



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA.**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD ACADÉMICA**

**UNIDAD MEDICA FAMILIAR No 47**

**LEON, GUANAJUATO**

**DISFUNCION FAMILIAR**

**COMO FACTOR DE RIESGO DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:**

**MEDICINA FAMILIAR.**

**PRESENTA:**

**DRA PATRICIA JANTES FONSECA.**



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 FACTOR DE RIESGO DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

**DRA PATRICIA JANTES FONSECA**

A U T O R I Z A C I O N E S :

**DR. LUIS MIGUEL VALERIO FLORES**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN EL IMSS  
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No 47  
LEON, GUANAJUATO

**DR. MIGUEL ANGEL LUNA RUIZ**

ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS  
CORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA

**DR. MIGUEL ANGEL LUNA RUIZ**

ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN EL IMSS  
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No 47  
LEON, GUANAJUATO

**DR. MIGUEL ANGEL LUNA RUIZ**

CORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DISFUNCION FAMILIAR  
COMO FACTOR DE RIESGO DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

**DRA PATRICIA JANTES FONSECA**

A U T O R I Z A C I O N E S :

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DISFUNCION FAMILIAR  
COMO FACTOR DE RIESGO DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
ELEMENTOS QUE DEBE CONTENER EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE  
ALUMNOS DEL “CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS”

	Págs.
1.- Título	4
2.- Índice general	5
3.- Marco teórico	6-12
4.- Planteamiento del problema	13
5.- Justificación	14
6.- Objetivos	15
• General	
• Específicos	
7.- Hipótesis	16
8.- Metodología	18-21
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
- Información a recolectar (Variables a recolectar)	
- Método o procedimiento para captar la información	
- Consideraciones éticas	
9.- Resultados	22-25
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
- Tablas (cuadros) y gráficas	
10.- Discusión	26-27
11.- Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador)	27
12.- Referencias bibliográficas	28-30
13.- Anexos	31-34

## MARCO TEORICO

La OMS define la adolescencia como el “periodo 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 socioeconómica” y fija sus límites entre los 10 y 19 años; embarazo en la adolescencia “como aquella gestación que ocurre en los dos primeros años de edad ginecológica; (edad ginecológica 0 = edad de la menarquia) o bien mientras la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental (1-3).

El Sistema Informático Perinatal (SIP) reporta que más del 20% de las embarazadas son adolescentes (2,4). La UNICEF ha reportado que en México en los últimos 20 años si bien la tasa de nacimientos ha descendido un 50%; el embarazo entre adolescentes se duplicó, aportando entre el 15 y 25% de los nacimientos anuales, lo que equivale a 450 mil embarazos (5).

Entre las propuestas para explicar el fenómeno se involucran factores socioculturales y la funcionalidad familiar. Cueva Arana y cols, reportan entre esos factores, el deseo de casarse y dejar la casa familiar de origen, el inicio de vida sexual promedio a los 15 años, ser hija de madre que se embarazó en la adolescencia, que los padres vivan en unión libre o sean divorciados, fracaso escolar antes del embarazo, ingresos económicos menores al salario mínimo. (6,7).

También se refiere situación disfuncional compleja caracterizada por el hecho de vivir en casa de la familia de su pareja, recibir solo apoyo de este y confiar principalmente en su madre y hermana (6,7).

Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad, educación sobre el comportamiento sexual responsable, ni información clara y específica sobre las consecuencias del inicio precoz de actividad sexual, embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psicosociales, la mayor parte de la “educación sexual” que los adolescentes reciben es a través de filtros desinformados o del grupo de amigos (1).

Actualmente el embarazo en la adolescencia se considera, desde el punto de vista social médico como una situación de riesgo (2,4). Muchos de estos embarazos presentan

problemas debido a que la madre adolescente tiene limitación de oportunidades educativas, rechazo del entorno familiar e inmadurez biopsicosocial. El 67 a 85 % de las adolescentes embarazadas, nacieron de madres adolescentes, lo que sugiere un patrón de repetición. La conjunción de diversos factores incide de manera adversa en la salud del binomio como en el potencial logro de expectativas y realización humana de este (2, 5,6). Los estudios de los factores de riesgo de embarazo en la adolescencia orientan a una clara relación entre la disfunción familiar y un mayor riesgo de embarazo.

La disfunción puede ser identificada mediante instrumentos que evalúan la alteración de la dinámica familiar en sus diferentes aspectos, entre ellos el FACES III y APGAR familiar se han utilizado en diferentes estudios. (8-13).

