

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 43**



**VILLAHERMOSA, TABASCO**

***“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACIÓN AL EMBARAZO EN  
LA ADOLESCENTE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 39.  
“IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”***

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DRA. ADI ALEJANDRO RAMIREZ**

**VILLAHERMOSA, TABASCO**

**2006**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

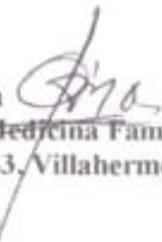
**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACIÓN AL EMBARAZO EN LA  
ADOLESCENTE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 39.  
“IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”**

**Trabajo que para obtener el Diploma de Especialista en  
MEDICINA FAMILIAR**

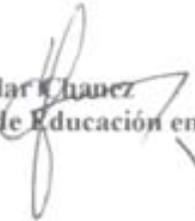
**Presenta:**

**Dra. Adí Alejandro Ramirez.**

**AUTORIZACIONES**

**Dra. Sahara de León Almeida**   
**Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para  
Médicos Generales en la Unidad Médica Familiar no. 43, Villahermosa, Tabasco**

**M en C Rebeca Hernández Martínez**   
**Asesor Metodológico y Clínico de tesis de la Unidad de Medicina Familiar no. 39  
“Ignacio García Téllez”**

**Dra. Cruz Lilian Aguilar Chanez**   
**Coordinador Delegacional de Educación en  
Salud**

**Dr. Rafael Antonio Vivas Pérez**   
**Coordinador Delegacional de Investigación Médica**

Villahermosa, Tabasco.

Febrero 2006

***“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACIÓN AL EMBARAZO EN  
LA ADOLESCENTE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 39.  
“IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”***

**Trabajo que para obtener el Diploma de Especialista en  
MEDICINA FAMILIAR**

**Presenta:  
Dra. Adi Alejandro Ramirez.**

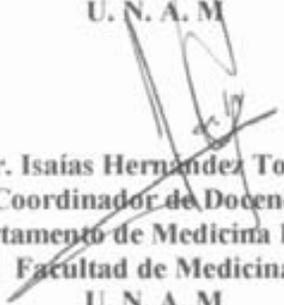
**AUTORIZACIONES**



**Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega  
Jefe del Departamento de Medicina Familiar  
Facultad de Medicina  
U. N. A. M**



**Dr. Arnulfo Irigoyen Coria  
Coordinador de Investigación  
Departamento de Medicina Familiar  
Facultad de Medicina  
U. N. A. M**



**Dr. Isaías Hernández Torres  
Coordinador de Docencia  
Departamento de Medicina Familiar  
Facultad de Medicina  
U. N. A. M**

## DEDICATORIAS

### **A Dios.**

Por darme la vida plena y disfrutar de la luz de cada día así como por la profesión que me permite ejercer y me da oportunidad de procurar la salud de mis semejantes.

### **A mis padres.**

Rodolfo y Ana Maria gracias Dios por estos padres terrenales que me diste, ellos son mi fortaleza mi guía y mi ejemplo y no tengo palabras para describir lo grandiosos que son

### **Sergio**

Gracias por tu comprensión, confianza y apoyo incondicional, a lo largo de esta etapa difícil pero satisfactoria de mi vida.

### **J. Carlos**

Porque a pesar de mis ausencias, pudiste darme tranquilidad con tu actitud y comportamiento y siempre estuviste presto para ayudarme en todo hijo eres mi mayor fuente de inspiración en todo lo que hago

### **A mis hermanos.**

Hilda, Francisco, Rodrigo, Nelmer, Olivia y a mi querido José Luis con cariño fraterno y la dicha de contar con ustedes.

A todos y cada uno de mis familiares, que con su cariño y afecto han contribuido tanto en mi vida personal como profesional queriendo ser por ellos cada día mejor persona.

### **A mis amigos.**

Por la dicha de contar con su amistad palabra que lleva implícita tantas cualidades y que considero que en todos y cada uno de ustedes encuentro todo eso y más

A las que han compartido conmigo momentos difíciles, pero también de mucha alegría y cuando he estado a punto de desfallecer, en ellos encuentro palabras amigas llenas de esperanzas que me hacen volver a la carga, en especial a Maria Asunción y Nieves que en el corto o largo tiempo que convivimos tan de cerca creció esta linda amistad llena de hermandad entusiasmo y optimismo con un toque mágico propio de ellas para realizar las tareas difíciles con alegría y dedicación

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mis maestros y Asesores**

A los cuales admiro y respeto, y les agradezco de gran manera, la especial atención y tolerancia que tuvieron para conmigo, y a los que hay mucho más que aprenderles.

### **A la M. en C. Química Rebeca Hernández Martínez.**

Gracias por ser excelente asesora y guía, así como por su paciencia y disponibilidad de su precioso tiempo además de su invaluable amistad, dios la bendiga y la siga llenado de bendiciones, fortaleza y sabiduría.

### **Al Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Universidad Nacional Autónoma de México**

Por brindarme esta grandiosa oportunidad de realizar en esta forma la Especialidad en Medicina Familiar que era un sueño y hoy una realidad.

Gracias a los Jefes, y compañeros de trabajo, por darme el apoyo y la facilidad para la realización de esta meta.

## ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
<b>Autorizaciones</b>	<b>i-ii</b>
<b>Dedicatorias</b>	<b>iii</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>iv</b>
<b>Título</b>	<b>v</b>
<b>Índice</b>	<b>vi</b>
<b>Resumen</b>	<b>vii</b>
<b>Glosario</b>	<b>viii</b>
<b>Introducción</b>	<b>ix-xi</b>
<b>Marco Teórico</b>	<b>1-11</b>
<b>Planeamiento del problema</b>	<b>12-13</b>
<b>Justificación</b>	<b>14</b>
<b>Objetivo General</b>	<b>15</b>
<b>Objetivo Especifico</b>	<b>15</b>
<b>Metodología</b>	<b>16</b>
<b>Tipo de estudio</b>	<b>16</b>
<b>Población, lugar y tiempo de estudio</b>	<b>16</b>
<b>Tiempo de muestra y tamaño de la muestra</b>	<b>16</b>
<b>Criterios de inclusión, exclusión y eliminación</b>	<b>17</b>
<b>Variables a recolectar</b>	<b>18</b>
<b>Método y procedimiento para capturar la información</b>	<b>21</b>
<b>Consideraciones Éticas</b>	<b>24</b>
<b>Resultados</b>	<b>25-45</b>
<b>Discusión</b>	<b>46-48</b>
<b>Conclusión</b>	<b>49-50</b>
<b>Referencias Bibliograficas</b>	<b>51-53</b>
<b>Anexos</b>	<b>54-58</b>

## RESUMEN

Adi Alejandro Ramírez. **FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION AL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 39 DEL IMSS.** Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Tabasco.

**Objetivo:** Conocer la frecuencia, grado y la fuerza de asociación de la disfunción familiar con el *embarazo en las adolescentes*, en casadas o solteras, en cualquier etapa y sin límite gestacional. **Material y Método:** Se estudio n=102 pacientes; **grupo observacional** (embarazadas) y el de **control** (sin embarazo) cada uno con n=51, edad entre 14 y 19 años, mediante estudio descriptivo, prospectivo, transversal y comparativo. Se empleo el instrumento de FACES 111, escalas nominales y ordinales, los datos se presentan en tablas de contingencia y gráficos y se analizaron por  $X^2$ , RR, VPP. **Resultados:** Edad de mayor frecuencia ,19 años con 32.29%, 2do lugar 18 años con 31.77% y  $\bar{x} = 17.64 \pm s = 1.49$  y mínimo de 14 y máximo 19 años. El 56.86% estudiantes, 54.9% casadas y el 43.3% solteras. De las 102 pacientes la funcionalidad familiar fue 41.17% contra 58.82% de disfunción y en relación al embarazo fue 82.35%( RR= 3.27, VPP = 78%) Dentro de la adaptabilidad y cohesión se encontró mayormente lo caótico y separado respectivamente: la asociación caótico separado fue de 39.21% = Disfunción leve, caótico desligado con 5.88% = disfunción severa. La disfunción familiar fue mayor en el grupo de embarazadas adolescentes que en las no embarazadas. **Conclusiones:** La edad de 19 años fue la mas frecuente observada en ambos grupos. Los 2 grupos presentaron disfunción familiar, el de embarazadas presento mayor frecuencia y el tipo leve fue la que mayormente les afecta. Las variables disfunción familiar y embarazo se encontraron fuertemente asociadas con significancia clínica al encontrar un RR y un VPP altos y estadísticamente significativos.

**Palabras claves:** *Adolescencia, Embarazo en adolescente, FACES 111, Funcionalidad Familiar, Disfunción familia*

## GLOSARIO.

<b>Termino</b>	<b>Significado</b>
<b>Adolescencia</b>	Etapa que transcurre desde la pubertad (10 años) hasta los 19 años según la OMS.
<b>FACES 111</b>	Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad familiar
<b>Cohesión familiar</b>	Se define como la unión emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros.
<b>Adaptabilidad familiar</b>	Es el valor del cambio en el liderazgo, relaciones en los roles y las normas en relación. Significa el grado a el cual el sistema de la familia puede ser flexible y cambiar.
<b>Funcionalidad familiar</b>	Cuando se cumplen plenamente las funciones básicas de la familia y la finalidad de tener homeostasis sin tensión basada en el respeto de las relaciones intra familiares.
<b>Disfunción familiar</b>	El no cumplimiento de algunas funciones de la familia así como la incapacidad para ajustarse y afrontar momentos de crisis familiar y que puede ser por falta de comunicación, individualidad, toma de decisiones, falta de respuesta ante las demandas de cambios.
<b>Homeostasis familiar</b>	Equilibrio de funciones y roles familiares entre los integrantes de una familia.

## INTRODUCCIÓN

La *adolescencia* como tal se considera una etapa comprendida entre los 10 y los 19 años, según la OMS. Aunque algunos autores refieran mas o menos, y en la cual es considerada como una etapa critica caracterizada por un desequilibrio propiciado por el hecho de que la madurez biológica se completa antes que la psicológica y por lo tanto es vulnerable a mas riesgos en lo que a sexualidad se refiere. Así que muchas veces se le considera como un periodo de vida libre, representando un problema de salud en cuanto a la reproducción.

El enfoque familiar es de particular importancia en la salud, el bienestar y el desarrollo del adolescente, debido a una fuerte influencia positiva de una familia funcional así como la negativa que una familia disfuncional tiene sobre la salud integral pasada, presente y futura del adolescente, el cual desde el punto de vista de su dimensión social, tiene fuertes implicaciones para el adolescente

La Unidad de Medicina Familiar No. 39 tiene en sus derechohabientes al 6.7% de pacientes en la etapa de *adolescencia*, que por si sola como se refiere anteriormente se constituye un factor de riesgo de desequilibrio en varias áreas de su vida, como el embarazo no deseado, deserción escolar, toma de responsabilidades emergentes y anticipadas. Con base a esto el médico familiar desempeña junto con el equipo multidisciplinario de primer nivel de atención la orientación sexual como reproductiva, buscando llevar a los adolescentes con responsabilidad y a una vida adulta exitosa, dentro de un núcleo familiar funcional.

Considerando la relevancia de que el embarazo cada vez es mas frecuente en adolescentes, este estudio se avocó a conocer el número de casos de *Funcionalidad y Disfunción Familiar* en este tipo de pacientes, con mira a modificar conductas de riesgo en beneficio del binomio madre-hijo principalmente a través de integración funcional familiar y social.

Como inicio se identifico a las **adolescentes embarazadas** y el número de ellas a estudiar se calculo estadísticamente para su representatividad, les fue solicitado su consentimiento informado, respetando los criterios éticos de investigación.

La **disfunción familiar** fue medida a través del test validado de **FACES III** (Olson y col), basado en la adaptabilidad y cohesión del individuo al ambiente familiar y que clasifica en Funcional a la familia, en disfunción en leve y severa, dicho instrumento ha sido valorado con el APGAR y se reporta la obtención de alteraciones de la funcionalidad familiar similares. Para ello fueron respetados los criterios de inclusión y exclusión.

El estudio se llevo a cabo bajo un diseño no experimental, descriptivo, prospectivo, transversal y comparativo, dos fueron los grupos formados el clasificado como observacional con mujeres **embarzadas adolescentes** y el grupo de control con mujeres también adolescentes pero sin embarazo.

En el apartado de metodología encontrará la forma en el que se estudió a estas mujeres al igual que las pruebas estadísticas con las que se analizaron los datos recabados del Test **FACES III**, los cuales fueron interpretados por los instrumentos de calificación específicos de este Test y que se presentan en anexos.

En los resultados se describen las características de la población estudiada, como edad, estado civil, ocupación y las características de adaptabilidad y cohesión comparadas entre los dos grupos. También se relacionó la **disfunción familiar** en relación a la edad y se clasificaron a las pacientes de acuerdo al grado de **disfunción familiar**

Aquí se presentan la cantidad de mujeres que sufren **disfunción familiar** y la asociación de la **disfunción familiar** con el embarazo. La mitad de la población presento **disfunción familiar** y con respecto a esto se encontró en mayor frecuencia la **disfunción Familiar** en el grupo de **embazadas adolescentes** que en el de adolescentes sin embarazo. Las características caótica y separada son las más frecuentemente observadas en el grupo observacional con respecto al grupo de control.

El grado de *disfunción Familiar* leve y severa resultó en mayor proporción en el grupo observacional.

