



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**“DISFUNCION FAMILIAR COMO CAUSA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES  
EN LA UMF 248 IMSS SAN MATEO ATENCO”.**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN EMDICINA FAMILIAR.**

**PRESENTA**

**DR RODOLFO SAUCEDO GOMEZ**  
**MEDICO DE BASE DE UMF 248 SAN MATEO ATENCO**

Ciudad Universitaria, Cd. Méx., 2018



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).

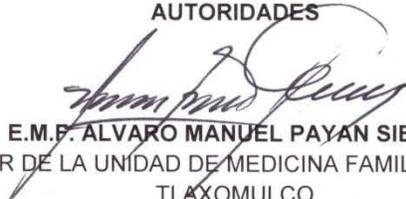
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**“DISFUNCION FAMILIAR COMO CAUSA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES  
EN LA UMF 248 IMSS SAN MATEO ATENCO. ENERO A MAYO DEL 2016.”**

**TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER  
EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:**

**M.C. RODOLFO SAUCEDO GOMEZ**  
Email: rodsau3@hotmail.com  
Tel. (722) 2 95 13 23

**AUTORIDADES**



**E.M.F. ALVARO MANUEL PAYAN SIERRA**  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR SANTIAGO  
TLAXOMULCO



**E.M.F. JAIME JUAREZ GONZALEZ**  
ASESOR DE TESIS



**E.M.F. ZITA MARIA DE LOURDES REZA GARAY**  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MEDICOS GENERALES DEL IMSS. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
SANTIAGO TLAXOMULCO

**E.M.F JOSUÉ JACIEL AGULAR REYES**  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICNA FAMILIAR 249 SAN TIAGO TLAXOMULCO

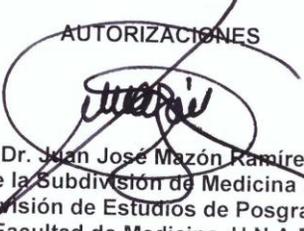
DISFUNCION FAMILIAR COMO CAUSA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES  
EN LA UMF 248 IMSS SAN MATEO ATENCO

Tesis que para obtener el Grado de  
Médico Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Rodolfo Saucedo Gómez

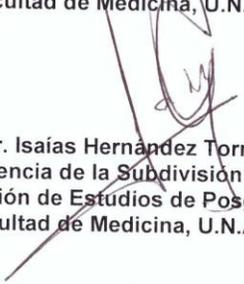
AUTORIZACIONES



Dr. Juan José Mazón Ramírez  
Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina, U.N.A.M.



Dr. Geovani López Ortiz  
Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina, U.N.A.M.



Dr. Isaías Hernández Torres  
Coordinador de Docencia de la Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina, U.N.A.M.

# INDICE

RESUMEN .....	1
SUMMARY .....	3
ANTECEDENTES .....	5
1. MARCO TEORICO .....	8
1.1 FAMILIA.....	8
1.2 LA FAMILIA COMO SISTEMA.....	8
1.3 CICLO DE VIDA FAMILIAR.....	10
1.4 FUNCIONALIDAD FAMILIAR .....	10
1.5 CRISIS FAMILIARES.....	13
1.6 ADOLESCENTE.....	16
1.7 EMBARAZO EN ADOLESCENTES.....	19
2. METODOLOGIA.....	23
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	23
2.2.- OBJETIVOS .....	25
2.3 JUSTIFICACION .....	26
2.4 HIPOTESIS .....	27
2.5 SUJETOS, MATERIAL, METODOS Y MUESTRA.....	27
2.6 CRITERIOS DE SELECCION .....	28
2.6.1 Criterios de inclusión. ....	28
2.6.2 Criterios de exclusión .....	28
2.6.3 Criterios de eliminación .....	28
2.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	29
2.8 RECOLECCION DE DATOS.....	30
2.9 ANALISIS ESTADISTICO.....	30
2.10 INSTRUMENTO DE INVESTIGACION .....	31
2.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	33
3. RESULTADOS.....	34
4. DISCUSION .....	47
5. CONCLUSIONES.....	49
6. SUGERENCIAS .....	50
7. BIBLIOGRAFIA .....	51
8. ANEXOS .....	55

## RESUMEN

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública ya que se ha observado un incremento en su incidencia en los últimos años; no solo por las complicaciones que puede traer el embarazo con el aumento de los riesgos ginecoobstetricos y psicológicos que a edades más tempranas se ven incrementados, sino que también puede tener un gran impacto en la vida y roles de los miembros de la familia, obligando a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser de rechazo, sorpresa o frustración; con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales.
2. Factores de riesgo familiares.
3. Factores de riesgo sociales: entre ellos la disfunción familiar.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa por lo que realizaremos un estudio descriptivo prospectivo y transversal en las familias de adolescentes embarazadas, atendidas en la consulta externa de medicina familiar en la UMF 248 del IMSS delegación 16 en San Mateo Atenco, durante el período de noviembre del 2015 a febrero del 2016, con el objetivo de determinar el grado de funcionalidad de la familia de dichas gestantes; con una técnica muestra no probabilística por cuotas; la muestra estará conformada por 64 adolescentes embarazadas, según criterios de inclusión y exclusión. Serán estudiadas las variables edad, escolaridad, estado civil, ocupación, y funcionamiento familiar utilizando como instrumento de estudio una entrevista semiestructurada y la prueba de Percepción de Funcionamiento Familiar FF-SIL. Aplicados por los médicos familiares de los consultorios de medicina familiar en ambos turnos.

El estudio reportó 60.9% de las adolescentes embarazadas con familia funcional, el 33.3% con moderada funcionalidad y el 5.8% fueron familias disfuncionales y 0% disfuncionales severas. El grupo de edad de entre 18 y 19 años fue el más frecuente, con un reporte de nivel educativo medio superior predominantemente (43.3%), contrastando con otros estudios donde la secundaria fue la más predominante.

El porcentaje de adolescentes embarazadas con estado civil casada fue el más sobresaliente superando a las de unión libre y solteras. La ocupación más frecuente fue ama de casa, lo que contrasta con otros estudios donde la ocupación más frecuente fue la de adolescentes trabajadoras y estudiantes.

La variable de la funcionalidad familiar más afectada fue la adaptabilidad seguida de la permeabilidad y la armonía. Las familias de la UMF de San Mateo Atenco No. 248 de IMSS con adolescente embarazada no presentaron disfuncionalidad familiar.

## **SUMMARY**

Teen pregnancy is a problem of public health, because an increase in its incidence has been observed in recent years, and not only because of the complications caused by pregnancy with the rise of obstetric-gynecological and psychological risks that are increased at early ages, but also because it can have a great effect on the lives and roles of family members, forcing the restructuration of the functions of the members, due to the creation of new needs requiring the mobilization of a system to reestablish the state of family homeostasis that, initially, can be that of rejection, surprise or frustration. Regarding the risk factors associated with teen pregnancy, a great variety has been identified, from which it is possible to establish three categories:

1. Individual risk factors.
2. Family risk factors.
3. Social risk factors, family dysfunction among them.

Family functionality is the capability of the system to confront and overcome each of the stages of the vital cycle and the crisis experienced. Therefore, we will do a prospective and transversal descriptive study in families with pregnant teenagers, attended at an external family medical clinic of the UMF 248 of the IMSS, delegation 16, in San Mateo Atenco during the period of November 2015 to February 2016, with the objective of determining the degree of family functionality of these expectant mothers; with a sampling technique of non-probability by quotas. The sample will be formed by 64 pregnant teenagers, in accordance to criteria of inclusion and exclusion. Variables studied will be ages, education level, civil status, occupations, and family functionality. A semi-structured interview and an FF-SIL Family Functioning Perception test, applied by family doctors from the family medical clinics in both shifts, will be used as study instruments.

The study reported that 60.9% of pregnant teenagers had a functional family, 33.3% had moderate functioning, 5.8% were dysfunctional families, and 0% had severe dysfunction. The group of ages 18 and 19 was the most common, with a report of a mid-higher education level as predominant (43.3%), compared to other studies in which secondary school was the most predominant.

The percentage of pregnant teenagers with a civil status of married was the most common, surpassing those in a free union or single. The most common occupation was housekeeper, which contrasts with other studies in which the most common occupations were working teenagers and students.

The variable of family functionality that was most affected was adaptability, followed by permeability and harmony. The families of the No. 248 IMSS UMF of San Mateo Atenco with a pregnant teenager did not present family dysfunction.

## ANTECEDENTES

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico-social. Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional. Dentro de los factores de riesgo descritos los más importantes son los individuales, asociándose a resultados ginecoobstétricos y psicosociales adversos. Dentro de los primeros se encuentran retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro y complicaciones del parto. Las principales consecuencias psicosociales encontradas fueron la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos. La situación actual, descrita anteriormente, ha obligado a crear en el último tiempo diferentes tipos de programas de educación sexual (PES) con el objetivo común de enfrentar el problema. Entre éstos tenemos por ejemplo los gubernamentales, los orientados hacia una “sexualidad segura” y otros basados en la abstinencia.<sup>1</sup>

Debido a que en los últimos años se ha observado un cambio en la epidemiología del embarazo adolescente, siendo este cada vez más frecuente y produciéndose a edades más precoces, creemos importante realizar una revisión general del tema enfocada a: Aclarar el concepto de embarazo adolescente y su epidemiología actual. Identificar los factores de riesgo y consecuencias que se derivan del problema. Realizar una breve revisión de los programas que se han implementado en el país con el objetivo de solucionar dicho problema. Para poder llevar a cabo lo planteado en el párrafo anterior, es que realizamos una revisión bibliográfica del tema basada en las publicaciones realizadas tanto en revistas científicas nacionales como internacionales.

La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, preadolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años.<sup>2</sup> Estudios realizados en Estados Unidos han evidenciado una tendencia al alza de la actividad sexual en los adolescentes durante los últimos 30 años. Según la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud, en Chile, al año 2003, el 35,2% de los adolescentes y el 84,5% de los jóvenes hasta los 24 años de edad se encontraban sexualmente activos. Mientras en otros países como Cuba el 50 % de las adolescentes tiene vida sexual activa y se ha visto un incremento del 10% anual. Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. Como ejemplo de lo anterior es posible citar el estudio realizado por González T et al el año 2005 en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15,6

años. Sin embargo un trabajo realizado el año 2000, reveló una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual siendo de 12 años para los hombres y 12,8 años para las mujeres. Ruoti plantea que el embarazo en la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.<sup>2</sup>

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.<sup>3</sup>

Un trabajo realizado el año 2005 logró determinar la influencia de cada uno de estos grupos de factores de riesgo, en donde destaca la gran importancia de los factores individuales presentando una frecuencia de 71,6%, mientras que los factores familiares presentaron un 20,3% y los sociales un 11,6%.<sup>4</sup> Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente.<sup>5</sup> La funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia.<sup>6,7</sup>

Respecto a la comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes, versus relaciones sexuales de riesgo, se observó que los adolescentes que presentan regular y mala comunicación familiar con sus progenitores 95.9%; tienen mayor frecuencia de inicio de relaciones sexuales 16.5%.<sup>8</sup>

## **1. MARCO TEORICO**

### **1.1 FAMILIA**

#### **1.1.1 DEFINICIÓN DE FAMILIA**

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

CENSO CANADIENSE: Consiste en un marido y una esposa, con o sin hijos o un padre con un hijo no casado o niños que viven bajo un mismo techo.

CENSO ESTADOUNIDENSE: Grupo de 2 o más personas que viven juntas y que tienen relación entre sí consanguíneamente, por el matrimonio o adopción.

#### **1.1.2 CLASIFICACION SEGÚN SU FUNCIONALIDAD**

Funcionalidad: en las cuales se considera que se cumplen todas las funciones, se permite un mayor o menor desarrollo de sus integrantes.

Disfuncionales: son las familias que en mayor o menor grado no actúan según lo que se espera de ellos según las funciones que se le tienen asignadas.<sup>5</sup>

### **1.2 LA FAMILIA COMO SISTEMA**

La familia es un sistema, que a su vez se compone de subsistemas, mismos que son: subsistema conyugal (papá y mamá) y subsistema paterno-filial (padres e hijos), subsistema fraternal (hermanos).

La familia poder ser considerada como un sistema delimitado y definido.

A su vez la familia puede ser considerada como un subsistema perteneciente a un sistema de mayor jerarquía (comunidad, sociedad más compleja, país, continente). Cuando se analiza la interrelación entre el entorno y la familia, se puede observar que la familia se comporta como un sistema abierto, ya que entre ambos hay intercambios de información y propicia con ello a que se modifiquen tanto el uno como el otro.

