

Funcionalidad familiar de gestantes adolescentes en una unidad de medicina familiar

Family functionality of adolescent pregnant women in a family medicine unit

María de J. Vergara-Tapia¹ , Paula Chacón-Valladares² , Itza Luna-Armenta³  y Brenda P. Morales-Hernández^{3*} 

¹Departamento de Educación; ²Consulta Externa de Medicina Familiar; ³Departamento de Enseñanza. Instituto Mexicano del Seguro Social, Zacapu, Mich., México

RESUMEN: **Antecedentes:** La funcionalidad familiar tiene vinculación con el bienestar emocional y social de las adolescentes embarazadas, e influye en su capacidad para afrontar los desafíos del embarazo. **Objetivo:** Determinar la funcionalidad familiar de las gestantes adolescentes y su asociación con variables sociodemográficas en una unidad de medicina familiar. **Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo y prolectivo, a gestantes adolescentes adscritas al HGZ/MF No. 2, de enero a junio de 2024, que aceptaron participar. Se excluyeron pacientes con cuestionarios incompletos. Se aplicó instrumento FF para funcionamiento familiar. Se utilizó estadística descriptiva, los datos numéricos continuos se expresaron en media \pm desviación estándar. Los datos categóricos se reportaron en frecuencias y porcentajes (%) y prueba Chi cuadrada para asociación de variables categóricas. **Resultados:** Se encuestaron 66 gestantes, edad media 18.4 ± 1 , predominó estado civil casada 47.0% (n = 31), escolaridad secundaria 62.1% (n = 41) y primigestas 74.2% (n = 49). Presentaron familia funcional el 3.0% (n = 2), disfunción leve el 28.8% (n = 19), moderada el 65.2% (n = 43) y grave 3.0% (n = 2). El dominio de roles y comunicación fueron los más afectados. Se encontró asociación con escolaridad ($p < 0.001$). **Conclusiones:** La mayoría de las gestantes adolescentes presentan algún grado de disfunción familiar. Esto sugiere la necesidad de diseñar intervenciones integrales enfocadas en mejorar roles y comunicación en el entorno familiar para la atención a este grupo vulnerable.

Palabras clave: Embarazo en adolescencia. Funcionalidad familiar. Estructura familiar.

ABSTRACT: **Background:** Family functioning is linked to the emotional and social well-being of pregnant adolescents, influencing their ability to cope with the challenges of pregnancy. **Objective:** To determine the family functioning of pregnant adolescents and its association with sociodemographic variables in a family medicine unit. **Material and methods:** A cross-sectional, descriptive, and prolective study was conducted on pregnant adolescents enrolled in HGZ/MF No. 2, from January to June 2024, who agreed to participate. Patients with incomplete questionnaires were excluded. The FF instrument for family functioning was applied. Descriptive statistics were used; continuous numerical data were expressed as mean \pm standard deviation. Categorical data were reported as frequencies and percentages (%), and the Chi-square test was used for association of categorical variables. **Results:** A total of 66 pregnant women were surveyed, mean age 18.4 ± 1 , with a predominant marital status married (47.0%, n = 31), secondary education (62.1%, n = 41), and primigravida (74.2%, n = 49). A functional family was found in 3.0% (n = 2), mild dysfunction in 28.8% (n = 19), moderate dysfunction in 65.2% (n = 43), and severe dysfunction in 3.0% (n = 2). Role and communication domains were the most affected. An association was found with education ($p < 0.001$). **Conclusions:** Most pregnant adolescents present some degree of family dysfunction. This suggests the need to design comprehensive interventions focused on improving roles and communication in the family environment to care for this vulnerable group.

Keywords: Adolescent pregnancy. Family functionality. Family structure.

