



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA

Unidad de Medicina Familiar No 11 "Dr. Víctor Rivero Pérez"  
San Francisco de Campeche, Campeche.

**DISFUNCION FAMILIAR EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL RURAL DE HECELCHAKAN,  
CAMPECHE.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. ANA LUISA LÓPEZ BOZADA**

SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE

2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **DEDICATORIAS**

**A DIOS:** Amigo incondicional que nunca falla

A MIS MAESTROS: **DRA ROXANA** y **DR EMIGDIO** POR SUS ENSEÑAZAS

AMI TIA: PRFA. **MA. ISABEL** por su ejemplo y a quien debo mi profesión...gracias

A MIS AMIGOS: **Iupita, Lili, Fernando, Chulis y Silvia,** por los buenos momentos vividos.

A mi hija: **Karol,** el motor de mi vida.

## RESUMEN

**Objetivo.-** Conocer la frecuencia de disfunción familiar en embarazadas de 15 a 19 años que acuden a su control al Hospital Rural de Hecelchakan durante el periodo comprendido del 1° de marzo al 31 de Diciembre 2006

**Metodología:** Estudio observacional, transversal, descriptivo y prospectivo, cuyo universo de trabajo se formo con las embarazadas de 15 a 19 años y cuyo tamaño de muestra fue de 67, obtenida con la formula de estimación de proporción de escala del 33% para el evento con un nivel de confianza de 98% (un alfa y  $Z_{\alpha} = 2.33$ ) y una variación aceptada de la proporción esperada del fenómeno de +- 15% ; la disfunción familiar fue medida a través del instrumento FACES III. El análisis estadístico se obtuvo mediante estadística descriptiva.

**Resultados:** Las embarazadas de 15 a 19 años presentaron una media de edad de 20.8 años, la prevalencia de disfunción familiar fue de 85% (familias no relacionadas, aglutinadas, rígidas y caóticas) y como familias funcionales el 14.9% (Semirrelacionadas, Relacionadas, Estructuradas y Flexibles). El grupo etareo que con más frecuencia se presentó disfunción familiar fue el de 19 años con un 31.34% y el tipo de familia más frecuente fue la extensa con un 61.19% (según la nueva clasificación).

## INDICE GENERAL

Marco teórico.....	8
Planteamiento del problema.....	15
Justificación.....	16
Objetivos.....	18
Metodología.....	19
Resultados.....	24
Discusión.....	35
Conclusiones.....	38
Recomendaciones.....	39
Referencias Bibliográficas.....	40
Anexos.....	44

## MARCO TEÓRICO

### **Definición.-**

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que ocurre dentro de los dos primeros años de edad ginecológica, entendiéndose en el tiempo transcurrido desde la menarquia, o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. Senifa lo define como todo aquel embarazo que ocurre durante al adolescencia (10 a 19 años), momento en el cual los jóvenes no reúnen las condiciones de madurez sexual ni psicosocial para asumir la maternidad o paternidad en forma sana<sup>1</sup>

La OMSS define como adolescencia al 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 socio-económica y fija sus límites entre los 10 y 20 años<sup>2</sup>

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema de enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa<sup>3</sup>

Por lo cual la aparición del embarazo en la familia de un adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a su binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración<sup>3</sup>

Es importante comprender que el embarazo de una adolescente no solo repercute en el aspecto social; de igual manera, representa una potencial amenaza a la integridad biológica y psico-afectiva de la joven aun en proceso de desarrollo. En tal sentido, aunado a la gran cantidad de complicaciones medicas que pueden presentarse tanto en la madre como en el niño, se sobre impone a la crisis propia del adolescente esta nueva situación, lo que genera según E.Sileo gran cantidad de ansiedad, incertidumbre, e interferencia con el logro de la madurez biopsicosocial<sup>1</sup>

Entre los factores de riesgo del embarazo precoz se distinguen aspectos sociales, antropológicos, disfunción familiar, escasa autoestima, migración de zonas rurales a urbanas, pobreza y deserción escolar<sup>4</sup>

En México, actualmente se registran aproximadamente 430,000 embarazos anuales en adolescentes. Esto ha dado como resultado que en los últimos quinquenios el embarazo en adolescente haya aumentado significativamente y que muchos de estos embarazos presenten problemas debido a que la madre adolescente tiene limitación de oportunidades educativas, rechazo del entorno familiar e inmadurez biopsicosocial<sup>5</sup>

Es de suponer que en México, los factores asociados al embarazo en adolescentes no son diferentes a los de los países en vías de desarrollo, se ha asociado con algunas variables relacionadas con las de características familiares, como la comunicación deficiente y nivel socioeconómico bajo; características individuales como autoestima y escolaridad baja así como carencia de información objetiva acerca de métodos existen para evitar el embarazo no deseado y el contagio de enfermedades de transmisión sexual<sup>6</sup>

Desde la perspectiva Biomédica, el embarazo en la adolescente constituye todo un reto para las instituciones del sector salud<sup>7</sup>

Un embarazo en adolescente es catalogado como de alto riesgo, debido a la posibilidad de parto pretermo, bajo peso al nacer, pre-eclampsia, eclampsia, retraso en el crecimiento intrauterino entre otros. Estos riesgos van generalmente de la mano con circunstancias como mayor tasa de infecciones de transmisión sexual y deficiencias en el cuidado prenatal<sup>8</sup>

El reconocimiento del riesgo que presenta el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras y psicólogos hacia ese sector de la sociedad<sup>9</sup>

La última estadística presentada por la Secretaría de Salud informa que durante el año 2002 hubo un total de 250.674 partos, de los cuales 40.439 fueron en pacientes menores de 20 años, lo que corresponde a un 16.1% del total<sup>10</sup>

Desde los años 80's la adolescente ha adquirido cierta relevancia debido especialmente al esfuerzo hecho por La OMS y la Organización Panamericana de la Salud, para que los países comprendieran la necesidad de dirigir acciones hacia ese grupo de edad, los cuales van desde la separación estadística de los niños y adultos, hasta la realización de programas y servicios específicos y la promulgación de leyes que les protegen<sup>11</sup>

Cálculos conservadores en nuestro país dan una cifra cercana a los dos millones de nacimientos cada año, de estos 18.1% corresponden a mujeres menores de 19 años (entre 372,000 y 454,000), cifra que se asemeja muy de cerca de lo que sucede con otros países latinoamericanos: Perú, 12.9%, República Dominicana 18.2%, Brasil 16.3% (cifras del Population council de 1995). En EE.UU. se calcula que hay cerca de un millón de embarazos en adolescentes por año<sup>12</sup>

Se efectuó un estudio observacional de corte transversal tipo descriptivo en pacientes que consultaron al Hospital Local del Norte, Institución de primer nivel, perteneciente a la red pública de atención de Bucamaranga; entre diciembre de 2004 y junio de 2005, estableciéndose las principales características demográficas, socioculturales y familiares de las adolescentes. El universo lo conformaron 67.932 mujeres adolescentes entre 13 a 19 años.