Para comprender a la familia como un sistema abierto deben considerarse algunas propiedades de la Teoría General de Sistemas como:

- Totalidad ; debido a que la presencia de un elemento dentro del sistema solo se justifica por la presencia de los demás elementos, y dado que entre ellos hay ligas de diversos tipos.
- Objetivos; todos los sistemas orgánicos y sociales siempre están orientados hacia un objetivo específico.
- No sumatividad; la familia es un sistema que posee propiedades y características que le son particulares como sistema y que de ninguna manera representa solo la suma de sus propiedades y características de cada uno de los miembros que la componen.
- Retroalimentación; dentro de la familia hay una especie de red determinada por las emociones y sentimientos que fluyen en todas direcciones, incluye a todos los miembros que la componen y hace que la conducta de ellos se modifique recíprocamente. La retroalimentación que se da en la familia puede ser positiva o negativa. Positiva cuando favorece o continúa estimulando el fenómeno que inicia el mecanismo, y negativa cuando tiende a amortiguar de alguna manera el fenómeno que inicia el mecanismo. Dentro de la dinámica familiar no siempre es deseable que ocurra la retroalimentación negativa para mantener la estabilidad del sistema familiar; por otro lado la retroalimentación positiva no debe ser entendida como desorganización de la estabilidad familiar.
- Proceso: es un sistema de retroalimentación en el cual no importan tanto las condiciones iniciales como la naturaleza del mismo proceso. Así, en condiciones iniciales distintas se puede obtener un mismo resultado y cuando se observan condiciones iniciales similares los resultados pueden ser diferentes. Es precisamente durante el proceso que se determina el tipo de resultado que se obtendrá al final.
- Subsistemas: Un sistema está formado por unidades más pequeñas denominadas subsistemas. los subsistemas familiares pueden quedar determinados dentro de una familia por un solo individuo, o bien por diadas esposo-esposa, madre-hijo, hermano-hermana, que se denominan subsistemas parenterales, los factores que contribuyen en la formación de los subsistemas son de diversos órdenes, y pueden estar basados en la edad, sexo, interés o función a desempeñar.
- Equifinalidad: la conducta final del sistema se basa en su independencia respecto a las condiciones iniciales.
- Equipotencialidad: pueden obtenerse distintos estados a partir de una misma situación inicial.

- Complejidad: no solo depende del número de elementos que integran el sistema sino de la variedad de clases y categorías de dichos componentes y de la multiplicidad de sus relaciones.
- Circularidad: en las relaciones del sistema todo tiene un principio y un fin.

### **1.3 CICLO DE VIDA FAMILIAR**

Son las características de su evolución, durante la cual la familia se contrae en medida en que el entorno social con el que interactúa lo establece, al mismo tiempo que cada uno de sus integrantes se extiende.

Esto está determinado en diversos estadios llamado ciclo de vida familiar.

Son muchos autores los que han dividido el ciclo familiar pero la más aceptada es:

- Etapa constitutiva: inicia con la decisión de la pareja para llevar una vida en común.
- Etapa procreativa: inicia con la llegada de los nuevos integrantes de la familia.
- Etapa de dispersión: se inicia con la independencia del primero de los hijos y culmina con la separación del último de ellos, en esta etapa los padres deben facilitar que el hijo se haga independiente.
- Etapa final: inicia con la salida del hogar del último hijo cuando la pareja original queda nuevamente sola. Y se realizan ajustes que les permita vivir y prepararse para el retiro o jubilación.<sup>9</sup>

### **1.4 FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no está en lucha constante.

Diversos modelos de evaluación hacen hincapié en dos términos: adaptación y cohesión. Baldwin plantea, moldea McMaster, que la función primordial de la familia es conservar el equilibrio de sus miembros adaptándose a las diversas etapas y enfrentando los problemas para lograr soluciones afectivas.

Minuchin basa su modelo estructural en la idea de que la familia es un sistema que opera por medio de pautas transaccionales como son la forma, cuando y con quien relacionarse, centrándose en las expectativas de los diversos miembros de la familia de acuerdo con el grado de cohesión que guardan entre sí.

Cada uno de estos modelos enfatiza la importancia que tiene la estabilidad y buen funcionamiento del sistema familiar para lograr un óptimo desarrollo de sus miembros.

Este desarrollo puede verse obstaculizado por la incapacidad de la familia para modificar sus patrones de funcionamiento en los momentos de crisis, por lo que quedan atrapadas en interacciones mal adaptativas que no les permiten dar soluciones definitivas a los problemas que están presentando.

Para el desarrollo humano óptimo, la familia constituye el contexto de mayor importancia, guía a sus integrantes al logro de metas de crecimiento, estabilidad, control y espiritualidad mediante estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individualización, con el fin de mantener la congruencia familiar y responder a las demandas del entorno.

Durante las diferentes etapas del desarrollo familiar, la familia enfrenta diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, que implica cambios tanto individuales como familiares, los que pueden constituir un periodo de crisis.

En estos periodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra hay indefinición de las funciones, por que los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol.

Es querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidad, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo que se denomina como crisis evolutivas.

Sin embargo, la dinámica familiar con todos proceso en desarrollo no es lineal y ascendente. Este proceso se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones, que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del divorcio, padecimiento de una enfermedad crónica, o el fallecimiento de un miembro de la familia, los cuales tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente.

En este caso las tareas que debe desarrollar la familia, son tareas de enfrentamiento que se derivan de las llamadas crisis no transitorias o paranormales.

Las crisis familiares se producen cuando hay un desbalance entre las demandas y las capacidades de la familia, produciéndose entonces una desorganización del sistema familiar, que incluso puede concluir en la desintegración familiar.

Existen otras crisis las normativas las cuales son perfectamente esperadas de acuerdo al ciclo vital en el que se encuentre la familia.

#### 1.4.1 Funciones básicas familiares:

- Socialización: Favorecer el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar, de manera que asegura la integridad psíquica y se facilita el adiestramiento de los miembros de la familia en las tareas de participación social y el enfrentamiento de nuevas experiencias. También puede entenderse como transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónoma, con “independencia” para desarrollarse en la sociedad.
- Cuidado: Proveer a los miembros de la familia de alimento, vestido, seguridad física y apoyo emocional, atención a la salud y demás satisfactores para un adecuado desarrollo físico y mental, incluyendo las actividades recreativas culturales y educacionales que toda persona requiere. La protección biopsicosocial incluye la satisfacción sexual de la pareja.
- Afecto: Entendido como amor, cariño, entrega, comunión, espiritual entre los miembros de la familia y su expresión grupal e individual. Definido como el objeto fundamental de “transacción dentro de la familia”
- Reproducción: Proveer nuevos miembros a la sociedad, previa decisión consciente y responsable de perpetuación de los hijos.
- Estatus: Determinar la posición sociocultural de sus integrantes, de manera tal que la familia perpetúe sus tradiciones, así como las circunstancias y valores de sus miembros más viejos para transmitirlos a los jóvenes.<sup>10</sup>

#### 1.4.2 Categorías del funcionamiento familiar

– Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.

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

- Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
- Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.
- Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivencias y demostrar sentimientos y emocionales positivas unos a los otros.
- Rol: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.<sup>11</sup>

## **1.5 CRISIS FAMILIARES**

### 1.5.1 Concepto de crisis:

Las crisis son etapas que las familias atraviesan, en ocasiones tienen como origen las pocas herramientas o estrategias de solucionar, las dificultades que se presenta en el sistema familiar, o la poca o nula capacidad de expresar y comunicar ideas, pensamientos, emociones, etc.; elementos básicos que debe tener la familia para no llegar al grado de una crisis. La mayoría de las veces los hijos son los más afectados, porque no se les permite opinar, solo obedecer y callar, pero a larga las consecuencias se verá reflejado en sus vidas y desenvolvimiento social de ellos. "Son estados temporales de malestar y desorganización caracterizados por la incapacidad de la familia, para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados y por el potencial para obtener resultados positivos o negativos".<sup>12</sup>

Crisis en la familia.

"La crisis familiar se caracteriza por una desorganización familiar, donde los viejos modelos y las capacidades no son adecuados por largo tiempo y se requiere un cambio". Muchas crisis familiares son normativas que requieren cambios en la estructura y reglas familiares. Otras crisis son previamente promovidas por decisiones familiares para hacer mayores cambios; por ejemplo, cuando se hace un plan para mejorar el funcionamiento familiar y lograr una mejor satisfacción de las necesidades individuales y familiares. En otras situaciones la

familia es impulsada hacia la crisis por la ocurrencia de eventos estresores no normativos, tales como, un accidente fatal en un miembro de la familia. Este modelo ve las crisis familiares como una variable continua que refleja la total ruptura del sistema, como por ejemplo, cuando ocurre un divorcio; también considera que existen crisis menores, que son virtualmente imperceptibles por la familia.<sup>13</sup>

### 1.5.2 Tipos de crisis

Existen dos tipos de crisis: las normativas y las paranormativas. "Las llamadas crisis normativas, son situaciones que demandan cambios en el sistema, que generalmente significan contradicciones, desacuerdos, separación de viejos modelos de interacción, o asimilación de nuevas formas organizacionales; modificaciones éstas que contribuyen a la maduración, desarrollo y crecimiento del sistema familiar". Es la más común, nos habla de cuando la pareja no logra establecer su propio núcleo, es cuando los dos tienen ideas o conceptos muy distintos, o se arrastra o se trae la sombra del hogar de nuestros padres, y se quiere continuar con ese estilo de crianza, y es cuando inician los conflictos, que trae como consecuencia una crisis familiar, que afecta directa o indirectamente a los hijos, pero no todo es negativo, a veces esto genera un replanteamiento acerca del contrato familiar o simplemente se mejora la estructura o sistema de la familia, generando beneficios para todo lo que lo conforman.

El segundo tipo de crisis son las "Las crisis paranormativas, que no son más que aquellos cambios o transformaciones que experimenta la familia en cualquiera de sus etapas de desarrollo, que no están relacionadas con los períodos del ciclo vital, sino con hechos situacionales o accidentales; por ejemplo, divorcio, separación, abandono, muerte", es decir, cuando algún suceso inesperado ocurre, puede ser la muerte de un amigo, el despido del trabajo, cambio de residencia, u otros factores no relacionados con el ciclo vital de la familia. A veces suele pasar que la muerte de un amigo o familiar influya emocionalmente en la vida de algún integrante de la familia, lo cual genera un desequilibrio en los demás. Estas crisis suelen tener un impacto más desfavorable en la familia y un costo mayor para la salud.<sup>12</sup>

### 1.5.3 Causas de la crisis familiar

Las causas de desintegración familiar provienen de nuestra poca preparación en el arte de vivir y la falta de conocimiento del verdadero significado del amor, incluyendo el amor a sí mismo. Existen varias causas como las adicciones, la situación económica, falta de comunicación, infidelidad y violencia intrafamiliar, que a continuación se explicarán:

### Adicciones

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) droga es "toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones"

El consumo de drogas es otro problema que se presenta en la adolescencia, ya que en esta etapa se despierta la curiosidad e impera una necesidad una necesidad de experimentar nuevas cosas, que van utilizando para poder resolver los problemas que se les presentan a diario y por el proceso de búsqueda de su identidad. Sin embargo, cabe mencionar que no todos los adolescentes se ven afectados por este problema, y que algunos no consume drogas o si lo hace hacen, dejan de usarlas en poco tiempo.

En este sentido el uso compulsivo de drogas en muchos de los casos se manifiesta por la desintegración familiar. La farmacodependencia sucede cuando los conflictos que rodean la subfase del proceso de separación familiar no son adecuadamente superados.

### Situación económica

Como menciona Papalia (2005) "La pobreza puede complicar relaciones familiares y dañar el desarrollo de los adolescentes a través de su impacto emocional de los padres", es decir el desequilibrio de las finanzas familiares por excesos de consumo y endeudamientos pueden conducir al desgaste de los vínculos afectivos primarios, lo que es una causa de la desintegración familiar.

### Falta de comunicación

En el 2007 Fuentes menciona que "Los problemas de comunicación en la familia destruyen su unidad. La comunicación son los lazos que unen a sus miembros; sin ella, no hay familia" Si existe comunicación será más fácil tomar soluciones prácticas y concretas referidas a una determinación conjunta, de una mejor integración de todos los miembros, de una mejor reglamentación de las conductas de todos ellos, de una mejor disposición de todos los bienes materiales necesarios y por supuesto de una más clara determinación sobre el papel que la familia y de sus miembros deben realizar dentro del desarrollo de su sociedad.<sup>14</sup>

### La infidelidad

Es vivida como una de las peores traiciones que enfrenta la pareja y en general se piensa que el infiel es el culpable, sin embargo, la infidelidad es sólo el resultado de las crisis de pareja y ésta no es sólo sexual pues el cónyuge infiel buscará aspectos que su pareja no le brinda y estos pueden ser intelectuales, sexuales, físicos y emocionales.

Lejanía de los padres

Simons y Robertson, (1989), "encontraron que la variable de rechazo por parte de los padres correlaciona con la implicancia de los hijos adolescentes en grupos de iguales inadaptados y, por tanto, en el uso de drogas" Desafortunadamente, muchos padres de familia piensan que sus hijos no se dan cuenta de lo que sucede y, que por lo tanto no les afecta, cuando en realidad no sucede así, ya que los niños van buscando la manera de decir que están ahí, que sienten y que también importan, por lo general, dicha manera suele presentarse negativamente, con conductas totalmente diferentes a las de los niños o adolescentes normales.<sup>15</sup>

## **1.6 ADOLESCENTE**

La Organización Mundial de la Salud define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. 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.

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

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.