*Correspondencia:
Brenda P. Morales-Hernández
E-mail: bpmh13@hotmail.com

Fecha de recepción: 21-07-2025
Fecha de aceptación: 11-11-2025

Disponible en internet: 15-12-2025
Rev Mex Med Fam. 2025;12:116-124
DOI: 10.24875/RMF.25000096

2007-9710 / © 2025 Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar. Publicado por Permayer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes representa un desafío para la salud pública debido a sus implicaciones físicas, emocionales y sociales, agravado por la desigualdad y la falta de educación^{1,2}. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), representa el 11.0% de los nacimientos globales, con 16 millones de casos anuales³. En México, esta cifra supera los 340,000 nacimientos anuales⁴.

En este contexto, la funcionalidad familiar desempeña un papel importante en el bienestar general de las adolescentes embarazadas, ya que puede influir en su capacidad para enfrentar esta etapa y acceder a redes de apoyo. Se define, por lo tanto, como «El conjunto de interacciones entre los miembros del grupo familiar que permiten enfrentar las diferentes crisis que se originan en el hogar», de ahí que una adecuada dinámica familiar representa un espacio de tranquilidad y un factor protector por la crisis paranormativa presentada en la familia ante la noticia de un embarazo adolescente que puede complicar la salud del binomio⁵.

Según la OMS, la adolescencia abarca entre los 10 y los 19 años de edad, y es la transición entre la niñez y la juventud⁶. En dicha etapa se generan cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden exponer a las adolescentes embarazadas a situaciones de riesgo como incremento en los índices de mortalidad del binomio, abortos, deserción escolar, bajo peso del producto, problemas económicos que pueden generar acceso limitado a servicios de salud y mayor pobreza, y violencia familiar, entre otros^{7,8}.

Asimismo, un embarazo en edad precoz incrementa el riesgo de dependencia económica, discriminación y aislamiento social, separación de la pareja, comunicación inadecuada, unión obligatoria con la pareja y agresiones físicas, aumentando el sentimiento de infelicidad, frustración y depresión en las adolescentes, para lo cual una adecuada funcionalidad familiar se considera fundamental para afrontar la noticia de un embarazo en la adolescencia^{9,10}. Una

familia con adecuada comunicación, cohesión, apoyo emocional y capacidad de resolución de problemas puede convertirse en el principal recurso para enfrentar esta crisis, conduciendo así a estrategias de cambio con la finalidad de fortalecer las capacidades de los integrantes de la familia para hacer frente y superar exitosamente dicha crisis^{11,12}.

Una buena comunicación permite renegociar los roles dentro de la familia, así mismo, permite desarrollarse y cambiar hacia una mayor reciprocidad¹³. La funcionalidad familiar en las gestantes adolescentes puede variar según la tipología familiar, entendida por su integración, composición, ocupación y etapa de desarrollo¹⁴. La marginación y falta de acceso a servicios de salud también afectan la funcionalidad familiar en comunidades vulnerables^{15,16}. En este grupo son comunes las dinámicas familiares con estilos de comunicación autoritaria, permisivos e inconsistentes, roles difusos, bajo involucramiento afectivo y poca cohesión o unión familiar, lo cual afecta a cómo las adolescentes embarazadas afrontan su embarazo y la calidad del apoyo que reciben en esta nueva etapa¹⁷.

El objetivo del presente estudio es determinar el grado de funcionamiento familiar de las gestantes adolescentes y los principales dominios afectados dentro del núcleo familiar, así como su asociación con variables sociodemográficas. Con esto se espera aportar evidencia para sustentar estrategias integrales en los servicios de salud, promoviendo un enfoque centrado en la familia como unidad de atención.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, analítico y prolectivo, en las salas de espera de la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 (HGZ/MF No.2) en Zacapu, Michoacán.

La población de estudio estuvo conformada por adolescentes embarazadas que acudieron a consulta durante el periodo de enero a junio del 2024. El tamaño de la

muestra se calculó considerando una población total de 80 adolescentes embarazadas. Se aplicó la fórmula para población finita, con un nivel de confianza del 95% ($z = 1.96$) y un margen de error permitido del 5% ($e = 0.05$), con una proporción esperada de ocurrencia (p) del 50%, resultando un tamaño de muestra final de 66 participantes.

