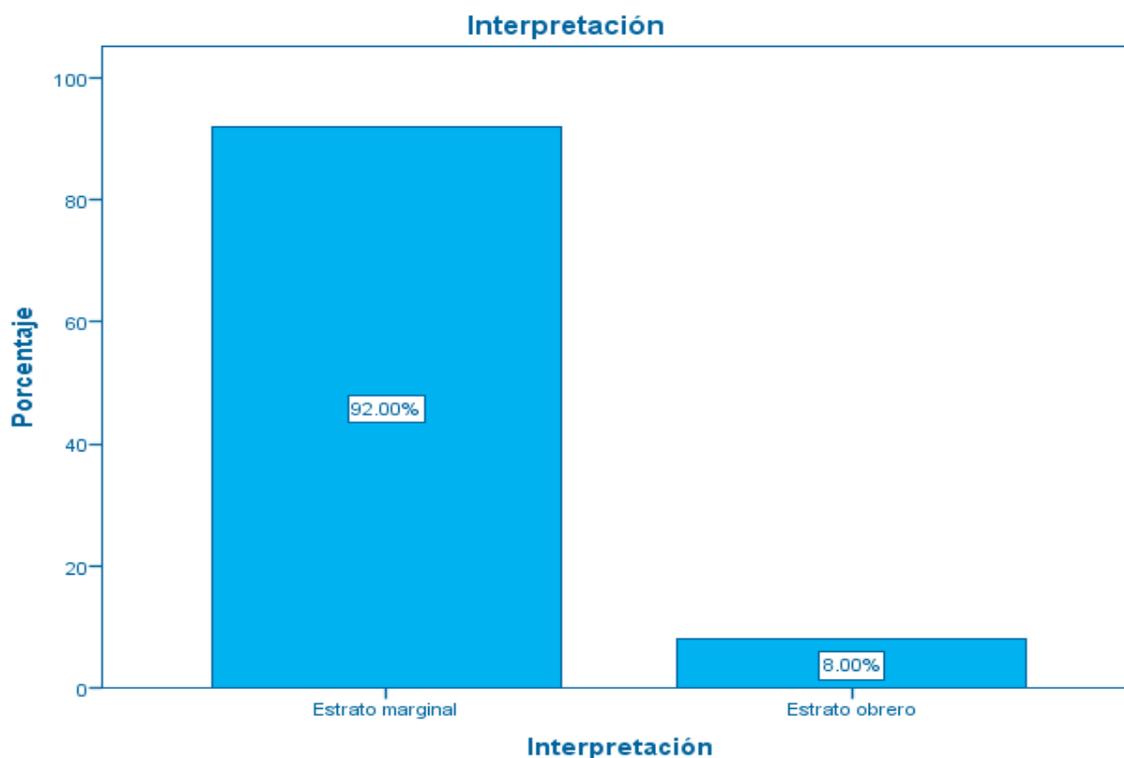


Figura 1. Interpretación de la escala de Graffar-Méndez Castellanos de las adolescentes embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar no. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, México.

Como parte de los objetivos secundarios se evaluó la funcionalidad familiar de las participantes, los resultados de esta evaluación de la percepción de funcionalidad familiar por medio del instrumento FF-SIL se muestran en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Hallazgos de la percepción de funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar no. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, México.

	Frecuencia	Porcentaje
Ítem 1		
Casi nunca	2	2.7%
Pocas veces	22	29.3%
A veces	33	44.0%
Muchas veces	9	12.0%
Casi siempre	9	12.0%
Ítem 2		
Casi nunca	5	6.7%
Pocas veces	34	45.3%
A veces	22	29.3%
Muchas veces	11	14.7%
Casi siempre	3	4.0%
Ítem 3		
Casi nunca	8	10.7%
Pocas veces	27	36.0%
A veces	27	36.0%
Muchas veces	12	16.0%
Casi siempre	1	1.3%
Ítem 4		
Casi nunca	8	10.7%
Pocas veces	19	25.3%
A veces	30	40.0%
Muchas veces	10	13.3%
Casi siempre	8	10.7%
Ítem 5		
Casi nunca	7	9.3%
Pocas veces	24	32.0%
A veces	27	36.0%
Muchas veces	12	16.0%
Casi siempre	5	6.7%
Ítem 6		
Casi nunca	7	9.3%
Pocas veces	20	26.7%
A veces	35	46.7%
Muchas veces	13	17.3%
Ítem 7		
Casi nunca	3	4.0%