El FACES III fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias, integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar, el cual evalúa **Cohesión**: que es grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia, **Adaptabilidad**: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo y la **Comunicación**. Aunque la cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos. El FACES III es un instrumento de autoaplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). La versión en español de Irigoyen Coria y Gómez Clavelina, es de fácil aplicación e interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre) con valores de 1 a 5 (encuesta FACES III). El cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de familias con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (de 1 a 5), considerando cada aseveración con relación a su familia. Se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona

en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería reaccionar. El encuestador se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona entrevistada lo haga por sí misma. No obstante, podrá aclarar las dudas que surjan con relación al significado de palabras o aseveraciones evitando sugerir respuestas. La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. La adaptabilidad con los ítems pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se buscan las calificaciones en cada una de las amplitudes de clase, con lo cual puede obtenerse la clasificación de la familia con relación al esquema de modelo circunflejo. Las escalas que emplea este modelo son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos, según la siguiente tabla. Este modelo propone que las dimensiones de adaptabilidad y cohesión presentan cuatro posibles grado o niveles, de los cuales los intermedios son normales o “balanceados”, mientras que los más altos y más bajos son “extremos”.

#### Tipos de sistemas familiares según el modelo de Olson

<b>Balanceada</b>	<b>Medio</b>	<b>Extremo</b>
Flexiblemente separada	Flexiblemente desligada	Caóticamente desligada
Flexiblemente conectadas	Flexiblemente amalgamada	Caóticamente amalgamada
Estructuralmente separada	Caóticamente separada	Rígidamente desligada
Estructuralmente conectada	Caóticamente conectada	Rígidamente amalgamada
	Estructuralmente desligada	
	Estructuralmente amalgamada	
	Rígidamente separada	
	Rígidamente conectada	

Las familias rígidas se caracterizan por lo siguiente: el liderazgo es autoritario, fuerte control parental; disciplina estricta, rígida y su aplicación severa; autocrática. Los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existe la posibilidad de cambio.

En las familias estructuradas se dan las siguientes características: en principio, el liderazgo es autoritario, algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo

predecible sus consecuencias. Es un tanto democrática. Los padres toman las decisiones, los roles son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente y pocas son las reglas que se cambian.

En cuanto a las familias flexibles, en éstas el liderazgo es igualitario, permite cambios, la disciplina es algo severa, aunque sus consecuencias pueden negociarse, usualmente son democráticas, las decisiones se toman por acuerdo, se comparten los roles, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad e incluso algunas reglas cambian.

Por último, las familias caóticas presentan las siguientes características: el liderazgo es limitado y/o ineficaz, la disciplina es muy poco severa, existe habiendo inconsistencia en sus consecuencias las decisiones parentales son impulsivas, falta claridad en los roles y con frecuencia éstos se alternan e invierten, hay frecuentes cambios en las reglas y éstas no se hacen cumplir de manera consistente.

Por otro lado, según el grado de cohesión, las familias pueden ser: desligadas, separadas, conectadas y amalgamadas.

Las familias desligadas son familias con extrema separación emocional. Sus rasgos son los siguientes: falta de lealtad familiar, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros y la correspondencia afectiva es infrecuente entre ellos. Mayor lejanía parento-filial, predomina la separación personal, rara vez se pasa el tiempo juntos, mayor necesidad y preferencia por espacios separados, se toma las decisiones independientemente. El interés se localiza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, la recreación se lleva a cabo individualmente.

En las familias separadas se da lo siguiente: hay separación emocional la lealtad familiar es ocasional el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra correspondencia afectiva. Los límites parento-filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal. El tiempo individual es importante pero se pasa parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas. El interés se focaliza fuera de la familia los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses de los miembros familiares son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que compartidamente.

En las familias conectadas hay más cercanía emocional, lo esperado es la lealtad familiar se enfatiza el involucramiento pero aún se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas. Los límites entre los subsistemas son claros con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que se pasa juntos es importante, el espacio privado es respetado. Se prefieren las decisiones conjuntas. El interés se focaliza ahora dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes y la recreación compartida antes que la individual.

Finalmente, en las familias amalgamadas, la cercanía emocional es extrema, se demanda lealtad hacia la familia, los miembros de la familia dependen mucho unos de otros (dependencia afectiva). Faltan límites generacionales, y se dan coaliciones parento-filiales, no hay separación personal la mayor parte del tiempo se pasa juntos, los intereses conjuntos se dan por mandato y se permite poco tiempo y espacio privado. Las decisiones están sujetas al deseo de grupo. El interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia a los amigos personales.

Una familia funcional sujeta a eventos críticos, tanto normativos como accidentales, es capaz de desplazarse dentro del modelo sin modificar sus niveles de cohesión y adaptabilidad. Este modelo representa una de las más ampliamente usadas y debatidas técnicas de evaluación del funcionamiento de la familia en el campo de la terapia familiar (13,14).

El embarazo en adolescentes está presente en el estado de Guanajuato, que es una región en donde persisten patrones de nupcialidad y maternidad tempranas. En la generación 1963-1972 tres de cada 10 mujeres son madres antes de los 20 años de edad y una de cada siete inicia la maternidad antes de cumplir la mayoría de edad (15). El embarazo en la adolescencia desde el punto de vista médico es un problema de salud pública en todo el orbe. La mortalidad materna es 50 veces más alta en adolescentes de América Latina que en estadounidenses y canadienses. La OMS estima, tomando como parámetro el grupo de mujeres de 20 a 24 años, que el riesgo de morir por causas maternas se duplica en el grupo de mujeres de 15 a 19 años y se quintuplica en el de 10 a 14. Este riesgo se relaciona con inmadurez biológica, elevada frecuencia de anemia, falta de información sobre cuidados en

el embarazo y al limitado acceso a servicios de atención prenatal y parto de buena calidad (3,16). La adolescente tiene también mayor riesgo de presentar complicaciones en el embarazo como preeclampsia y eclampsia y parto pretérmino (7,17).