El universo lo conformaron 67.932 mujeres adolescentes entre 13 a 19 años. En referencia al aspecto psicosocial, el 39.9% no viven con otros miembros de su familia; un 33% viven solas, un 37.2% convive con su pareja y un 36.0% con sus padres. 179 pacientes (53.8%) provienen de familias con padres separados y la reacción de los padres de la adolescente frente al embarazo de su hija fue de aceptación por parte de la madre en un 57.9% y de un 36.9% por parte del padre. 87 pacientes (26.1%) manifestaron vivir situaciones de violencia en la familia, siendo la más frecuente entre padres e hijos en un 41.4% de los casos<sup>8</sup>

Nunca como hasta ahora había sido motivo de preocupación los embarazos en adolescentes<sup>4</sup>

Instituciones como MEXFAM y la Secretaría de Salud han iniciado programas para atender esta problemática pero aun falta mucho por hacer para lograr que esta población se acerque a las instituciones a fin de solicitar atención para llevar una vida sexual libre del miedo de tener embarazos precoces o contraer enfermedades de transmisión sexual<sup>6</sup>

En la encuesta Nacional sobre fecundidad y salud, diseñada por la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud de México, 32.7% de los adolescentes reveló haber tenido relaciones sexuales al menos en una ocasión, siendo mayor la proporción en hombres con edad promedio de 16 años y en las mujeres a los 17 años, si a las cifras anteriores se agrega la deficiente educación sexual del adolescente, no es difícil entender que 20% del total de embarazos ocurran en mujeres menores de 20 años<sup>13</sup>

La OMS considera que el riesgo de morir a consecuencia de problemas relacionados con el embarazo el parto y el aborto para mujeres de 15 a 19 años es casi el doble de quienes tienen entre 20 y 24 años y 80 veces más alto en países considerados del “TERCER MUNDO”, que en EE.UU. o Canadá. De hecho las complicaciones relacionadas con el embarazo figuran entre las primeras 5 causas de mortalidad en América Latina<sup>12</sup>

Conciente de lo anterior, en los últimos años se han intensificado los esfuerzos del gobierno mexicano para prevenir y atender los problemas vinculados con embarazo y la maternidad en la adolescente. En cuanto a la educación sexual, la SEP, ha mejorado y extendido los contenidos en los libros de texto. En relación a los anticonceptivos posparto y posaborto, el sector salud, primordialmente a través del Instituto Mexicano del Seguro Social y de La Secretaría de Salud, han intentado incorporar más decididamente a sus programas de Planificación Familiar y Salud Reproductiva a la población adolescente<sup>6</sup>

En la República de Nicaragua se crearon estrategias y lineamientos básicos de acción para contribuir en la reducción del embarazo en la adolescencia que servirán como herramientas al personal de salud y a las comisiones municipales de ese país<sup>14</sup>

La realidad es que mientras la edad promedio para contraer matrimonio se ha ido posponiendo, el inicio de la vida sexual se registra a edades más tempranas, por lo que la fracción de nacimientos atribuibles a concepción premarital ha aumentado<sup>15</sup>

Varios estudios han demostrado que la percepción individual de la disponibilidad y calidad de la familia como fuente se relacionan significativamente a la salud de ese individuo (Cobb 1976, Chen, 1960). Rodríguez y Cols. (1990) en un estudio realizado por el programa de Medicina Familiar en la Policlínica Presidente Ramón de la Ciudad de Panamá, demostraron la existencia de una estrecha relación

entre el grado de disfunción familiar y el motivo de consulta en general. Del total de consultas, 67.96% fueron hechas por familias con alteración de su dinámica.<sup>16</sup>

La disfunción Familiar es la alteración en la dinámica de los integrantes de una familia, que ocasiona trastorno en el comportamiento general, del mismo, y que trae como consecuencia una disminución mas o menos acentuada de las relaciones humanas la armonía y los objetivos comunes que puede llegar al conflicto, falta de respeto, riñas, agresiones y finalmente a la desintegración de la misma<sup>17</sup>

Se realizo un estudio sobre disfunción familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social de León Guanajuato en donde se seleccionaron 364 embarazadas entre los 12 y 19 años de edad de Enero del 2001 a Enero del 2002, en el cual los resultados sobre disfunción familiar fue de la siguiente manera: disfunción familiar moderada 27%, severa 6% y normal en 67 %. Los aspectos en que se encontraron mayor alteración fueron el de crecimiento y afecto<sup>8</sup>

Las relaciones familiares son la interacción que presentan unos con otros, todos y cada uno de cada miembro de la familia, dichas interacciones se pueden establecer en forma positiva, como es el caso de la familia funcional o integrada; cuando se presenta en forma negativa, da lugar a la disfunción familiar o familia desintegrada. En uno u otro caso, esta interacción afecta de manera favorable o desfavorable respectivamente a todos los integrantes de la familia. La familia es por lo tanto, el núcleo o asociación que interrelaciona a varios individuos u y los responsabiliza con respecto a sus deberes entre si y con los demás grupos<sup>17</sup>

La familia desempeña un papel decisivo en le proceso salud enfermedad tanto en el origen del problema como en su solución <sup>18</sup>

Las relaciones familiares están casi invariablemente asociadas con las normas sexuales y con la reproducción. La relación madre e hijo parece pertenecer a una

categoría especial ya que el niño es parte del ser físico de su madre antes y después de nacer continua dependiendo de ella o de su sustituto durante un periodo considerable<sup>16</sup>

Es importante comprender que el embarazo de una adolescente no solo repercute en el aspecto social; de igual manera, representa una potencial amenaza a la integridad biológica y psico-afectiva de la joven aun en proceso de desarrollo. En tal sentido, aunado a la gran cantidad de complicaciones medicas que pueden presentarse tanto en la madre como en el niño, se sobre impone a la crisis propia del adolescente esta nueva situación, lo que genera según E.Sileo gran cantidad de ansiedad, incertidumbre, e interferencia con el logro de la madurez biopsicosocial<sup>3</sup>

El médico de familia tiene dentro de sus funciones la promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como el conocimiento de la funcionalidad de la familia a su cargo<sup>18</sup>

Por lo cual la familia es el ambiente social al cual los profesionales de la medicina de familia tienen acceso directo<sup>16</sup>

Entre las funciones que tiene la familia como institución social, la económica y de la perpetuación de la especie representan una tradición importante, pero consideramos primordialmente la función afectiva, ya que el marco familiar es donde se brinda el amor y la seguridad necesarios para la formación de los sujetos, lo cual les aporta un autoestima adecuada y los prepara para una incorporación a la sociedad<sup>19</sup>

Finalmente, la fidelidad en el amor benevolente, constructivo y esforzado integrará a la familia en su auto trascendencia<sup>20</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La etapa de la adolescencia es sin duda la etapa más difícil que nos a la que nos enfrentamos los seres humanos. A nivel institucional, constituye un gran reto para el médico de primer nivel ya que debe tener la suficiente capacidad para saber identificar los problemas por los cuales este cursando o este presentando en ese momento, es por eso que decido realizar el presente estudio enfocado en el embarazo en la adolescente, investigar el tipo de disfunción familiar por el que este cursando el adolescente o la adolescente y tratar de orientar en la medida de mis posibilidades al núcleo familiar sobre este, explicar las complicaciones que conlleva un embarazo por si mismo y los riesgo que se pueden presentar para el binomio. Saber la estructura de la familia e involucrar a todos sus miembros ante esta problemática que cada día aumenta más.

En base a esto se realiza la siguiente pregunta de investigación.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuál es la prevalencia de disfunción familiar en embarazadas de 15 a 19 años que acuden a su control en el Hospital Rural de Hecelchakan?