### 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.

### 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. 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>16</sup> En los países desarrollados y en las sociedades industrializadas, se reconoce a los adolescentes como grupo de población bien definido. Sin embargo, en las naciones en desarrollo, es relativamente reciente su reconocimiento como etapa de la vida con características propias. La población adolescente mundial es de más de mil millones, y representa el 85 % en los países en desarrollo, las adolescentes y los adolescentes peruanos suman cerca de 6 millones, y representan el 21% de la población.<sup>17</sup>

La adolescencia plantea uno de los desafíos más difíciles para las familias. Es posible que los adolescentes, que se enfrentan cambios hormonales y a un mundo cada vez más complejo, sientan que nadie puede entender sus sentimientos, en especial sus padres. Como resultado, el adolescente puede sentirse enojado, solo y confundido cuando se enfrenta problemas complejos de identidad, presiones de sus compañeros, conducta sexual, alcohol y drogas.

Los padres pueden sentirse frustrados y enojados porque el adolescente parece no responder a la autoridad de sus padres. Es posible que los métodos de disciplina que funcionaron bien hace algunos años ya no tengan la misma eficacia. Además, los padres pueden sentirse asustados y sin poder hacer nada acerca de

las elecciones hechas por su hijo adolescente. La adolescencia no puede considerarse como un fenómeno de naturaleza fija e inmutable, sino que, como todo estadio del desarrollo humano, es un producto de circunstancias históricas. Durante mucho tiempo se enfatizó que la adolescencia era una fase universal de agitación e inestabilidad crítica del ser humano que precedían su ingreso en la edad adulta. La adolescencia es considerada como el periodo crucial del ciclo vital en que los individuos toman una dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y planearse un proyecto de vida propio.

Datos mundiales indican que más de la mitad de los adolescentes empiezan sus relaciones sexuales antes de los 16 años, de la misma forma cada 5 minutos se produce un suicidio inherente a su salud sexual y reproductiva, y para completar el perfil se reportan altos índices de mortalidad materna y abortos que se producen en este grupo etáreo, lo que indica indirectamente fallas en sus conocimientos y conductas de sexualidad.<sup>18</sup>

La adolescencia es una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo humano comprendido entre los 10 y 19 años, durante la cual el niño se transforma en adulto y está marcado para cambios interrelacionados del cuerpo, la mente, el espíritu y la vida social; presenta cambios que implican el inicio de una intensa sexualidad, con múltiples aspectos y sentimientos, que según su desarrollo influyen y son influidos en todo el ámbito personal y social. Se define sexualidad a la necesidad humana expresada a través del cuerpo, elemento básico de la feminidad o masculinidad de la autoimagen y de la autoconciencia del desarrollo personal.<sup>4</sup> Los sentimientos y las emociones que acompañan la sexualidad del adolescente, son diversos y marcados por mitos o consecuencias que evocan desde su etapa infantil, muchas veces reforzadas por la desinformación que reciben al intentar obtener detalles que le expliquen su sentir, de allí que muchas de sus interrogantes queden en el aire, generando angustias, que de no ser bien orientadas, pueden dificultar el desarrollo de una sexualidad sana.<sup>19</sup>

En el ámbito internacional estudios indican que el inicio de la vida sexual de los adolescentes es entre los 13 a 14 años en varones y a los 15 años en mujeres,<sup>6,7</sup> por otra parte investigaciones hechas en zonas rurales reportan que los adolescentes presentan un conocimiento deficiente en el tema de la sexualidad y además una comunicación familiar pobre entre padres e hijos adolescentes.<sup>20</sup>

Ante este panorama de transición e incertidumbre del adolescente, con cambios fisiológicos, psicológicos, físicos, etc., donde existe una desinformación o información inadecuada de los temas de sexo y sexualidad, la misma que muchas veces tiene sus orígenes en el seno del hogar, de la mano con un inicio de relaciones sexuales a temprana edad; siendo las dependencias prestadoras de salud comunitarias las indicadas en brindar empoderamiento mediante estrategias preventivo-promocionales a sus pobladores.<sup>21,22,23</sup>

## **1.7 EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

### **1.7.1 Definición**

El embarazo en la adolescencia se define como: “el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica”, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca.<sup>24</sup>

En lo biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades tan tempranas como a los 11 años.<sup>25</sup>

Este es un período crítico en el desarrollo de los comportamientos sexuales que pueden llevar a adquirir un embarazo no planeado y una infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH, por el alto grado de promiscuidad. La probabilidad de morir por eventos relacionados con la reproducción es dos veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es seis veces mayor cuando es menor de 15 años.

Otro aspecto importante es la fecundidad adolescente la cual es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas.<sup>26</sup>

En el aumento de los embarazos en adolescentes ha influido la disminución de la edad de la menarca, la demora para casarse, la contracepción inadecuada y la pobreza.

El embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquía. Recién después de 5 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva. Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquía (menor de 15 años). Las complicaciones relacionadas con el embarazo se reportan entre las principales causas de muerte

de las mujeres entre 15 y 19 años en casi todas las regiones de América Latina y el Caribe.<sup>27</sup>

Según diversas publicaciones es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73 % al 93 %). El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada.<sup>28</sup>

Aunque la adecuada atención durante el embarazo puede minimizar en mucho los resultados desfavorables, esto no es así en el 100% de los casos. Se reconocen una extensa gama de complicaciones biológicas cuya incidencia es superior en las madres adolescentes, las cuales abarcan todos los trimestres del embarazo, todos los periodos del parto y afectan tanto a la joven madre como a su hijo. Los riesgos médicos en las madres adolescentes, determinan la elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años.

La morbilidad en la gestación de la adolescente, se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares.<sup>29,30</sup>

#### 1.7.2 Riesgos durante el embarazo y complicaciones

En el desarrollo de la preeclampsia, entre otros cuadros clínicos, se invoca una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped. El feto, por tener el 50 % de su estructura genética de origen paterno viene a ser una especie de injerto. El fallo del mecanismo inmunológico adaptativo se ha relacionado con factores tales como la inmadurez del sistema inmunológico materno o, con una alteración funcional, que en parte podría estar asociada con una condición de mala nutrición materna, muy común en gestantes adolescentes.<sup>31</sup>

En cuanto a los factores que aumentan el riesgo se han identificado la primigestación, edades maternas extremas, exposición limitada al esperma.<sup>32</sup>

La preeclampsia no es sólo una hipertensión inducida por el embarazo, sino es secundaria a interacciones que provienen de una perfusión placentaria disminuida

así como de la alteración en la función endotelial. Parte de la respuesta a la disminución de la perfusión placentaria puede ser por adaptación del feto a la menor cantidad de nutrientes recibidos.

Para los adolescentes tener un hijo representa un cambio de vida muy grande, incluso para toda su familia. Muchas veces dejan de estudiar y tienen que asumir otras responsabilidades.

La adolescencia en la actualidad se considera como una etapa de la vida del ser humano, donde ocurren complejos cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto. Es mundialmente aceptado que más del 50 % de los embarazos ocurren en los primeros seis meses posteriores a su primera relación sexual, por lo que se comprende la importancia del conocimiento de la anticoncepción en este grupo poblacional.<sup>33</sup>

En Cuba se plantea que de cada cuatro mujeres que abortan una es adolescente, las cuales son responsables aproximadamente del 30 al 60 % de los abortos que se realizan; todo ello en un país con logros en su programa de planificación familiar.<sup>34</sup>

De los países europeos, por ejemplo, Inglaterra tiene la más alta incidencia de embarazo en la adolescencia. En el 2006, más de 9000 adolescentes se embarazaron, de las cuales 8 000 eran menores de 16 años, y 2 200 menores de 14.<sup>35</sup>

Las primeras relaciones se producen según sus propias expresiones, son motivados por la curiosidad, el interés de adquirir experiencia, influidos por el grupo de amigos al que pertenecen, por los mensajes recibidos por los medios de difusión masiva y en muchas ocasiones, por la pornografía.<sup>36</sup>

Refiere Peláez Mendoza que según estimados de la Organización Mundial de la Salud, el riesgo de morir debido a problemas relacionados con el embarazo, es para las mujeres entre 15 y 19 años, el doble que para el grupo de mujeres entre 20 y 24 años, y este riesgo resulta 5 veces mayor para las madres entre 10 y 14 años.

La edad constituye un factor de riesgo fundamental por la aparición y/o agravamiento de cualquier entidad asociada al embarazo. El control del riesgo preconcepcional es por tanto un pilar importante para reducir las complicaciones

que dichas entidades traen para la madre y su hijo, sobre todo si esta se encuentra en el grupo etario menor de 20 años.

Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del canal blando, que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Este hallazgo implica alto riesgo de desgarros así como más probabilidad de hemorragia e infecciones en un terreno meyo-práxico (sensible) por la desnutrición y las anemias. Los resultados encontrados en relación con los pesos de los recién nacidos, se corresponden con los que menciona la mayoría de los autores consultados donde se describen índices de bajo peso entre 10 % y 12 %.

Es una realidad que las adolescentes aportan niños bajo peso; y si se añade además la presencia de alguna complicación durante el embarazo, coincidimos con otros autores en cuanto a que el riesgo del recién nacido bajo peso, es aún mayor.

El peso del niño al nacer es un indicador importante de salud fetal y neonatal. Frisancho y otros, demostraron que los peores resultados durante el embarazo, con relación al bajo peso al nacer, y la morbilidad y mortalidad son más frecuentes en las adolescentes que en la mujer adulta, y que las embarazadas adolescentes con bajo peso al comienzo del embarazo y/o ganancia insuficiente de peso al concluir este, son las que aportan mayor número de recién nacidos bajo peso.<sup>37</sup>

En Cuba, como en muchos otros países, el embarazo en edades tempranas ocurre hoy con más frecuencia que en el pasado, con los conocidos riesgos y complicaciones para la salud. Estos resultados coinciden con estudios realizados en Toluca, México, en el 2007 donde el 79 % de las adolescentes se encontraba entre 17 -19 años y el 21 % entre 14-16 años; no se presentaron casos menores de 14 años.<sup>38</sup>

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Debido a que en los últimos años se ha observado un incremento en la epidemiología del embarazo adolescente, siendo este cada vez más frecuente y produciéndose a edades más precoces con variaciones alrededor del todo el mundo y los países en desarrollo, y en especial en nuestro país, México condicionado por múltiples factores como la educación, nivel socioeconómico, falta de información sobre sexualidad, y el factor familiar no menos importante y que es el cual es nuestro centro de investigación. El INEGI estima que en promedio, entre los años 2003 y 2012, ocurrieron al menos 2.59 millones de nacimientos anuales; mostrando que en el año 2000, los partos contabilizados entre mujeres menores de 19 años representaban el 15.9% del total.

Posteriormente, en el año 2006 el porcentaje se incrementó de manera relevante al pasar a 16.3% del total; mientras que para 2012 el crecimiento fue aún más acelerado pues en ese año, con base en los datos del INEGI, puede sostenerse que los nacimientos en niñas menores de 19 años representaron el 18.7% del total. En efecto, entre el año 2000 y 2006, el crecimiento en el porcentaje de embarazos adolescentes fue de aproximadamente 3%; sin embargo, entre los años 2006 y 2012 el crecimiento experimentado fue de 13%, es decir, cuatro veces más que en los seis años previos.<sup>31</sup>

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social

y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.<sup>3</sup>

No debemos olvidar que además de tener factores de riesgo importantes para el embarazo adolescente hay también factores de riesgo muy importantes dentro de las complicaciones y riesgos durante y al término del embarazo como son los individuales, asociándose a resultados ginecoobstétricos y psicosociales adversos. Dentro de los primeros se encuentran retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro y complicaciones del parto. Las principales consecuencias psicosociales encontradas como la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos.

Por lo que creo importante realizar un estudio donde podamos identificar los factores de riesgo familiar que se presentan con más frecuencia en el embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico-social; por lo que nos hacemos la siguiente pregunta ¿La disfunción familiar es una causa importante del embarazo en mujeres adolescentes?

## **2.2.- OBJETIVOS**

### **2.2.1 Objetivo general**

Determinar si la disfunción familiar es un factor causal importante en el embarazo en adolescentes que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar 248.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

Identificar los tipos de variables de funcionalidad familiar más alterados en el embarazo en adolescentes que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar 248.

Identificar la edad donde se presenta más frecuente el embarazo en adolescentes que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar 248.

Identificar la escolaridad en adolescentes embarazadas que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar 248.

Identificar el estado civil predominante en el embarazo de las adolescentes que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar 248.

Identificar la cohesión familiar en niños adolescentes embarazadas que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar 248.

Identificar la armonía familiar en adolescentes embarazadas que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar 248.

Identificar la comunicación familiar en adolescentes embarazadas que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar 248.

Identificar la permeabilidad familiar en adolescentes embarazadas que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar 248.

Identificar la afectividad familiar adolescentes embarazadas que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar 248.

Identificar los roles familiares en adolescentes embarazadas que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar 248.

Identificar la adaptabilidad familiar en adolescentes embarazadas que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar 248.

## 2.3 JUSTIFICACION

El embarazo en adolescentes es considerado un problema en el ámbito social, y medico en el mundo y a nivel nacional, ya que al verse envueltos los adolescentes y la misma familia en esto, hay cambios en los papeles y vidas de cada uno de las miembros de la familia y se ve afectada también su relación social dentro y fuera de esta , así como los factores de riesgo ginecoobstétricos y psicosociales adversos, como retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro y complicaciones del parto.

Las principales consecuencias psicosociales son la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos. La situación actual, descrita anteriormente, por lo que es de interés grande saber también las causas que llevan a los adolescentes a tener relaciones sexuales precoces principalmente enfocado desde el punto de vista familiar y sus disfunciones ya que la educación y bases del comportamiento se obtienen dentro el seno familiar. Por lo que creo que se debería valorar la frecuencia de disfunción familiar y el tipo de función que se ve más frecuentemente involucrada.