Se empleó un muestreo aleatorio simple. Para ello, se elaboró un listado con las adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta externa de medicina familiar en dicho periodo y que cumplían con los criterios de inclusión. A cada sujeto se le asignó un número consecutivo. La selección se realizó mediante un generador de números aleatorios computarizado, utilizando el programa Excel, con lo cual se eligieron 66 números correspondientes a las participantes que encuestar. Este procedimiento garantizó que todas las adolescentes tuvieran la misma probabilidad de ser incluidas.

Se incluyeron embarazadas adolescentes de 10 a 19 años, derechohabientes y adscritas al HGZ/MF No.2, que aceptaron participar en el estudio y firmaron la carta de consentimiento informado; en el caso de menores de edad, también se incluyó una carta de asentimiento informado para estas y para su tutor legal. No se incluyeron pacientes que hablaran algún dialecto diferente al del encuestador o con algún trastorno mental que impidiera la contestación del test. Se excluyeron aquellas con cuestionarios incompletos o que decidieron retirar su consentimiento durante el desarrollo del estudio.

Se recabaron variables sociodemográficas como edad, estado civil, escolaridad y número de embarazos. Así mismo se interrogó sobre la tipología familiar según Irigoyen¹⁸, la cual se ha institucionalizado y descrito en documentos como el Estudio de Salud Familiar del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C. (CMCMF)¹⁹, clasificando a las familias con base en:

- Integración familiar: dependiendo de si los integrantes de la familia cumplen adecuadamente o no sus

funciones (clasificada como integrada, semiintegrada y desintegrada).

- Composición: de acuerdo con las características de los integrantes de la familia y grados de consanguinidad (clasificada como nuclear, extensa y extensa compuesta).
- Ocupación: tomando en cuenta las actividades laborales que desarrolla el jefe de familia y quien mantiene económicamente el hogar (familia campesina, obrera y profesional).
- Desarrollo familiar: clasificado de acuerdo con la evolución y a las funciones de la familia y cambios socioeconómicos y culturales (clasificada como moderna, tradicional y arcaica), todos estos datos se recabaron en una hoja de recolección de datos creada por el autor^{18,19}.

El grado de funcionalidad familiar y sus dominios (comunicación, roles, respuesta afectiva, resolución de problemas, control de conducta e involucramiento afectivo) se determinaron con la aplicación del test FF²⁰, creado por Barreras-Miranda et al., fundamentado en el modelo de McMaster y sus seis dimensiones. Dicho instrumento cuenta con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.962, consta de 35 ítems que se contestan con respuestas en escala tipo Likert donde nunca = 1 punto, casi nunca = 2 puntos, algunas veces = 3 puntos, casi siempre = 4 puntos y siempre = 5 puntos.

Para conocer la funcionalidad familiar se sumó el puntaje de la calificación global y se calificó de la siguiente manera: familia funcional 141-175 puntos, familia disfuncional leve 106-140 puntos, familia disfuncional moderada 71 a 105 puntos y familia disfuncional grave 35-70 puntos.

El instrumento permite identificar los resultados del funcionamiento familiar por cada uno de sus seis dominios: comunicación (intercambio de información en la familia) con la suma de los reactivos 1 al 10 (adecuado 31-50 puntos e inadecuada 10-30 puntos); respuesta afectiva (habilidad de la familia para responder con sentimientos