Sin duda la *disfunción Familiar* es un tema actual y relevante para la sociedad y que puede llevar implícito las repercusiones en los núcleos familiares Tabasqueños y de su sociedad y tornarse en un problema de salud si no es atendido a tiempo, así que este estudio pretende concientizar y motivar a través de sus resultados a el equipo de salud de los primeros niveles de atención, ya que mediante este Test la frecuencia de disfunción es muy alta en ésta etapa de la vida estudiada.

## MARCO TEÓRICO

### Generalidades de adolescencia y Embarazo

La *adolescencia* se considera una etapa relevante de la vida en el ciclo vital, individual, y en el familiar debido a que involucra cambios físicos y emocionales, comprende entre los 10 y 19 años de edad, aunque algunos autores refieran menos o más. Es considerado también como una etapa crítica caracterizada por un desequilibrio propiciado por el hecho de que la madurez biológica se completa antes de la psicológica. Es una etapa en la que el ser humano pasa por una transición quizás la más importante de su vida, en la que se definen sus caracteres, gustos, complejos y en la que aprende a implementar sus propias expectativas de vida. Hay estudios acerca de esta etapa y relación con el embarazo, debido al porcentaje tan alto de mujeres *adolescentes embarazadas*.

La adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo deseado o no, la cual acarrea una serie de problemas. Para comprender mejor lo dramático de la situación debemos recordar que alrededor del 50% de las adolescentes entre 15 y 19 años tienen vida sexual activa, y de estas el 25% se embarazan y el 60% de estas gestaciones ocurre en los primeros 6 meses de inicio de las relaciones sexuales <sup>1</sup>

### Etapas de la Adolescencia.

Por los matices y según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. – *Adolescencia* Temprana (10 a 13 años)  
Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.
2. – *Adolescencia* media (14 a 16 años) Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo

somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. 3. – **Adolescencia** tardía (17 a 19 años). Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la **adolescencia**, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son **adolescentes embarazadas** y no embarazadas muy jóvenes <sup>2</sup>

### **Riesgos en las Adolescentes**

El estado de población mundial, señala que la ignorancia en torno a la sexualidad y la anticoncepción incrementa los riesgos de salud que corren los adolescentes en cuanto a embarazos precoces. El informe titulado el derecho a optar: derechos de procreación y salud de la reproducción, señala que las madres adolescentes tienen mayores probabilidades (al menos dos veces superiores) de perder la vida durante el parto que las mujeres entre 20 y 30 años. También que sus hijos tienen tasas de morbilidad y mortalidad más altas, así como pocas oportunidades o educaciones y de empleo debido a matrimonios precoces y alumbramientos tempranos

El diagnóstico y el manejo del embarazo imprevisto en la adolescente constituye un tema importante para cualquier médico, en Estados Unidos, los cambios en las costumbres y conductas sexuales combinado con el uso poco constante de anticonceptivos, ha provocado un índice muy alto de embarazos entre los adolescentes. Este índice es el doble del de

Inglaterra y Gales, Francia y Canadá, 3 veces mayor que el de Suecia y 7 veces mayor que en los países bajos

Los medios de comunicación a través de anuncios, historias y artículos tanto sutiles como explícitos han hecho que se tome al sexo sin responsabilidad, es necesario que tanto en las escuelas como en la casa y con personal adecuado se les de información completa y veraz sobre sexualidad y natalidad <sup>3</sup>

Un estudio realizado en salud pública del 2001 en Reino Unido, se demostró que las adolescentes muestran un menor riesgo de concluir la gestación mediante una cesárea de urgencias, sin embargo, el segundo nacimiento conlleva un riesgo tres veces mayor de parto pretérmino o muerte fetal intrauterina <sup>4</sup>

La gravidez y la maternidad durante la **adolescencia** (entre los 10 y 19 años de vida) presentan considerables riesgos. En comparación con las mujeres sanas de entre 20 y 30 años de edad. La posibilidad de que las jóvenes mueran por parto es 5 veces mayor cuando son menores de 15 años de edad y es de 2 veces mayor cuando tienen entre 15 y 19 años. En muchos países la tasa de fertilidad en adolescente es alarmante de los 15 millones de nacimientos al año, el 11 % proviene de madres adolescente. Consecuentemente, las complicaciones relativas a la gravidez son causa principal de muerte para las niñas menores de 19 años en todo el mundo. Antiguamente, la actividad sexual dependía del matrimonio, actualmente conforme aumenta la edad antes del casamiento hay mas gente joven sexualmente activa. Algunos países africanos muestran que más del 50% de las niñas entre 15 -19 años son activas sexualmente y la edad promedio para la primera relación sexual es de 15.5 años. En Asia y América Latina comienza su actividad sexual mas tarde. Pero cuando inicia la actividad sexual, la mayoría de las adolescentes carecen del conocimiento preciso acerca de la sexualidad y la reproducción y no tienen acceso a los servicios de salud reproductiva. Una revisión reciente de 9 países de América Latina, África y Asia reveló que las leyes prohíben proveer servicios de salud reproductiva a personas menores o a mujeres solteras y que aunque existan esas restricciones legales, los trabajadores sociales restringen esos servicios para las adolescentes. Los riesgos sociales y económicos de la maternidad prematura, limitan la oportunidad educacional y el desempleo. Las mujeres

jóvenes con frecuencia son expulsadas de las escuelas si están embarazadas y muy pocas retornan, y por lo tanto las oportunidades para las mujeres jóvenes están severamente reducidas cuando se vuelven madres y como tales su calidad de vida esta amenazada. Una serie de entrevistas con adolescentes localizadas en Perú y Colombia reveló que el 60% había padecido de abuso sexual durante el año previo. Otros estudios mostraron que muchas adolescentes fueron forzadas a tener su primera experiencia sexual.<sup>5</sup>

### **Embarazo en la adolescente como un problema público**

En septiembre de 1988 se inicio un programa asistencial de la madre adolescente y su hijo, (PROAMA) en Argentina con el objeto de brindar a las adolescentes, sus hijos y familia la asistencia y el apoyo en forma personalizada a través de un equipo interdisciplinario ya que se detectaron factores de riesgos conocidos tanto para ellas como para la crianza de sus hijos como fueron, alteraciones de los vínculos familiares , problemas de escolaridad, trabajo ilegal e inestable, maltrato y/o abusos, pobreza, inadecuada experiencia infantiles, inestabilidad emocional y sin soporte familiar. La programación del embarazo en la adolescente en general no se produce, por lo menos en forma conciente y la confirmación del mismo en muchas ocasiones constituye una experiencia conflictiva para la madre y sus familias. Se dio seguimiento en un año, y en adolescentes nacidas en el año 1982 a 1987 se derivaron al consultorio de planificación familiar y dentro del primer año quedaron embarazadas 16 % que correspondía a 14 pacientes 7 de ellas habían concurrido al servicio de planificación familiar. Estas tenían parejas estables y de mayor edad, concluye este estudio refiriéndose a las características de esta población son de particular cuidado y que para que se revierta es fundamental la implementación de un programa de control que contemple simultáneamente los factores biológicos, y los factores psicosociales involucrados.<sup>6</sup>

En 1997, un estudio con una visión crítica sobre el embarazo en la *adolescencia*, como problema público en México, ha aumentado significativamente la preocupación de diversos sectores sociales en México por el fenómeno del embarazo en la adolescente, lo cual se ha traducido en políticas y programas de población, de salud, de educación, sociales en los que tienden a invertirse recursos humanos y económicos crecientes, este autor hace una revisión de los argumentos comúnmente utilizados para definir el *embarazo en la adolescente* como un problema público, su supuesto incremento, su contribución al incremento acelerado de la población, sus efectos adversos sobre la salud de la madre y su contribución a la persistencia de la pobreza pero no hace referencia sobre *la disfunción familiar en las adolescentes embarazadas*. Los adolescentes de 15 a 19 años de edad representan casi la cuarta parte de la población nacional, y actualmente se registran 450,000 embarazos anuales en los últimos lustros equivalentes aproximadamente al 15% el total en mujeres de esa edad y desde su punto de vista, los factores y procesos que han jugado un papel importante para que el embarazo adolescente pueda considerarse como un problema público en México son: el gran crecimiento del grupo de adolescente en los últimos lustros, el hecho de que la fecundidad de los grupos de mujeres mayores ha disminuido, otro factor es el mayor acceso de la población pobre de la sociedad en el medio urbano sobre todo a los servicios de salud.<sup>7</sup>

Uno de los resultados de las uniones tempranas son los embarazos en mujeres jóvenes, mucho de los cuales se caracterizan por la presencia de toxemia, desproporción céfalopélvica y otros cuadros que aumentan el riesgo reproductivo, y por otra parte el primer producto de una madre adolescente corre más riesgo de tener bajo peso al nacer y de ser prematuro, que los primeros hijos de madres de más de 20 años de edad. Poco se ha investigado sobre las diversas circunstancias y factores que conducen a un embarazo temprano y sobre la forma en que inciden en él. Sin duda además de los riesgos biológicos, en la problemática del embarazo de la adolescente intervienen otras situaciones como el significado que tiene esta gestación en el desarrollo y madurez psicosocial de la mujer, la limitación de oportunidades educativas y la aceptación o el rechazo del entorno familiar ante tal situación. Estos factores incidirán en la salud materna, en la relación madre-hijo y en el potencial logro de sus expectativas. En 1986 en el hospital general “Dr. Manuel Gea

González”, se inicio un programa educativo y de servicios para la *adolescente embarazada*, con el objeto de que las jóvenes adquirieran conocimientos sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva, en un ambiente que favorezca el cambio de actitud, al tomar conciencia sobre si mismas como mujeres jóvenes y sobre la importancia de concebir un hijo en el momento oportuno.<sup>8</sup>

## **Epidemiología**

En nuestro país el número de jóvenes de éste grupo de edad asciende a 21.6 millones entre hombres y mujeres, monto que triplica el tamaño registrado en el año de 1960. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. El peso poblacional relativo que representa este grupo es aproximadamente del 20.3%. Debido a la reducción de la fecundidad en las décadas pasadas, se esperan reducciones acentuadas durante la década del 2010 con decrementos mayores a 200 mil personas por año, de tal manera que en el año 2020 el tamaño de este grupo será de 18.8 millones y a mediados del presente siglo disminuirá a 13 millones. Estos números representan un universo potencial y reflejan la importancia de la atención de salud reproductiva y sexual en este grupo de edad. La mayoría de los adolescentes y jóvenes son personas solteras (74.3%), aunque se estima que cerca de cinco millones (24.5%) ya se han casado o viven en unión libre y poco más de 242 mil tienen una unión disuelta (1.2%). Se estima que más de uno de cada tres jóvenes del país (35.9% de la población entre 15 y 24 años de edad) vive en hogares en situación de pobreza y en consecuencia no cuentan con las condiciones adecuadas para su desarrollo personal. En términos absolutos, esta situación afecta a poco más de siete millones de jóvenes. En los últimos 25 años, México ha logrado importantes avances en materia educativa. Los niveles de alfabetismo en la población joven (15 a 24 años), se han incrementado notablemente, pasando de 83.6% en 1970 a 95.3% en 1990 y a 96.7% en 1997. La salida de la escuela ocurre a una edad mucho más temprana entre los hijos de madres sin instrucción o con menos de seis años de estudios. Antes de cumplir 15

años, más del 50% de los adolescentes cuya madre no terminó la primaria ya había dejado de estudiar, situación que se presenta poco antes de cumplir 18 años entre aquéllos cuya madre terminó la primaria. Las hijas de madres de baja escolaridad inician la vida marital más tempranamente que las de cualquier otro grupo; la probabilidad de que la hija de una mujer con baja o nula escolaridad inicie su vida marital antes de los 18 años, es el doble que la de una mujer con primaria completa o más <sup>9</sup>

En México la población general es de 97, 483,412, habitantes de los cuales 49, 891,156 corresponden al sexo femenino y 47, 592,256 del sexo masculino. En edades de 10 a 19 años 5,082 487. En Tabasco hay una población de 1, 889,367 habitantes, de los cuales 957,314 del sexo masculino y 934,515 son mujeres adolescentes. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, en la UMF número 39, “Ignacio García Téllez”, en una población adscrita de 64,614 derechohabientes, 8,253 se encuentran entre la edad de 10 a 19 años de los cuales 4,336 son del sexo femenino según el censo de población reportado por el Sistema Integral de Atención a la Salud (SIAS) en un periodo revisado de 7 meses que va de enero a julio del 2004, el total de mujeres embarazadas es de 782 y de estas 67 son *adolescente embarazadas* 19 atendidas por primera vez y .48 subsecuentes.<sup>11</sup>

### **Funcionalidad Familiar y Disfunción Familiar**

El Dr. Salvador Minuchin en su libro Familias y Terapia familiar, describe la funcionalidad y la disfunción familiar

**Funcionalidad familiar:** Cuando se cumplen plenamente las funciones básicas de la familia y la finalidad de tener homeostasis sin tensión basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares. **Disfunción familiar:** el no cumplimiento de algunas funciones de la familia por alteración en algunos de los subsistemas familiares por cambio de roles entre sus integrantes<sup>12</sup>

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este

binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar. La evaluación de la dinámica familiar requiere del entendimiento conceptual de diversos componentes que intervienen en la relación de los integrantes de las familias y que determinan su composición, características, estructura y funcionalidad, en este estudio se observa que la dinámica familiar no se encuentra alterada en las embarazadas adolescentes, así como también la disfunción familiar no es un factor determinante para la presentación de embarazadas adolescentes. Es difícil determinar con exactitud las razones del embarazo en adolescentes. Los factores son múltiples y se relacionan entre sí <sup>13</sup>.