## JUSTIFICACION

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que ocurre dentro de los dos primeros años de edad ginecológica, entendiéndose en el tiempo transcurrido desde la menarquía, o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen<sup>1</sup>

En México, actualmente se registran aproximadamente 430,000 embarazos anuales en adolescentes<sup>3</sup>

Un embarazo en adolescente es catalogado como de alto riesgo, debido a la posibilidad de parto pretérmino, bajo peso al nacer, pre-eclampsia, eclampsia, retraso en el crecimiento intrauterino entre otros<sup>7</sup>

El reconocimiento del riesgo que presenta el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras y psicólogos hacia ese sector de la sociedad<sup>6</sup>

Instituciones como MEXFAM y la Secretaría de Salud han iniciado programas para atender esta problemática pero aun falta mucho por hacer para lograr que esta población se acerque a las instituciones a fin de solicitar atención para llevar una vida sexual libre del miedo de tener embarazos precoces o contraer enfermedades de transmisión sexual<sup>5</sup>

El médico de familia tiene dentro de sus funciones la promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como el conocimiento de la funcionalidad de la familia a su cargo<sup>18</sup>

Se efectuó un estudio observacional de corte transversal tipo descriptivo en pacientes que consultaron al Hospital Local del Norte, Institución de primer nivel, perteneciente a la red pública de atención de Bucamaranga; entre diciembre de

2004 y junio de 2005, estableciéndose las principales características demográficas, socioculturales y familiares de las adolescentes<sup>8</sup>

Por lo cual la aparición del embarazo en la familia de un adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a su binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración<sup>3</sup>

Entre las funciones que tiene la familia como institución social, la económica y de la perpetuación de la especie representan una tradición importante, pero consideramos primordialmente la función afectiva, ya que el marco familiar es donde se brinda el amor y la seguridad necesarios para la formación de los sujetos, lo cual les aporta un autoestima adecuada y los prepara para una incorporación a la sociedad<sup>19</sup>

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Conocer la frecuencia de disfunción familiar en embarazadas de 15 a 19 años que acuden a su Control Prenatal al Hospital Rural de Hecelchakan

### **Objetivos Específicos**

- Determinar el tipo de disfunción familiar mas frecuente en embarazadas de 15 a 19 años
- Identificar el grupo atareó en el que se presenta con mayor frecuencia la disfunción familiar
- Establecer la tipología familiar mas frecuente de las embarazadas de 15 a 19 años con disfunción familiar

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de estudio**

Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo

### **Universo de estudio**

Embarazadas de 15 a 19 años que acuden a la consulta para control prenatal en el Hospital Rural de Hecelchakan durante el periodo comprendido de marzo del 2006 a Julio del 2007

### **Variables**

#### **Variable de Interés: Disfunción Familiar**

##### Definición conceptual

La disfunción Familiar es la alteración en la dinámica de los integrantes de una familia, que ocasiona trastorno en el comportamiento general, del mismo, y que trae como consecuencia una disminución mas o menos acentuada de las relaciones humanas la armonía y los objetivos comunes que puede llegar al conflicto, falta de respeto, riñas, agresiones y finalmente a la desintegración de la misma<sup>17</sup>

##### Definición operacional

Será el resultado de la aplicación del Faces III el cual se aplicara en el Hospital Rural de Hecelchakan a toda embarazada adolescente que acuda a control prenatal, el cual valora la cohesión y Adaptabilidad Familiar

Escala de medición: Nominal

**Variable de Exposición:** Embarazadas de 15 a 19 años

Definición conceptual

Estado de la mujer que comprende desde la fecundación de óvulo hasta el Parto<sup>21</sup>

Definición operacional

Se medirá a través de un cuestionario a toda aquella adolescente embarazada de 15 a 16 años, que acuda a su Control Prenatal al Hospital Rural de Hecelchakan.

Escala de medición: Nominal

### **Tipo de Muestra y Tamaño**

El tamaño de muestra se obtuvo con la fórmula de estimación de proporción de escala del 33% para el evento<sup>8</sup> con un nivel de confianza de 98% (Un alfa 0.005 y  $Z_{\alpha} = 2.33$ ) y una variación aceptada de la proporción esperada del fenómeno de  $\pm 15\%$ , lo que nos da una muestra de 67 embarazadas adolescentes.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **Criterios de Inclusión**

- Embarazadas con edad de 15 a 19 años
- Embarazadas derecho habiente y no derecho habientes.
- Embarazadas que acudan a su control en el Hospital Rural de Hecelchakan
- Embarazadas con cualquier nivel de educación
- Embarazadas de cualquier gestación
- Embarazadas con por lo menos 5 consultas de control prenatal
- Embarazadas de cualquier estado civil

#### **Criterios de exclusión**

- Embarazadas con alguna enfermedad agregada
- Embarazadas que se nieguen al estudio
- Embarazadas sin expediente completo

## **PLAN DE COLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Previa aceptación del protocolo, por el Comité local de Investigación se acudirá a la consulta externa, solicitándose al Coordinador de Enseñanza e Investigación, la autorización para realizar el estudio, posteriormente se comentara con los médicos adscritos a los consultorios para la identificación de las embarazadas mismas que se elegirán de acuerdo a los criterios de selección. Después se les invitara a participar en el estudio, explicándoles en que consistirá, y de aceptar, se les proporcionara el consentimiento informado para su autorización.

Una vez seleccionadas las adolescentes embarazadas y previa autorización, plasmada en la Carta de Consentimiento Informado, se procederá a recabar los datos y se aplicará el Test FACES III tanto a la embarazada como a la persona con la que conviva, con la intención de conocer la frecuencia de disfunción familiar en ellas, posteriormente se procederá a leer las instrucciones del Test, el cual se aplicará en la sala de usos múltiples del Hospital y se dará una hora para resolverlo, estando atento en caso de que la adolescente tenga alguna duda y hacer la aclaración en caso de existirla.

Al termino de la encuesta, se realizará la evaluación establecida por el FACES III y se recabaran los datos y se registraran en la hoja de recolección de datos, para después elaborar la base de datos y análisis estadístico en el programa SPSS v 12.5

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

El tipo de Análisis estadístico que se empleara será de tipo descriptivo a través de frecuencias simples, medidas de tendencia central, y desviación estándar.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente estudio es una investigación de riesgo mínimo de acuerdo a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en el capítulo II, Artículo 17, categoría II: estudios prospectivos que emplean registro de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos y psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinario.

En apego al capítulo 1, fracción V de la ley General de Salud (1987) de investigación:

- ❖ Artículo 13: Se respetará la dignidad y bienestar de los participantes, garantizando su anonimato y la libertad de retirarse en el momento deseado.
  
- ❖ Artículo 21: A los sujetos en estudio se les solicitará su participación voluntaria previo informe de los objetivos del estudio, así como los procedimientos a realizarse.
  
- ❖ Artículo 17: Fracción II, investigación de sin riesgo para la integridad física y psicológica de los participantes, debido a que los datos se recabarán a través de la aplicación de un instrumento

## **RESULTADOS**

Posterior a la aplicación del instrumento FACES III encontramos que la cohesión familiar fue predominantemente semirrelacionada ocupando un 53.73% en esta categoría; con respecto a la adaptabilidad, la categoría predominante fue la rígida, encontrándose hasta en un 70.14% de los casos (Cuadro 1).

Se aplicaron 67 encuestas a embarazadas adolescentes, que cumplieron con los criterios de inclusión, en las cuales se encontró un 85% de disfunción familiar. (Gráfico 1 y cuadro 2)

Respecto de la edad, la media de edad fue de 20.8 años y el grupo etareo que con más frecuencia presentó disfunción familiar fue el de 19 años con 31.34% (23) como se muestra en el Grafico 2 de barras según rangos de edad.

Con respecto a la tipología familiar la mas frecuente fue la extensa, con un 61.19% (según la nueva clasificación) (Ver Cuadro 2)

Así mismo se observó que en la familia extensa también se presentó alcoholismo 49(73.13%) y violencia física por parte del padre a su madre 43(64.17%). Grafico 3

De las 67 embarazadas encuestadas 31 eran primigestas lo que corresponde a un 46.26%, de estas 32.83% cursaron la secundaria. Cuadro 3

En lo tocante al estado civil el 52.23% estaban casadas. Gráfico 4

Acudieron a su control prenatal en el primer trimestre el 55.22%. Cuadro 4

En lo referente a escolaridad, el 58.2% cursó la primaria (Cuadro 5)

Respecto a la información acerca de planificación familiar, el 71.5% de la escuestadas manifestó haberla recibido, mientras que el 28.3% mencionó que no recibió este tipo de información.

CUADRO 1.