Desde la apertura de la UMF 248 en el año 2008 en la consulta de medicina familiar hemos observado un aumento en la incidencia de embarazo en adolescentes, Por lo que existe una preocupación por el fenómeno del embarazo adolescente, lo cual se ha traducido en políticas y programas en los cuales se invierten recursos tanto humanos y económicos.

Actualmente en la unidad de medicina familiar 248 de San Mateo Atenco existen 825 mujeres embarazadas de las cuales 77 son adolescentes. Hablamos que poco más del 9% del total de embarazadas en la clínica son mujeres adolescentes.

Al realizar este estudio que es factible nos permite ver que parte de las actividades que competen al médico familiar se basan en la atención preventiva, integral y continua del adolescente y su familia, siempre bajo una perspectiva biopsicosocial

## 2.4 HIPOTESIS

Por ser un estudio cualitativo no requiere de hipótesis.

## 2.5 SUJETOS, MATERIAL, METODOS Y MUESTRA

### 2.5.1 Tipo de estudio:

Se realizara un estudio de tipo descriptivo, transversal y prospectivo, en la Unidad de Medicina Familiar 248, en San Mateo Atenco Estado de México, con previa autorización del Director.

### 2.5.2.- Población, Lugar y Tiempo:

El estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 248 del IMSS delegación 16, en San Mateo Atenco, Estado de México en los meses de enero a mayo del 2016.

### 2.5.3 Tipo de muestra:

No probabilístico por cuota.

### 2.5.4 Tamaño de la muestra:

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente formula

$$T_m = \frac{Z_c^2 (Pq)}{E}$$

Dónde:

Z=nivel de confianza 95%=1.96

P=proporción de población con el evento =0.4

q=proporción de población sin el evento=0.96

E=posible error en la P=5%=0.05

Sustituyendo los valores se obtuvo una muestra de 69 pacientes.

## **2.6 CRITERIOS DE SELECCION**

### **2.6.1 Criterios de inclusión.**

- Mujeres de entre 10 y 19 años de edad (adolescentes) embarazadas adscritas a la unidad de Medicina Familiar de San Mateo Atenco, Estado de México
- Que deseen participar en el estudio.

### **2.6.2 Criterios de exclusión**

- Mujeres embarazadas mayores de 19 años adscritas a la unidad de Medicina Familiar de San Mateo Atenco, Estado de México.
- Mujeres embarazadas no derechohabientes.
- Mujeres embarazadas no adscritas a la unidad de Medicina familiar 248 de San Mateo Atenco. Estado de México.

### **2.6.3 - Criterios de eliminación**

- Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) incompleto (menos del 85% de respuestas).

## 2.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE
<b>Embarazo</b>	Periodo de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto.	Periodo en que la mujer se encuentra gestando, hasta el nacimiento.	ordinal	1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre	cualitativa
<b>Adolescente</b>	es la etapa de la vida que marca el proceso de transformación de niña a mujer adulta y se extiende desde los diez a los diecinueve años	Etapa de la vida del ser humano entre los 10 y 19 años donde se producen cambios físicos y psicológicos	intervalo	De 10 a 19 años	cuantitativa
<b>Embarazo en adolescente</b>	período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto en una mujer de 10 a 19 años	Periodo en que una mujer de 10 a 19 años se encuentra gestando, hasta el nacimiento	nominal	Embarazo en mujer de 10 a 19 años	cualitativa
<b>Funciones familiares</b>	Responsabilidades fundamentales de las estructuras familiares que determinan la sobrevivencia familiar	Obligaciones que tiene cada uno de los miembros de la familia.	nominal	-Buena función  -Disfunción leve  -Disfunción Moderada  --Disfunción severa	cualitativa

Variables independientes. Disfunción familiar, edad, estado civil, escolaridad.

Variable dependiente. Embarazo en la adolescente

## **2.8 RECOLECCION DE DATOS**

La población de referencia será abordada y captada los días y horarios de consulta de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hs en todos los consultorios de la unidad antes descrita, pidiendo a los médicos realizar el llenado del consentimiento informado para realizarles una serie de preguntas de nuestro instrumento de estudio previamente validado para este estudio.

Habiendo obtenido la información del TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL) se determinará utilizando el en cada caso, si en la familia de origen existe alguna disfunción familiar y posteriormente identificar, la edad, escolaridad, estado civil, y qué tipo de variante de disfunción familiar es la que con más frecuencia se presenta en el embarazo en adolescentes.

Utilizado y validado para valorar la funcionalidad familiar, la forma de abordar cada uno de los aspectos señalados es como a continuación se señala.

## **2.9 ANALISIS ESTADISTICO**

### **2.9.1 Estadística descriptiva:**

Se utilizara estadística descriptiva: medidas de tendencia central, dispersión, de normalidad para variables cuantitativas, así como frecuencias absolutas y relativas (porcentajes)

### **2.9.2 Estadística inferencial:**

Se realizara Razón de momios para la determinación de riesgo, Numero atribuible de casos, prueba de contraste con Chi cuadrada Y correlación de V de kramer.

Para la presentación de los resultados se utilizaran graficas de barra, de pastel y cuadro de frecuencias.

## 2.10 INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

### TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL):

Instrumento de aplicación a familias disfuncionales detectadas o no en la atención médica, desarrollado en 1999 por Ortega, de la Cuesta y Dias. Es un test de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad familiar basado en 7 variables o procesos relacionales:

el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

Funcionamiento familiar: dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera

Para que se pueda entender la aplicación del instrumento se hace necesario dividir en 2 aspectos la metodología de la propuesta. 1. Test de funcionamiento familiar FF-SIL. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento. No. de Situaciones Variables que mide

1 y 8 ..... Cohesión

- 2 y 13 ..... Armonía
- 5 y 11 ..... Comunicación
- 7 y 12 ..... Permeabilidad
- 4 y 14 ..... Afectividad
- 3 y 9 ..... Roles
- 6 y 10 ..... Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos. Escala Cualitativa Escala Cuantitativa  
 nunca 1 pto. Pocas veces 2 ptos. A veces 3 ptos. Muchas veces 4 ptos. Casi siempre 5 ptos. Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativas, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

- De 70 a 57 ptos. Familias funcional
- De 56 a 43 ptos. Familia moderadamente funcional
- De 42 a 28 ptos. Familia disfuncional
- De 27 a 14 ptos. Familia severamente disfuncional

La aplicación del test en familias consiste en aplicarle el instrumento a un miembro de la familia, preferentemente al jefe de núcleo o al miembro que tenga estrechos lazos de afectividad o consanguinidad con el miembro o los miembros que produzca el desequilibrio en la dinámica relacional del grupo familiar. Una vez aplicado el instrumento y se conozca el grado de disfuncionalidad procederá a realizar el análisis cuantitativo de cada una de las 7 variables que mide el test, para identificar así cuál de ellas tiene afectadas el grupo, lo que le servirá para delimitar el factor relacionado a la "Alteración de los procesos familiares".<sup>39</sup>

Validación:

Esta prueba fue sometida en 1994 en la ciudad de la Habana: Facultad de Salud Pública, 1994 López Sutil "Validación de la prueba de funcionamiento familiar a escala comunitaria". Facultad "Calixto García". Esta prueba aporta información válida y confiable para medir procesos relacionados con el dinamismo familiar. Se validó con la de Cron Bach ( $\alpha=0.779$ ) y prueba de mitades de Spearman Brown ( $r=.825$ ).

Aplicación:

Esta prueba ha sido utilizada en 2011 en Tabasco en el estudio funcionalidad familiar y conducta de riesgo en adolescentes, en donde la prueba se ajustó a las necesidades de conocer el ámbito de la funcionalidad familiar en estos jóvenes. También utilizado en el estudio funcionamiento familiar en pacientes pediátricos con epilepsia publicado por la asociación oaxaqueña de psicología A.C. por Vargas y Sánchez en el 2008.

## **2.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se solicita la participación en el estudio en forma voluntaria basada en las recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica, contempladas en:

1.- la declaración de Helsinki según modificaciones establecidas en:

- a) 29ª asamblea médica mundial, Tokio, Japón, octubre 1975
- b) 35ª asamblea médica mundial, Venecia, Italia, octubre 1983
- c) 41ª asamblea médica mundial, Hong Kong, septiembre 1989
- d) 48ª asamblea general, Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996
- e) 52ª asamblea general, Edimburgo, Escocia, octubre 2000.

2.- El acuerdo que al respecto emitió la secretaria de salud publicado en el diario oficial de la federación el martes 26 de enero de 1982, páginas 16 y 17. Y a las normas institucionales establecidas.

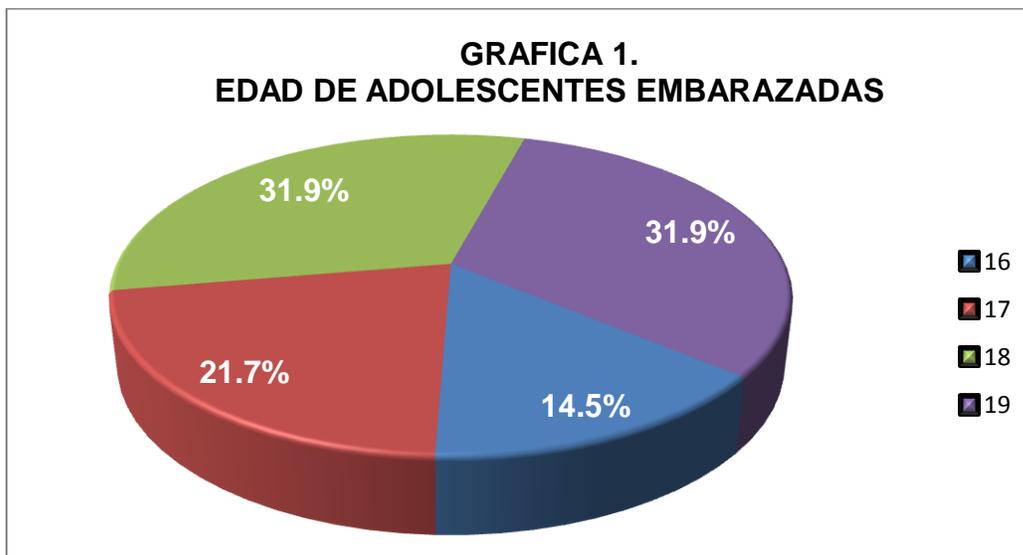
Este trabajo de investigación no genera lesión al individuo en el área biopsicosocial, los datos obtenidos serán utilizados para el logro del objetivo de esta investigación por lo que será estrictamente confidencial. Previa autorización por consentimiento informado del paciente.

### 3. RESULTADOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y prospectivo, en la Unidad de Medicina Familiar 248, en San Mateo Atenco Estado de México, en el que se incluyó un grupo de 69 pacientes adolescentes embarazadas que estuvieron en control prenatal seleccionados por cuota, la aplicación de encuestas se realizó de enero a mayo del 2016. Debido a que el estudio se realizó en embarazadas, el género que se incluyó fueron mujeres.

Cuadro 1				
EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
16	10	14.5	14.5	14.5
17	15	21.7	21.7	36.2
18	22	31.9	31.9	68.1
19	22	31.9	31.9	100.0
Total	69	100.0	100.0	

Fuente: TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

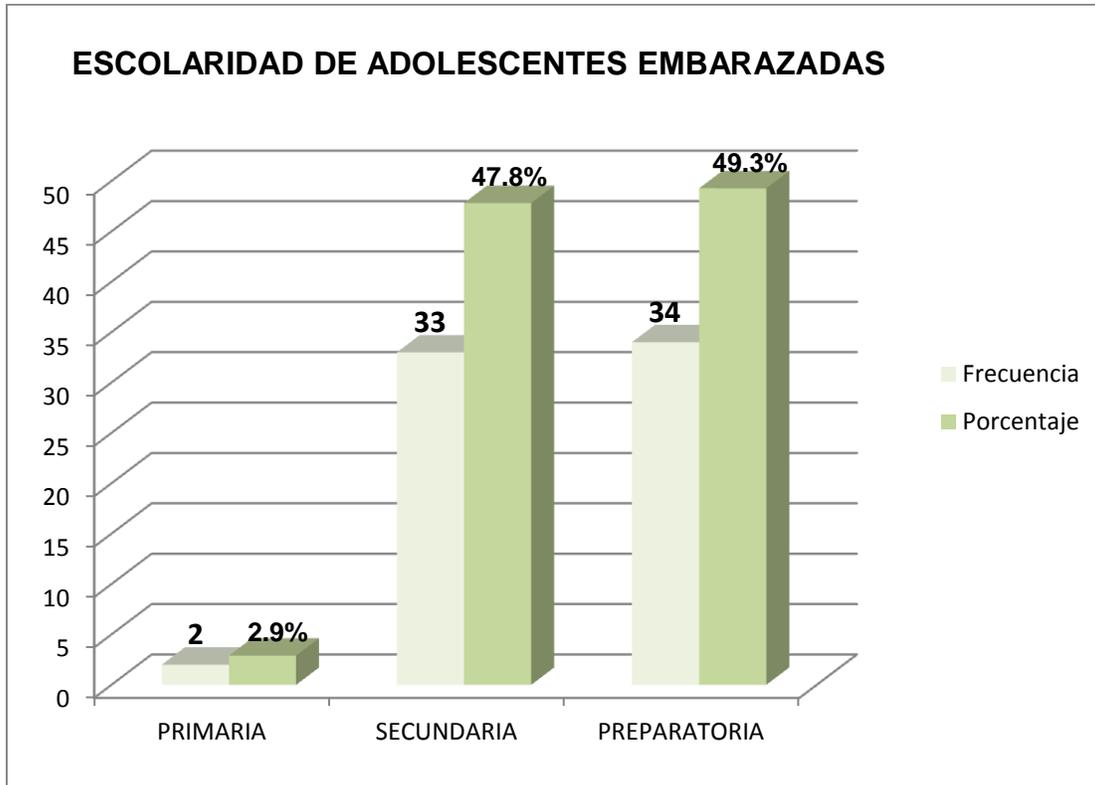


Fuente: Cuadro 1

En la gráfica podemos observar la descripción de las edades de las adolescentes embarazadas que participaron en el estudio las cuales fueron de 16 a 19 años, el grupo de mayor frecuencia fue de 18 y 19 años. La máxima fue de 19 y la mínima fue de 16. La edad promedio fue de 17.5. De las embarazadas adolescentes incluidas el 31.9% fueron de 18 años, el mismo porcentaje para las de 19 años, el 21.7% de 17 años, y el 14.5% de 16 años.