En el año 2003, un estudio realizado con el objetivo de identificar las características sociales y familiares de adolescentes embarazadas, indicaron que el motivo por el cual se embarazaron, fué para casarse o salirse de sus casas, probablemente relacionado con la percepción de que no reciben apoyo y cariño por parte de la familia de origen la cual las orilla a tomar decisiones de unirse a una pareja, tuvieron poca aceptación del embarazo pero tuvieron mayor apoyo de la pareja y su familia y esto lo manifestaron en sentimientos de responsabilidad para el cuidado infantil, un gran porcentaje de ellas tenían información sobre métodos de planificación familiar pero no lo usaron y algunas características familiares como antecedentes de madre adolescente embarazada, El embarazo en la adolescente, en la medida que no sea planeado por la pareja, contribuye a la presentación de complicaciones obstetricias, disfunción familiar, problemas en el desarrollo del hijo y retraso en el desarrollo educativo de la futura madre y se reconoce que la participación activa en el proceso de educación de la adolescente embarazada y el enfoque multidisciplinario e integral continúan siendo una estrategia fundamental para atender este importante problema de salud. <sup>14</sup>

La familia como institución, necesita existir y progresar teniendo en la actualidad múltiples factores que intervienen modificando y alternando su evolución, exponiéndola cada día, mas al riesgo de la desintegración, por lo que se considera como una institución en crisis, la cual busca sobrevivir. <sup>15</sup>

### **Modelo Circunflejo de Olson, *FACES III* (Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad familiar).**

En medicina familiar, existen diversos modelos para explicar el funcionamiento normal de una familia y estos varían en la complejidad y en la forma en que son obtenidas en cuanto a los diferentes aspectos de la vida familiar.

Olson y Lavee en 1985 desarrollaron la escala de Evaluación de la adaptabilidad y de la cohesión de la familia (*FACES III*), como los medio para medir el funcionamiento de familia, ha sido utilizados por los clínicos y numerosos investigadores. Estas fueron basadas en la hipótesis de Olson que las dos dimensiones, “cohesión” y “adaptabilidad” tengan una relación curvilínea con el funcionamiento sano de la familia.

La cohesión significa el grado a el cual los miembros de la familia están conectados o separados del sistema de la familia; la adaptabilidad significa el grado a el cual el sistema de la familia puede ser flexible y cambiar.<sup>16</sup>

El más indicado para el presente estudio es el **Modelo Circunflejo de Olson**, llamado *FACES III* (Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad familiar) *FACES III* En su **versión en Español por Irigoyen Coria**, que por su fácil comprensión y por ser muy utilizado, este método tiene muchas posibilidades de ser aplicado ampliamente, para medir *funcionalidad y disfunción familiar*

El paciente clasifica su propia familia a partir de 20 preguntas según una escala del 1- 5 en el que evalúa 5 funciones básicas del funcionamiento familiar:

- 1) Ayuda a los miembros de la familia, apoyo físico, financiero, social y emocional.
- 2) Autonomía e independencia para cada uno de los miembros.
- 3) Crea reglas que dirigen la conducta de las familias y de sus miembros dentro del hogar.
- 4) Cambios para adaptarse al entorno familiar.
- 5) Comunicación entre los miembros

La escala de cohesión y adaptabilidad se combinan dentro del modelo de funcionamiento bidimensional, la funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para “moverse” dentro del modelo como resultados de factores de estrés normativo y no normativo. Tiene la ventaja de ser fácil de aplicar, cuenta con una escala con 5 opciones con valores del 1 al 5, puede ser contestado por los mayores de 12 años, y puede clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. La desventaja es que el funcionamiento familiar no puede ser cuantificado con escalas numéricas sin una distorsión significativa, otra desventaja es que solo ve el punto de vista del individuo que realiza el cuestionario.<sup>17, 18</sup>

### **Investigaciones similares:**

En México en 2001, un estudio realizado por Rangel J. y Valerio L. Se le realizó a 364 embarazadas de 12 a 19 años en 2001-2002, para clasificar familia funcional, disfunción moderada y severa, utilizando el APGAR familiar, con resultados de 55% entre 18 y 19 años de edad, 40% con estudios de primaria, Casadas: 85%, Amas de casa 77%, Primigestas 78%, se encontró; Disfunción Familiar moderada 27%, severa 6%, y normal 67 %, estos fueron los aspectos calificados y se encontraron mayor alteración en el crecimiento y afecto además se encontró que la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes, se encuentra alterada en el 33%, y no tienen una madurez emocional, no reciben apoyo ni cariño por parte de su familia y eso las hace unirse a la pareja<sup>19</sup>

C. De Francisco. En su estudio para evaluar los riesgos psicosociales y familiares utilizo los instrumentos, APGAR Y FACES III para comparar la estructura familiar y se lo aplico a 450 habitantes, se observo en 43% de las familias estudiadas prevalecía 3 veces mayor la existencia de disfuncion familiar en comparación con otras comunidades que eran las demandantes frecuentes de consultas en una proporción 4 veces mayor con respecto a las

familias funcionales, se observó bajos niveles de cohesión familiar, y mala adaptación ante las situaciones de estrés en las familias disfuncionales se asoció con comunicación negativa entre los miembros de la familia

la disfunción familiar fue 43%, cifras 3 veces mayor a otras comunidades, con un funcionamiento poco flexible y una adaptación relativa a patrones sociales inmodificables. Se observó en el estudio que: los pacientes pertenecían a familias disfuncionales con problemas en la cohesión, adaptabilidad y comunicación<sup>20</sup>

En Colombia se realizó un estudio dirigido a mujeres con edades entre 15 y 44 años de violencia doméstica contra mujeres en donde prevaleció el maltrato marital y se midió la función familiar según test de Apgar familiar, este instrumento ha demostrado tener validez de constructo y se emplea para detectar el impacto de la función familiar en la salud de sus miembros y según el test de Apgar Familiar el 38.5% de las mujeres presentaban *disfunción familiar* leve y un 9.8% *disfunción familiar* grave, aunque no se observó ninguna asociación entre maltrato y la edad y no menciona el entorno de las adolescentes, el grado de *disfunción familiar* se relaciona directamente con el riesgo de maltrato físico, que aumentaba muy marcadamente en las categorías de *disfunción familiar* moderada y grave.<sup>21</sup>

Ortega A. realizó estudio con el instrumento de APGAR con el objetivo de diagnosticar el *funcionamiento familiar* en un consultorio médico. Las familias ampliadas disfuncionales que fueron las más frecuentes, se vio que los lazos de consanguinidad tienden a ser lejanos.

Se observó además un elevado porcentaje de familias disfuncionales lo cual predominó en todos los tipos de estructura familiar<sup>22</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Minuchin describe la *funcionalidad familiar*. Cuando se cumplen plenamente las funciones básicas de la familia con la finalidad de tener homeostasis sin tensiones basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares.

En México hay pocas referencias bibliográficas acerca de *funcionalidad familiar*, a pesar de que hoy en día se vive con tantos factores de riesgos asociados a la familia, y en la etapa de la adolescencia un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una *disfunción familiar* el cual es un factor predisponente en la aparición de trastornos emocionales psicológicos expresados muchos de ellos en conductas dañinas para el adolescente, como farmacodependencia, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar, depresión, suicidio y otros. Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, a un embarazo no planeado y eso puede orillar a la adolescente a huir de un hogar patológico donde a veces se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de alguna hermana, madre con historia de *embarazo adolescente* y enfermedad crónicas de los padres.

También existe escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos, aunque algunos estudios estiman que el 50% de los adolescentes menores de 17 años es sexualmente activo. En 8 países participantes de las encuestas de demografía y salud se encontró que entre 53 y 71% de las mujeres habían tenido relaciones antes de los 20 años. En Chile distintos estudios indican que el 40% de los adolescentes escolares han tenido relaciones sexuales (47% de los hombres, 32% de las mujeres), siendo más alto en el nivel socioeconómico bajo (63%), seguido del medio (49%), y menor en el alto (17%).<sup>16</sup>

Debido a factores fisiológicos y sociales, las adolescentes son más vulnerables a las complicaciones de la gestación y aunado a esto también limitan la oportunidad educacional y el desempleo, ya que con frecuencia son expulsadas de las escuelas si están embarazadas

y posterior al parto, muy pocas continúan sus estudios, por lo que tienen que tomar papeles de madres y amas de casa, con frecuencia son solteras con embarazos no deseados lo que aumenta los efectos psicosociales de este fenómeno, lo que puede conllevar a que en ese hogar se altere toda la dinámica familiar, originando la *disfunción familiar* la cual se define como el no cumplimiento de algunas funciones de la familia por alteración de algunos de los subsistemas familiares por cambios de roles entre sus integrantes.<sup>12</sup>

Es por esto que en las adolescentes es necesario además de la educación acerca de la reproducción y de la contracepción y de los servicios de salud, se apoye a las familias y se invierta en la educación de las adolescentes o se les amplíe las oportunidades de adiestramiento de acuerdo a sus necesidades físicas y sociales para que tengan acceso a remuneraciones y otros recursos que les permita elevar o desarrollar su autoestima y sean responsables de su salud sexual y reproductiva que les ayude a evitar diversas alteraciones que trae consigo la *disfunción familiar*.

Las adolescentes que integran a la sociedad tabasqueña no están exentas de esta patología (disfunción familiar) por lo que resulta de suma importancia identificar en la embarazada tanto la *funcionalidad*, como la *disfunción familiar* desde la perspectiva del médico familiar, el cual puede ejercer un rol importante en la primera detección y después en el beneficio de la paciente al tratar de modificar y reintegrar en su núcleo familiar a la *adolescente embarazada*.

. Es de suma importancia identificar la *funcionalidad* y medir *la disfunción familiar* en esta población adolescente y valorar la relación de ambas variables con el embarazo, en donde el Médico Familiar, juega un papel muy importante en primer nivel de salud, por lo que en este estudio se plantea el siguiente cuestionamiento.

. **¿Cuál es la asociación entre las variables *funcionalidad* y *disfunción familiar con relación al embarazo en la adolescente de la UMF 39?***

## JUSTIFICACIÓN

La población femenina que demanda consulta en el primer nivel de atención en la Unidad de Medicina Familiar 39, es el 52.33% de las cuales 1565 se encuentran en las etapas medias y tardías de la adolescencia, es decir dentro del grupo etario de 14 a 19 años y la tendencia a embarazarse en esta etapa es de aproximadamente 2 de cada 100, esto visto en un corte semestral de la atención en medicina familiar.

El embarazo en la adolescencia es visto en la actualidad como un problema de salud pública en México, aunque mucho se ha intentado hacer por el fenómeno, modificando políticas, programas de salud, educación y el aspecto social, no se encuentran referencias al estudio de la funcionalidad familiar en un intento de modificar el fenómeno de embarazo en adolescente

En base a la pirámide poblacional de la unidad de medicina familiar número 39, las mujeres en etapa adolescentes se sitúan próximas a la base de la pirámide actual, y estas son las que constituirán la población adulta en un futuro próximo constituyendo a la sociedad, por lo que es relevante prevenir los daños a niveles orgánicos, psicológicos y sociales de las adolescentes embarazadas con lo que se evitaría la disfunción familiar y la integración del núcleo familiar originando una sociedad futura sana orgánica y psicológicamente

El presente estudio trata de conocer si el funcionamiento familiar se encuentra afectado, llevándolo al grado de *disfunción familiar* y en que porcentaje se presenta en la adolescente embarazada, y para conocerlo se aplicó a todas las adolescentes el instrumento de medición **Faces III** en la población derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 39, con el objeto de manejar en forma oportuna diversas alteraciones que trae consigo la *disfunción familiar* hoy en día y realizar reforzamiento de programas de planificación familiar así como consejería y orientación dirigida a la familia y a los jóvenes que les ayude a lograr pasar esta etapa tan importante en sus vidas con responsabilidad y beneplácito.

## OBJETIVO GENERAL

Valorar la fuerza de asociación de las variables *funcionalidad y disfunción familiar con el embarazo en adolescente* de la Unidad de Medicina Familiar No. 39.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Conocer la frecuencia de *funcionalidad familiar en la Embarazada Adolescente* de la Unidad de Medicina Familiar No 39.
- 2.- Identificar la frecuencia de *Disfunción Familiar en la Embarazada Adolescente* de la Unidad de Medicina Familiar No 39.
- 3.- Medir el Grado de *disfunción familiar en la Embarazada Adolescente* de la Unidad de Medicina Familiar No 39.
- 4.- Clasificar por edad a la *embarazada Adolescente* con y sin *Disfunción familiar* de la Unidad de Medicina Familiar No 39.
- 5.- Conocer si la edad se relaciona con o sin *funcionalidad familiar en la embarazada adolescente* de la Unidad de Medicina Familiar No 39.