Pocas veces	17	22.7%
A veces	37	49.3%
Muchas veces	15	20.0%
Casi siempre	3	4.0%
Ítem 8		
Casi nunca	2	2.7%
Pocas veces	22	29.3%
A veces	24	32.0%
Muchas veces	13	17.3%
Casi siempre	14	18.7%
Ítem 9		
Casi nunca	9	12.0%
Pocas veces	23	30.7%
A veces	26	34.7%
Muchas veces	12	16.0%
Casi siempre	5	6.7%
Ítem 10		
Casi nunca	15	20.0%
Pocas veces	24	32.0%
A veces	22	29.3%
Muchas veces	12	16.0%
Casi siempre	2	2.7%
Ítem 11		
Casi nunca	15	20.0%
Pocas veces	24	32.0%
A veces	21	28.0%
Muchas veces	11	14.7%
Casi siempre	4	5.3%
Ítem 12		
Casi nunca	4	5.3%
Pocas veces	23	30.7%
A veces	25	33.3%
Muchas veces	14	18.7%
Casi siempre	9	12.0%
Ítem 13		
Casi nunca	12	16.0%
Pocas veces	28	37.3%
A veces	19	25.3%
Muchas veces	11	14.7%
Casi siempre	5	6.7%

En este rubro, la puntuación fue de 39.0 ± 12.2 puntos, cuyo diagnóstico describió la siguiente distribución: 14.67% funcional, 16.0% con hallazgos de moderada funcionalidad, por otra parte, 52.0% de las adolescentes informaron disfuncionalidad, como hallazgo de mayor distribución y el 17.33% con disfuncionalidad severa (**Figura 2**).