Cuadro 2				
ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRIMARIA	2	2.9	2.9	2.9
SECUNDARIA	33	47.8	47.8	50.7
PREPARATORIA	34	49.3	49.3	100.0
Total	69	100.0	100.0	

Fuente: TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

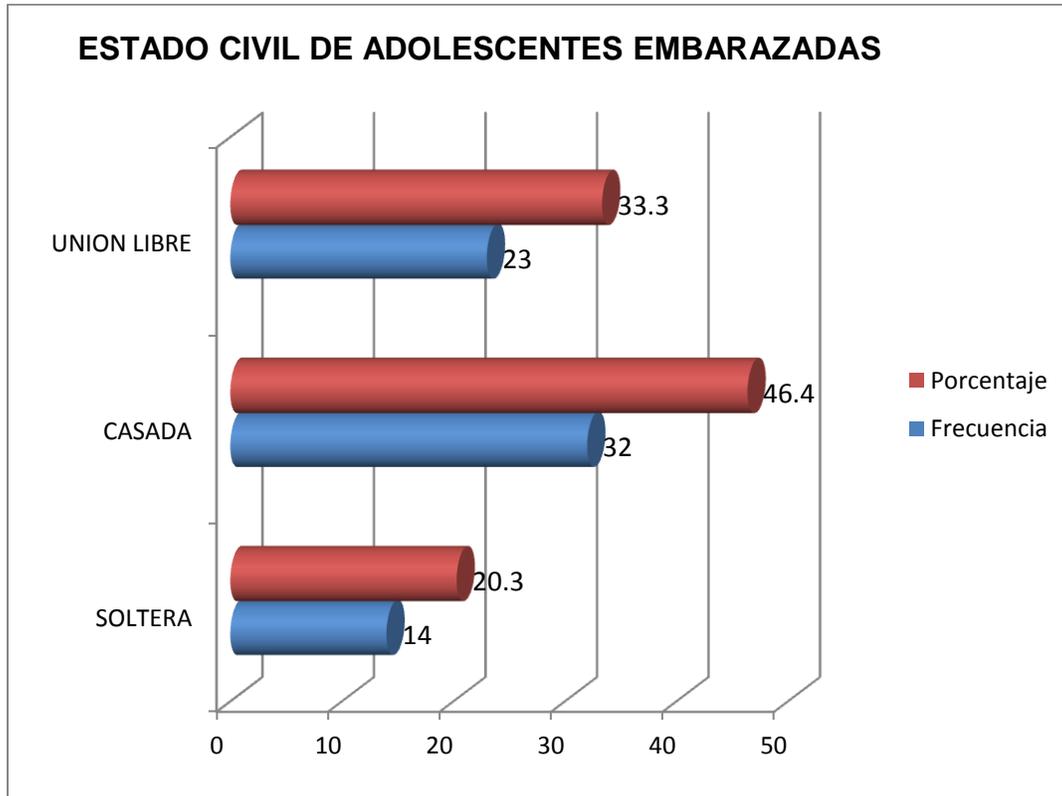


Fuente: Cuadro 2

La grafica nos muestra 3 niveles de escolaridad de las adolescentes embarazadas predominando la preparatoria con un 49.3%, seguido de secundaria con un 47.8% y en un mínimo de 2.9% con primaria. Se observa que la mayoría de las embarazadas tiene una preparación media superior

Cuadro 3				
ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SOLTERA	14	20.3	20.3	20.3
CASADA	32	46.4	46.4	66.7
UNION LIBRE	23	33.3	33.3	100.0
Total	69	100.0	100.0	

Fuente: TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

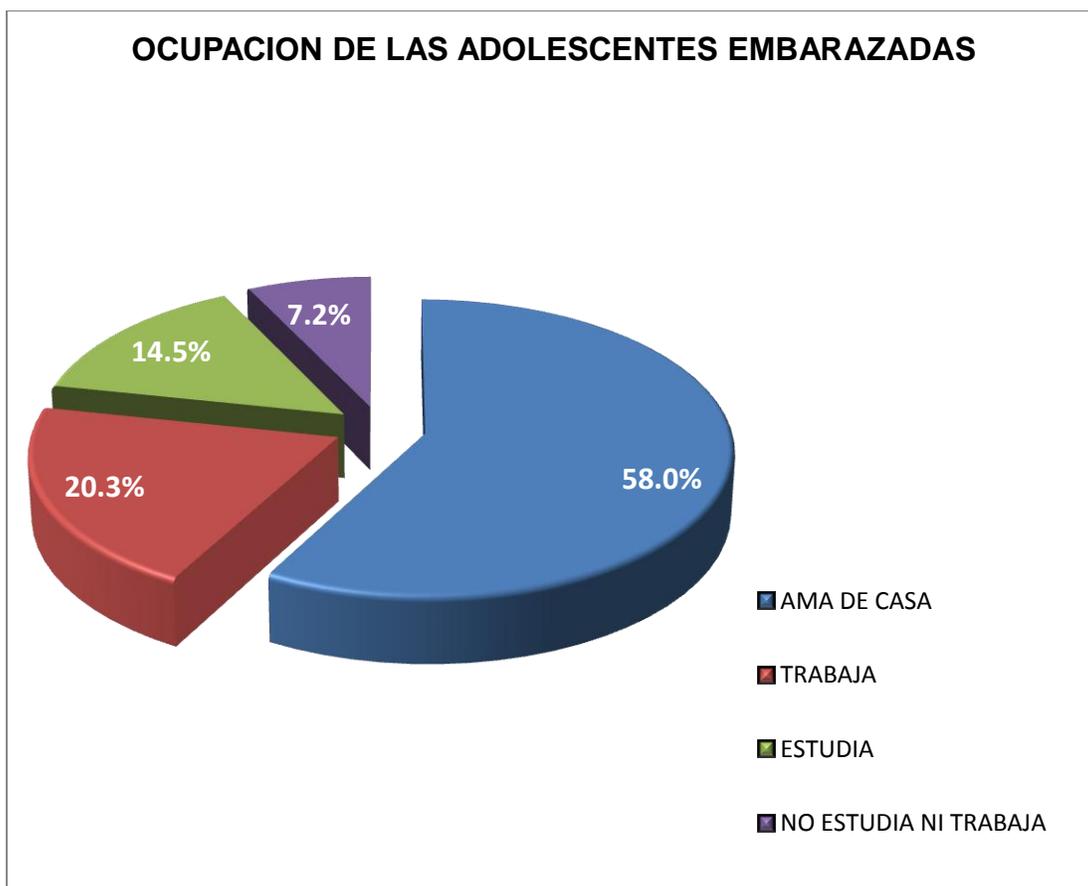


Fuente: Cuadro 3

En la grafica podemos observar que el estado civil de las adolescentes embarazadas que más frecuentemente se presentó fue el de casada con un 46.4%, superando al de unión libre que reflejó un 33.3%, y solo un 20.3% son solteras.

Cuadro 4				
OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
AMA DE CASA	40	58.0	58.0	58.0
TRABAJA	14	20.3	20.3	78.3
ESTUDIA	10	14.5	14.5	92.8
NO ESTUDIA NI TRABAJA	5	7.2	7.2	100.0
Total	69	100.0	100.0	

Fuente: TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

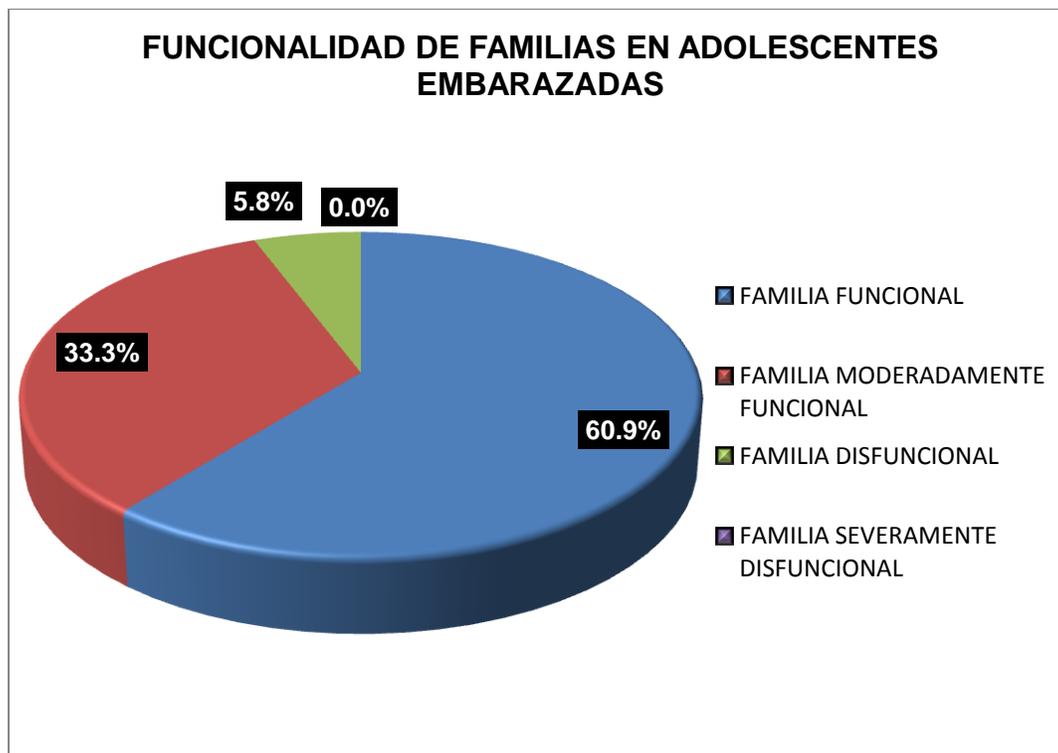


Fuente: Cuadro 4

En esta gráfica se muestran las diferentes ocupaciones que arrojó el estudio, siendo la más frecuente el de ama de casa con un 58%, llamando la atención que el 20.3% son trabajadoras y el 14.5% estudiantes, y solo un 7.2% no estudia ni trabaja. Lo que nos muestra que más de una tercera parte trata de salir adelante ya sea trabajando o estudiando, y la mayoría se resigna perder sus estudios y a ser amas de casa.

Cuadro 5				
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
FAMILIA FUNCIONAL	42	60.9	60.9	60.9
FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	23	33.3	33.3	94.2
FAMILIA DISFUNCIONAL	4	5.8	5.8	100.0
FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	0	0.0	0.0	100.0
Total	69	100.0	100.0	

Fuente: TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

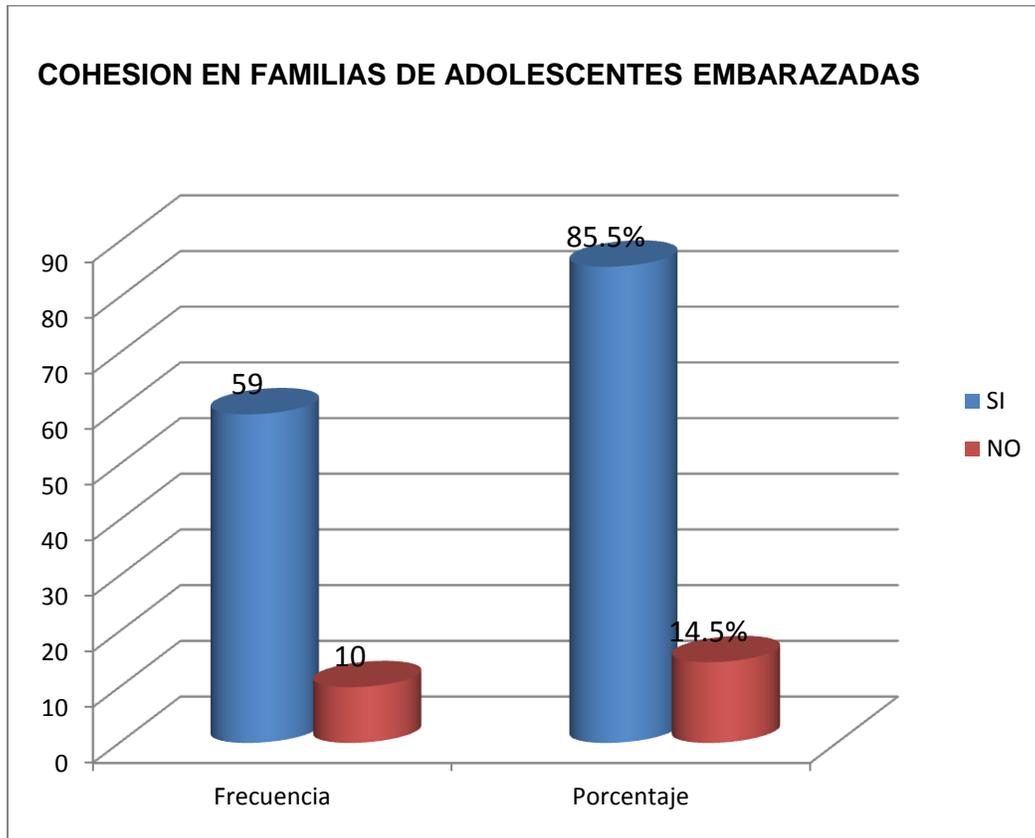


Fuente: Cuadro 5

La gráfica nos muestra los resultados encontrados en el funcionamiento familiar de la muestra estudiada. De acuerdo con la escala que maneja el FF-SIL, 60.9% como se puede observar se reportan como familias funcionales, el 33.3% como moderadamente funcionales y 5.8% como disfuncionales, no encontrando en la muestra estudiada familias severamente disfuncionales.