## METODOLOGÍA

### Material y Método

Tipo de Estudio: Descriptivo, prospectivo, transversal y comparativo

Población, lugar y tiempo de estudio: Se estudiaron mujeres adolescentes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 39, que cursaron con embarazo y sin embarazo y se clasificaron las primeras como el grupo observacional y las segundas como el grupo control todas ellas provenían de una población de 782 mujeres demandantes de los servicios prenatales y se llevó a cabo en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 39 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de Villahermosa, Tabasco, durante el periodo de septiembre del 2004 a enero del 2005. Esta investigación se limita en su población, ya que se estudiaron pacientes cautivos de la Unidad de Medicina Familiar No 39 del IMSS en Tabasco y se limita en edad ya que solo se estudian adolescentes.

Tipo y tamaño de muestra: La muestra fue seleccionada a conveniencia en base a los criterios de inclusión.

Calculo de “n” muestral: se calculó a través del Programa Estadístico STATS, considerando que se atienden a 782 mujeres embarazadas en total en esta Unidad de Medicina Familiar No. 39, en el periodo de los 6 últimos meses, con un porcentaje estimado de la muestra de 95% , un error máximo aceptable de 5% y un nivel deseado de confianza del 95% y la “n” obtenida fue de:

$$n = 50.75 = 51$$

La “n” de los dos grupos estudiados fueron de 51 adolescentes, el grupo observacional lo constituyeron las embarazadas y en el grupo control adolescentes sin embarazo, el total de mujeres estudiadas de ambos grupos fueron de 102.

### **Criterios de inclusión**

- Adolescentes de 14 a 19 años
- Con y sin embarazos
- En cualquier etapa de la gestación
- Sin límite de número de gestaciones
- Que acepten participar en el estudio
- Que firmen el consentimiento informado
- Que sean derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No 39
- Casadas o solteras
- Que acudan a control prenatal
- Que acudan a consulta en de la Unidad de Medicina Familiar No 39

### **Criterios de exclusión.**

- Menores de 14 años y mayores de 19 años
- Que no acepten participar en el estudio
- Que no firmen el consentimiento informado
- Que no sean derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No 39
- Pacientes con antecedentes psiquiátricos.
- Pacientes que no contestaron completo el cuestionario.

## IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variables Cualitativas (de interés):

### *1.-Funcionalidad Familiar.*

Disfunción leve

Disfunción severa

### *2.-Embarazo en adolescente*

## CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES

**Funcionalidad familiar.-** Cuando se cumplen plenamente las funciones básicas de la familia, basadas en el respeto de las relaciones intrafamiliares, así como el crecimiento y desarrollo, procurando socialización, cuidado, afecto, reproducción, estatus y nivel socioeconómico de sus integrantes, con la finalidad de tener homeostasis sin tensiones.

**Disfunción Familiar.-** Alteraciones que sufre la familia en sus diferentes etapas de su ciclo vital, ante la incapacidad para ajustarse y afrontar momentos de crisis familiar y que puede ser por falta de comunicación, individualidad, toma de decisiones, falta de respuesta ante las demandas de cambio, cuando la rigidez y la resistencia a los cambios es la que predomina lo que favorece el desarrollo de sicopatología como lo es la angustia, depresión, trastornos de conductas que rompen con la homeostasis en la familia.

**Embarazo en Adolescente.-** Es aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años de edad ginecológica que va desde la menarquia que puede ser desde los 12 años hasta los

19 años, edad que por lo regular se encuentra con total dependencia social y económica de la familia parental y en donde son más vulnerables a las complicaciones de todo lo que esto conlleva. Según la OMS es la gestación que ocurre en la etapa tardía denominada adolescencia que comprende a las mujeres hasta los 19 años, independientemente de la edad ginecológica de riesgo variable según sus condiciones físicas, médicas y sociales.

### **Escala de medición de las Variables**

Para medir la variable *Funcionalidad Familiar, Disfunción familiar*, a través del test validado llamado *FACES III*, se utilizó una escala de tipo ordinal; ( con indicador de : nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre) y una escala nominal de Disfunción Familiar traducida a una escala ordinal(que puede ser leve o severa)

Se calificó mediante 2 instrumentos; uno considera la escala de proporción traducida a una nominal, indicando el tipo de cohesión: (aglutinado, conectado, separado, desligado) y el tipo de adaptabilidad; (caótico, flexible, estructurado, rígido) y este se observó reflejado en el segundo instrumento de medición de Calificación de FACES 111, el cual se refleja en una escala nominal, de Disfunción Familiar (que puede ser leve o severa o bien resultar en funcionalidad).

### **Variable cualitativa (de interés).**

- Funcionalidad Familiar
- Disfunción Familiar.

La Disfunción Familiar a través del Test Validado llamado Faces 111, el cual contiene una escala de tipo ordinal; (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre).

variable	Escala ordinal	Variable funcionalidad	Escala nominal
Funcionalidad	(1) Nunca	Cohesión: aglutinado Conectado	Funcionalidad
	(2) Casi nunca		Disfunción familiar leve

	(3) Algunas veces	Separado Desligado	
	(4) Casi siempre	Adaptabilidad: Caótico Flexible Estructurado Rígido	Totalmente disfuncional
	(5) Siempre		

## MÉTODO

Las pacientes fueron identificados a través de la tarjeta de control que manejan las asistentes de todos los consultorios médicos de ambos turnos de la UMF 39, en la consulta externa diaria. Se integró una muestra con un nivel de confianza de 95%, con margen de error del 5% y se entrevistaron a pacientes a las cuales se les invito a formar parte del estudio y las que aceptaron, firmaron las hoja de consentimiento informado (anexos). Los pacientes contestaron el test (anexos) denominado Faces III.(family adaptability and cohesión evaluation scales). Descrito por d. H. Olson, j. Portner e y. versión en español de C. Gómez y A. Irigoyen), durante su estancia antes o después de la consulta medica, en una sola ocasión. El test se compone de 3 documentos; (anexos) el test que consta de 20 cuestionamientos en donde el paciente clasifica a su familia en una escala de 1 a 5, que se utiliza para calificar dependiendo de las contestaciones nones o pares (anexos) que al transportarlo a la tabla de calificación (anexos) que contiene características de cohesión, califica las contestaciones nones 1, 3, 5, que puede clasificar en aglutinado, conectado, separado y desligado; la adaptabilidad familiar, para la contestación pares 2, 4 califica lo caótico, flexible, estructurado y rígido, lo cual se califica en el instrumento

FACES III (anexos), que tiene una relación curvilínea con el funcionamiento de la familia y clasifica a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, estas pueden ser flexible y separado, flexible y conectado, estructurado y separado, estructurado y conectado, estas 4 califican funcionalidad familiar, caótico y separado, caótico y conectado, flexible y desligado, estructurado y desligado, rígido y separado, rígido y conectado, estructurado y aglutinado, flexible y aglutinado, estos 8 parámetros clasifican la disfunción familiar leve; y caótico y desligado, caótico aglutinado, rígido y aglutinado, rígido y desligado clasifica en disfunción severa.

Los datos obtenidos fueron representados a través de pruebas descriptivas y de tendencia central, así como el cálculo de la fuerza de asociación y el riesgo relativo entre las variables funcionalidad y disfunción familiar en relación al embarazo.

## Método estadístico.

### Método estadístico

Los resultados del análisis de datos de se presentan en tablas y representaciones graficas, contienen la estadística de tipo descriptivo y de tendencia central

Se utilizo la prueba estadística  $X^2$  (Chi Cuadrada) para valorar la fuerza de asociación entre la funcionalidad y disfunción familiar en el embarazo en adolescente, así como Riesgo Relativo y Valor Predictivo Positivo y Valor Predictivo Negativo

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

$\Sigma$  = Sumatoria

**FO = Frecuencias Observadas**

**FE = Frecuencias Esperadas**

**N = Total de casos**

**Frecuencias esperadas:**

$$Fe = \frac{(TR) (TC)}{N}$$

**Grados de Libertad**

$$GL = (C - 1) (R - 1)$$

**GL = Grados de Libertad**

Para interpretar la  $X^2$  se calcularon los grados de libertad y se consideró el error  $\alpha$  de 0.05, se comparó la  $X^2$  calculada con la  $X^2$  de tablas (Wayne W. Daniel 1997).

### **Riesgo Relativo**

El Riesgo Relativo sirvió para conocer el riesgo de presentar *Disfunción Familiar* en las embarazadas adolescentes que en las adolescentes no embarazadas.

$$\text{RR} = \frac{\text{Incidencia de expuestos}}{\text{Incidencia de no expuesto}} = \frac{(a / a + b)}{(c / c + d)}$$

### **Valor Predictivo Positivo**

El Valor Predictivo positivo sirvió para anticipar que la Población Embarazada adolescente tiene la probabilidad de presentar *Disfunción familiar*

$$\text{VPP} = \frac{a}{a + b}$$

### **Valor Predictivo Negativo**

Nos anticipa a saber que si la adolescente no se embaraza en esta etapa tienen la probabilidad de no presentar *Disfunción Familiar*

$$\text{VPN} = \frac{d}{c + d}$$

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

En esta investigación se han considerado los criterios de Helsinki., para no dañar física, moral o psicológicamente al paciente según se establece en la Declaración adoptada por la Asamblea Medica de Helsinki en 1964 título segundo capítulo 1 artículo 17 fracción II, revisada por la XXXIX Asamblea Mundial de Tokio Japón en 1975.

## RESULTADOS

### Características de la población

La edad de mayor frecuencia en jóvenes embarazadas fue de 19 años con 35.29% (18) y en segundo lugar 18 años con 31.77% (16) y con  $\bar{x} = 17.80 \pm s = 1.21$  y mínimo de 14 y máximo 19 años. La distribución de edad fue muy similar en el grupo control Tabla 1 y Figura 1 y 2.

Tabla 1. Distribución de frecuencias de edades de las adolescentes con y sin embarazo del grupo observacional y del grupo control.

Categoría de edades	Grupo Observacional		Grupo Control	
	FA	FR	FA	FR
14	1	1.96	2	3.92
15	1	1.96	2	3.92
16	6	11.76	6	11.76
17	9	17.64	12	23.52
18	16	31.37	11	21.56
19	18	35.29	18	35.29
Total	51	100	51	100

**Fuente:** Datos obtenidos a través de la aplicación del cuestionario *FACES III*, versión familiar a derechohabientes de la UMF 39.

Edad

%

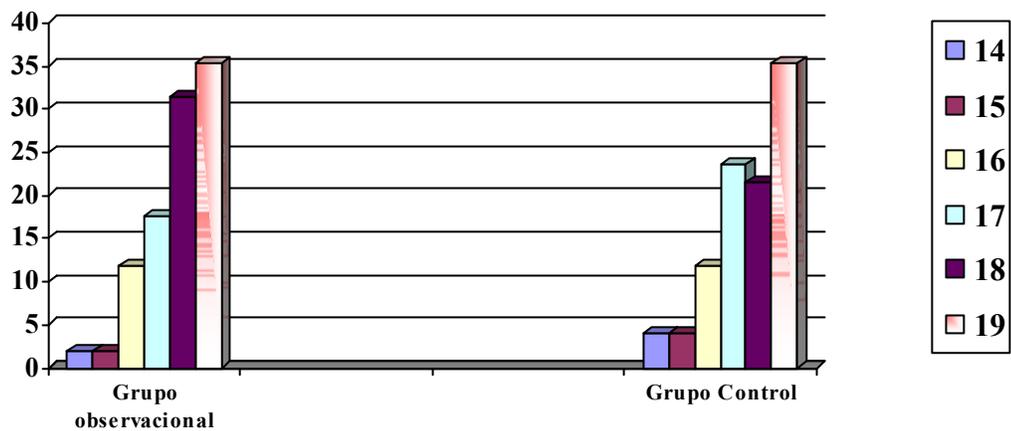


Figura 1. Distribución de Edad en las mujeres con y sin embarazo del grupo observacional y del grupo control

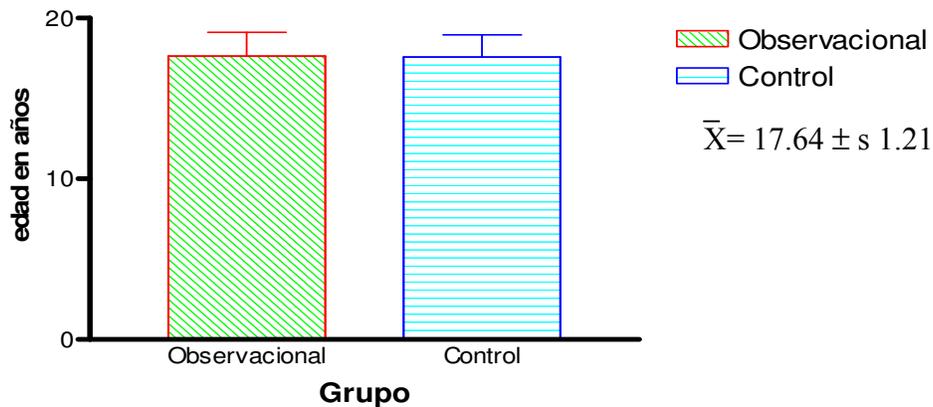


Figura 2. Promedio y desviación estandar de la edad en los grupos observacional y control

### Estado civil y ocupación de la población

En el grupo observacional se encontró que el 54.9% (28) eran casadas y el 43.3% (22) eran solteras. Tabla 2 y figura 3.

Tabla 2. Distribución porcentual del estado civil en las adolescentes con y sin embarazo.