La morbimortalidad perinatal está notablemente elevada y se relaciona con bajo peso al nacer, terminación del embarazo por cesárea y APGAR (método práctico para valorar de manera sistemática a los recién nacidos inmediatamente después del parto, permite identificar a los que necesitan reanimación) menor de 7 al minuto, donde la mayor frecuencia de estas complicaciones, se encontró en el grupo etáreo comprendido de 10 a 14 años (18). La prevalencia de daño al feto y al recién nacido alcanza una prevalencia de 19%, los problemas más comunes que se presentan son: hipoxia perinatal, prematurez y desnutrición in útero. (7,19). En general la mortalidad perinatal ocurre predominantemente (98%) en países en desarrollo, con una tasa cercana a 57 por mil nacidos vivos, en comparación con 11 por mil nacidos para los países industrializados (20). En contraste, en los países industrializados, el embarazo en adolescentes parece ser bien tolerado físicamente, y aunque existen riesgos de mayor número de casos de prematuros y bajo peso al nacer, su proporción es menor, de tal manera que la atención se ha desviado al impacto psicosocial y económico. (21)

Las complicaciones psicológicas en las adolescentes embarazadas se refieren a su inmadurez para asumir el embarazo, pues psíquicamente no están preparadas, ya que se observó que no deseaban tener el hijo, que no tienen conocimientos de esta función, falta de confianza en su familia y poca información sobre lo que realmente significa un embarazo en esta edad de la vida, en la cual el organismo no está preparado para asumirlo.

Respecto de las complicaciones sociales, la variable estado civil, evidencia un situación alarmante, ya que el 28% son madres solteras y 50% mantiene relaciones con la pareja sin ningún tipo de compromiso, incluso relaciones con otros adolescentes que no son los padres de su hijos, muchos de los cuales no asumen compromiso con el bebé; lo cual evidencia la promiscuidad desde temprana edad, hay deserción escolar, la joven abandona los estudios y pasa a formar parte de población sin amparo y sin empleo; el aumento progresivo de las uniones a esta edad temprana incrementa no sólo las gestaciones precoces, sino también la inestabilidad y el cambio frecuente de pareja.

La mortalidad materna con lleva a su vez a la desintegración de la familia, a la orfandad de los niños pequeños, a la elevada mortalidad infantil, a la deserción escolar y al ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo. Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen más posibilidades de tener más hijos y estos hijos también menos probabilidades para recibir el apoyo de sus padres biológicos para complementar su educación, el trabajo en algún tipo de vocación y establecer su independencia y seguridad financiera adecuada para proveerse por sí mismos. Las madres adolescentes casadas son más susceptibles a experimentar divorcios (80%), que las mujeres casadas que aplazan su embarazo hasta los 20 años por lo menos (7,22).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El embarazo en adolescentes se observa con una mayor prevalencia en la actualidad en nuestras poblaciones, siendo esta situación de acuerdo con estadísticas un factor que eleva la morbilidad materna y neonatal.

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar a la disfunción familiar como factor de riesgo para el desarrollo de conductas de riesgo para el embarazo en la adolescencia.

Por lo que surge este cuestionamiento:

¿Es la disfunción familiar un factor de riesgo asociado al embarazo en la adolescencia?

## JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescencia es un factor de riesgo que se ha convertido en un problema de salud pública que cada día va en aumento; actualmente su prevalencia va del 20 al 25%. En la mayoría de estos casos se encuentra historia de disfunción familiar y se sospecha que ello puede ser un factor de riesgo importante asociado a la presentación de este problema medico-social.

Identificar si existe disfunción familiar en las familias de las adolescentes como factor de riesgo para embarazo en esta etapa, permitirá considerar y ponderar el factor y canalizar a la paciente, hacia instancias y programas que le brinden soporte necesario, con la intención de prevenir el embarazo en la adolescencia y de esta forma facilitar el proceso de madurez humano, necesario para el equilibrio físico, psíquico y social de la mujer. Las variables de cohesión: que es grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia y la adaptabilidad: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo, son funciones ampliamente usadas y debatidas técnicas de evaluación del funcionamiento familiar (8), por lo que al evaluar dichas variables permitirá conocer si la disfunción familiar es un factor de riesgo asociado al embarazo en la adolescencia.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

**1.- Determinar si la disfunción familiar es un factor de riesgo para el embarazo en las adolescentes.**

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1.- Evaluar el funcionamiento de las familias de las adolescentes embarazadas con la aplicación del instrumento FACES III a las adolescentes.