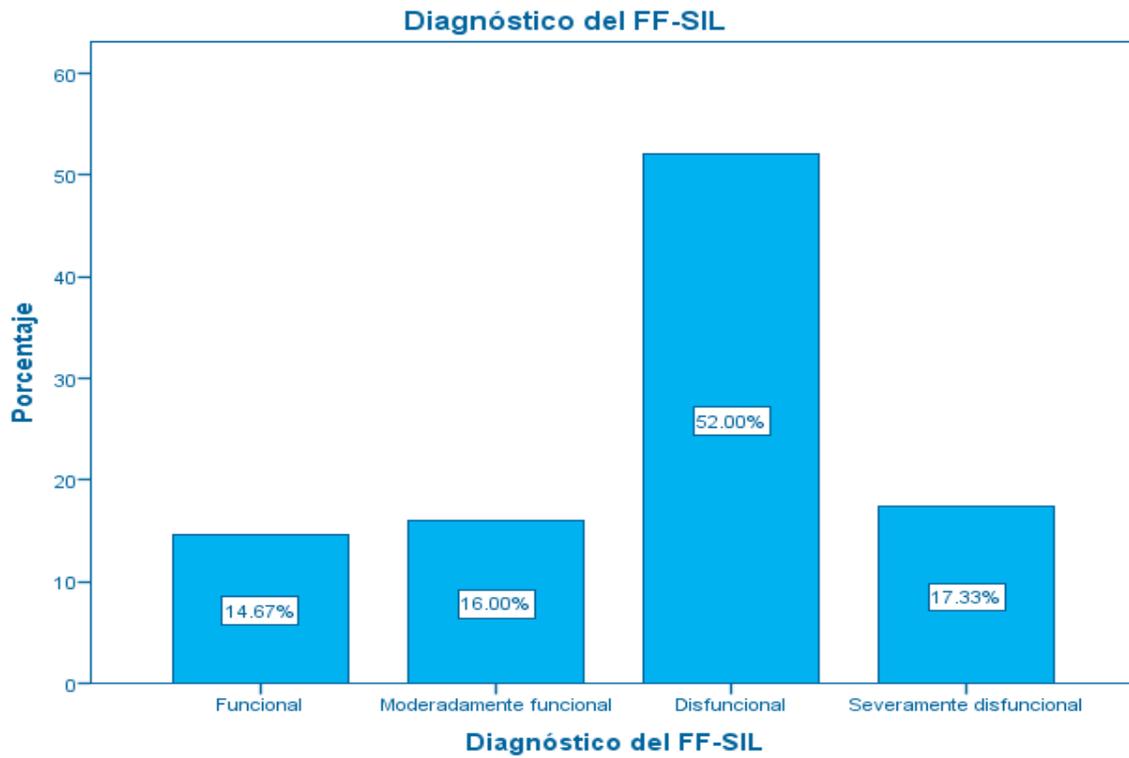


Figura 2. Diagnóstico del FF-SIL de adolescentes embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar no. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, México.

Finalmente se realizó la categorización de los resultados del estrato socioeconómicos y de la funcionalidad familiar. En la **Figura 3** se puede apreciar el comportamiento de las frecuencias, donde destacó la presencia de 46.67% de pacientes con disfunción familiar en aquellas con estrato marginal al compararse con el 5.33% de los casos para el estrato obrero, además de no identificar casos con disfunción severa en el estrato obrero.

Además, encontramos que una funcionalidad familiar con mayor afectación de asoció hasta 1.42 veces más con un estrato socioeconómico más bajo (IC 95% 1.13-2.88, $p=0.701$), sin embargo, dicha asociación no fue estadísticamente significativa.