Estado civil	Grupo Observacional		Grupo Control	
	FA	FR	FA	FR
Casada	28	54.90	18	35.29

<b>Soltera</b>	<b>22</b>	<b>43.13</b>	<b>30</b>	<b>58.82</b>
<b>Unión libre</b>	<b>1</b>	<b>1.96</b>	<b>3</b>	<b>5.88</b>
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos obtenidos a través de la aplicación del cuestionario *FACES III*, versión familiar a derechohabientes de la UMF 39

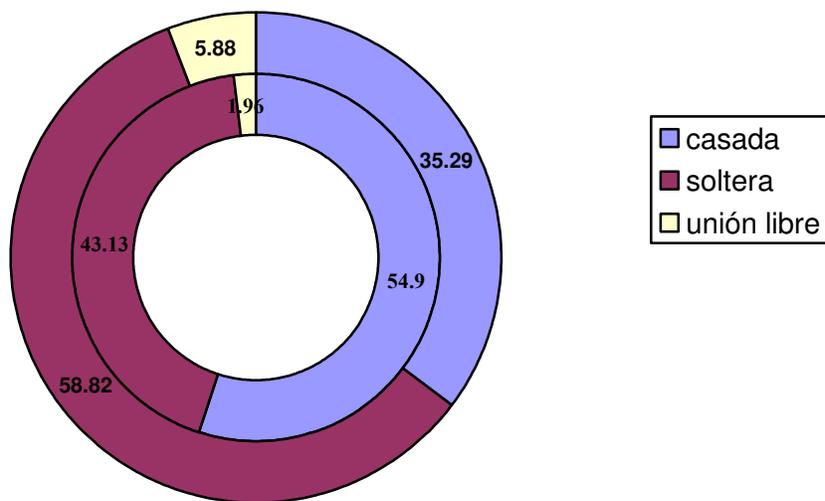


Figura 3. **Porcentaje del estado civil de *adolescentes embarazadas***. El círculo interno representa al grupo observacional y el círculo externo al grupo de control

### Ocupación de la población estudiada

En la población tanto del grupo observacional como la del control el porcentaje con mayor frecuencia de las *adolescentes* se dedican a estudiar con el y 56:86% ( 29 ) 62.74% (32 ) y el 21.56% ( 11 ) son empleadas. Tabla 3 y Figura 4.

Tabla 3. **Distribución de frecuencias de la ocupación en adolescentes con y sin embarazo.**

Ocupación	Grupo Observacional		Grupo Control	
	FA	FR	FA	FR
Trabajadora	11	21.56	11	21.56
Estudiantes	29	56.86	32	62.74
Labores del hogar	11	21.56	8	15.68
	51	100	51	100

Fuente: Datos obtenidos a través de la aplicación del cuestionario *FACES III*, versión familiar a derechohabientes de la UMF 39

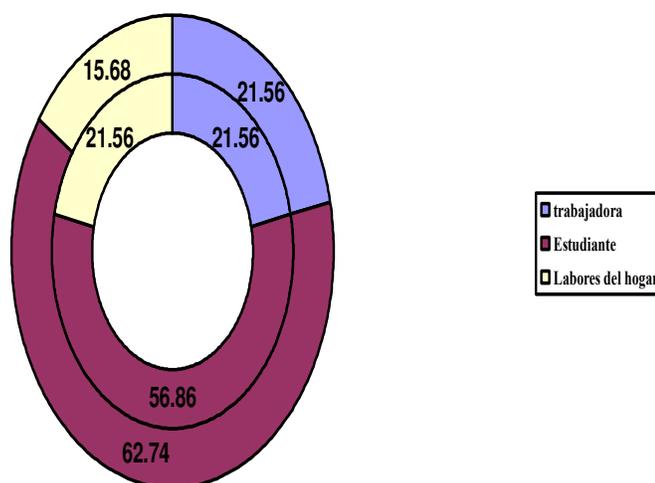


Figura 4 **Porcentaje del tipo de ocupación en las mujeres del grupo observacional y el control.** El círculo interior corresponde al grupo observacional y el de la periferia al grupo de control.

### Categorías de la Adaptabilidad como característica de *Funcionalidad Familiar*

Se encontró con mayor frecuencia la característica caótica en el grupo observacional con 50.98% (26) comparado con el grupo control con 3.92% (2) y en menor porcentaje la característica rígida con 7.84% (4) y fue ligeramente mayor este atributo en el grupo de control con 9.80% (5). Tabla 4 y figura 5.

Tabla 4. **Distribución de frecuencias de la adaptabilidad como característica de la *funcionalidad familiar*.** Se observa la comparación porcentual entre el grupo observacional y el de control

Adaptabilidad	Grupo Observacional		Grupo Control	
	FA	FR	FA	FR
caótico	26	50.98	2	3.92
Flexible	14	27.45	24	47.05
Estructurado	7	13.72	20	39.21
rígido	4	7.84	5	9.80
Total	51	100	51	100

Fuente: Análisis de los datos obtenidos de cuestionario *FACES III*, versión familiar a derechohabientes de la UMF 39

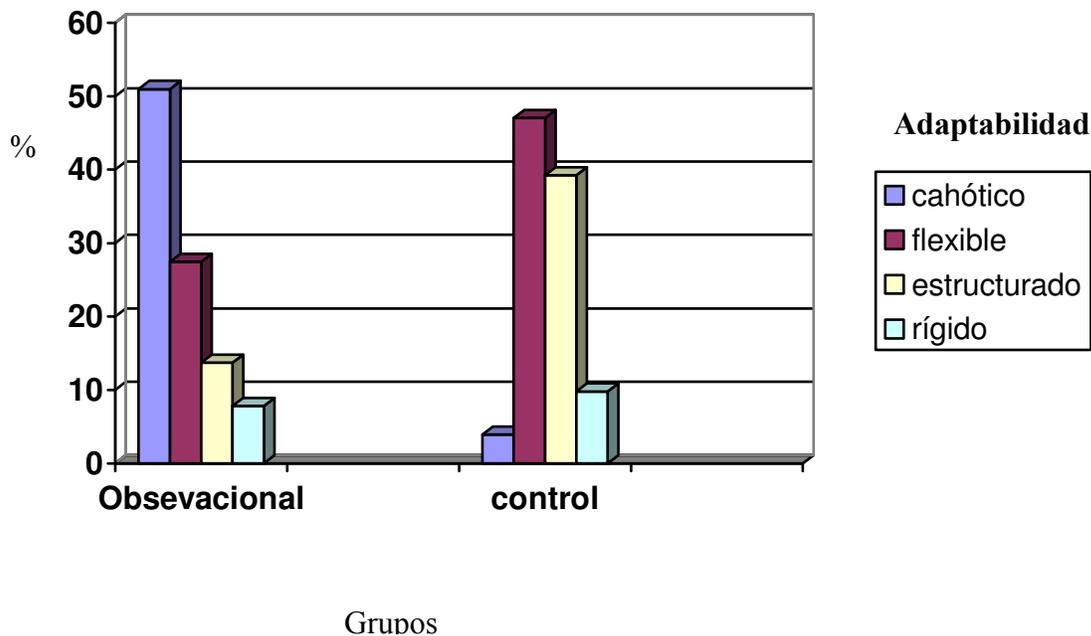


Figura 5. **Porcentaje del tipo de adaptabilidad como característica de la *funcionalidad familiar* en mujeres adolescentes con y sin embarazo.** Se observa

### **Categorías de la Cohesión como característica de *Funcionalidad Familiar***

La característica presente en las *embarazadas* jóvenes relacionada con la cohesión fue **separado** con el mayor porcentaje de 56.86% (29), mientras que esta característica fue de 37.25% (19) en el grupo control. En orden de frecuencia **desligado** se observó en 23.52% (12) comparado con solo el 13.72% (7) en las no embarazadas. En el grupo control se presentó en mayor frecuencia la característica de **Conectado** con 39.21% (20) y en el grupo observacional solo el 9.80% (5). Tabla 5 y figura 6

Tabla 5. **Distribución de frecuencias de la Cohesión como característica de la *funcionalidad familiar***. Se observa la comparación porcentual entre el grupo observacional y el de control.

<b>Cohesión</b>	<b>Grupo Observacional</b>		<b>Grupo Control</b>	
	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
<b>Desligado</b>	<b>12</b>	<b>23.52</b>	<b>7</b>	<b>13.72</b>
<b>Separado</b>	<b>29</b>	<b>56.86</b>	<b>19</b>	<b>37.25</b>
<b>Conectado</b>	<b>5</b>	<b>9.80</b>	<b>20</b>	<b>39.21</b>
<b>Aglutinado</b>	<b>5</b>	<b>9.80</b>	<b>5</b>	<b>9.80</b>
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Análisis de los datos obtenidos de cuestionario *FACES III*, versión familiar a derechohabientes de la UMF 39

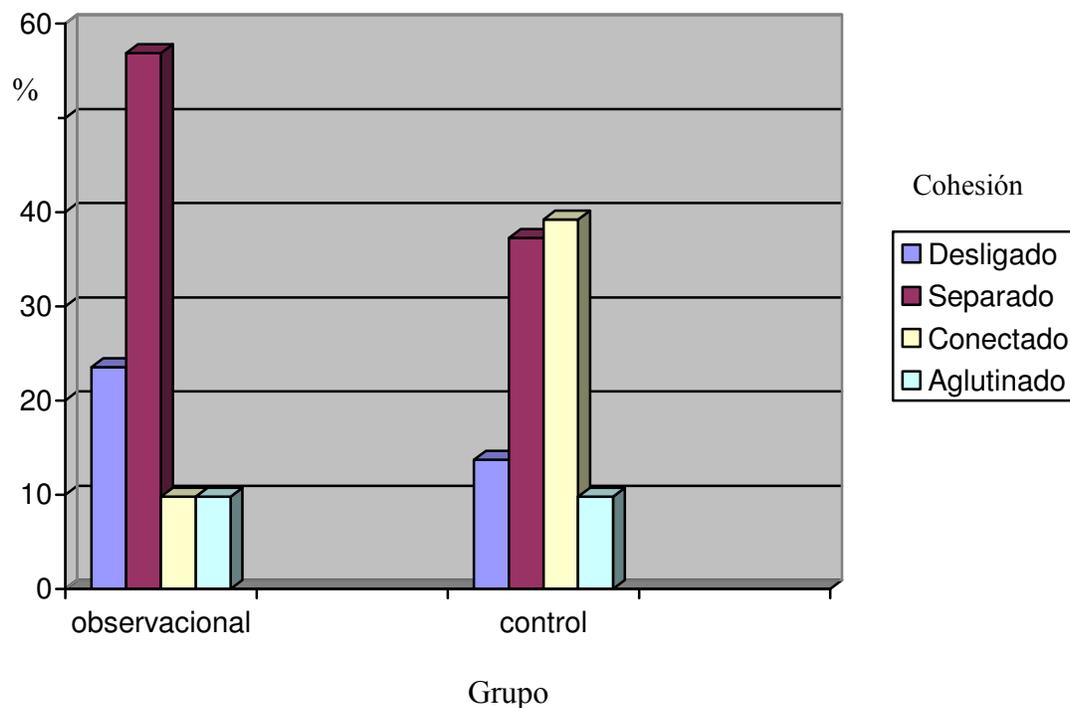


Figura 6. Porcentaje del tipo de Cohesión como característica de la *funcionalidad familiar* en mujeres *adolescentes con sin embarazo*. Se observa una mayor frecuencia de la característica separado en el grupo observacional.

### Distribución porcentual de *funcionalidad y Disfunción Familiar* en la población de estudio

Del total de la población estudiada el 58.82% (60) presentaron *disfunción familiar* y el 41.17 % (42) no presentaron disfunción. Tabla 6 y figura 7. Comparando ambos grupos estudiados la *disfunción familiar* se presentó con mayor frecuencia en las *adolescentes*

*embarazadas* (grupo observacional) con 82.35% (42) que en las *adolescentes sin embarazo* con 35.29 % (18).

Tabla 6. **Distribución comparativa de mujeres adolescentes con *funcionalidad* y *disfunción familiar* pertenecientes al grupo observacional y de control.**

Funcionamiento familiar	Grupo Observacional		Grupo Control	
	FA	FR	FA	FR
Funcional	9	17.64	33	64.70
Disfunción leve	37	72.54	17	33.33
Disfunción severa	5	9.80	1	1.96
Total	51	100	51	100

**Fuente:** Análisis de los datos obtenidos de cuestionario e instrumento de calificación *FACES III*, versión familiar a derechohabientes de la UMF 39

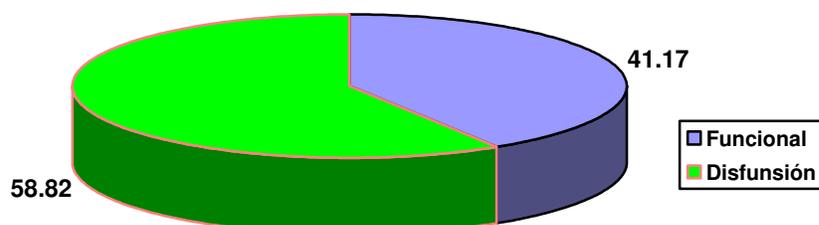


Figura 7. Frecuencia de *Funcionalidad* y *Disfunción Familiar* en el total de la población estudiada.

**Comparación del porcentaje de *funcionalidad* y el grado de *disfunción familiar* en las adolescentes con y sin embarazo.**

En ambos grupos tanto el observacional como en el de control se observó la presencia de *disfunción familiar*. La disfunción familiar de acuerdo a su grado fue del **tipo leve** con mayor porcentaje en el grupo de embarazadas con 64.70 % (37) comparado con el 33.33 % (17) en las no embarazadas.