2.- Evaluar, mediante el mismo instrumento, el funcionamiento de las familias de las adolescentes no embarazadas.

3.- Ponderar la disfunción familiar como factor de riesgo para embarazo en la adolescencia.

## **HIPOTESIS**

### **HIPÓTESIS NULA**

La disfunción familiar no es un factor de riesgo para que ocurra embarazo en la adolescencia

### **HIPÓTESIS ALTERNA**

La disfunción familiar es un factor de riesgo para que ocurra embarazo en la adolescencia



## **METODOLOGIA:**

**TIPO DE ESTUDIO:** Prospectivo, transversal.

**POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:** El estudio se realizó en las mujeres adolescentes embarazadas, y no embarazadas en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #21 (HGZMF 21), que acudieron al hospital por cualquier motivo, aunque la mayoría fue de la que acudió a la consulta externa, que acudieron durante el mes de junio a diciembre del 2006 y julio a octubre del 2007, se les invitó a participar, se les explicó el objetivo del estudio y en que consistía su participación consistía en contestar un cuestionario (FACES III) cuya finalidad era evaluar la funcionalidad de la familia de origen, a las que aceptaron participar se les aplicó el cuestionario por el investigador.

## **TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

El tamaño de la muestra se calculó, en base a fórmula para diferencia entre dos proporciones se estimó en 48 casos para dos vías, con un nivel de confianza del 95%, y un poder del 90% y proporción de 64% de disfunción en el grupo de adolescentes embarazadas y 30% para el grupo de no embarazo en la adolescencia.

Las 48 adolescentes embarazadas y 50 adolescentes no embarazadas, se seleccionaron por simple disponibilidad.

## **CRITERIOS DE INCLUSION Y NO INCLUSIÓN:**

### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Grupo estudio: Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad
- Grupo control: Adolescentes no embarazadas de 10 a 19 años de edad

### **CRITERIOS DE NO INCLUSION:**

- Adolescentes embarazadas por violación
- Negativa a participar, en el estudio de investigación.
- Embarazadas adolescentes que hayan vivido en orfanatorios o instituciones de caridad.
- Incapacidad para contestar por si mismas la encuesta.
- Llenado incompleto o inadecuado del cuestionario FACES III
- Que no sepan leer o escribir.

### **VARIABLES DE ESTUDIO:**

VARIABLE INDEPENDIENTE: **Disfunción familiar.**

VARIABLE DEPENDIENTE: **El embarazo en las adolescentes.**

## Operacionalización, escalas de medición e indicadores de las variables

TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL: Fuente: FACES III	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES: Fuente: FACES III	RESPONSABLE DE LA INFORMACION
<b>INDEPENDIENTE</b> <b>DISFUNCION FAMILIAR</b>	<b>DISFUNCION</b> Conjunto de dificultades de adaptación de una unidad social a su contexto. <b>Familia:</b> Relativo al conjunto de personas que proviene de una misma casa.	<b>Familias con inadecuada cohesión:</b> no relacionadas y/o aglutinadas.  <b>Familias con inadecuada adaptabilidad:</b> rígidas y/o caóticas	<b>Ordinal</b>	<b>Cohesión:</b> - No relacionada: 10-34. - Aglutinada: 46-50  <b>Adaptabilidad:</b> - Rígida: 10-19 - Caótica: 29-50	<b>Investigador</b>
<b>DEPENDIENTE</b> <b>EMBARAZO EN ADOLESCENTES</b>	<b>Embarazo:</b> desarrollo dentro del útero del producto de la fecundación que se convierte en embrión. <b>Adolescencia:</b> persona que se encuentra en el período de la vida iniciado en pubertad hasta la edad adulta.	<b>Embarazo que ocurre entre los 10 y 19 años de edad</b>	<b>Nominal:</b>	<b>-Sí presenta embarazo en la adolescencia.</b>  <b>-No presenta embarazo en la adolescencia.</b>	<b>Investigador</b>

## **MATERIAL Y METODOS:**

En el periodo de julio a diciembre 2006, en la Unidad de Medicina Familiar No 21 del IMSS en León Guanajuato se realizó un estudio con embarazadas y se les aplicó la encuesta FACES III.

Grupo control: 50 con adolescentes no embarazadas que acudieron a consulta del primer nivel de atención, en el período comprendido de julio a octubre del 2007, a las cuales se le aplicó la encuesta FACES III.

**Recursos humanos:** Residente de Medicina familiar, quien realiza esta tesis.

**Recursos:** Financieros propios.

**Materiales:** Hojas de registro de la encuesta (FACES III), hoja de consentimiento informado. Lápices y bolígrafos.

**Físicos:** Consultorios del HGZUMF # 21

**Se capturará la información en una sola vez previa explicación del objetivo del estudio y consentimiento informado.**

### **CONSIDERACIONES ETICAS:**

- 1.- Se le informará a los pacientes la metodología del estudio al que van a ser sujetos.
- 2.- Se les informará que tienen derecho a no participar en el estudio si así lo desean.
- 3.- Se les informará de la confidencialidad de los datos obtenidos.
- 4.- Se les informará que no habrá daño físico, moral o psíquico durante el estudio.
- 5.- Se les otorgará su hoja de consentimiento informado a las participantes.