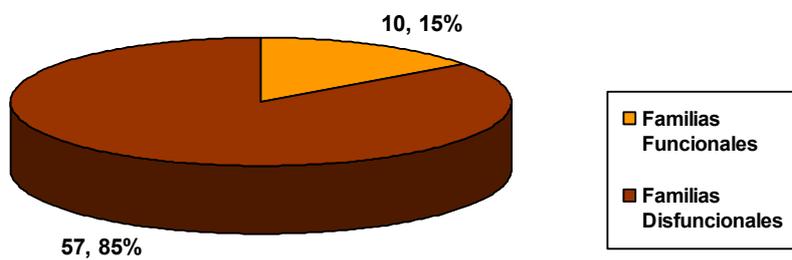
**FRECUENCIA DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN LAS FAMILIAS  
DISFUNCIONALES ANALIZADAS EN BASE AL INSTRUMENTO DE  
EVALUACIÓN FACES III.**

<b>COHESIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
NO RELACIONADA	17	25.37%
SEMIRELACIONADA	36	53.73%
RELACIONADA	4	5.9%
AGLUTINADA	0	0%
<b>ADAPTABILIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
RÍGIDA	47	70.14%
ESTRUCTURADA	1	1.49%
FLEXIBLE	2	2.98%
CAÓTICA	7	10.44%

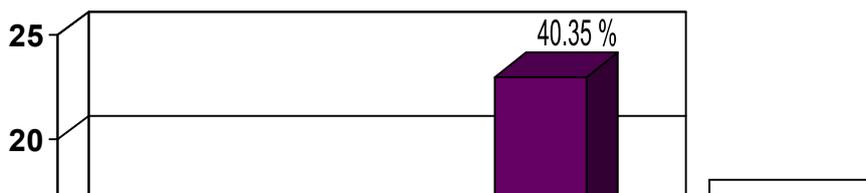
**CUADRO 2. PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR  
ENCUESTAS APLICADAS=67**

<b>Familias Disfuncionales</b>	<b>Familias Funcionales</b>
57 Encuestadas = 85%	510 Encuestadas = 15%

**GRAFICO 1. PREVALENCIA DE FAMILIAS DISFUNCIONALES**



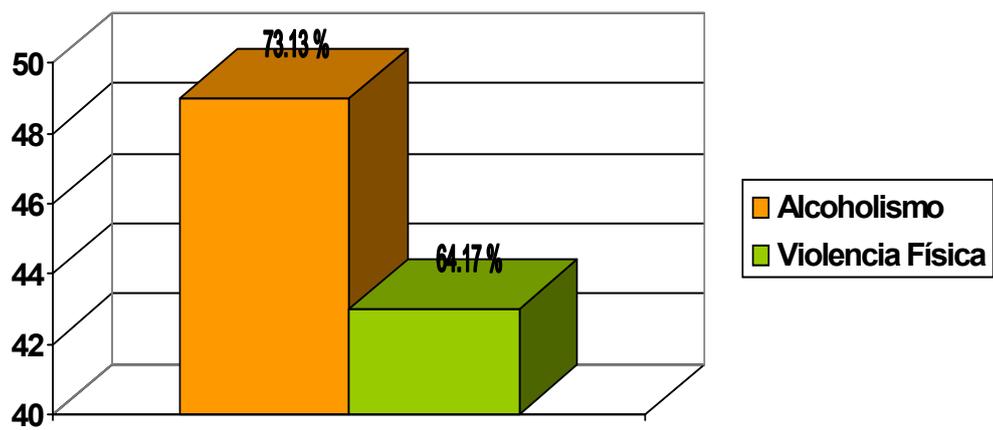
**GRAFICO 2.  
GRUPOS DE EDAD POR FRECUENCIA DE  
DISFUNCION FAMILIAR**



**CUADRO 3. TIPOLOGIA FAMILIAR MAS FRECUENTE**

<b>FAMILIAS EXTENSAS</b>	<b>FAMILIA NUCLEAR SIMPLE</b>
61.19%	38.81%

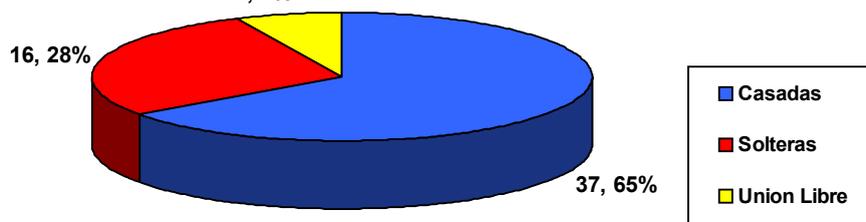
**GRAFICO 3. PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCION FAMILIAR**



**CUADRO 4. NUMERO DE EMBARAZOS POR FAMILIA DISFUNCIONAL**

<b>PRIMIGESTAS</b>	<b>SECUNDIGESTAS</b>	<b>TERCIGESTAS</b>
35 Encuestadas = 61.40%	19 Encuestadas = 33.33%	3 Encuestadas = 5.27%

**GRAFICO 4. ESTADO CIVIL DE LAS EMBARAZADAS POR FAMILIA DISFUNCIONAL**



**CUADRO 5. ESCOLARIDAD EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

<b>PRIMARIA</b>	<b>SECUNDARIA</b>	<b>OTRA</b>
39 Encuestadas = 58.2%	19 Encuestadas = 28.3%	9 Encuestadas = 13.4%

**CUADRO 6. INFORMACION SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

<b>Con Información</b>	<b>Sin Información</b>
48 Encuestadas = 71.5%	19 Encuestadas = 28.3%

## DISCUSION

La maternidad en las adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, ya que existe inexperiencia en el cuidado de los niños, modelos parentales inadecuados y la existencia de disfunción familiar que determinan un contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales<sup>22</sup>

Pudiendo esta, transformarse en una experiencia gratificante o traumática dependiendo de la manera en que la futura madre asuma su nuevo rol, la familia preste apoyo afectivo y la sociedad brinde oportunidades de integración social

La organización Panamericana de la Salud, OPS (1988) reporta que según la Encuesta Nacional Demográfica en México, 12.1% de los nacimientos en 1982 fueron de madres entre 15 y 19 años.<sup>10</sup> Entre los factores de riesgo del embarazo precoz se distinguen aspectos sociales, antropológicos y psicosociales, la disfunción familiar, la escasa autoestima la migración de zonas rurales a zonas urbanas, la pobreza y la deserción escolar<sup>4</sup>

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, la frecuencia de disfunción familiar en embarazadas adolescentes fue de un 85%. Estos resultados no son similares a lo reportado por Luna Navarro en un estudio realizado en el 2003 en Nuevo León; con una disfunción familiar del 63.29%<sup>23</sup>

El tipo de familia más frecuente fue la familia extensa en un 61.19% (anteriormente clasificada como extensa compuesta). Reginald Rees y cols en Chile 2003 menciona a la familia biparental como la mas frecuente, así mismo otro estudio realizado en Lima por Olga M. Salaverry menciona que el 64% de los padres de las madres adolescentes viven juntos; mientras que el 20% de los padres de la madre adolescente tuvo o tiene otra pareja, condición en extremo diferente a lo acostumbrado en la comunidad donde se llevo a cabo este estudio,

ya que la cultura de estas familias las obliga a mantenerse juntos aun con sus conflictos familiares<sup>24,25</sup>

Por otra parte se observo que la escolaridad tuvo la siguiente presentación: secundaria en un 32.83%, situación relevante ya que esta es una población aun no preparada para el desarrollo adecuado de una gestación y mucho menos para la formación de una familia

Primera menstruación a los 11 años (31.34%), el cual es un período de especial importancia y riesgo con respecto al desarrollo psicológico. Esta fase de la vida es caracterizada por un cambio rápido en el comportamiento del individuo y por flexibilidad de la estructura psíquica. Ambos son más pronunciadas que en las fases previas (durante la niñez) o en las fases posteriores (adulto). Esto condiciona a que la población adolescente sea susceptible a el inicio precoz de las relaciones sexuales<sup>26</sup>

Número de gestación 31(46.26%), Un estudio realizados por Salaverry y col. (1993) encontró en adolescentes que se embarazaron a edades menores o iguales a 19 años; que las madres adolescentes tienen de 2 a más hijos<sup>25</sup>

Inicio de control prenatal 39 (58.20%)

Estado civil,

Presencia de alcoholismo en los padres 49 (73.3%) principalmente en el padre, violencia 43 (64.17%) del padre a su madre.