adecuados a un estímulo tanto en cantidad como en calidad) con la suma de reactivos del 11 al 18 (adecuada 24-40 puntos e inadecuada 8-23 puntos); resolución de problemas (destreza de la familia para lograr la resolución de sus problemas en una forma que salvaguarde el funcionamiento familiar de una manera efectiva) con la suma de reactivos del 19 al 25 (adecuada 19-35 puntos e inadecuada 7-18 puntos); roles (analiza los patrones de conducta, por medio de los cuales la familia designa las funciones de cada uno de sus integrantes) con la suma de reactivos del 26 al 30 (se cumplen, 16-25 puntos, y no se cumplen, 5-15 puntos); control de conducta (comprende los patrones que considera una familia para manejar el comportamiento de integrantes durante situaciones que involucran peligro físico, que exigen afrontar y expresar necesidades y que requieren socialización intrafamiliar y extrafamiliar) con la suma de reactivos del 31 al 33 (adecuada 9-15 puntos e inadecuada 3-8 puntos); involucramiento afectivo (mide el grado en que la familia valora las actividades e intereses de cada miembro) en la suma de reactivos 34-35 (con involucramiento 7-10 puntos y sin involucramiento 2-6 puntos)²⁰.

Este proyecto fue autorizado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud 1603 del Hospital General de Zona No. 8, con el número de registro R-2024-1603-004 y autorización institucional. No existió conflicto de intereses en la realización del artículo. Todos los participantes tuvieron conocimiento del objetivo de la investigación y colaboraron con libertad para participar, firmando consentimiento informado y carta de asentimiento en el caso de las menores de edad.

Análisis estadístico

Se realizó cálculo de Kolmogorov-Smirnov para conocer la distribución de los datos. Se realizó estadística descriptiva. Los datos numéricos continuos se expresaron en media \pm desviación estándar (DE). Los datos categóricos se reportaron en frecuencias

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes de la consulta externa del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 (n = 66)

	F	%
Estado civil		
Soltera	19	28.8
Casada	31	47.0
Unión libre	16	24.2
Escolaridad		
Primaria	8	12.1
Secundaria	41	62.1
Preparatoria	16	24.3
Licenciatura	1	1.5
Número de embarazos		
Primigesta	49	74.2
Secundigesta	16	24.3
Multigesta	1	1.5

F: frecuencia; (%): porcentaje.

y porcentajes (%). Se realizó prueba de Chi cuadrada (χ^2) para determinar la asociación entre las variables categóricas.

Se estableció diferencia estadística significativa con valor de $p < 0.05$.

Los datos se analizaron en el programa computacional SPSS versión 23 para Windows y se representaron con gráficas y tablas de contingencia.

RESULTADOS

Se encuestó a un total de 66 embarazadas adolescentes. Las características sociodemográficas de las pacientes que cumplieron con los criterios de selección se muestran en la tabla 1. Nótese el predominio del estado civil casada, con escolaridad secundaria, primigestas y con edad media de 18.4 ± 1 año.

Se utilizó el test FF para valorar el grado de funcionalidad familiar de las gestantes, siendo la disfunción moderada la más prevalente, seguido de la disfunción familiar leve (Fig. 1).

Los dominios de funcionalidad familiar de mayor afectación correspondieron al de roles, calificado como «no se cumplen» en un 87.9%, seguido del rol de la comunicación como «inadecuada» en un 84.8%. Por

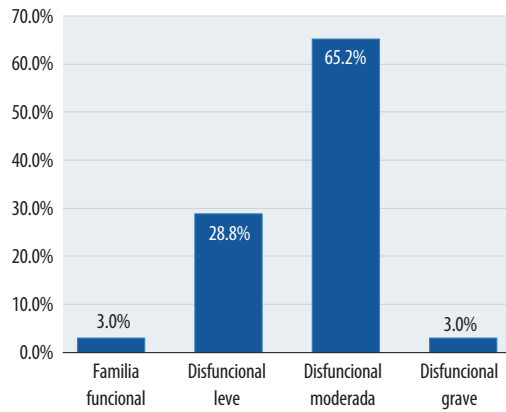


Figura 1. Funcionalidad familiar de las gestantes adolescentes atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 2 (n = 66).

último, la respuesta afectiva calificada como «inadecuada» por el 62.1% de las gestantes adolescentes encuestadas (Tabla 2).

Se identificó que las adolescentes con nivel escolar secundaria, primigestas y con estado civil casada tendieron a reportar mayores niveles de disfunción familiar moderada, encontrando que existe asociación significativa entre la escolaridad con la funcionalidad familiar (Tabla 3).