## RESULTADOS:

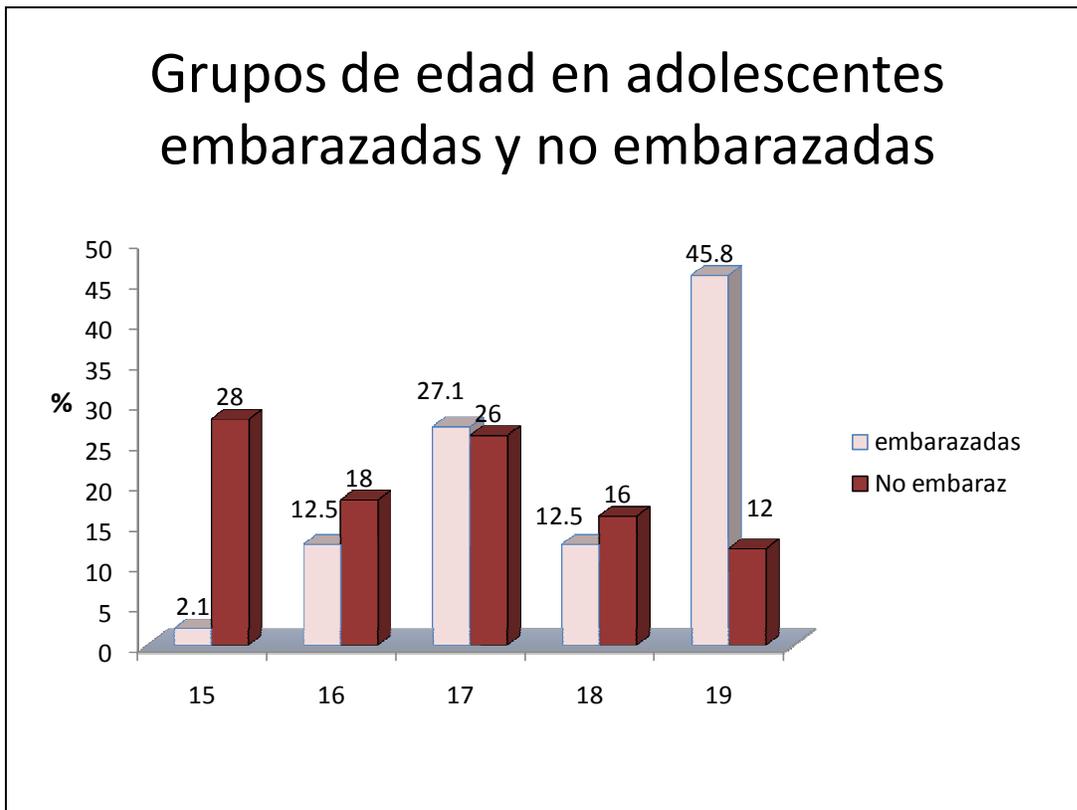
### Descripción (análisis estadístico) de los resultados:

Se realizó un análisis estadístico por medio de una  $X^2$ , teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95%.

**Grupo de adolescentes embarazadas:** se formó con 48 adolescentes con edad promedio de  $17.87 \pm 1.19$  años, con edades mínima de 15 y máxima de 19 años.

La distribución por grupos de edad, se muestra en la gráfica uno, el mayor porcentaje corresponde a las de 19 años.

Gráfica



Estado Civil: Casadas 32 (66.7%), Solteras 12 (25%), Unión libre 4 (8%).

Gesta I: 40 (83%), Gesta II: 6 (13%), Gesta III: 2 (5%).

Riesgo Obstétrico alto 28 casos (58.3%).

Disfunción familiar 33 (68.8%):

- ≤17 años, 15 (75%).
- >17 años, 18 (64%).

**Grupo de adolescentes no embarazadas:** Se constituyó con 50 adolescentes sin embarazo en ese momento con edad promedio  $16.7 \pm 1.36$  años, con edades mínima de 15 y máxima de 19 años. La diferencia que entre ambas edades es estadísticamente significativa. ( $p = 0.0005$  t Student).

Distribución por grupo de edad, se presentan en la gráfica uno, donde se muestra que el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de 15 años.

Estado Civil: solteras: (100%).

Disfunción familiar 33 (66.0%):

- ≤ 17 años 22 (61.1%).
- >17 años 11 (78.6%).

En la siguiente tabla se muestra que la edad mayor de 17 o menor de 17 años no influyó en la presencia del embarazo en la adolescencia

**Tabla 1. PORCENTAJE DE DISFUNCION FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS DE ACUERDO A EDAD**

Edad	Embarazadas	No embarazadas
≤ 17 AÑOS	15 (75%)	22 (61.1%)
> 17 AÑOS	18 (64 %)	11 (78.6%)

( $p = 0.13 \chi^2$ )

La Odds Ratio, nos muestra que no existe riesgo de embarazo en relación con la disfunción familiar. Tabla 2.