Cuadro 6				
COHESIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	59	85.5	85.5	85.5
NO	10	14.5	14.5	100.0
Total	69	100.0	100.0	

Fuente: TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

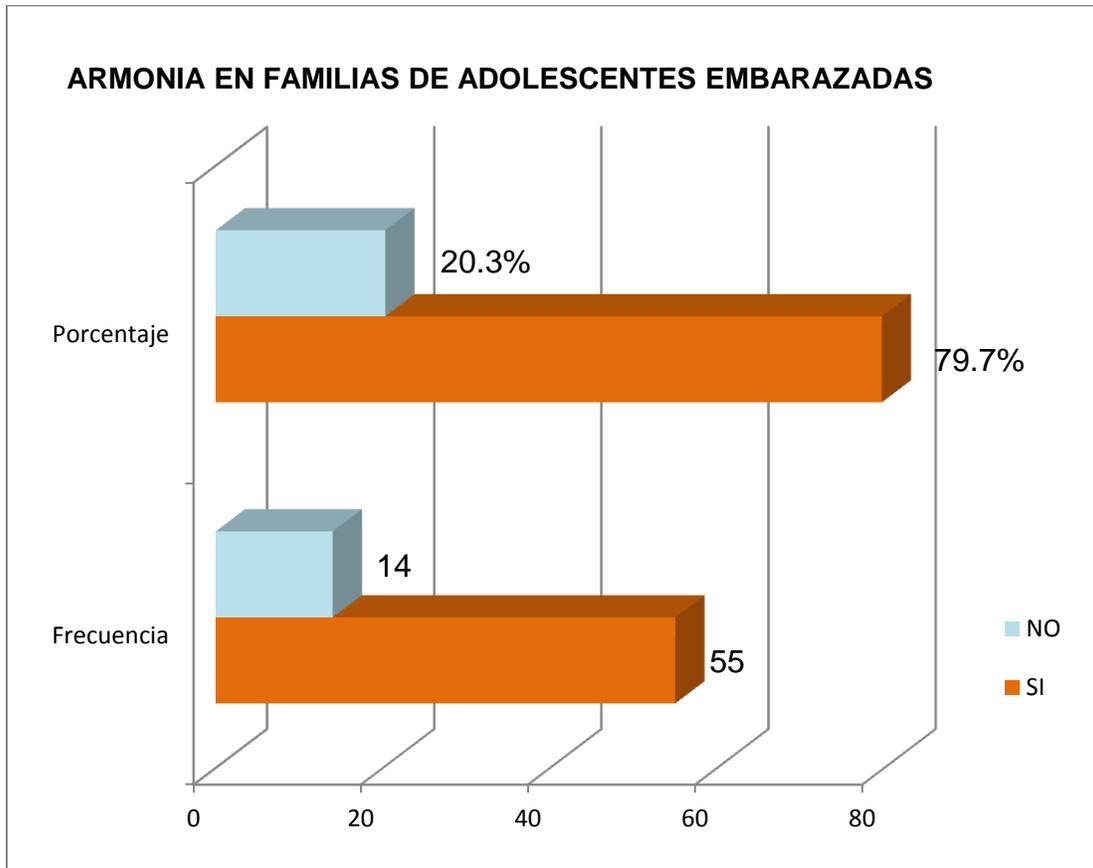


Fuente: Cuadro 6

La gráfica nos muestra que en la mayoría de las familias la variable de cohesión se encuentra activa en un 85.5%, que hay unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. y solo un 14.5% refleja que no la tienen.

Cuadro 7				
ARMONIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	55	79.7	79.7	79.7
NO	14	20.3	20.3	100.0
Total	69	100.0	100.0	

Fuente: TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

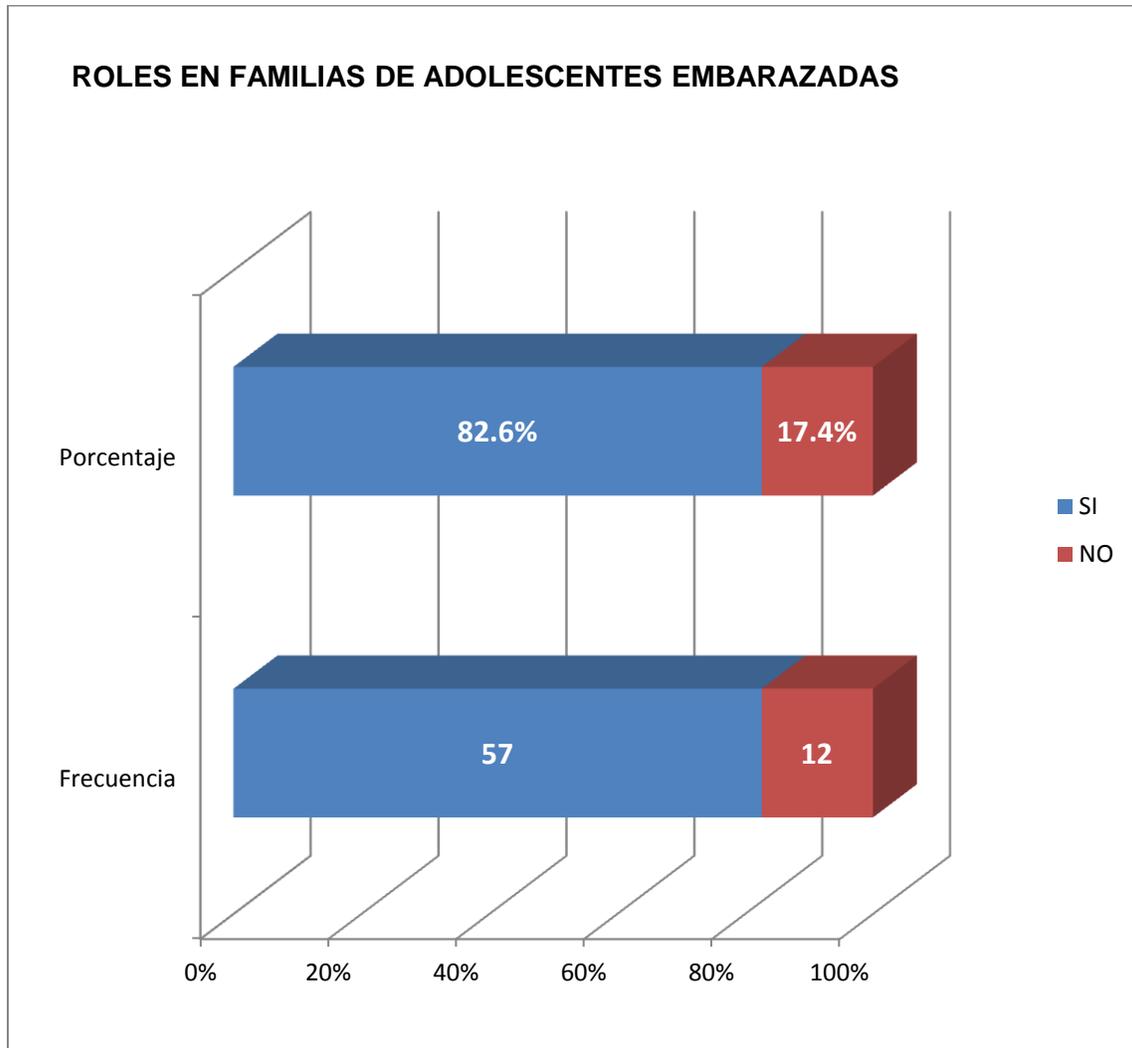


Fuente: Cuadro 7

En esta gráfica la variable de armonía se aprecia presente en un 79.7% mostrando en estas familias correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo y disminuida o perdida en un 20.3% de estas, donde hay poca o nula correspondencia.

Cuadro 8				
ROLES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	57	82.6	82.6	82.6
NO	12	17.4	17.4	100.0
Total	69	100.0	100.0	

Fuente: TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

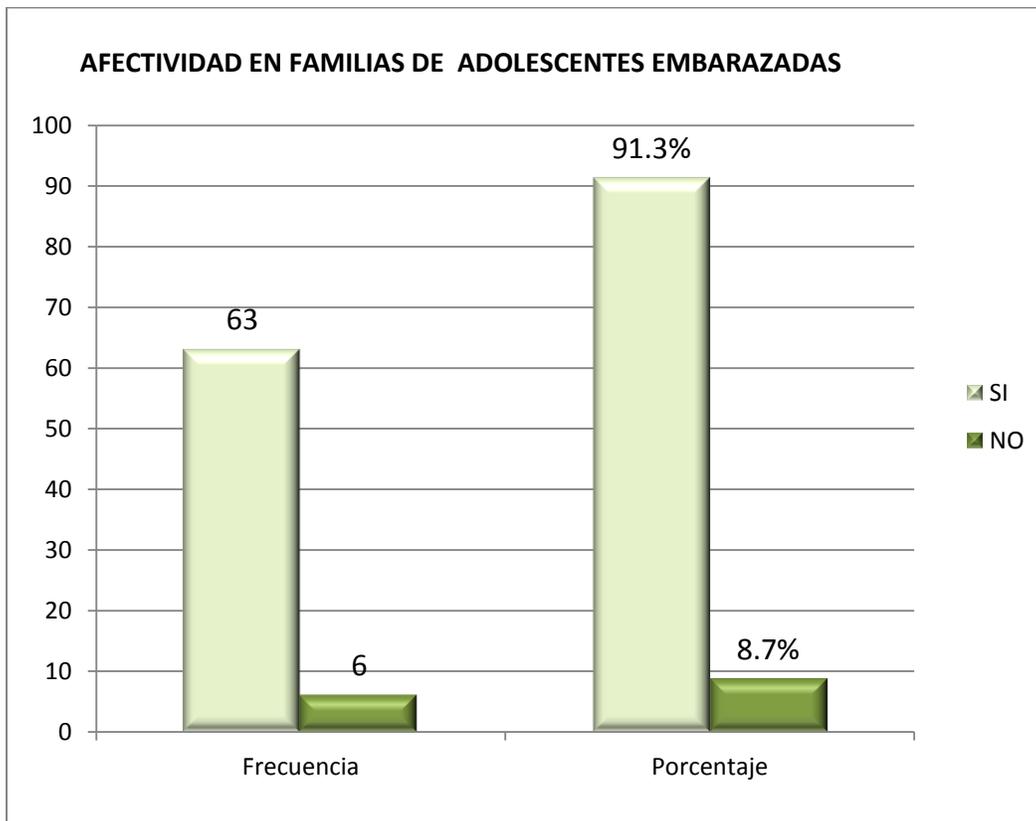


Fuente: Cuadro 8

Aquí podemos observar que cada miembro de la familia es capaz de cumplir las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar en un 82.6%, y en un 17.4% no.