Respecto a la tipología familiar, las familias extensas, de ocupación obrera y con desarrollo moderno exhibieron mayores grados de disfunción familiar moderada (Tabla 4).

DISCUSIÓN

En este estudio se observó una prevalencia de disfunción familiar moderada entre las gestantes adolescentes, principalmente en aquellas con estado civil casada, escolaridad secundaria, primigestas y con edad media de 18.4 ± 1 año. La disfunción moderada fue la categoría más frecuente (65.2%). Estos resultados coinciden con lo reportado por Soto-Acevedo et al.²¹, quienes también identificaron una proporción significativa de adolescentes embarazadas provenientes de familias con disfunción moderada (39.0%), con estado civil soltera, escolaridad preparatoria y con estrato socioeconómico de clase obrera, resultados similares a los de otros

Tabla 2. Evaluación de los dominios de la funcionalidad familiar del test FF en las gestantes adolescentes atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No.2 (n = 66)

Variable	F	%
Comunicación		
Adecuada	10	15.2
Inadecuada	56	84.8
Respuesta afectiva		
Adecuada	25	37.9
Inadecuada	41	62.1
Resolución de problemas		
Adecuada	50	75.8
Inadecuada	16	24.2
Roles		
Se cumplen	8	12.1
No se cumplen	58	87.9
Control de conducta		
Adecuada	64	97.0
Inadecuada	2	3.0
Involucramiento afectivo		
Involucramiento	39	59.1
Sin involucramiento	27	40.9

F: frecuencia; (%): porcentaje.

estudios en los que se han utilizado instrumentos distintos como FF-SIL, E-EFF y APGAR, lo que respalda la validez y confiabilidad del instrumento FF, nuevo dentro del ámbito de la medicina familiar y diseñado para el estudio de la funcionalidad familiar.

Con respecto al análisis con base en los dominios del test FF, los roles calificados como «no se cumplen» se presentaron en el 87.9% de la población encuestada, mientras que la comunicación «inadecuada» abarcó el 84.8% y la respuesta afectiva «inadecuada» en el 62.1%, dichos resultados concuerdan con lo mencionado por Quispe²², quien apunta que la falta de liderazgo y claridad en los roles familiares, así como una disciplina menos rigurosa, intensifican los conflictos internos, especialmente en familias con adolescentes embarazadas.

En cuanto a la comunicación, Vizcaíno et al.²³ señalan su relevancia en la cohesión familiar. En este estudio, el 84.8% de las familias se clasificó con comunicación inadecuada y el 62.1% presentó respuesta

Tabla 3. Grado de funcionalidad familiar de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 con base en sus características sociodemográficas (n = 66)

	Funcional	Disfuncional leve	Disfuncional moderada	Disfuncional grave	p
Estado civil					0.915
Soltera	1 (1.5)	5 (7.6)	13 (19.7)	-	
Casada	1 (1.5)	9 (13.6)	20 (30.3)	1 (1.5)	
Unión libre	-	5 (7.6)	10 (15.2)	1 (1.5)	
Escolaridad					< 0.001*
Primaria	-	3 (4.6)	5 (7.7)	-	
Secundaria	1 (1.5)	9 (13.6)	29 (43.9)	2 (3.0)	
Preparatoria	-	7 (10.6)	9 (13.6)	-	
Licenciatura	1 (1.5)	-	-	-	
No. de embarazos					0.109
Primigesta	2 (3.0)	12 (18.2)	35 (53.1)	-	
Secundigesta	-	7 (10.6)	7 (10.6)	2 (3.0)	
Multigesta	-	-	1 (1.5)	-	

F: frecuencia; gl: grados de libertad; p: grado de significación; (%): porcentaje.
Prueba estadística utilizada.