**Tabla 2. NÚMERO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS DE ACUERDO A LA FUNCION FAMILIAR**

Edad	Funcionales	Disfuncionales
Embarazadas	15 (31.3%)	33 (68.7%)
No embarazadas	17 (34 %)	11 (66%)

(OR = 0.8)

**Cohesión:** Se encontró disfuncionalidad en el 39.4% en el grupo de adolescentes embarazadas y de 48% en el grupo de adolescentes no embarazadas.

**Tabla. 3 Calificación de Cohesión del Faces III.**

Cohesión	Amplitud de clase	Embarazadas / n (%)	No embarazadas n (%)
NO RELACIONADA	10-34	9 (18.7)	19 (38)
SEMIRELACIONADA	35-40	13 (27)	7 (14)
RELACIONADA	41-45	16 (33.3)	19 (38)
AGLUTINADA	46-50	10 (20.8)	5 (10)
p= 0.084 $\chi^2$		TOTAL=	48 (100) 50 (100)

**Adaptabilidad:** hay disfuncionalidad del 43.7% para el grupo de adolescentes embarazadas y de 42% para el grupo de adolescentes no embarazadas.

**Tabla 4. Calificación de adaptabilidad de Faces III.**

Adaptabilidad	Amplitud de clase	Embarazadas / n (%)	No embarazadas n (%)
RIGIDA	10-19	9 (18.7)	7 (14)
ESTRUCTURADA	20-24	18 (37.5)	15 (30)
FLEXIBLE	25-28	9 (18.7)	14 (28)
CAÓTICA	29-50	12 (25)	14 (28)
p= 0.86 $\chi^2$		TOTAL=	48 (100) 50 (100)

En la tabla 5 se muestra la distribución de las adolescentes en cada uno de los grupos de la clasificación extendida. En los grupos centrales se muestran las funcionales de ambos grupos: embarazadas 15 (31.3%), y no embarazadas 17 (34%) ( $p > 0.5 \chi^2$ )

**CUADRO 1.- CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SEGÚN EL FACES III**

		BAJA ←———— COHESION —————→ ALTA				
		DISGREGADA n	SEMI-RELACIONADA. n	RELACIONADA n	AGLUTINADA n	
A D A P T A B I L I D A D	ALTA ↑	Caóticamente disgregada Emb/ No Emb 0 / 3	Caóticamente semirrelacionada Emb/ No Emb 4 / 1	Caóticamente relacionada Emb/ No Emb 7 / 7	Caóticamente aglutinada Emb/ No Emb 1 / 3	Total  12/14
	FLEXIBLE	Flexiblemente disgregada Emb/ No Emb 0 / 4	Flexiblemente semirrelacionada Emb/ No Emb 2 / 3	Flexiblemente relacionada Emb/ No Emb 3 / 6	Flexiblemente aglutinada Emb/ No Emb 4 / 1	9/14
	ESTRUCTURADA	Estructuralmente disgregada Emb/ No Emb 5 / 6	Estructuralmente semirrelacionada Emb/ No Emb 5 / 3	Estructuralmente relacionada Emb/ No Emb 5 / 5	Estructuralmente aglutinada Emb/ No Emb 3 / 1	18/15
	RIGIDA ↓ BAJA	Rígidamente disgregada Emb/ No Emb 4 / 6	Rígidamente semirrelacionada Emb/ No Emb 2 / 0	Rígidamente relacionada Emb/ No Emb 1 / 1	Rígidamente aglutinada Emb/ No Emb 2 / 0	9/7
TOTAL=		9/19	13/7	16/19	10/5	48/50

## **DISCUSION:**

El presente estudio se realizó para identificar si existía relación entre la disfunción familiar y la presencia de embarazo en las adolescentes, los resultados muestran que la disfunción familiar se presenta tanto en las adolescentes embarazadas como en las no embarazadas. En la literatura se muestra que sí existe asociación, aunque no se menciona la magnitud (10,11). Esta diferencia se puede deber a que en el grupo de adolescentes embarazadas el promedio de edad fue mayor, que en las no embarazadas.

Sí sumamos los dos extremos de las dos funciones, los resultados nos muestran que 15% de las embarazadas y 24% de las no embarazadas presentan franca disfunción de las funciones de cohesión y adaptabilidad que explora el FACES III.

Si consideramos que las no embarazadas el 46% son menores de 16 años, es probable que entre más jóvenes son las adolescentes, más disfunción haya en la función de cohesión, quizás por el conflicto que existe con la autoridad, representada por los padres, ( los padres de estas familias se caracterizan porque son autocráticos, por lo tanto imponen las decisiones los roles están estrictamente definidos y las reglas se hacen cumplir estrictamente), esto hace que las adolescentes tiendan a separarse de sus familias, esto se muestra en la casilla de las rígidamente disgregadas, donde se presenta mayor número de adolescentes no embarazadas (4/6), lo que no sucede en el extremo de esa función donde se aprecia solamente el grupo de las embarazadas (casilla rígidamente aglutinada), que se da en las familias con dependencia afectiva, que frecuentemente se presenta en la mujer embarazada con la familia de origen, por la presencia del nuevo ser.