La disfunción severa se presentó en mayor porcentaje en el grupo de embarazadas con 9.80% (5) y en menor proporción en las adolescentes sin embarazo con 1.96% (1). Tabla 6 y figura 8.

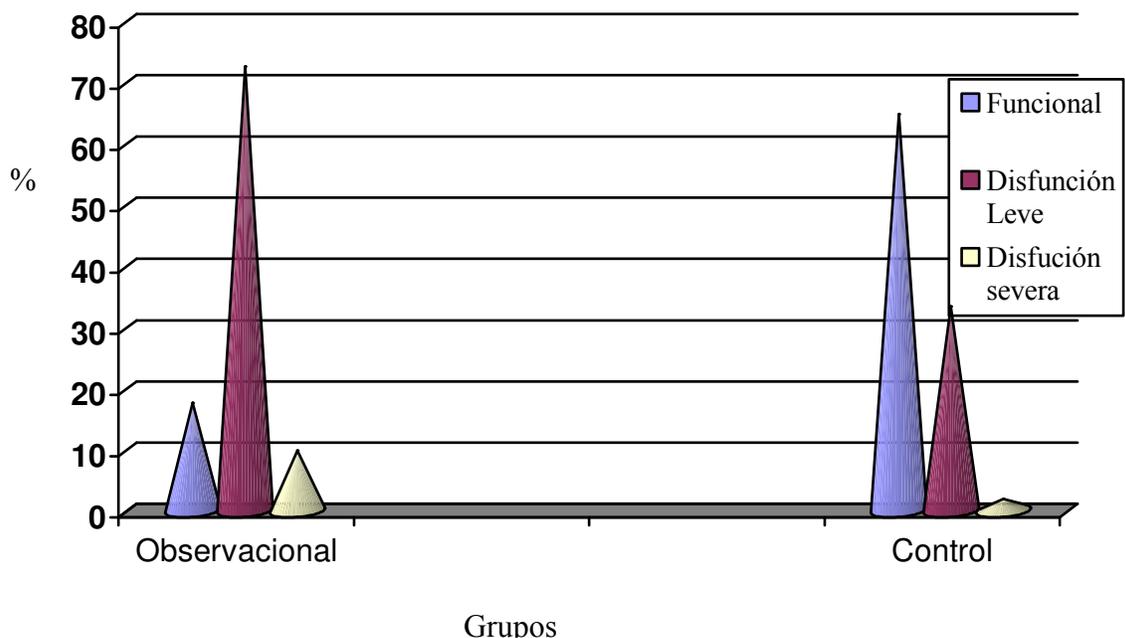


Figura 8. **Distribución porcentual comparativa de Funcionalidad y disfunción familiar en adolescentes con y sin embarazo**

### Grados de *Funcionalidad y disfunción Familiar* en relación a la edad

Se encontró *disfunción familiar* en todas las edades (14 a 19 años de edad), pero el porcentaje mayor se presentó en las de 18 y 19 años. El grado leve se observó también en mayor frecuencia en estas edades en ambos grupos de estudio. Aunque fue mayor en el grupo observacional que en el de control, con 21.56% (11) para 18 y 19 años y 3.92%(2) a 13.72% (7) respectivamente. Tabla 7 y 8, figura 9.

Tabla 7. Frecuencias en *grados de la funcionalidad y disfunción familiar* en Relación a la edad en las mujeres del grupo observacional.

Edad	Funcional		Disfunción leve		Disfunción severa	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
14	0	0	1	1.96	0	0
15	0	0	1	1.96	0	0
16	1	1.96	5	9.80	0	0
17	1	1.96	8	15.68	0	0
18	3	5.88	11	21.56	2	3.92
19	4	7.84	11	21.56	3	5.88
Total	9	17.64	37	72.54	5	9.80

**Fuente:** Datos obtenidos a través de la aplicación del cuestionario *FACES III*, versión familiar a derechohabientes de la UMF 39

Tabla 8. Frecuencias en *grados de la funcionalidad y disfunción familiar* en Relación a la edad en las mujeres del grupo control.

Edad	Funcional		Disfunción leve		Disfunción severa	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
14	1	1.96	1	1.96	0	0
15	0	0	1	1.96	1	1.96
16	5	9.80	1	1.96	0	0
17	7	13.72	5	9.80	0	0
18	9	17.64	2	3.92	0	0
19	11	21.56	7	13.72	0	0
Total	33	64.70	17	33.33	1	1.96

**Fuente:** Datos obtenidos a través de la aplicación del cuestionario *FACES III*, versión familiar a derechohabientes de la UMF 39

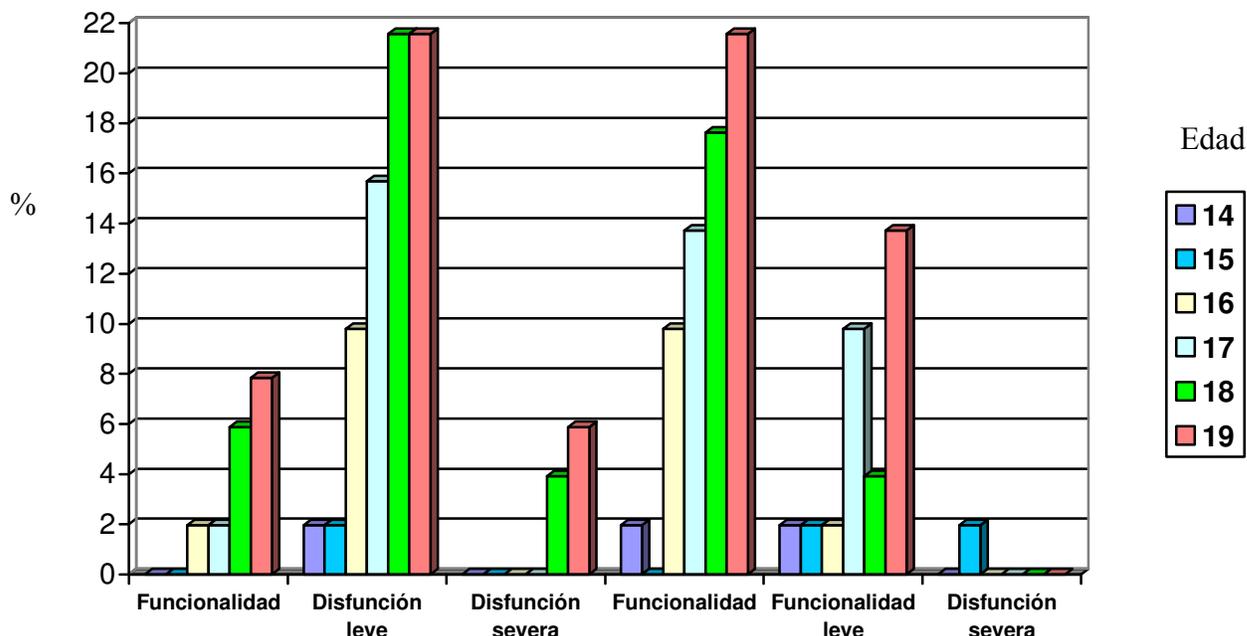


Figura 9. Distribución porcentual de la edad de las adolescentes con funcionalidad y grado de disfunción familiar en los grupos observacional y de control.

**Asociación de las características que clasifican a la *Disfunción Familiar, leve y severa* y el *embarazo en la adolescente*.**

Las características de *Disfunción familiar* que se observaron en los dos grupos estudiados son las siguientes: la alteración mas frecuente se observa en *caótico separado* con un 39.21%, que corresponde a 20 adolescentes embarazadas en el grupo observacional en cambio esta combinación se observo solo en 1.96% (1) en el grupo control dando como resultado *disfunción leve* y *caótico desligado* con un 5.88% que indica la mayor asociación en cuanto a *disfunción severa* y corresponde a 3 pacientes del grupo, comparándolo con el grupo control estas características fueron presentes en el mas bajo porcentaje con 1.96% (1)

En cuanto al grupo control la alteración más frecuente se observa en la combinación de *flexible-desligado* con 11.76% (6) y *flexible aglutinado* con 9.80% (5), de la primera combinación el % se presento menor en el grupo observacional (9.80%) y por lo tanto menor disfunción leve en este grupo y fue igual en la segunda combinación de características en ambos grupos. Tabla 9,10 y figura 10 y 11.

**Tabla 9. Porcentaje del tipo de asociación de las características que constituye a la adaptabilidad y la cohesión en el grupo observacional**

	Disfunción Leve	Disfunción Severa						
	caótico		rígido		flexible		estructurado	
<b>Separado</b>	39.21%(20)		3.92 % (2)					
<b>Conectado</b>	5.88% (3)		1.96% (1)					
<b>Desligado</b>		5.88% (3)		1.96% (1)	9.80% (5)		3.92% (2)	
<b>Aglutinado</b>		0		0	0		1.96% (1)	
<b>Total</b>	45.09%(23)	5.88% (3)	5.88%(3)	1.96% (1)	9.80% (5)		5.88% (3)	74.49%(38)

**Fuente:** Análisis de los datos obtenidos de cuestionario e instrumento de calificación *FACES III*, versión familiar a derechohabientes de la UMF 39

**Tabla 10. Porcentaje del tipo de asociación de las características que constituye a la adaptabilidad y la cohesión en el grupo control**

	Disfunción Leve	Disfunción Severa						
	caótico		rígido		flexible		estructurado	
<b>Separado</b>	1.96% (1)		7.84% (4)					
<b>Conectado</b>	0		1.96% (1)					
<b>Desligado</b>		1.96% (1)		0	11.76% (6)		0	
<b>Aglutinado</b>		0		0	9.80% (5)		0	
<b>Total</b>	1.96%	1.96%	9.80%	0	21.56%		0	35.28%(18)

(1)

(1)

(5)

(11)

Fuente: Análisis de los datos obtenidos de cuestionario e instrumento de calificación *FACES III*, versión familiar a derechohabientes de la UMF 39

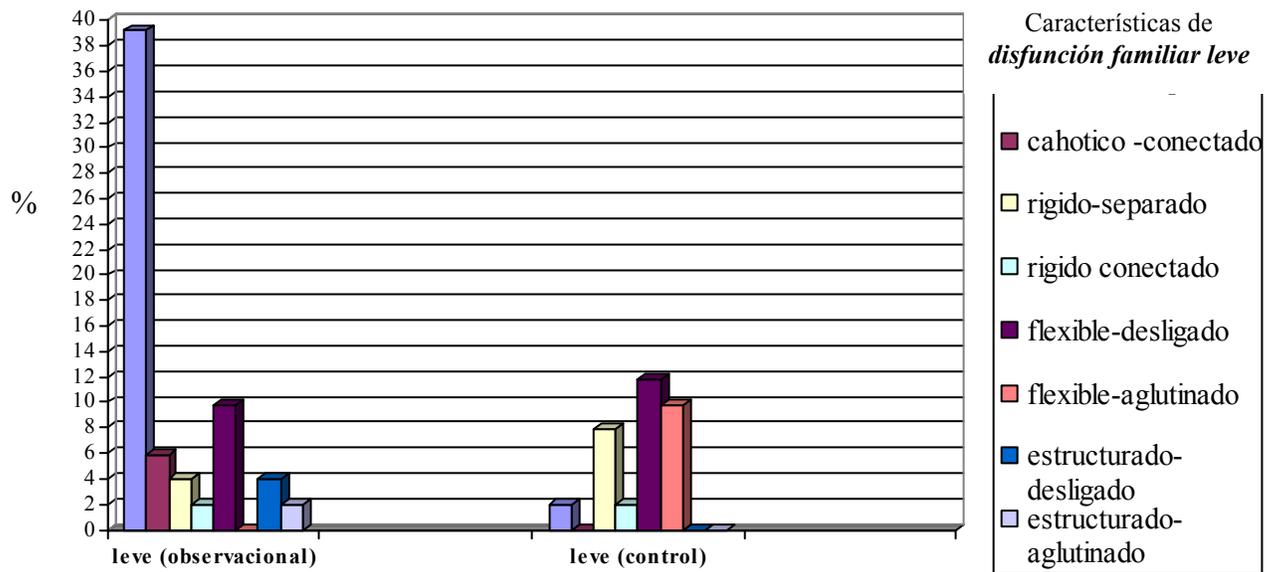


Figura 10. Distribución porcentual de la asociación de características de la *disfunción familiar leve* en ambos grupos, el observacional y el control.