Tabla 4. Funcionalidad familiar de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 con base en la tipología familiar (n = 66)

	Funcional	Disfuncional leve	Disfuncional moderada	Disfuncional grave	p
Integración familiar					0.244
Integrada	2 (3.0)	16 (24.3)	34 (51.6)	1 (1.5)	
Semiintegrada	-	2 (3.0)	7 (10.6)	-	
Desintegrada	-	1 (1.5)	2 (3.0)	1 (1.5)	
Composición					0.056
Nuclear	1 (1.5)	4 (6.1)	13 (19.7)	1 (1.5)	
Extensa	1 (1.5)	14 (21.2)	29 (44.0)	-	
Extensa-compuesta	-	-	-	1 (1.5)	
Ocupación familiar					0.627
Campesina	-	1 (1.5)	1 (1.5)	-	
Obrera	1 (1.5)	17 (25.8)	36 (54.6)	2 (3.0)	
Profesional	1 (1.5)	1 (1.5)	-	-	
Desarrollo familiar					0.626
Moderna	2 (3.0)	9 (13.6)	24 (36.4)	1 (1.5)	
Tradicional	-	9 (13.6)	19 (28.9)	1 (1.5)	
Arcaica	-	1 (1.5)	-	-	

F: frecuencia; gl: grados de libertad; p: grado de significación; (%): porcentaje.
Prueba estadística utilizada.

afectiva inadecuada. Estos datos corresponden en su frecuencia con lo descrito por Zambrano-Mendoza et al.²⁴, quienes documentan la importancia de la comunicación entre adolescentes y padres, ya que esta brinda confianza a nuestros hijos,

mejora el ambiente familiar al crear y fortalecer lazos fraternales debido a la unión que genera una comunicación estrecha entre los miembros de la familia, alejándolos de la soledad afectiva y medios tecnológicos, lo que sugiere que los padres de familia

brinden un espacio de su tiempo para participar en las actividades de sus hijos y mejorar la convivencia familiar.

Respecto a la respuesta afectiva, Avilés-Aguilar et al.¹⁵ reportan que el apoyo emocional insuficiente se presenta con frecuencia en gestantes adolescentes, datos similares a los encontrados en la presente investigación, donde el 62.1% de las familias mostraron una respuesta afectiva inadecuada, lo que sugiere que el apoyo afectivo y social es de suma importancia ante la noticia de un embarazo en hijas adolescentes, de tal manera que se logre brindar las herramientas necesarias, fortaleza y confianza para una mejor aceptación social del embarazo, que a futuro disminuirá los índices de depresión, ansiedad y autolesiones, así como una mejor estabilidad emocional, que beneficiará el desarrollo del binomio.

En relación con la escolaridad, en este estudio se encontró que las adolescentes con menor grado de estudios tienen tendencia a presentar con mayor frecuencia algún grado de disfunción familiar, a diferencia de las que presentan grados escolares mayores, encontrando que existe asociación entre ambas. Este patrón se asemeja en su descripción a los reportes de Góngora-Ávila et al.²⁵, quienes de la misma forma encontraron una mayor frecuencia de embarazo adolescente en aquellas pacientes con escolaridad preuniversitaria y secundaria, similar a lo referido por Díaz et al.²⁶, quienes identificaron mayor prevalencia de embarazo adolescente en jóvenes preuniversitarias. Concordando ambos que existe asociación entre la escolaridad con el embarazo temprano debido a que a mayor edad, mayor conocimiento de métodos de planificación familiar. Así mismo, un alto porcentaje de embarazos tempranos están relacionados con factores de índole social, por las tradiciones de las comunidades para probar la feminidad de la mujer o donde incluso el embarazo temprano suele ser una vía de escape a conflictos familiares.