Estos datos son similares a los mencionados por Pospisílova- Zuzakova y vasilk en 1965, en al región Oriental y la Habana, que muestran una edad promedio de 13.50 y 13 respectivamente, dichos datos son relativamente similares en los reportados en un estudio hecho por Reina Fleitas Ruiz, Profesora Doctora Departamento de Sociología Universidad de la Habana, Cuba; en donde además se menciona el devaluó de la mujer como ser humano e inclusive algunas presentaron o fueron víctimas de abuso sexual, así mismo el embarazo de estas adolescentes fueron en la mayoría rechazadas por sus padres sobre todo el Padre, lo cual no se observó en la comunidad estudiada, aunque si la molestia de los padres, e inclusive presentándose castigos físicos hacía la embarazada adolescente, misma que se encontraron en otros artículos.

## **CONCLUSION**

Los embarazos en las adolescentes en la mayor parte del mundo, son el resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado. Por tanto, muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo<sup>10</sup>

Podemos concluir que condiciones relevantes de la familia y el medio en que se desarrollan, probablemente tiene algún grado de influencia en la mayoría de las decisiones de la adolescente que cursa con un embarazo; ya que al vivir en un hogar con violencia, jugar roles que no le corresponden, carecer de una adecuada escolaridad, costumbres y devaluación que continua viviéndose en la mayoría de las zonas rurales; contribuyen en gran medida a que estas prefieran formar su propio hogar, sin embargo no hay una independencia total ya que la mayoría continúa bajo el seno de la familia del cónyuge lo que a diferencia de resolver su problema, lo agrava; Sin embargo para la comprobación de lo antes mencionado, será necesario realizar estudios de correlación y longitudinales, que nos permitan establecer dicha relación, que en este momento, solo es una suposición.

## **RECOMENDACIONES**

Así mismo la información sobre métodos de planificación familiar, educación sexual, información a través de los medios de comunicación deben continuar para facilitar la educación de las adolescentes, lo cual mejoraría la salud de las mujeres, ya que como sabemos el embarazo a temprana edad puede poner en peligro a la embarazada o ambos así mismo, presentar productos con alguna malformación o defecto genético.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Universidad Central de Venezuela (2005), INFORME médico. Embarazo en adolescentes. Educación sexual de la Prevención. Vol. 4. San José, Caracas, Venezuela: Escuela de Medicina "San José María Vargas". 2005: 165-176. Recuperado el 14 de Marzo 2005.
2. Juan R. Issler. Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la cátedra VIa Medicina No 107- Agosto/ 2001. p: 11-23. Recuperado el 14 de Marzo 2005.
3. Correón- Vázquez J, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C, et.al. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Vol. 6 num.3 Septiembre-Diciembre 2004 pp. 70-73.
4. Espino F. Embarazos en adolescentes: Una problemática Médica, Social y Política. Recuperado 12 de Febrero 2006.
5. Gutiérrez T, Pascasio E, De la Cruz A, et.al. Situación Familiar y Nivel de Autoestima de la Madre Adolescente. Rev. ENFERMERIA IMSS, 2002; Vol.10 (1): 21-25.
6. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales J, et. al. Embarazo en la adolescencia, Incidencia, Riesgos más Complicaciones. Rev. Cubana Obstetricia Ginecología 2002; Vol. 28(2): 84-88.

7. Ortiz Serrano R, Anaya Ortiz N. I; Sepúlveda C, et. Al. Caracterización de las adolescentes de Bucamaranga, Un estudio Transversal. MED. UNAB. 2005. Vol. 8: 71-77.
8. Rangel J.L, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad Familiar en la adolescente embarazada. 2004; 47 (1): 24-27
9. León Carmona J.C., Hernández Álvarez L. A., Hernández, Hernández A.C. Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad y / o mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres Estados de La República Mexicana. Ginecol Obste Méx. 2002; Vol. 70 (7): 320-327.
10. El embarazo adolescente Pág. 1-9 [http:// www. Monografías embarazoadolescente.com](http://www.monografias-embarazoadolescente.com). Recuperado 17 de febrero 2005
11. Bettylu R (2003) Paginas de Salud Pública 1. Publicaciones sobre adolescencia en Revistas médicas de México, vol. 45, 167-170.
12. Mejía G / Artemisa, (2002). El Pediatra ante la Adolescente que decide abortar. Acta Pediátrica de México, vol. 23 (5): 316-323.
13. Villanueva L. Pérez M, Martínez H, García E, (Agosto 1999) Ginecología y Obstetricia de México, vol. 67 354-359.
14. Republica de Nicaragua Ministerio de Salud (2003). "Estrategias y Lineamientos Básicos para la Prevención del embarazo en la adolescencia". Recuperado Enero 11 2005
15. Núñez R-Urquiza, Hernández B- Prado, García-Barrios, et.al. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Pública de México, vol. 45 Suplemento 1. p.100.

16. MED-UCLA, Revista de La Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Relación entre el Funcionalismo Familiar, el Estrés y la ansiedad. Facultad de Humanidades y Educación. Vol. 3 No. 3-4. 1994. Mérida. Venezuela.
17. Tovar-Granada C, Sánchez-Escobar L, et.al. (2003) Auto percepción de disfunción familiar en un grupo de Familias de La Ciudad de México, vol. 5 (3): 92-95.
18. Hernández A, Rebastillo GT, Dansuy MC, Bess S. (1998). Influencia del Medio Familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida.
19. Rodríguez G.A. Entorno a la Dimensión Ética de La Familia Mexicana. Búsqueda de una visión integrativa e integral. Recuperado el 08 de diciembre 2005. <http://ergosum.uaemex.mx/marzo 99/ m9 casas.html>.
20. Molina R. Rojas T. Mariño Z. Duin E. Espinosa C. Apgar Familiar y Adolescencia Caracas- Mérida 1998 P. 1-8. [http://www.Pediatria.org/avpp/2000-2003/apgar\\_familiar.htm.com](http://www.Pediatria.org/avpp/2000-2003/apgar_familiar.htm.com). Recuperado 13 05 2006
21. Grupo océano (2004). Océano Uno Color con CD-ROM. (pp. 678). Barcelona, España. [www.oceano.com](http://www.oceano.com) Recuperado 04 mayo 2007
22. Vásquez A, et. al. Embarazo y Adolescencia: Factores Biológicos, Materno y Perinatales más Frecuente. Revista Cubana Obstet Ginecol 2001; 27 (2): 58- 64.. Recuperado 12 03 2007

23. Luna- Navarro A, et. al. Disfunción Familiar en Adolescentes Embarazadas. Edición especial No.2-2003. **Revista de Salud Pública y Nutrición** [webmaster@uaanl.mx](mailto:webmaster@uaanl.mx) Recuperado 17 junio 2007.
24. Rees reginald, Valenzuela. A. Características individuales y de la Estructura Familiar de un Grupo de Adolescentes Abusadores de Alcohol y/o Marihuana. Rev Chil Neuro- psiquiat. Vol. 4 num., 3, 2003; 41(3): 173-85. Recuperado 17 agosto
25. Salaverry O, M. Embarazo en Adolescentes de Lima. Recuperado 17 agosto 2007-10-10
26. Monografías, programa educativo sobre madurez psicoafectiva en adolescentes embarazadas, agosto 2005.  
<http://www.psicologiapopular.com/adolescencia.htm> Recuperado 14 agosto 2007

ANEXOS

**ANEXO 1**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación

Titulado: **DISFUNCION FAMILIAR EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL RURAL DE HECELCHAKAN**

Registrado ante el comité local de investigación medica con el número \_\_\_\_\_ El objetivo de este estudio es \_\_\_\_\_

Se me ha explicado que mi participación consistirá en \_\_\_\_\_

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. El investigador principal se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto. El investigador principal me a dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

.....  
Nombre y firma del paciente

.....  
Nombre del investigador principal

.....  
Testigo

.....  
Testigo

ANEXO 2

**FACES III**

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 su disciplina	
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	
6	Cualquier miembro 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 con relación a 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 está	
14	En nuestra familia las reglas cambian	
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia	
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones	
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad	
19	La unión familiar es muy importante	
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar	

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>Algunas Veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

## INTERPRETACION

El cuestionario cuenta con veinte ítems planteado como aptitudes con una escala de presentación tipo Lickert, diez, para evaluar cohesión familiar y adaptabilidad familiar

La calificación de cohesión familiar es la suma de los ITEMS nones (no relacionada, semirelacionada, relacionada y aglutinada)

La adaptabilidad, se calificara, de acuerdo a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares (rígida, estructurada, flexible y caótica).