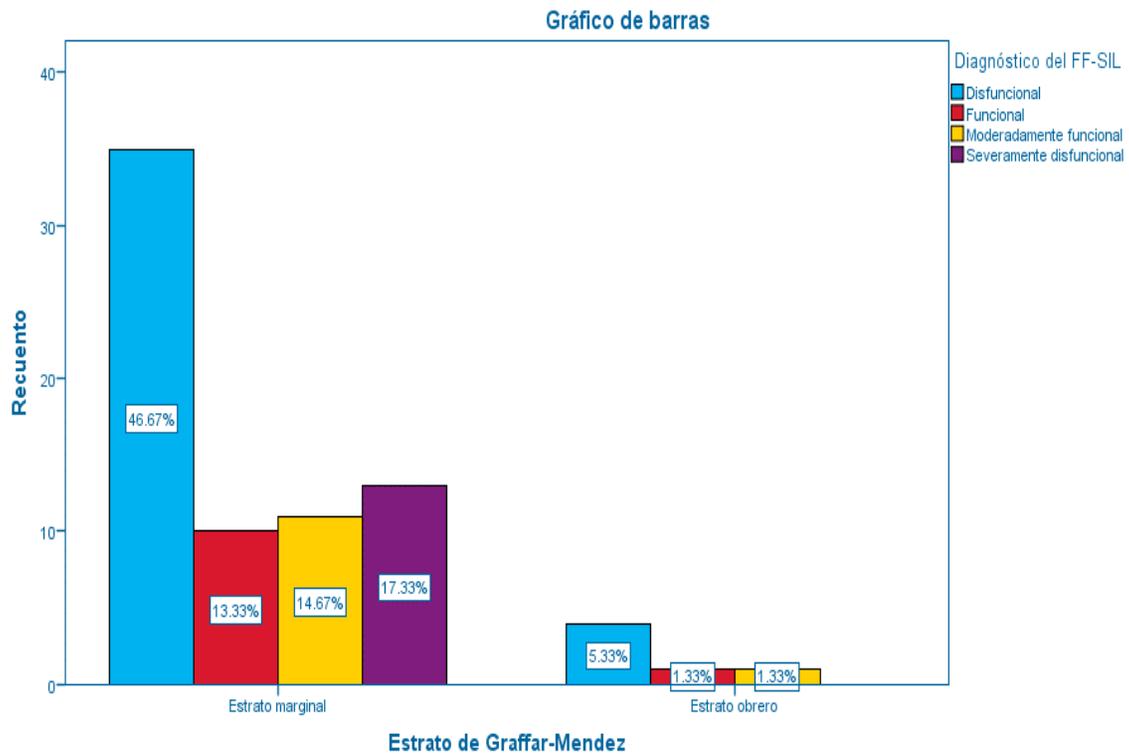


Figura 3. Distribución por estrato socioeconómicos y funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar no. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, México.

10. Discusión

Una perspectiva del curso de la vida sostiene que el momento de las transiciones clave tiene el potencial de alterar el cómo se desarrolla el individuo, y por tanto, se deben prestar especial atención a las transiciones que son fuera de tiempo, como una transición temprana a la paternidad para el caso de las adolescentes.

Hasta donde sabemos, este estudio es el primero en examinar si el estrato económico influye en la funcionalidad de las adolescentes que cursaron con embarazo en una población delimitada. Nuestros resultados revelaron diferencias significativas en la pendiente de los valores de funcionalidad familiar para adolescentes de acuerdo con el estrato socioeconómico.

El bajo nivel socioeconómico pudo haber sido el detonante para que las adolescentes fueran vulnerables a embarazos no deseados, aunque no fue posible determinarlo, ya que los medios para cubrir las necesidades básicas y, a veces, los anticonceptivos son un desafío.

Nuestro objetivo abordó los valores de la funcionalidad familiar como un aspecto de la adaptación de los sistemas culturales de los adolescentes que puede tener implicaciones para la dinámica de las relaciones familiares. White y cols. (2018) propusieron que si la adaptación de los sistemas culturales promueve o inhibe el funcionamiento familiar y el ajuste individual depende de otros factores clave, como el período de desarrollo considerado, la estructura familiar y los factores contextuales.

La evidencia de los beneficios de la funcionalidad familiar para las relaciones familiares de los adolescentes proviene principalmente de estudios de muestras escolares de jóvenes de origen mexicano no adolescentes.

En nuestro medio, las adolescentes ven a sus propias madres como fuentes primarias de apoyo cuando hacen una transición temprana a la maternidad, Sin

embargo, encontramos que los valores menos fuertes de funcionalidad familiar se asociaron con niveles más bajos de estrato socioeconómico,

Tales hallazgos sugieren que los valores de la funcionalidad familiar de los adolescentes pueden ser un factor importante asociado con una relación de apoyo económico y de necesidades básicas.

Es bien sabido, que la falta de orientación y asesoramiento de los padres, la disfunción familiar severa con negligencia de los padres son factores de riesgo para los embarazos de adolescentes, sin embargo, nuestro estudio no fue capaz de establecer dichos hallazgos.

Incluso, encontramos que las adolescentes también pueden percibir menos costos de oportunidad de un parto no planeado debido a las limitadas opciones de empleo, la cual fue evidente en el presente dado sus hallazgos. Los guiones culturales locales también pueden disuadir a los adolescentes con estrato socioeconómico marginal, independientemente de los antecedentes familiares y la educación religiosa, de interrumpir embarazos no deseados.

11. Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigación.