En lo que respecta a la tipología familiar, en dicho estudio de investigación se encontró que las familias extensas, de ocupación obrera y de desarrollo moderno presentaron mayor frecuencia de disfunción familiar. Zamudio et al.⁷ describen que las familias monoparentales y de menor nivel socioeconómico pueden presentar altos porcentajes de disfunción. Resultados divergentes a los encontrados por Manrique-Anaya et al.²⁷, quienes identificaron que la mayoría de las embarazadas adolescentes tenían una adecuada funcionalidad familiar, haciendo mención en la relación encontrada entre las familias monoparentales, en las cuales la madre queda como jefa del hogar, ya que en estas familias encontraron un mayor acompañamiento al control prenatal de sus hijas adolescentes, constituyéndose esto como una muestra de apoyo social y mayor estabilidad emocional y apoyo afectivo.

A contraparte, Ordóñez et al.²⁸ reportan porcentajes elevados de disfunción en familias monoparentales, de núcleo no integrado y aquellas con pobreza familiar alta y como factores de protección la nuclear simple y con núcleo integrado, haciendo énfasis en que la presencia física en el hogar de uno de los padres de familia influye para mejorar la funcionalidad familiar, mejorando así la cohesión familiar, comunicación y respuesta afectiva.

Como limitantes contamos con un tamaño muestral pequeño que impide una mayor generalización, así como el hecho de que únicamente se contempla la perspectiva única de las gestantes adolescentes y no del resto de los miembros, lo cual limita los resultados a la perspectiva de este miembro de la familia y la forma de establecer estrategias de apoyo dirigidas no solo a la paciente sino enfocadas de igual manera en las áreas de oportunidad detectadas en el núcleo familiar.

CONCLUSIONES

La mayoría de las adolescentes embarazadas evaluadas en este estudio presentaron algún grado de disfunción familiar, siendo la disfunción moderada la más prevalente, donde

los dominios con mayor afectación fueron los roles familiares, la comunicación y la respuesta afectiva, lo que sugiere áreas clave que considerar en el abordaje psicosocial de estas pacientes. Por lo tanto, este estudio enfatiza la importancia de considerar la dinámica familiar como un componente central en la atención integral de las adolescentes embarazadas, especialmente en entornos con factores de riesgo social, para orientar al diseño de estrategias de intervención que promuevan la comunicación efectiva, el fortalecimiento de roles y el apoyo emocional dentro del núcleo familiar y brinden a la adolescente las herramientas necesarias para fortalecer su capacidad de afrontamiento y resiliencia frente a la crisis desencadenada por un embarazo a temprana edad.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a las embarazadas adolescentes adscritas al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2 que aceptaron participar en el estudio, así como a la Revista Mexicana de Medicina Familiar.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que este trabajo se realizó con recursos propios.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