La cohesión familiar según el modelo es el vínculo emocional, que tienen los miembros de la familia y el nivel de autonomía individual que una persona experimenta en el ámbito de su propia familia<sup>18</sup>

La representación gráfica del modelo circunflejo abarca únicamente las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, los estudios que se han realizado con base en el modelo circunflejo han demostrado que ha mayor comunicación mayor funcionalidad<sup>18</sup>

La comunicación familiar debe ser considerada como una dimensión facilitadora en la que solo es posible cuando existe respeto de sus miembros entre si para la escucha atenta, para los comentarios de apoyo, la empatía, habilidades que permitirán mantener una comunicación favorable para la función familiar<sup>18</sup>



## RESULTADOS

Posterior a la aplicación del instrumento FACES III encontramos que la cohesión familiar fue predominantemente semirrelacionada ocupando un 53.73% en esta categoría; con respecto a la adaptabilidad, la categoría predominante fue la rígida, encontrándose hasta en un 70.14% de los casos (Cuadro 1).

Se aplicaron 67 encuestas a embarazadas adolescentes, que cumplieron con los criterios de inclusión, en las cuales se encontró un 85% de disfunción familiar. (Gráfico 1 y cuadro 2)

Respecto de la edad, la media de edad fue de 20.8 años y el grupo etareo que con más frecuencia presentó disfunción familiar fue el de 19 años con 31.34% (23) como se muestra en el Grafico 2 de barras según rangos de edad.

Con respecto a la tipología familiar la mas frecuente fue la extensa, con un 61.19% (según la nueva clasificación) (Ver Cuadro 2)

Así mismo se observó que en la familia extensa también se presentó alcoholismo 49(73.13%) y violencia física por parte del padre a su madre 43(64.17%). Grafico 3

De las 67 embarazadas encuestadas 31 eran primigestas lo que corresponde a un 46.26%, de estas 32.83% cursaron la secundaria. Cuadro 3

En lo tocante al estado civil el 52.23% estaban casadas. Gráfico 4

Acudieron a su control prenatal en el primer trimestre el 55.22%. Cuadro 4

En lo referente a escolaridad, el 58.2% cursó la primaria (Cuadro 5)

Respecto a la información acerca de planificación familiar, el 71.5% de la escuestadas manifestó haberla recibido, mientras que el 28.3% mencionó que no recibió este tipo de información.

CUADRO 1.

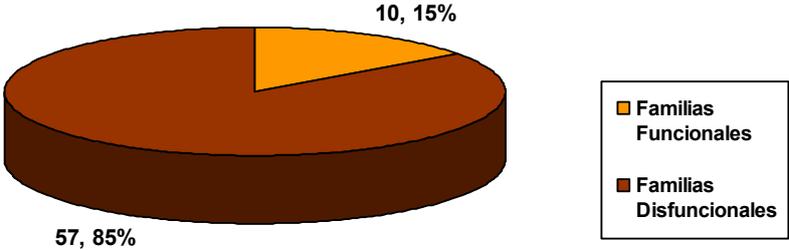
**FRECUENCIA DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN LAS FAMILIAS  
DISFUNCIONALES ANALIZADAS EN BASE AL INSTRUMENTO DE  
EVALUACIÓN FACES III.**

<b>COHESIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
NO RELACIONADA	17	25.37%
SEMIRELACIONADA	36	53.73%
RELACIONADA	4	5.9%
AGLUTINADA	0	0%
<b>ADAPTABILIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
RÍGIDA	47	70.14%
ESTRUCTURADA	1	1.49%
FLEXIBLE	2	2.98%
CAÓTICA	7	10.44%

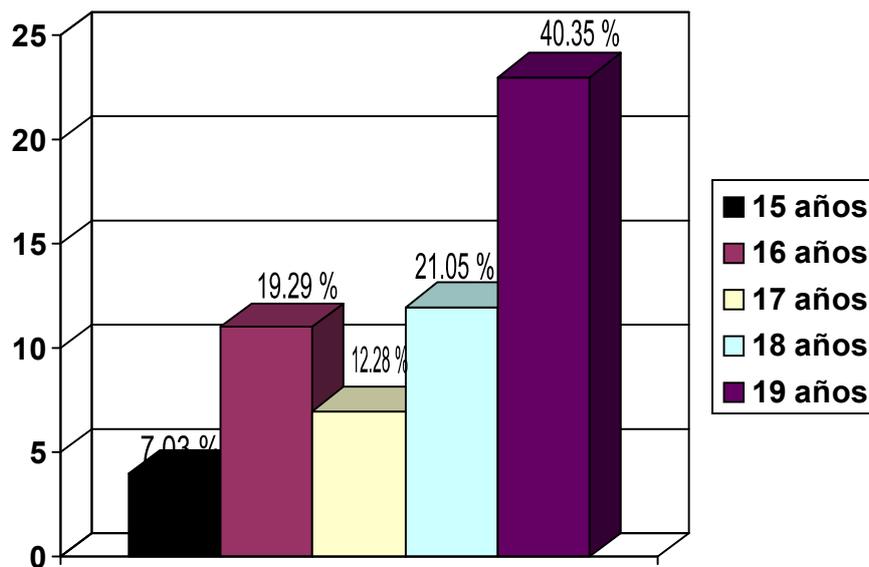
**CUADRO 2. PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR  
ENCUESTAS APLICADAS=67**

<b>Familias Disfuncionales</b>	<b>Familias Funcionales</b>
57 Encuestadas = 85%	510 Encuestadas = 15%