Lo mismo sucede cuando no existe autoridad en la familia y no existe liderazgo, esto propicia que la adolescente más joven, con menos madurez perciba esta situación y se presente la disfunción como se muestra en la casilla caóticamente disgregada en donde solamente hay adolescentes no embarazadas (0/3). Y se complementa con la disfunción de las caóticas aglutinadas en donde solamente se presenta una adolescente embarazada, ya que estas familias aparentemente son dependientes emocionales, pero al no haber un liderazgo adecuado, no es propicio para la embarazada adolescente que busca el consejo para el cuidado de su hijo, también en esta casilla es mayor el número de no embarazadas (1/3), (8-14).

En la disfunción familiar se puede presentar por muchos factores estresantes que presenta la familia en su ciclo vital, tanto factores normativos, como no normativos y es necesario

aplicar otros instrumentos que evalúen las otras funciones de la familia, como el afecto y cuidado, que aparentemente en esta etapa de la vida (adolescencia) se descuida más, estas circunstancias además del desbalance en la edad de los grupos, donde las embarazadas se acercan más a los 19 años y el grupo de no embarazadas más a los 15 años, hace que la madurez que se presentan en esos años, pueda influir en la percepción de la disfunción por el tipo de familia a la que pertenecen: rígida, caótica, aglutinada, y disgregada y exista una menor comprensión, y por lo tanto mayor dificultad para la adaptación y funcionamiento de la familia.

Con respecto al riesgo biológico de las embarazadas adolescentes observamos que el 45.5% de las adolescentes embarazadas se encuentra entre los 15 y 17 años de edad, y de éstas 18% tiene dos o más hijos lo que incrementa el riesgo obstétrico y explica el incremento en la morbimortalidad materno infantil que se presenta en este grupo de edad (2,5,6,17,18).

Con respecto al estado civil: 67% de las adolescentes embarazadas están casadas, sin que ello signifique que han obtenido estabilidad familiar, pues el 80% de ellas se divorciará antes de alcanzar la edad adulta (7, 21, 22).

## **CONCLUSIONES:**

En el presente estudio se presentó un porcentaje semejante de disfunción familiar tanto en las embarazadas como en las no embarazadas

El mayor porcentaje de disfunción franca, en cohesión y adaptabilidad, se presentó en el grupo de las no embarazadas.

El embarazo en la adolescencia ha de asumirse más que como un problema médico primario, como un síntoma de afección familiar y social. Requiere para su atención de programas de ayuda que contemplen todos los aspectos de la persona humana orientados a reintegrar de a los afectados y sus familias; ya que de ello depende nuestra supervivencia como sociedad. Pues de no hacerlo y solo contemplarlo sufriremos las consecuencias de la negligencia.

## BIBLIOGRAFIA

1. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de posgrado de la Cátedra VIa Medicina 2001; 107: 11-23.
- 2.- Carreón-Vásquez J, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C, Gil-Alfaro I, Soler-Huerta E, González-Solís R. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Archivos en Medicina Familiar 2004; 6(3): 70-3.
- 3.- <http://www.aids-sida.org/estadist05.html>. Estadísticas en México. Revisado el 27 de octubre del 2005.
- 4.- Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano. Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud. Salud Perinatal 2001; 19: 1-2.
- 5.- Cuadernos de Salud Reproductiva Guanajuato. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/CuaSalud/pdf/srgt.pdf>. Revisado el 27 de octubre del 2005.
- 6.- Cueva AV, Olvera GJ, Chumacera LR. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Revista médica del IMSS 2005; 43 (3): 267-71.
- 7.- Fernández PF, Castro GM, Fuentes AS, et al. Características sociofamiliares y morbilidad materno-infantil del embarazo en adolescentes 1998; 55 (8): 452-57.
- 8.- Huerta GJ. El estudio de salud familiar. En: Huerta GJ. Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. México DF. Editorial Alfil; 2005 p 98-101
- 9.- Pinto-Herrera F, Livia-Segovia J, Zegarra-Martínez V, Ortiz-Moran M, Camacho O, Isidoro J. Trastornos de la conducta y funcionamiento familiar en adolescentes. Facultad de Psicología. Universidad Federico Villareal.
- 10.- Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 2004; 47 (1): 24-7.

11.- Disfunción familiar en adolescentes embarazadas  
<http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/especiales/imss-2003/resumenes/55.htm>.

Revisado el 24 de noviembre del 2005.

12.- Lundgren R. División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Familia y Población. Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes en América Latina. OPS 2000; 1-110.