REFERENCIAS

- Feldman F, Recouso J, Paller L, Lauría W, Rey G. Evaluación de las complicaciones del embarazo en adolescentes: estudio de cohorte en Uruguay. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2019;87(11):709-17. <https://doi.org/10.24245/gom.v87i11.2987>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. *El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud; 2020.
- Organización Mundial de la Salud. *Embarazo en adolescentes*. Organización Mundial de la Salud; 2020.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Estadísticas a propósito del día mundial de la población*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2021.
- Reyes SE, Oyola MS. Funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Comunicación: Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo* [Internet]. 2022;13(2):127-37. <https://doi.org/10.33595/2226-1478.13.2.687>
- Castañeda J, Santa-Cruz-H. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enf Global* [Internet]. 2021;20(2):109-28. <https://doi.org/10.6018/eglobal.438711>
- Zamudio CA, Silva JG, Gómez C, Chacón P. Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México. *Aten Fam* [Internet]. 2018;25(2):54-8. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.2.63555>
- Figueroa DA, Negrin VA, Garcell ET. Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia. *Rev Ciencias Médicas*. 2021;25(5):e5051.
- Bravo DM, Bravo HL, Bravo S. Embarazo en adolescentes y alteraciones psicosociales. *Recimundo*. 2020;4(4):337-45.
- Núñez G. Bayesian spatial modeling of adolescent pregnancy risk through integrated nested Laplace approximation in Chiapas, 2015. *PSM* [Internet]. 2019;17(1):1-20. <https://doi.org/10.15517/psm.v17i1.37783>
- Milena S. Family crisis: an opportunity to transit from catastrophe and chaos into the deployment of skills for change. *Divers Perspect Psicol* [Internet]. 2020;16(1):169-80. <https://doi.org/10.15332/22563067.4115>
- Triviño CP, Acosta FE, Veintimilla JB. Embarazo precoz: riesgos, consecuencias y prevención. *Dom Cien* [Internet]. 2019;5(2):554-71. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v5i2.1107>
- Gutiérrez GA, Kanán EG, Chacón WL, Gómez AC. Adolescentes embarazadas, comunicación y entorno, en una clínica de Morelia, Michoacán. *Rev Electron Psicol*. 2023;26(2):410-26.
- Jiménez-González A, Granados-Cosme JA, Rosales-Flores RA. Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2017;59(1):11-8. <http://dx.doi.org/10.21149/8410>
- Avilés-Aguilar WA, Rocha-Rodríguez MY, Hernández-Pérez F. Asociación entre red de apoyo social y embarazo adolescente en una unidad de medicina familiar. *Aten Fam* [Internet]. 2024;31(3):170-6. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2024.388835>
- Aguirre L, Zambrano M. Factores socioeconómicos y su relación con la funcionalidad familiar. *Revista de Estudios Sociales y Familia* [Internet]. 2021;15(3):213-25. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i4>
- Valladares AM, Carreño G, Martínez JB, González M. Comunicación y cohesión en familias de adolescentes que interrumpen el embarazo en Cienfuegos. *Gac Med Espirit* [Internet]. 2022;24(1):46-58.
- Irigoyen-Coria AE. *Nuevos fundamentos de medicina familiar*. 3ra ed. México: Medicina Familiar Mexicana; 2006.
- Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C. *Lineamientos para la elaboración de estudios de salud familiar*. México: Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar; 2012.
- Barreras MI, Muñoz G, Pérez LM, Gómez C, Fulgencio M, Estrada ME. Desarrollo y validación del Instrumento FF para evaluar el funcionamiento familiar. *Atención Familiar* [Internet]. 2022;29(2):72-8. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.2.82028>

21. Soto-Acevedo F, León-Corrales IA, Castañeda-Sánchez O. Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México. *Aten Fam* [Internet]. 2015;22(3):64-7. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2015.3.50727>
22. Quispe LO. Dinámica familiar y su relación con el embarazo de adolescentes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2023;7(5):3271-80. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.7956
23. Vizcaino SC, Cusme Torres NA. Dinámica familiar en la adolescente embarazada de la comunidad de Lasso-Ecuador. *Enfermería Investiga* [Internet]. 2021;6(5):e5402-0088.
24. Zambrano-Mendoza YY, Campoverde-Castillo AC, Idrobo-Contento JC. Importancia entre la comunicación padres e hijos y su influencia en el rendimiento académico en estudiantes de bachillerato. *Pol Con*. 2019;4(5):138-56. DOI: 10.23857/pc.v4i5.969
25. Góngora-Ávila CR, Fernández-Borrego D, Mejías-Arencibia RA, Vázquez-Carvajal L, Frías-Pérez AE. Características sociodemográficas que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Pediatr Panamá*. 2021;50(3):7-12. DOI: 10.37980/im.journal.rsp.20211826
26. Díaz A, Velasco AJ, Gutiérrez JI, Muro JA, Álvarez JC. Embarazo en la adolescencia, un problema de salud en el policlínico "Efraín Mayor Amaro" del Cotorro, La Habana. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2019;45(2):1-14.
27. Manrique-Anaya Y, Del Toro-Rubio M. Funcionalidad familiar de adolescentes asistentes a control prenatal. Cartagena 2021. *Rev Cienc Cuid* [Internet]. 2023;20(1):22-32. <https://doi.org/10.22463/17949831.3314>
28. Ordóñez Y, Gutiérrez RF, Méndez E, Álvarez MA, López D, De la Cruz C. Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. *Aten Primaria* [Internet]. 2020;52(10):680-9. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.011>