**GRAFICO 1. PREVALENCIA DE FAMILIAS DISFUNCIONALES**



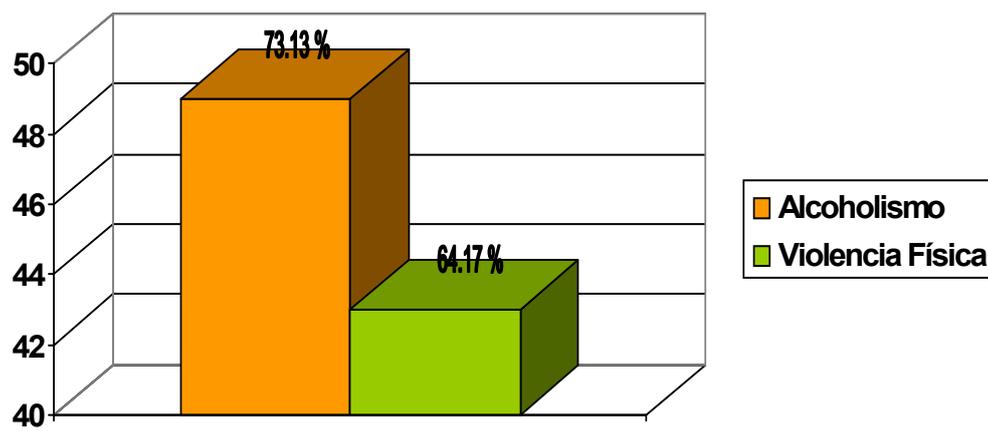
**GRAFICO 2.**  
**GRUPOS DE EDAD POR FRECUENCIA DE**  
**DISFUNCION FAMILIAR**



**CUADRO 3. TIPOLOGIA FAMILIAR MAS FRECUENTE**

<b>FAMILIAS EXTENSAS</b>	<b>FAMILIA NUCLEAR SIMPLE</b>
61.19%	38.81%

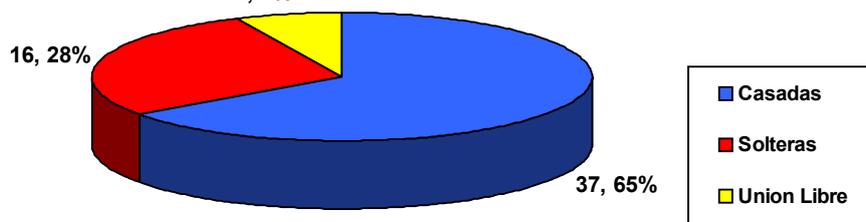
**GRAFICO 3. PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCION FAMILIAR**



**CUADRO 4. NUMERO DE EMBARAZOS POR FAMILIA DISFUNCIONAL**

<b>PRIMIGESTAS</b>	<b>SECUNDIGESTAS</b>	<b>TERCIGESTAS</b>
35 Encuestadas = 61.40%	19 Encuestadas = 33.33%	3 Encuestadas = 5.27%

GRAFICO 4. ESTADO CIVIL DE LAS EMBARAZADAS POR  
FAMILIA DISFUNCIONAL



**CUADRO 5. ESCOLARIDAD EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

<b>PRIMARIA</b>	<b>SECUNDARIA</b>	<b>OTRA</b>
39 Encuestadas = 58.2%	19 Encuestadas = 28.3%	9 Encuestadas = 13.4%

**CUADRO 6. INFORMACION SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

<b>Con Información</b>	<b>Sin Información</b>
48 Encuestadas = 71.5%	19 Encuestadas = 28.3%

## DISCUSION

La maternidad en las adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, ya que existe inexperiencia en el cuidado de los niños, modelos parentales inadecuados y la existencia de disfunción familiar que determinan un contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales<sup>22</sup>

Pudiendo esta, transformarse en una experiencia gratificante o traumática dependiendo de la manera en que la futura madre asuma su nuevo rol, la familia preste apoyo afectivo y la sociedad brinde oportunidades de integración social

La organización Panamericana de la Salud, OPS (1988) reporta que según la Encuesta Nacional Demográfica en México, 12.1% de los nacimientos en 1982 fueron de madres entre 15 y 19 años.<sup>10</sup> Entre los factores de riesgo del embarazo precoz se distinguen aspectos sociales, antropológicos y psicosociales, la disfunción familiar, la escasa autoestima la migración de zonas rurales a zonas urbanas, la pobreza y la deserción escolar<sup>4</sup>

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, la frecuencia de disfunción familiar en embarazadas adolescentes fue de un 85%. Estos resultados no son similares a lo reportado por Luna Navarro en un estudio realizado en el 2003 en Nuevo León; con una disfunción familiar del 63.29%<sup>23</sup>

El tipo de familia más frecuente fue la familia extensa en un 61.19% (anteriormente clasificada como extensa compuesta). Reginald Rees y cols en Chile 2003 menciona a la familia biparental como la mas frecuente, así mismo otro estudio realizado en Lima por Olga M. Salaverry menciona que el 64% de los padres de las madres adolescentes viven juntos; mientras que el 20% de los padres de la madre adolescente tuvo o tiene otra pareja, condición en extremo diferente a lo acostumbrado en la comunidad donde se llevo a cabo este estudio,

ya que la cultura de estas familias las obliga a mantenerse juntos aun con sus conflictos familiares<sup>24,25</sup>

Por otra parte se observo que la escolaridad tuvo la siguiente presentación: secundaria en un 32.83%, situación relevante ya que esta es una población aun no preparada para el desarrollo adecuado de una gestación y mucho menos para la formación de una familia

Primera menstruación a los 11 años (31.34%), el cual es un período de especial importancia y riesgo con respecto al desarrollo psicológico. Esta fase de la vida es caracterizada por un cambio rápido en el comportamiento del individuo y por flexibilidad de la estructura psíquica. Ambos son más pronunciadas que en las fases previas (durante la niñez) o en las fases posteriores (adulto). Esto condiciona a que la población adolescente sea susceptible a el inicio precoz de las relaciones sexuales<sup>26</sup>

Número de gestación 31(46.26%), Un estudio realizados por Salaverry y col. (1993) encontró en adolescentes que se embarazaron a edades menores o iguales a 19 años; que las madres adolescentes tienen de 2 a más hijos<sup>25</sup>

Inicio de control prenatal 39 (58.20%)

Estado civil,

Presencia de alcoholismo en los padres 49 (73.3%) principalmente en el padre, violencia 43 (64.17%) del padre a su madre.

Estos datos son similares a los mencionados por Pospisílova- Zuzakova y vasilk en 1965, en al región Oriental y la Habana, que muestran una edad promedio de 13.50 y 13 respectivamente, dichos datos son relativamente similares en los reportados en un estudio hecho por Reina Fleitas Ruiz, Profesora Doctora Departamento de Sociología Universidad de la Habana, Cuba; en donde además se menciona el devaluó de la mujer como ser humano e inclusive algunas presentaron o fueron victimas de abuso sexual, así mismo el embarazo de estas adolescentes fueron en la mayoría rechazadas por sus padres sobre todo el Padre, lo cual no se observó en la comunidad estudiada, aunque si la molestia de los padres, e inclusive presentándose castigos físicos hacía la embarazada adolescente, misma que se encontraron en otros artículos.

## **CONCLUSION**

Los embarazos en las adolescentes en la mayor parte del mundo, son el resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado. Por tanto, muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo<sup>10</sup>

Podemos concluir que condiciones relevantes de la familia y el medio en que se desarrollan, probablemente tiene algún grado de influencia en la mayoría de las decisiones de la adolescente que cursa con un embarazo; ya que al vivir en un hogar con violencia, jugar roles que no le corresponden, carecer de una adecuada escolaridad, costumbres y devaluación que continua viviéndose en la mayoría de las zonas rurales; contribuyen en gran medida a que estas prefieran formar su propio hogar, sin embargo no hay una independencia total ya que la mayoría continúa bajo el seno de la familia del cónyuge lo que a diferencia de resolver su problema, lo agrava; Sin embargo para la comprobación de lo antes mencionado, será necesario realizar estudios de correlación y longitudinales, que nos permitan establecer dicha relación, que en este momento, solo es una suposición.

## **RECOMENDACIONES**

Así mismo la información sobre métodos de planificación familiar, educación sexual, información a través de los medios de comunicación deben continuar para facilitar la educación de las adolescentes, lo cual mejoraría la salud de las mujeres, ya que como sabemos el embarazo a temprana edad puede poner en peligro a la embarazada o ambos así mismo, presentar productos con alguna malformación o defecto genético.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Universidad Central de Venezuela (2005), INFORME médico. Embarazo en adolescentes. Educación sexual de la Prevención. Vol. 4. San José, Caracas, Venezuela: Escuela de Medicina "San José María Vargas". 2005: 165-176. Recuperado el 14 de Marzo 2005.
2. Juan R. Issler. Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la cátedra VIa Medicina No 107- Agosto/ 2001. p: 11-23. Recuperado el 14 de Marzo 2005.
3. Correón- Vázquez J, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C, et.al. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Vol. 6 num.3 Septiembre-Diciembre 2004 pp. 70-73.
4. Espino F. Embarazos en adolescentes: Una problemática Médica, Social y Política. Recuperado 12 de Febrero 2006.
5. Gutiérrez T, Pascasio E, De la Cruz A, et.al. Situación Familiar y Nivel de Autoestima de la Madre Adolescente. Rev. ENFERMERIA IMSS, 2002; Vol.10 (1): 21-25.
6. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales J, et. al. Embarazo en la adolescencia, Incidencia, Riesgos más Complicaciones. Rev. Cubana Obstetricia Ginecología 2002; Vol. 28(2): 84-88.
7. Ortiz Serrano R, Anaya Ortiz N. I; Sepúlveda C, et. Al. Caracterización de las adolescentes de Bucamaranga, Un estudio Transversal. MED. UNAB. 2005. Vol. 8: 71-77.