El presente estudio se pudo realizar sin problemas mayores, sin embargo vale la pena mencionar que algunas pacientes menores de edad se percibían limitadas a responder las preguntas de los instrumentos ya que en algunos casos los padres de estas pacientes se encontraban leyendo junto con la paciente las preguntas he influyendo en las respuestas de alguna manera, hecho que no fue fácil evitar ya que al ser pacientes menores de edad estrictamente hablando requerían supervisión de sus padres o tutores para realizar el estudio, lo que de alguna manera deja duda de la concordancia en su percepción real y como se modificó por la influencia de sus padres a la hora de responder, sin embargo afortunadamente fueron muy pocos casos en los que ocurrió este incidente.

12. Conclusiones

En el presente estudio, encontramos que los aspectos socioeconómicos y de funcionalidad familiar en el embarazo adolescente de pacientes en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 fue mayormente marginal con solo 1 de cada 10 dentro del estrato de obrero, siendo estos los más bajos de la evaluación.

Se observó que al menos 1 de cada 2 adolescentes informó de disfunción familiar e incluso casi 2 de cada 10, se encontraba en un medio familiar severamente disfuncional.

Fue posible concluir que a partir de lo anterior que, la funcionalidad familiar con mayor afectación de asoció hasta 1.42 veces más con un estrato socioeconómico más bajo, aunque esto solo puede ser afirmado de forma parcial por falta de significancia.

Esa investigación, representa una línea de base nacional para estudios posteriores, no las respuestas finales a un tema descuidado que claramente merece más atención ya que solo podemos especular sobre los posibles mecanismos subyacentes a las disparidades de estrato socioeconómico entre las adolescentes.

13. Bibliografía

1. Quintero P. Characterization of risk factors for teenage pregnancy at Pedro Borrás Astorga university polyclinic. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2016;42(3):262–273.
2. Oliveros Y, Bess Y. Some considerations about teenage pregnancy. *Rev. Inf. Científica.* 2017;96(3):516-526
3. Mora A. Hernández M. Embarazo en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex* 2015; 83:294–301.
4. Yakubu I, Salisu WJ. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Reprod Health.* 2018;15(1).
5. Barfield WD, Warner L, Kappeler E. Why We Need Evidence-Based, Community-Wide Approaches for Prevention of Teen Pregnancy. *J Adolesc Heal.* 2017;60(3):S3–6.
6. Leftwich HK, Alves MVO. Adolescent Pregnancy. *Pediatr Clin North Am.* 2017;64(2):381–8.
7. White LB. A Holistic Approach to Adolescent Pregnancy Prevention. *Am J Public Health.* 2018;108(S1):S4.
8. Chung HW, Kim EM, Lee JE. Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. *J Adolesc.* 2018;69(September):180–8.
9. Estrada F, Suárez-López L, Hubert C, Allen-Leigh B, Campero L, Cruz-Jimenez L. Factors associated with pregnancy desire among adolescent women in five Latin American countries: a multilevel analysis. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2018;125(10):1330–6.
10. Kuri-Morales P, Guevara-Guzmán R, Phillips-Gutiérrez V, Mota-Sánchez A, Díaz-Olavarrieta C. Nacional panorama of adolescent pregnancy in México: Lessons learned in a six-year period. *Gac Med Mex.* 2020;156(2):150–5.
11. Sutton A, Lichter DT, Sassler S. Rural–urban disparities in pregnancy intentions, births, and abortions among US adolescent and young women, 1995–2017. *Am J Public Health.* 2019;109(12):1762–9.

12. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa: a systematic review and Meta-analysis. *Reprod Health*. 2018;15(1):1–17.
13. Vargas G, Borus J, Charlton BM. Teenage pregnancy prevention: The role of young men. *CurropinPediater*. 2017;29(4):393–8.
14. Nguyen PH, Scott S, Neupane S, Tran LM, Menon P. Social, biological, and programmatic factors linking adolescent pregnancy and early childhood undernutrition: a path analysis of India's 2016 National Family and Health Survey. *Lancet Child Adolesc Heal*. 2019;3(7):463–73.
15. Gómez OSM, González KO. Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México, 2015. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:1–8.
16. Finer LB, Zolna MR. Declines in unintended pregnancy in the United States, 2008–2011. *N Engl J Med*. 2016;374(9):843–52.
17. Marino JL, Lewis LN, Bateson D, Hickey M, Skinner SR. Teenage mothers. *Aust Fam Physician*. 2016;45(10):712–7.
18. Landi I, Giannotti M, Venuti P, de Falco S. Maternal and family predictors of infant psychological development in at-risk families: A multilevel longitudinal study. *Res Nurs Heal*. 2020;43(1):17–27.
19. Lebron CN, Lee TK, Park SE, St. George SM, Messiah SE, Prado G. Effects of parent-adolescent reported family functioning discrepancy on physical activity and diet among hispanic youth. *J Fam Psychol*. 2018;32(3):333–42.
20. Perez-Brena NJ, Updegraff KA, Umaña-Taylor AJ, Jahromi L, Guimond A. Coparenting Profiles in the Context of Mexican-Origin Teen Pregnancy: Links to Mother-Daughter Relationship Quality and Adjustment. *Fam Process*. 2015;54(2):263–79.
21. Ngai FW, Ngu SF. Family sense of coherence and family and marital functioning across the perinatal period. *Sex Reprod Health*. 2016; 7:33–7.
22. Gómez C, Montoya L, Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. *Rev Salud Pública* 2014;16(3):394 – 406.

23. Delgado A, Marcillo N, Valenzuela S, Erazo M. Factores familiares y socioculturales que influyen en los embarazos en adolescentes en la ciudad de Patsto. Nariño. Colombia. *Rev Axioma* 2012;19(2):26 – 30.
24. Socolov D, Iorga M, Carauleanu A, Iliea C, Blidaru I, Bolculese L, et al. Pregnancy during Adolescence and Associated Risks: An 8-Year Hospital-Based Cohort Study (2007–2014) in Romania, the country with the Highest Rate of Teenage Pregnancy in Europe. *BioMed Research Int.* 2017; 9205016:1-8.
25. Colomer J, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2013; 15 (59): 261-269.
26. Instituto Nacional de las Mujeres. Sistema de indicadores de género. México, 2018.
27. World Health Organization. Adolescents: health risks and solutions. Fact sheet N°345. Ginebra, Mayo 2014.
28. Yago T, Aznar T. ¿Influye la familia de origen en el embarazo no planificado de adolescentes y jóvenes? *Prog Obstet.Ginecol.* 2015; 58 (3): 118 – 124.
29. Delgado R, Martínez M. Aspectos epidemiológicos sobre adolescentes embarazadas en un área del municipio El Salvador, Guantánamo. *Rev. Inf Cient.* 2017;96(3):346 - 354.
30. Carvajal R, Valencia H, Rodríguez R, Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. *Rev. Salud UIS.* 2017;49(2):290-300.
31. Hernández J, Velásquez R, Pinzón C. Conocimiento, actitud y práctica en anticoncepción en adolescentes escolarizados en la comuna 1 de Villavicencio. *Rev CSV* 2017;9(1):4-12.
32. Sánchez S, Bello L, Baños I, Montero G, Salgado G. Behavior of vaginal sepsis in adolescents. *Polyclinic 1 Francisca Rivero Arocha. Multimed.* 2016; 20(6):1-9.
33. Bornás S, Chambilla V. Estado nutricional y anemia ferropénica en gestantes adolescentes del centro de salud alto de la alianza. *Cienc Des.* 2012;1:12-17.
34. Buratto J, Kretzer MR, Freias PF, Traebert J, Nunes RD. Temporal trend of adolescent pregnancy in Brasil. *Rev Assoc Med Bras.* 2019;65(6):880–5.

35. Simpson EG, Vannucci A, Ohannessian CMC. Family functioning and adolescent internalizing symptoms: A latent profile analysis. *J Adolesc.* 2018;64(September 2017):136–45.