Cuadro 9				
AFECTIVIDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	63	91.3	91.3	91.3
NO	6	8.7	8.7	100.0
Total	69	100.0	100.0	

Fuente: TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

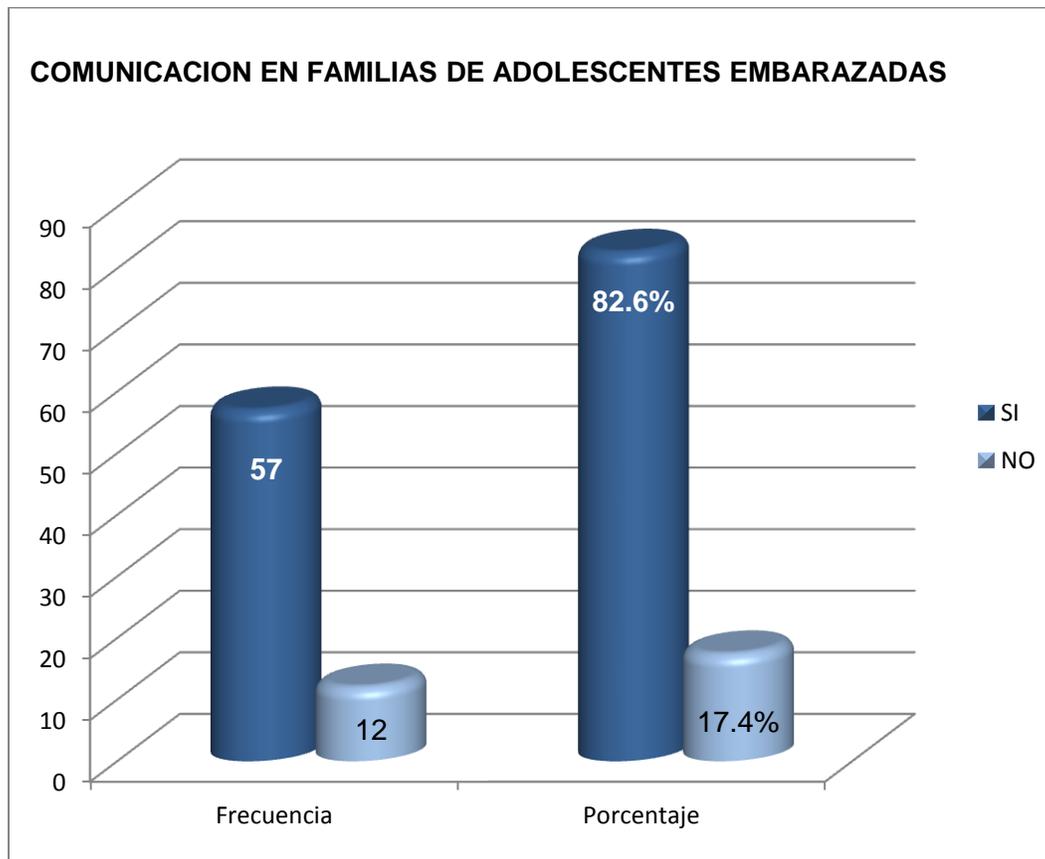


Fuente: Cuadro 9

La gráfica nos muestra que en el 91.3% de las familias de las adolescentes embarazadas son capaces de demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros, y solo en un 8.7% se les dificulta o no son capaces de hacerlo.

Cuadro 10				
COMUNICACIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	57	82.6	82.6	82.6
NO	12	17.4	17.4	100.0
Total	69	100.0	100.0	

Fuente: TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

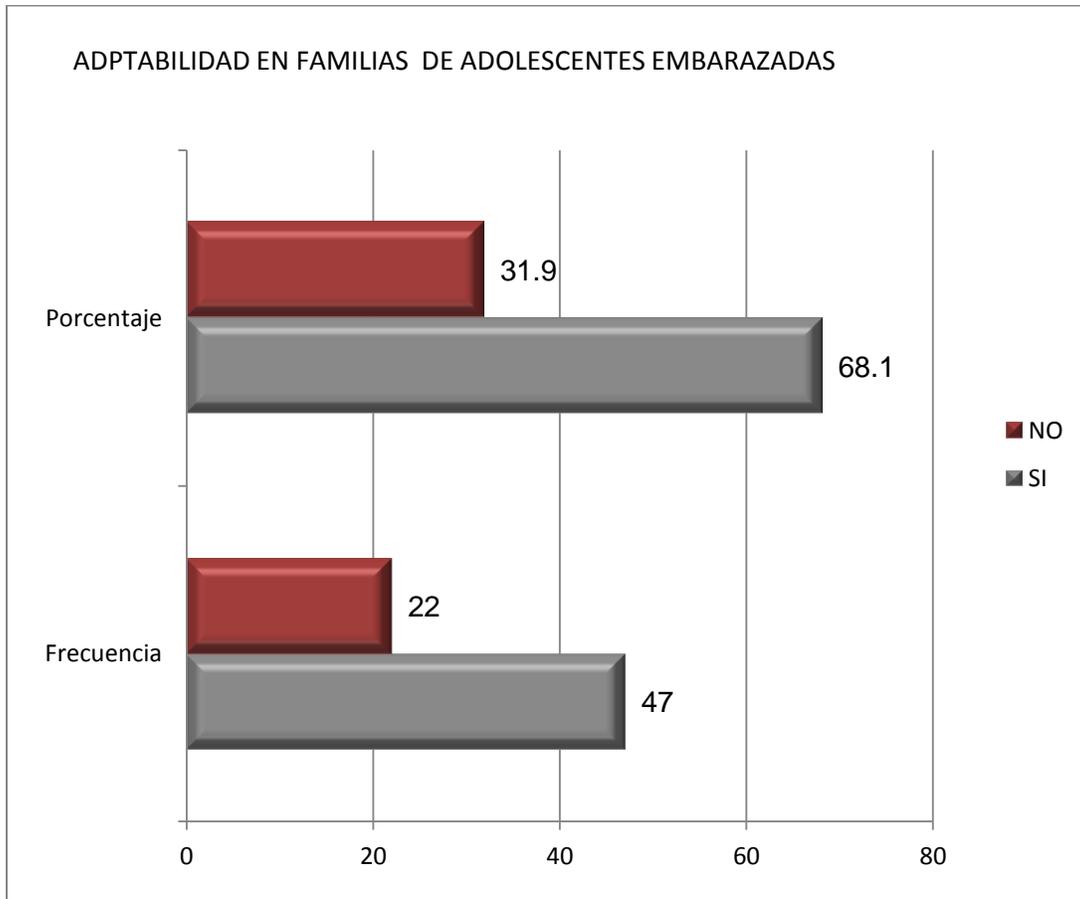


Fuente: Cuadro 10

Observamos en esta grafica que los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa en un 82.6% de las familias de adolescentes embarazadas y que en un 17.4% la comunicación no se lleva a cabo de manera adecuada.

Cuadro 11				
ADAPTABILIDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	47	68.1	68.1	68.1
NO	22	31.9	31.9	100.0
Total	69	100.0	100.0	

Fuente: TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

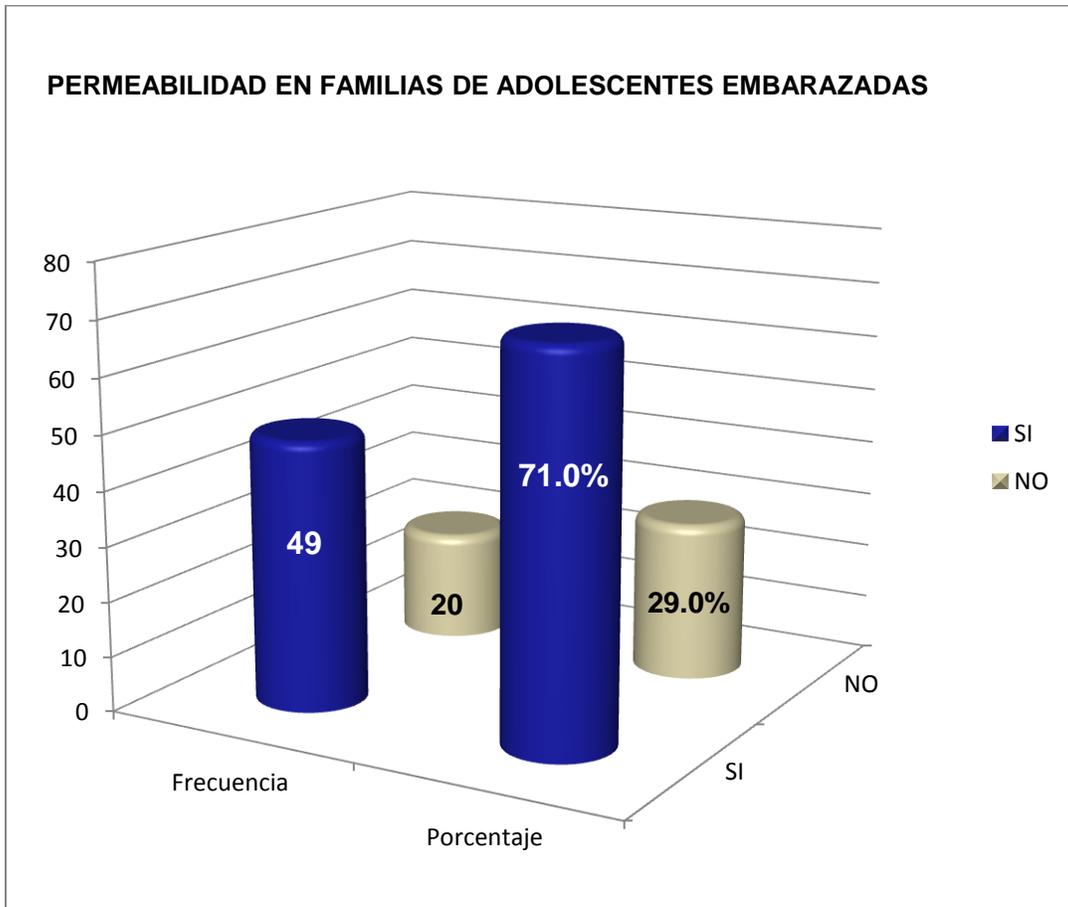


Fuente: Cuadro 11

La gráfica describe que solo el 68.1% de las familias con adolescente embarazada tiene la habilidad para cambiar la estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación. Y que un gran porcentaje (31.9%) no tiene esa habilidad.

Cuadro 12				
PERMEABILIDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	49	71.0	71.0	71.0
NO	20	29.0	29.0	100.0
Total	69	100.0	100.0	

Fuente: TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

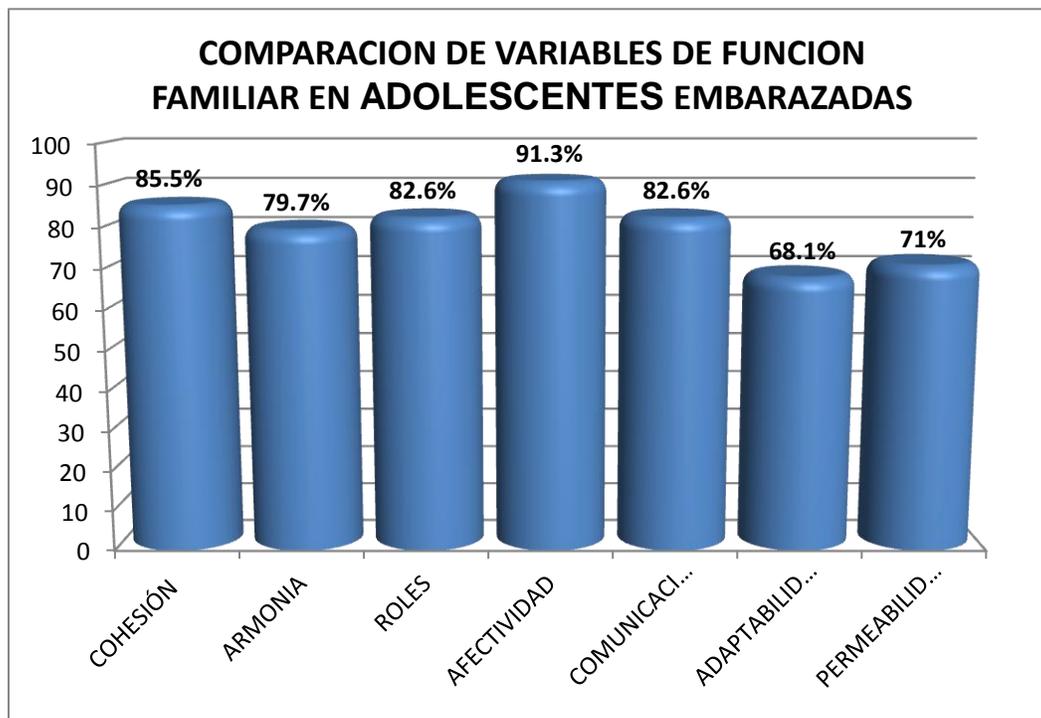


Fuente: Cuadro 12

La gráfica nos dice que un 71% de las familias con una adolescente embarazada es capaz de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones, y llama la atención que 29% no son capaces de hacerlo.

Cuadro 13	
VARIABLES DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	PORCENTAJE
COHESIÓN	85.5
ARMONIA	79.7
ROLES	82.6
AFECTIVIDAD	91.3
COMUNICACIÓN	82.6
ADAPTABILIDAD	68.1
PERMEABILIDAD	71

Fuente: TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)



Fuente: Cuadro 13

En la gráfica podemos observar el comportamiento de las variables que definen el funcionamiento familiar, en donde llama la atención que los puntajes más altos son la de afectividad, roles, comunicación y cohesión lo que quiere decir que estas familias son capaces de mostrar sentimientos y emociones positivas, interés entre sí mismos, lo que los lleva a ser unidos sin embargo las que se vieron menos favorecidas fueron la adaptabilidad y la permeabilidad lo que nos dice que estas familias les cuesta adaptarse a las situaciones como el embarazo en una adolescente, además de que no tienen la facilidad de brindar y recibir experiencias.