8. Rangel J.L, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad Familiar en la adolescente embarazada. 2004; 47 (1): 24-27
9. León Carmona J.C., Hernández Álvarez L. A., Hernández, Hernández A.C. Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad y / o mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres Estados de La República Mexicana. Ginecol Obste Méx. 2002; Vol. 70 (7): 320-327.
10. El embarazo adolescente Pág. 1-9 [http:// www. Monografías embarazoadolescente.com](http://www.Monografiasembarzoadolescente.com). Recuperado 17 de febrero 2005
11. Bettylu R (2003) Paginas de Salud Pública 1. Publicaciones sobre adolescencia en Revistas médicas de México, vol. 45, 167-170.
12. Mejía G / Artemisa, (2002). El Pediatra ante la Adolescente que decide abortar. Acta Pediátrica de México, vol. 23 (5): 316-323.
13. Villanueva L. Pérez M, Martínez H, García E, (Agosto 1999) Ginecología y Obstetricia de México, vol. 67 354-359.
14. Republica de Nicaragua Ministerio de Salud (2003). "Estrategias y Lineamientos Básicos para la Prevención del embarazo en la adolescencia". Recuperado Enero 11 2005
15. Núñez R-Urguiza, Hernández B- Prado, García-Barrios, et.al. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Pública de México, vol. 45 Suplemento 1. p.100.
16. MED-UCLA, Revista de La Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Relación entre el Funcionalismo Familiar, el Estrés y la ansiedad. Facultad de Humanidades y Educación. Vol. 3 No. 3-4. 1994. Mérida. Venezuela.

17. Tovar-Granada C, Sánchez-Escobar L, et.al. (2003) Auto percepción de disfunción familiar en un grupo de Familias de La Ciudad de México, vol. 5 (3): 92-95.
18. Hernández A, Rebutillo GT, Dansuy MC, Bess S. (1998). Influencia del Medio Familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida.
19. Rodríguez G.A. Entorno a la Dimensión Ética de La Familia Mexicana. Búsqueda de una visión integrativa e integral. Recuperado el 08 de diciembre 2005. <http://ergosum.uaemex.mx/marzo 99/ m9 casas.html>.
20. Molina R. Rojas T. Mariño Z. Duin E. Espinosa C. Apgar Familiar y Adolescencia Caracas- Mérida 1998 P. 1-8. [http://www.Pediatria.org/avpp/2000-2003/apgar\\_familiar.htm.com](http://www.Pediatria.org/avpp/2000-2003/apgar_familiar.htm.com). Recuperado 13 05 2006
21. Grupo océano (2004). Océano Uno Color con CD-ROM. (pp. 678). Barcelona, España. [www.oceano.com](http://www.oceano.com) Recuperado 04 mayo 2007
22. Vásquez A, et. al. Embarazo y Adolescencia: Factores Biológicos, Materno y Perinatales más Frecuente. Revista Cubana Obstet Ginecol 2001; 27 (2): 58- 64.. Recuperado 12 03 2007
23. Luna- Navarro A, et. al. Disfunción Familiar en Adolescentes Embarazadas. Edición especial No.2-2003. **Revista de Salud Pública y Nutrición** [webmaster@uaanl.mx](mailto:webmaster@uaanl.mx) Recuperado 17 junio 2007.
24. Rees reginald, Valenzuela. A. Características individuales y de la Estructura Familiar de un Grupo de Adolescentes Abusadores de Alcohol y/o Marihuana. Rev Chil Neuro- psiquiat. Vol. 4 num., 3, 2003; 41(3): 173-85. Recuperado 17 agosto

25. Salaverry O, M. Embarazo en Adolescentes de Lima. Recuperado 17 agosto 2007-10-10

26. Monografías, programa educativo sobre madurez psicoafectiva en adolescentes embarazadas, agosto 2005.

<http://www.psicologiapopular.com/adolescencia.htm> Recuperado 14 agosto 2007

**ANEXO 1**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación

Titulado: **DISFUNCION FAMILIAR EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL RURAL DE HECELCHAKAN**

Registrado ante el comité local de investigación medica con el número \_\_\_\_\_ El objetivo de este estudio es \_\_\_\_\_

Se me ha explicado que mi participación consistirá en \_\_\_\_\_

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. El investigador principal se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto. El investigador principal me a dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

.....  
Nombre y firma del paciente

.....  
Nombre del investigador principal

.....  
Testigo

.....  
Testigo

ANEXO 2

**FACES III**

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 su disciplina	
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	
6	Cualquier miembro 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 con relación a 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 está	
14	En nuestra familia las reglas cambian	
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia	
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones	
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad	
19	La unión familiar es muy importante	
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar	

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>Algunas Veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

INTERPRETACION

El cuestionario cuenta con veinte ítems planteado como aptitudes con una escala de presentación tipo Lickert, diez, para evaluar cohesión familiar y adaptabilidad familiar

La calificación de cohesión familiar es la suma de los ITEMS nones (no relacionada, semirelacionada, relacionada y aglutinada)

La adaptabilidad, se calificara, de acuerdo a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares (rígida, estructurada, flexible y caótica).

La cohesión familiar según el modelo es el vínculo emocional, que tienen los miembros de la familia y el nivel de autonomía individual que una persona experimenta en el ámbito de su propia familia<sup>18</sup>

La representación grafica del modelo circunflejo abarca únicamente las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, los estudios que se han realizado con base en el modelo circunflejo han demostrado que ha mayor comunicación mayor funcionalidad<sup>18</sup>

La comunicación familiar debe ser considerada como una dimensión facilitadora en la que solo es posible cuando existe respeto de sus miembros entre si para la escucha atenta, para los comentarios de apoyo, la empatía, habilidades que permitirán mantener una comunicación favorable para la función familiar<sup>18</sup>

### **ANEXO 3**

#### **HOJA DE RECOLECCION DE DATOS**

NUM DE ENCUESTA-----

EDAD                      PRIM. MENSTRUACION ( )                      NUM. EMBARAZO ( )

ESCOLARIDAD: PRIMARIA                      SECUNDARIA                      OTRAS

ESTADO CIVIL: SOLTERA ----                      CASADA-----                      UNION LIBRE-----

HA CONTINUADO CON SUS ESTUDIOS    SI                      NO

POR QUÉ QUIERE SER MADRE?

POR QUE LO DESIE ( )                                              PORQUE SALI EMBARAZADA ( )

SABES O TE HAN HABLADO SOBRE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR?

SI                      NO

CUALES?

¿A LAS CUANTAS SEMANAS ACUDISTE A TU PRIMERA CONSULTA?

PRIMER TRIMESTRE                      SEGUNDO                      TERCER

¿A CUANTAS CONSULTAS HAS ACUDIDO? 1, 2, 3, 4, 5 O MÁS ( )

ACTUALMENTE VIVES CON: PADRES ( )    CON ESPOSO ( )    HERMANOS ( )

TIOS ( )    ABUELOS ( )    SUEGROS ( )

TU RELACION CON TU FAMILIA ES BUENA? 1. SI                      2. NO ( )

PORQUE?

GRACIAS..... POR TU PARTICIPACION.