13.- Poo A, Baeza B, Capel P, LlanoM, Tuma D, Zúñiga D. Factores que favorecen la generación de embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Rev SOGIA 2005; 12(1): 17-24.

14.- Maldonado MA. Funcionalidad familiar como factor condicionante para el uso de método de planificación familiar. Tesis de especialidad de medicina familiar. Universidad de Guanajuato. 2007

15.- Sexualidad y embarazo.  
<http://escuela.med.pub.cl/ops/Curso/Lecciones/Lección15M3L1lección.html> Revisado el 21 de Noviembre del 2005.

16. - Eure, RCH, Lindsay KM, Graves LW. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital. Am J Obstet Gynecol 2002; 186(5): 918-20.

17.- Lezcano SA, Vallejos AM, Soderó H. Características del recién nacido en madres adolescentes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina 2005; 149: 6-8.

18.- Langer Ana. La salud sexual y Reproductiva de los Adolescentes. Boletín bimestral de la unidad de investigación epidemiológica y en servicios de salud del adolescente IMSS 1996;3: 1-8.

19.-Aguilar BM, Méndez MG, Guevara AJ, Caballero LL. Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención prenatal. Revista Medica del IMSS 2005; 43(3): 215-20.

20.- Vásquez E, Rojo QA. Complicaciones del embarazo en adolescentes y en mayores de 20 años. Boletín Clínico Hospital Infantil Estado Sonora 2000; 17: 36-42.

21. - Fraser AM, Brockert JE, Ward R.H. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *The New England Journal of Medicine* 1995; 332 (17): 1113-17.

22.- Mirabal MG, Martínez MM, Pérez DD. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Enfermer* 2002; 18 (3): 175-83.

## ANEXO I

León, Gto. , a        de        2006.

### **Carta de consentimiento informado para la participación en el proyecto de investigación “Disfunción familiar como factor de riesgo de embarazo en adolescentes”**

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado Disfunción Familiar Como Factor de Riesgo De Embarazo En Adolescentes.

Registrado en el Comité Local de Investigación y el cual tiene como objetivo determinar si la disfunción familiar es un factor de riesgo para que ocurra embarazo en la adolescencia. Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar el cuestionario FACES III, con las cuales se conocerá el grado de funcionalidad de mi familia. El tiempo requerido para la prueba es de aproximadamente de media hora.

Los riesgos a los que quedo expuesto son nulos ya que los datos se manejarán en forma ética y confidencial, teniendo acceso a mis resultados y a una carta para mi médico si quiero atención psicológica o médica.

Declaro que se me ha informado que el participar no conlleva ningún riesgo para mi integridad física o emocional por la aplicación del cuestionario FACES III. El investigador me ha asegurado mantener mi anonimato para no ser identificado en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

La Dra. Patricia Jantes, investigador, se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar duda sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que tengo en todo momento el derecho de no aceptar participar en la investigación sin que esto me perjudique de ninguna manera. Se me comunica también que en ningún momento tendrá algún costo adicional las dudas a clarar respecto a la investigación o sus resultados.

Nombre y firma del participante

---

Nombre y firma del investigador

---

## ANEXO II

### ENCUESTA.- FACES III

---

1.- Nunca    2.- Casi nunca    3.- Algunas veces    4.- Casi siempre    5.- Siempre

---

Describe su familia:

---

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

Olson DH, Portier J, Lavee Y (Minnesota University). Versión en español: Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A (Universidad Nacional Autónoma de México).

## INTERPRETACION

La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. La adaptabilidad con los ítems pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se buscan las calificaciones en cada una de las amplitudes de clase que aparecen en las tablas 3 y 4, con lo cual puede obtenerse la clasificación de la familia con relación al esquema de modelo circunflejo.

Tabla 3. Calificación de Cohesión del Faces III.

Cohesión	Amplitud de clase
NO RELACIONADA	10-34
SEMIRELACIONADA	35-40
RELACIONADA	41-45
AGLUTINADA	46-50

Tabla 4. Calificación de adaptabilidad de Faces III.

Adaptabilidad	Amplitud de clase
RIGIDA	10-19
ESTRUCTURADA	20-24
FLEXIBLE	25-28
CAOTICA	29-50

Las escalas que emplea este modelo son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos, de acuerdo con el cuadro 1. Este modelo propone que las dimensiones de adaptabilidad y cohesión presentan cuatro posibles grados o niveles, de los cuales los intermedios son normales o “balanceados”, mientras que los más altos y más bajos son “extremos”.

**CUADRO 1.- CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SEGÚN EL FACES III**

		BAJA ←———— COHESION —————→ ALTA			
		DISGREGADA	SEMIRRELACIONADA.	RELACIONADA	AGLUTINADA
A D A P T A B I L I D A D	ALTA	Caóticamente Disgregada	Caóticamente Semirrelacionada	Caóticamente Relacionada	Caóticamente Aglutinada
	↑ CAOTICA				
	FLEXIBLE	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	↓				
	ESTRUCTURADA	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada
	RIGIDA	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada
	BAJA				