Características de *disfunción familiar severa*

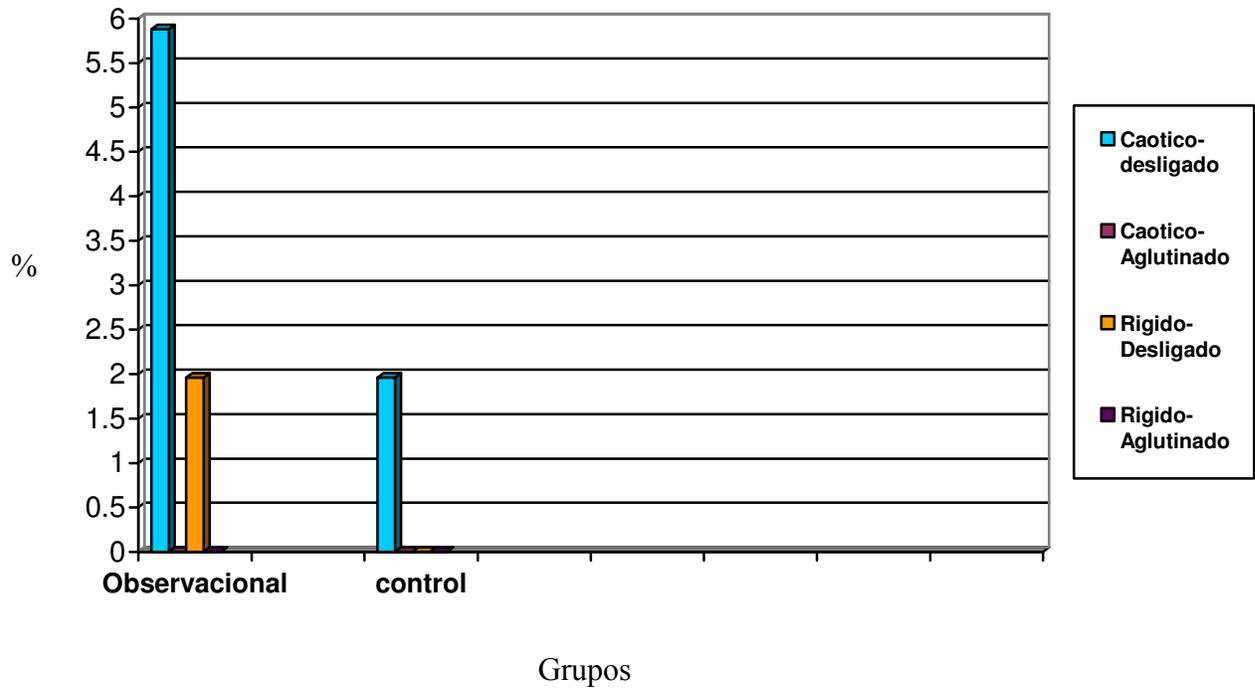


Figura 11. Distribución porcentual de la asociación de las características de Disfunción severa en el grupo observacional y en el de control

## PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Análisis de Datos

Prueba de  $X^2$

Prueba Estadística para relacionar las variables *Disfunción Familiar y Embarazo*

$$X^2 = \frac{\sum (O - E)^2}{E}$$

		EMBARAZO		Total
		Con embarazo	Sin embarazo	
FUNCIONALIDAD	Funcional	9	33	42
	Disfuncional	42	18	60
	Total	51	51	102

Frecuencias Esperadas  $\frac{(TR)(TC)}{N}$

N

TR = Total del Reglon; TC = Total de la columna N= Gran total

		EMBARAZO		Total
		Con embarazo	Sin embarazo	
FUNCIONALIDAD	Funcional	21	21	42
	Disfunción	30	30	60
	Total	51	51	102

### Desarrollo de la formula

O	E	O - E	(O - E )	$\frac{(O - E)^2}{E}$
9	21	-12	144	6.85
42	30	12	144	4.8
33	21	12	144	6.85
18	30	-12	144	4.8

$$\sum 30.15 = X^2$$

### Grados de Libertad

$$GL = (c-1) (r-1)$$

$$G1 = (1-1) (C-1) = (2-1) (2 - 1) \\ (1) (1) = 2$$

$$G1 = 2$$

### Interpretación:

$$X^2 \text{ Tablas} = 3.841$$

**Por lo tanto se interpreta:** Como  $X^2$  Calculada (30.15) es mayor la  $X^2$  de tablas ( 3.841) decimos que la variable, disfunción familiar esta relacionada con la variable embarazo en la **Adolescente y por consecuencia esto resulta estadísticamente significativo en base a un error alfa establecido.**

**Análisis Estadístico para relacionar las variables embarazo y disfunción familiar Leve**

**Frecuencias observadas**

		EMBARAZO		Total
		+	-	
FUNCIONALIDAD Y DISFUNCION	Funcional	9	33	42
	Disfunción leve	37	17	54
	Total	46	50	96

**Frecuencias esperadas**

		EMBARAZO		Total
		+	-	
FUNCIONALIDAD	Funcional	20.12	21.87	42
	Disfunción leve	25.87	28.12	60
	Total	45.99	49.99	95.98

**Desarrollo de la formula**

O	E	O - E	(O - E)	$\frac{(O - E)^2}{E}$
9	20.12	-11.12	123.65	6.14
37	25.87	11.13	123.87	4.78
33	21.87	11.13	123.87	5.66
17	28.12	-11.12	123.65	4.39

$$\sum 20.97 = X^2$$

**Grados de Libertad**

$$GL = (c-1) (r-1)$$

$$G1 = (1-1) (C-1) = (2-1) (2 - 1) \\ (1) (1) = 1$$

$$G1 = 1$$

**Interpretación:**

$X^2$  Tablas = 3.841

Por lo tanto se interpreta:

Como  $X^2$  Calculada (20.97) es mayor la  $X^2$  de tablas ( 3.841) a un nivel alfa de 0.05, las variables están relacionadas y por lo tanto el embarazo se relaciona estadísticamente significativa con la Disfunción Leve

**Análisis estadístico para relacionar las variables: embarazo y disfunción familiar severa**

**Frecuencias observadas**

		EMBARAZO		Total
		+	-	
FUNCIONALIDAD Y DISFUNCION	Funcional	9	33	42
	Disfunción severa	5	1	6
	Total	14	34	48

**Frecuencias Esperadas**

		EMBARAZO		Total
		+	-	
FUNCIONALIDAD	Funcional	12.25	29.75	42
	Disfunción severa	1.75	4.25	6
	Total	14	34	48

$\sum 9.72 = X^2$

O	E	O - E	(O - E)	$\frac{(O - E)^2}{E}$
9	12.25	-3.25	10.56	0.86
5	1.75	3.35	10.56	6.03
33	29.75	3.25	10.56	0.35
1	4.25	-3.25	10.56	2.48

**Grados de Libertad**

$GL = (c-1) (r-1)$

$GL = (1-1) (C-1) = (2-1) (2 - 1)$   
 $(1) (1) = 1$

$G1 = 1$

**Interpretación:**

$X^2$  Tablas = 3.841

Por lo tanto se interpreta:

Como  $X^2$  Calculada (9.72) es mayor la  $X^2$  de tablas (3.841) a un nivel alfa de 0.05, por lo que la disfunción severa se relaciona con el embarazo

**Relación entre edad y las variables funcionalidad y *Disfunción familiar* en Embarazadas**

**Frecuencias observadas**

<b>Edad</b>	<b>Funcional</b>	<b>Disfuncional</b>
<b>14</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>15</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>16</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>17</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
<b>18</b>	<b>3</b>	<b>13</b>
<b>19</b>	<b>4</b>	<b>14</b>
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>42</b>

**Frecuencias esperadas**

<b>Edad</b>	<b>Funcional</b>	<b>Disfuncional</b>
<b>14</b>	<b>0.17</b>	<b>0.82</b>
<b>15</b>	<b>0.17</b>	<b>0.82</b>
<b>16</b>	<b>1.05</b>	<b>4.94</b>
<b>17</b>	<b>1.58</b>	<b>7.41</b>
<b>18</b>	<b>2.82</b>	<b>13.17</b>
<b>19</b>	<b>3.17</b>	<b>14.82</b>
<b>Total</b>	<b>8.96</b>	<b>41.98</b>

$$62.11 = X^2$$

**Grados de**

**Libertad**

$$GL = (c-1) (r-$$

$$GI = (2-1) (6-1) = (2-1) (6-1) = (1) (5) = 5$$

**Interpretación:  $X^2$  Tablas = 11.070 Por lo tanto se interpreta: Como  $X^2$  Calculada (62.11) es mayor que  $X^2$  de tablas (11.070) las variables Edad esta relacionada con la Disfunción Familiar**

O	E	O - E	(O - E)	$\frac{(O - E)^2}{E}$
0	0.17	0	0	0.0023
0	0.17	0	0	0.2129
1	1.05	-0.05	0.0025	0.0114
1	1.58	+0.58	0.3364	0.2129
3	2.82	0.18	0.0324	0.0114
4	3.17	0.83	0.6889	6.2173
1	0.82	0.18	0.0324	0.03951
1	0.82	0.18	0.0324	0.03951
5	4.94	0.06	0.0036	0.0007
8	7.41	0.59	0.3481	0.0469
13	3.17	9.83	96.62	30.47
14	14.82	0.82	0.6724	0.0453

$\Sigma$

1)

## Riesgo Relativo

Prueba estadística de asociación entre disfunción familiar leve y embarazo en la adolescente

## Riesgo Relativo

		Embarazo		
		+	-	
Con disfunción	42	a	B	+
Con funcionalidad	9	c	d	-

$$\frac{\text{RR Incidencia de expuestos}}{\text{Incidencia de no expuesto}} = \frac{(a/a+b)}{(c/c+d)} = \frac{42/42+18}{9/9+33} = \frac{42/60}{9/42} = \frac{.700}{.214} = 3.27$$

## Interpretación de riesgo Relativo

Al obtener un RR de 3.27, la presencia de Embarazo en la adolescencia, representa 3.27 veces el mayor riesgo de presentar Disfunción Familiar y por lo tanto esto tiene significancia clínica dado que implica un riesgo de desarrollar el efecto 3 veces mas en las embarazadas adolescentes que en las adolescentes no embarazadas.

## Valores Predictivos

Determinación del Valor Predictivo Positivo entre las variables disfunción familiar leve y embarazo.

### Valor Predictivo Positivo

#### Embarazo

	+	-	
Con funcionalidad	42 a	18 B	+
Sin funcionalidad	9 c	d 33	-

$$\text{VPP} = \frac{a}{a + b}$$

$$\text{VPP} = \frac{a}{a + b} = \frac{42}{60} = 0.70 = 70\%$$

#### Interpretación de VPP

El 70% de la Población Embarazada adolescente tiene la probabilidad de presentar Disfunción familiar

### Valor Predictivo Negativo

$$\text{VPN} = \frac{d}{c + d} = \frac{33}{42} = 0.78 = 78\%$$

## Interpretación de VPN

Si la adolescente no se embaraza en esta etapa 78% de ellas tiene la probabilidad de no presentar *Disfunción Familiar*

Determinación del Valor Predictivo Positivo entre las variables disfunción familiar severa y embarazo.

### Valor Predictivo Positivo

		Embarazo		
		+	-	
Con funcionalidad	9	a	B	+
Sin funcionalidad	5	c	d	-

$$\text{VPP} = \frac{9}{9 + 33} = \frac{9}{42} = 0.214 = 21.4\%$$

## Interpretación de VPP

El 21.4% de la Población Embarazada adolescente tiene la probabilidad de presentar *Disfunción familiar severa*

### Valor Predictivo Negativo

$$\text{VPN} = \frac{d}{c + d} = \frac{1}{5 + 1} = \frac{1}{6} = 0.16 = 16.6\%$$

## Interpretación de VPN

**Si la adolescente no se embaraza en esta etapa 16.6% de ellas tiene la probabilidad de no presentar *Disfunción Familiar severa*.**

## Discusión

La *funcionalidad familiar* implica el cumplimiento pleno de las funciones básicas en la familia con la finalidad de tener un equilibrio basado en el respeto de las relaciones intra familiares en contraste con la *disfunción familiar* que constituye una alteración dada por un conjunto de características desequilibradas que se sufren en un núcleo familiar, en cualquiera de sus diferentes etapas del ciclo vital, dando como resultado la aparición de psicopatología que conlleva a la pérdida del equilibrio de bienestar en todos los sentidos rompiendo la homeostasis familiar. La importancia de este desequilibrio se aborda en este estudio en la etapa de la *adolescencia* en relación al *embarazo* como factor de riesgo a la predisposición de la *disfunción familiar*.

La *disfunción familiar* se ha reportado en los mexicanos en población general de forma variada, desde un 33%<sup>19</sup> hasta un 68.4%<sup>23</sup>, en la etapa de la *adolescencia* (63.2%)<sup>20</sup> también existen reportes con frecuencias similares. En nuestro estudio detectamos la disfunción familiar en más del cincuenta por ciento (58.82%) en las *adolescentes embarazadas* y sin embarazo, se observó que esta frecuencia se aumenta si la paciente se embaraza en esta etapa de su vida (82.35%), así que las cifras que detectamos son mayores que las reportadas por la literatura, probablemente se deba al instrumento de medición, este último dato concuerda con la disfuncionalidad reportada en la mujeres embarazadas de la misma Unidad, pero con la diferencia del empleo del test del APGAR y de la población que fue estudiada edades menores como 10 años<sup>24</sup>

En cuanto a la edad de las adolescentes se estudiaron en promedio a las de 17 años  $\pm$  s 1.21, las revisiones anteriores refieren haber estudiado a jóvenes de mayor edad (18 y 19 años)<sup>19</sup> y el estado civil casada (54.9%) de nuestras jóvenes fue menor que el de otras poblaciones de jóvenes también estudiadas (85%) en otros estados de la república, esto pudiera guardar relación con la ocupación, ya que nuestras jóvenes en su mayoría todavía son estudiantes y con las que se comparan de otras entidades son amas de casa, esto puede ser el reflejo de la variación de diferentes prácticas culturales modernas dentro de las diferentes estados de la República Mexicana.