#### 4. DISCUSION

En el presente trabajo se tuvo como objetivo determinar si la presencia de disfunción familiar es una causa de embarazo adolescente, así como señalar que variables de la funcionalidad familiar se veían más afectadas en las familias de las adolescentes embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar 248, en San Mateo Atenco Estado de México, tomando como herramienta el cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL)

La funcionalidad familiar en este estudio reportó que el 60.9% corresponde a adolescentes embarazadas con familia funcional, el 33.3% fueron familias con moderada funcionalidad y el 5.8% fueron familias disfuncionales y 0% disfuncionales severas, lo que contrasta con lo reportado en el estudio realizado en el IMSS, UMF 53, León Guanajuato (40), para identificar la funcionalidad familiar en la adolescente embarazada mediante la aplicación del apgar familiar en la que se encontró disfunción familiar en el 33% de el cual el 27% fue disfunción familiar moderada y el 6% disfunción severa de las familias estudiadas, ligeramente mayor a lo reportado en este estudio.

Del grupo de edad de entre 18 y 19 años fueron 63%, lo que coincide con el estudio realizado por José Luis Rangel y L. Valerio (40) en el que predominaron las edades de 18 y 19 años con el 55% de embarazadas adolescentes lo que se explica por ser una edad de mayor independencia.

Las adolescentes embarazadas del presente estudio reportaron nivel educativo medio superior predominantemente (43.3%) lo que contrasta con el estudio realizado en León Guanajuato (40) que reportó una escolaridad predominante de secundaria al igual que en el estudio (embarazo adolescente, una mirada al funcionamiento familiar en un contexto urbano-marginal, 2014 (41) en el que predominó nivel secundaria.

El porcentaje de adolescentes embarazadas con estado civil casadas en este estudio fue de 46.4%, superando a las de unión libre y solteras, lo que coincide con el estudio realizado en la UMF 53 de León Guanajuato (40) donde la mayoría de las adolescentes embarazadas son casadas.

La ocupación que predominó en las embarazadas adolescentes de nuestro estudio fue ama de casa, lo que contrasta en el estudio realizado en Guanajuato (40) en el que predominó embarazadas adolescentes trabajadoras; de igual manera en el estudio realizado en Paraguay en 2014 (41) donde las adolescentes embarazadas predominantes fueron estudiantes.

Observando las variables de la funcionalidad familiar encontramos en nuestro estudio que la variable mas fracturada es la de adaptabilidad lo cual coincide con los estudios realizados en Paraguay (41) y en León Guanajuato (40); en contraste la permeabilidad y la armonía que también se encontraron afectadas en este estudio; no se reportaron con afectación en los estudios ya mencionados.

## **5. CONCLUSIONES**

En el estudio realizado se encontró que en la mayoría de las familias de las adolescentes embarazadas no sufren de disfunción familiar, por lo que concluye que no es un factor causal de embarazo en adolescentes en la UMF de San Mateo Atenco no. 248 de IMSS.

Las variables más afectadas que se identificaron en el estudio realizado fueron las de adaptabilidad, permeabilidad y armonía.

La edad de embarazadas adolescentes que más se presento en este estudio estuvo entre los 18 y 19 años.

La escolaridad de las adolescentes embarazadas se reporto en media superior.

El estado civil que con más frecuencia se presento en las adolescentes embarazadas de la UMF 248 fue casada.

Las variables de la funcionalidad familiar que no se vieron afectadas en las familias de las adolescentes embarazadas fueron la cohesión, los roles, la afectividad, la comunicación y la permeabilidad.

## **6. SUGERENCIAS**

Debido a la existencia de disfunción familiar entre las adolescentes embarazadas de nivel medio superior habrá que sensibilizar y educar a la población, sobre todo a los padres, para promover los factores protectores como es el afecto, el apoyo emocional, comunicación padre e hijo, por medio de la integración a grupos, otorgando mayor importancia a los adolescentes y padres de familia, ya sea en las escuelas o en las instituciones de salud.

En las escuelas de nivel medio superior se debería contar con apoyo psicológico que se interese por los problemas que aquejan a la población estudiantil, de la misma manera deberían realizarse acciones de apoyo o programas de comunicación, relaciones humanas y valoración personal que favorezcan la salud familiar e individual.

Se debería integrar a las adolescentes en actividades recreativas como deportes, danza, música etc. para mantener una adecuada salud física y mental y al mismo tiempo prevenir y/o modificar los factores de riesgo para un embarazo no deseado.

En las unidades de medicina familiar se debería adquirir el compromiso de realizar un manejo más estrecho con las familias disfuncionales con integrantes adolescentes.

Es necesario seguir realizando investigación sobre funcionalidad familiar y embarazadas adolescentes para así conocer más a fondo la situación y necesidades de la población desde el ambiente familiar y poder prevenir el embarazo temprano.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. OMS/OPS Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas. 1998-2000.
2. Ahued J, Lira J, Assad L. La adolescente embarazada. Un problema de Salud Pública. Cir Ciruj 2001; 69:300-3.
3. Poo A., Baeza B., Capel P., et al. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Rev SOGIA 2005; 12:17-24.
4. Saez G. La salud del adolescente y la acción en la comunidad. 2da Edición, UNICEF, 1992. Venezuela. 1: 7-10.
5. Membrillo Luna Apolinar, FAMILIA "Introducción al estudio de sus elementos" 1ª edición 2008.
6. Díaz A, Sanhueza P., Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev chil obstet ginecol 2002; 67:481-487.
7. Rangel J., Valcrio L., Patiño J., et al. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 2004; 47:24-27.
8. Revista Horizonte Médico | Volumen 7, N°2, Diciembre 2007
9. Anzures CR. Chávez AV. García PC. Pons AO. Medicina Familiar. M1éxico Corporativo Intermedica SA de CV 2008
10. Huerta-Martínez N, Valadés-Rivas B, Sánchez-Escobar L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México. Arch.Med.Fam 2001;3(4):95-98.
11. Guridi GM, Franco PV, et. al "Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar" Pscologia de la salud. Marzo 6, 2012
12. Valdés, A .y Ochoa, J. (2010).familia y crisis. Estrategias de afrontamiento. México: Pearson educación.

13. Rodríguez, C.(2007).Las familias: sus ciclos y los retos que enfrentan la familia presente. Recuperado el 29 de noviembre del 2011.
14. Villatoro, J. González, C. Alcantar, I. Medina, E. Fleitz, C. Bermudez, P. & Amador, N. (2002).
15. Tellez J. ( Forero J. (2006). Neurobiología, Factores de Riesgo y Prevención. Bogotá. Colombia: Nuevo Milenio
16. Prof. Dr. Juan R. Issler . EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA; Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107 - Agosto/2001 Página: 11-23
17. Távara-Orozco L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. Ginecol. Obstet. 2004; 50 (2) : 111 – 122
18. American Psychological Association “Embarazo y maternidad en la adolescencia”. 2015.
19. Saez G, Arias A. Una ventana hacia la atención integral de la salud adolescente. 1era. Edición, UNICEF 1994. Venezuela. pag. 11-38
20. Palomino Villanueva J. Un nuevo horizonte para el desarrollo de la educación sexual en el ámbito escolar. Revista de Estudios de Juventud, 2003.
21. Ochaita-Alderete E., Espinosa-Bayal M. Las prácticas sexuales de los adolescentes y jóvenes españoles. Revista de Estudios de Juventud, 2003; (63): 49-62.
22. García I, «et al». Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Rev. Cubana Pediatría. 2002. 74,4
23. Dirección de Salud IV Lima Este, Ministerio de Salud del Perú, 2005: Análisis Situacional de la Salud, Distrito de El Agustino, Lima-Perú.
24. Borgoño Rafael, León Paula, Minassian Matías. “Embarazo en adolescente”. “Revista pediátrica”, 2008, pág. 42.Chile.

25. Luengo CX." Definición y características de la adolescencia". "Embarazo en Adolescentes Diagnóstico", 1991. Santiago de Chile: ERNAM UNICEF, 1992.
26. Baker, Arthur, Haeri Sina." Estimating the impact of pelvic immaturity & young maternal age on fetal malposition". "Baylor College of Medicine, Obstetrics and Gynecology".2011.USA.
27. Sáenz Viviana. "Resultados Perinatales Relacionados con Trastornos Hipertensivos del Embarazo". "Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia". 2012, vol. 38 n 1, pág. 40-42 .Cuba.
28. Orozco Hechavarría N, Vaillant Orozco S, Cumbá Tamayo O. Algunos factores de riesgo del embarazo en la adolescencia [artículo en línea]. MEDISAN 2005; 9 (2)
29. Atencio la Rosa, Torres Osorio J."Indicadores de Riesgo de Morbilidad y Mortalidad asociados en adolescentes embarazadas en el instituto Materno Perinatal". "Sogía".2007. vol. 14 n 2, pág. 42. Perú.
30. Romero Pacheco José. "Disfunción Endotelial en la preeclampsia". "Anales de la Facultad de Medicina".2003, vol 64 n 52. Perú.
31. Mendoza Luzmila del Carmen. "Fluxometria Doppler de la Arteria Umbilical Fetal y Morbimortalidad Perinatal-Embarazos de Alto Riesgo". "Hospital Central Antonio MaríaPineda".Nov 2001.pag 12-18. Venezuela.
32. Sáenz Viviana. "Morbilidad de la madre adolescente". "Revista cubana Obstetricia Ginecología". 2005, vol. 31 n. Cuba.
33. Revista Archivo Médico de Camagüey versión ISSN 1025-0255 AMC v.12 n .6 Camagüey nov.-dic. 2008
34. Laffita BA, Arizona JM, Cutié JM, Cutié SLR. Adolescencia e interrupción de embarazo. Rev Cubana de Obst Ginecol 2004; 3 (1): 25-32
35. Organización Panamericana de la Salud OMS. Jóvenes: opciones y cambios. Una guía para promover modos de vida saludables en adolescentes y jóvenes. 2006.
36. Núñez RM, Hernández B, García C, González D, Walker D. "Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto". Salud Pública Méx. 2003; 45(1):92-102.

37. Revista Cubana de Medicina General Integral versión ISSN 0864-2125 vol.27 no.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2011
38. Varas JC, Schmied PW. Estudio sobre adolescentes embarazadas en Toluca, México. 22 Dic, 2007. Ginecol Obstet Mex. 2008
39. Ortega VT , Ms. de la Cuesta FD y Lic. Días RC. "PROPUESTA DE UN INSTRUMENTO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN FAMILIAS DISFUNCIONALES" Rev Cubana Enfermería 1999;15(3):164-8
40. José Luis Rangel, L. Valerio, P. Patiño, M. Garcia. "Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada" rev. Fac. Medicina UNAM. Vol 47 No. 1 Enero-febrero 2004.
41. Blanca Estela Barcelata eGuiarte, Sarai Farias Anda et. al. "Embarazo adolescente: una mirada al funcionamiento familiar en un contexto urbano-marginal". Centro de documentación , investigación y difusión de psicología científica. Universidad Católica "ntra. Sra. De la asunción. Paraguay 11(2), 2014.

**ANEXOS**

**CRONOGRAMA**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL																								
DISFUNCION FAMILIAR COMO CAUSA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA UMF 248 IMSS SAN MATEO ATENCO.																								
NOMBRE INVESTIGADOR: DR. RODOLFO SAUCEDO GOMEZ																								
PROGRAMADO												ACTIVIDAD A DESARROLLAR	REALIZADO											
2015				2016				2017				TRIMESTRE	2015				2016				2017			
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	TRIMESTRE	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
■												Planteamiento del problema	■											
■	■											Revisión y análisis de bibliografía	■	■										
■												Selección Director de Tesis	■											
	■											Justificación		■										
	■											Formulación de objetivos		■										
	■											Material y métodos		■										
	■											Resumen del proyecto		■										
		■										Presentación del protocolo al CLIS			■									
		■	■									Elaboración de correcciones sugeridas por CLIS				■								
		■	■									Presentación de correcciones al CLIS				■								
			■	■	■							Recolección de datos				■	■	■	■					
					■							Codificación de los datos							■					
						■						Análisis estadístico de los datos							■	■				
						■						Elaboración de cuadros y graficas de los datos							■	■				
						■						Redacción de resultados							■	■				
						■						Redacción de Discusión conclusiones							■	■				
						■						Informe Final al CLI							■	■				
						■						Difusión de los resultados							■	■				
							■					Redacción del escrito científico							■	■				
									■			Publicación de los resultados							■	■				

**“DISFUNCION FAMILIAR COMO CAUSA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES  
EN LA UMF 248 IMSS SAN MATEO ATENCO”.**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADOLESCENTES)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **DISFUNCION FAMILIAR COMO CAUSA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES  
EN LA UMF 248 IMSS SAN MATEO ATENCO FEBRERO DE 2016**

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Procedimientos:

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

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

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): **NO APLICA. ES OBSERVACIONAL**

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable:

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: UMF 248. Municipio de San Mateo Atenco, Estado de México. Teléfono (728) 28 795 50 correo electrónico: rodsau3@hotmail.com

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION ESTADO DE MEXICO PONIENTE  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACION DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL) APLICADO EN FAMILIAS  
DE NIÑOS CON OBESIDAD**

**No. Folio:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

Favor de contestar las preguntas de acuerdo a sus datos:

**EDAD:** \_\_\_\_\_ en años cumplidos.

**SEXO:** \_\_\_\_\_

**TURNO DE ADSCRIPCION:** \_\_\_\_\_

**ESCOLARIDAD:** \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL) APLICADO EN FAMILIAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTUE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5).

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