En cuanto al instrumento de medición para detectar *disfunción familiar*, el de *FACES III* nos dio resultados muy similares con los de la literatura en el total de la población estudiada, mas sin embargo C. DeFrancisco <sup>21</sup> reporta haber encontrado mayor prevalencia de *disfunción familiar* en Cali Colombia entre diferentes comunidades con el instrumento APGAR.

La diferencia entre estos instrumentos se observa en los diferentes tipos de clasificación de la disfunción familiar y hacemos notar que mediante *FACES III* empleado en nuestro estudio la disfunción leve (64.70) fue la de mayor frecuencia comparada con la de APGAR que no clasifica de esta forma y que lo de mayor frecuencia que reporta es la *disfunción familiar* moderada (27%) y cuando se aprecia la frecuencia de la disfunción severa con ambos instrumentos, nuestro estudio sigue reportando la mayor de 9.80% contra el 6% de la literatura medida con el APGAR en *adolescentes embarazadas*.

Dentro de las características detectadas para la clasificación de *disfunción familiar* lo encontrado aquí se asocia a la disminución de cohesión y adaptabilidad dentro de las que se observó que los individuos están mas separados (56.86%) y con mayor frecuencia de la presencia de la característica caótico (50.98%), estas variables también son las mismas reportadas en la literatura <sup>21</sup>, aunque no dan a conocer la frecuencia de estos parámetros.

Con respecto a todo esto, el *embarazo en la adolescencia* se constituye un factor de riesgo y predictivo para padecer disfunción familiar en esta etapa de la vida (RR = 3.27, VPP=70%) como lo demuestran nuestros resultados. Y aquí se aporta la frecuencia de esta disfunción en población demandante de los servicios de los primeros niveles de atención médica, en donde el Médico Familiar tiene un rol primordial en la prevención y el cuidado de la salud física, emocional y mental de la población futura de mexicanos. Esta es nuestra aportación a diferencia de lo reportado por Hernández y col, que utilizaron en su estudio el test de APGAR FAMILIAR, ya que es un valor clínico predictivo y de utilidad al gremio médico e investigadores, pues es específicamente en población de primer nivel de salud y en mujeres Tabasqueñas, y además este trabajo se realizo bajo un diseño controlado y

analizado a través de estadísticas predictivas , de asociación y de relación , todo ello engloba un mayor rigor metodológico en comparación con el estudio de Hernández y col quienes abordan el tema solo de forma descriptiva sin análisis estadístico y con poco fundamento metodológico lo que no permite generalizar los resultados a toda la población adolescente embarazada demandante de los primeros niveles de atención médica.<sup>24</sup>

La detección temprana de este factor de riesgo (embarazo en la etapa de adolescente) le permitirían al medico familiar modificar conductas de manejo en este tipo de pacientes y fomentar la integración familiar que permita a estas adolescentes la búsqueda de la integración al núcleo familiar, con la finalidad de fomentar el respeto intrafamiliar, el crecimiento y desarrollo de la paciente, restableciendo su nivel social y económico dentro de la sociedad lo que llevaría a disminuir la frecuencia de Disfunción familiar y alcanzar nuevamente la funcionalidad de la familia

La UMF No. 39, actualmente tiene en su adscripción a 8253 adolescentes, representando 52.53 % el sexo femenino, de las cuales el 8.56% se encuentran en etapa de gestación, la mitad del porcentaje reportado a nivel nacional (15%), es entonces relevante observar que en los últimos años las instituciones de salud atienden el mayor crecimiento de esta población en etapa de fecundidad y que la desintegración familiar se observa cada vez en mayor proporción y más frecuente, entonces esta situación se convierte en factor de riesgo para padecer otras patologías consideradas como problemas de salud pública, como lo es el suicidio, que actualmente ocupa los primeros lugares en el Estado de Tabasco.

## CONCLUSIONES

1. La edad de 19 años fue la mas frecuente observada en ambos grupos de estudio con promedio de 17.64 años. El estado civil de mayor frecuencia fue el de casadas en el grupo de embarazadas en comparación con las no embarazadas quienes su mayor frecuencia estuvieron representada por las solteras. El oficio de la mayor proporción de mujeres fue el de estudiante en ambos grupos.
2. La característica caótica se presento en proporción de 13 veces mas en las embarazadas con respecto a las no embarazadas dando como resultado menor adaptabilidad al primer grupo. La característica “separado” la poseen en mayor frecuencia las embarazadas que las no *embarazadas adolescentes*, lo que se traduce en una mayor disfunción del tipo leve. La característica rígida se observó ligeramente elevada en frecuencia en el grupo sin embarazo que en el grupo de embarazadas lo que puede reflejarse en *disfunción* tanto *leve* como *severa* en ambos grupos.
3. Más de la mitad de la población estudiada presentó *disfunción familiar*, y se observo en mayor frecuencia en el grupo de *embarazadas adolescentes*. La disfunción leve se presentó en más de dos tercios de las *adolescentes embarazadas* comparado la afección de aproximadamente un tercio de las no embarazadas. La disfunción severa se presento en ambos grupos de estudio pero fue ligeramente mayor en el grupo de *adolescentes embarazadas* que en las no embarazadas.
4. Las edades de mujeres afectadas con *disfunción familiar* fueron de los 14 a los 19 años y con mayor frecuencia se observo la *disfunción leve* en los 18 y 19 años de edad.
5. Dentro de la *disfunción familiar leve* las características asociadas que poseen las mujeres embarazadas fue el caótico-separado en mayor frecuencia. Dentro de la disfunción familiar severa las características asociadas fue caótico-desligado presente en baja proporción.

6. La presencia de la característica asociada flexible aglutinado fue mayor en el grupo control que en el observacional, por lo que esta asociación contribuyo poco a la presencia de *disfunción familiar leve* en el último grupo mencionado.
7. La variable *disfunción familiar* se relaciona con la variable *embarazo en las adolescentes* estadísticamente.
8. Estadísticamente se encontró relacionada la variable *disfunción leve*, con la presencia de *embarazo en la adolescente*. La disfunción severa también se encontró estadísticamente relacionada con la presencia de *embarazo en la adolescente*.
9. La edad se encontró relacionada estadísticamente con la *disfunción familiar* y la variable *disfunción familiar leve* se presentó fuertemente asociada a la presencia de *embarazo en la adolescente*.
10. Existe la probabilidad estadística del 70% que las *adolescentes embarazadas* presenten *disfunción familiar leve* con 78% de probabilidad de no presentar esta alteración si la adolescente no se embaraza en esta etapa y el 21.4% que presentan en este estudio *disfunción familiar severa*, la probabilidad de un 16.6% de no presentar esta alteración si no se embaraza en esta etapa.

#### RECOMENDACIONES

Después de valorar los resultados de este estudio, queda por llevar a la práctica rutinaria esta encuesta en los primeros niveles de atención a la salud, que le permita al medico adscrito a medicina familiar detectar a tiempo la *disfunción familiar* de la población *adolescente embarazada*, previniendo todos los acontecimientos dañinos para la salud mental, física y emocional del binomio madre e hijo y de los que integran el núcleo familiar.

Comparando nuestros resultados, queda también por diseñar estudios que apliquen varios instrumentos de medición que tengan como objetivo medir la eficacia y eficiencia de estas encuestas para detectar *disfunción familiar*, específicamente en la población Tabasqueña

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Valdés S, Essien J; Embarazo en la adolescencia, Incidencia, riesgos y complicaciones. Estudio realizado en el Hospital municipal de Santa Cruz del Sur, Cuba 2000.
- 2.- Issler J; Embarazo en la Adolescente Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Medicina No 107- Agosto/2001 P: 11-23
- 3.-Neistein, L.S. adolescent Healt Care. Embarazo en la adolescente. A practical Guide. Third edition, Baltimore 1996. Pág. 627-639.
- 4.- Sociedad Iberoamericana de Información Científica, Riesgos del Embarazo en Adolescente. Estudio realizado en Glasgow, Reino Unido, British Medical, Journal 323 Publicación en Salud Publica. Com: Octubre 31, 2001 Pág. 476-479.
- 5.- The Alan Guttmacher Institute “ISSUES in brief: Risks and Realities of Early Childbearing Worddwide” New Cork 1977. Comportamiento Sexual y reproductivo del adolescente tomado de World Healt Day, Who, Génova, March 1998.
- 6.- Pomata J. Programa Asistencial de la Madre Adolescente y su Hijo(PROAMA) . Rev. Hosp.. Mat. Inf. Ramón Sardá, Argentina. Buenos Aires. 1998; 17:97-192.
- 7.- Stern C. el Embarazo en el adolescente como problema público: una visión crítica. Salud Pública, Méx. 1997; 39, 137-143.
- 8.- Ehrenfeld – L. N. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada, salud publica, Méx. 1994, 36:154-160.

9.- Instituto Nacional de Perinatología. Adolescentes en México situación Actual de los jóvenes en México, Diagnóstico sociodemográfico. 2000.

10.- Tomados del Instituto Nacional de Estadísticas Geográficas e Informática (INEGI) del 2000.

11.- censo de población reportado por el Sistema Integral de Atención a la Salud (SIAS) De Enero a Julio del 2004

12.- Minuchin S. Familias y Terapia familiar. 2ª edic. Barcelona. 2ª edición, 16, 21,78-138.1999.

13.- Luna N., Disfunción Familiar en Adolescentes Embarazadas. Estudio realizado en UMF 32, Guadalupe, Nuevo León, Universidad Autónoma de Nuevo León, Méx. 2002.

14.- Stern C. el Embarazo en el adolescente como problema público: una visión crítica. Salud Pública, Méx. 1997; 39, 137-143.

15.- Coates V. Transformaciones en la familia durante la adolescencia de los hijos. Adolescencia Latinoamericana. Abril/junio; 40-46. 1997.

16.- Hasui Ch. Proceso de la Familia; Estructura del Factor de las Caras iii, en estudiantes japoneses de la universidad, Marzo 2004.

17. - Olson D.H (1985) Faces III was developed in the Family Social Science Department, University of Minnesota, St. Paul, Mimesota, Abril 1991.

18. - Volker T. Problem Families and the Circumplex Model: observational assessment using the Clinical Rating Scale, Journal of Marital and Family Therapy, 1993. Vol. 19. No 2. 159-175.

19.- Rangel J., Funcionalidad Familiar en la adolescente Embarazada, Rev. Fac. Med. UNAM, 2004; 47 (1) : 24 – 27.

20.- De Francisco C., Salud Familiar como alternativa de atención integral en las Unidades de atención. Secretaria de Salud Publica Municipal, Cali, Colombia Medica 1995: 26; 51 – 4.

21.-Tuesca, R. y Borda, M. Violencia fisica en barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. Gac Sanit, jul-ago. 2003,vol 17, no.4,p.302-308. ISSN 0213-9111.

22.- Ortega A., Diagnostico del Funcionamiento familiar en un consultorio del médico y la enfermera de la familia, estudio realizado en el año 2000, del Municipio Cienfuegos. Rev. Cubana Med. Gen Integr 2003; 19 (2)

23.- Hernández T y Col. Funcionalidad Familiar en las Adolescentes Embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 39 del IMSS. Tesis, Villahermosa, Tab. Feb. 2004.

## ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION REGIONAL SUR  
DELEGACION ESTATAL EN TABASCO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 39  
"IGNACIO GARCIA TELLEZ"

Carta de consentimiento informado para participación en proyecto de investigación clínica

Por medio del presente ACEPTO participar en el proyecto de investigación titulado ***Funcionalidad Familiar en relación al Embarazo en la Adolescente*** atendidas en la Unidad de Medicina Familiar.

El objetivo del estudio es valorar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar en las Adolescentes embarazadas en nuestra población derechohabiente para manejar en forma oportuna diversas alteraciones que trae consigo la disfunción familiar hoy en día.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar un formato de 20 preguntas llamadas FACES 111.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios que se pudieran derivar de mi participación en el estudio que son los siguientes: no tiene ningún tipo de repercusión moral, mental y psicológica sobre mi persona y han sido considerados los criterios de protección a los seres humanos según lo declara Helsinki.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi estudio, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que conservo del instituto. El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que derive de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad, serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionar la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer, respecto a mi permanencia en el mismo.

---

Nombre y firma del paciente

Acepto

Testigo

---

---

Nombre y firma del investigador

Testigo

---

## CUESTIONARIO

### FACE III VERSION FAMILIAR

Nombre \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ ocupación \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado

DESCRIBA A SU FAMILIA	NUNCA 1	CASI NUNCA 2	ALGUNAS VECES 3	CASI SIEMPRE 4	SIEMPRE 5
1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si.					
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos.					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7. Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia.					
8. La familia cambia de modo de hacer las cosas.					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11. Nos sentimos muy unidos.					
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13. Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente.					
14. En nuestra familia las reglas cambian.					
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19. La unión familiar es muy importante.					
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

III (D.H. Olson.J.Portner E Y.Lavae)  
Versión en Español, (México): C. Gómez y C. Irigoyen

### TABLA DE CALIFICACION FACES III

COHESIÓN			ADAPTABILIDAD			
8	50	AGLUTINADO	8	50	CAOTICO	
	48			41		
7	47			7		40
	46					30
6	45	CONECTADO	6	29	FLEXIBE	
	43					27
5	42			5		26
	41					25
4	40	SEPARADO	4	24	ESTRUCTURADO	
	38					23
3	37			3		22
	35					20
2	34	DESLIGADO	2	19	RIGIDO	
	25					15
1	24			1		14
	10					10

INSTRUMENTO DE CALIFICACION FACES 111

