



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIVERSIDAD VERACRUZANA**

---

---



**DELEGACION VERACRUZ NORTE  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 61**

**"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y  
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS  
DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES"**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO  
EN LA ESPECIALIDAD DE:**

**MEDICINA FAMILIAR**

**Presenta:**

**Dra. Doris Lorena Juárez Vázquez**

**Asesor:**

**Dra. Obdulia Texón Fernández**

**H. Veracruz, Ver.**

**Febrero 2008**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CARACTERISTICAS  
SOCIODEMOGRAFICAS DE EMBARAZADAS  
ADOLESCENTES”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DORIS LORENA JUAREZ VAZQUEZ**

**AUTORIZACION:**



---

**DR. FELIX GUILLERMO MARQUEZ CELEDONIO  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
EN LA UMF 61, VERACRUZ, VER.**



**IMSS**

**U. M. E. No. 61  
VERACRUZ, VER.**

**EDUCACION MEDICA E INVEST.**

## INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCION.....	5
MATERIAL Y METODOS.....	11
RESULTADOS.....	14
DISCUSION.....	19
BIBLIOGRAFIA.....	20
AGRADECIMIENTOS.....	22

## RESUMEN

**Introducción.** La adolescencia es un periodo crítico en todo individuo ya que es aquí donde se busca una identidad propia tanto de la personalidad como de su sexualidad así como la adquisición de nuevas pautas de conducta. Etapa donde la funcionalidad familiar es de suma importancia para la prevención de diversos factores de riesgo uno de ellos el embarazo a temprana edad.

**Objetivo.** Determinar la funcionalidad familiar y características sociodemográficas de adolescentes embarazadas.

**Material y Métodos:** Se realizó una encuesta transversal descriptiva que se realizará en las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad que acudan al Hospital Rural IMSS Oportunidades de Papantla, Veracruz, con control prenatal regular en Consulta externa y atendidas en el servicio de urgencias. Aplicando FACES III para valorar funcionalidad familiar en el periodo comprendido de marzo – agosto 2007.

**Resultados:** Se incluyeron 70 pacientes adolescentes embarazadas, tomando en cuenta características sociodemográficas como edad entre 13 y 19 años, en cuanto al estado civil predominó la unión libre 48 (68%), 11 (16%) fueron casadas y 11 (16%) solteras. En cuanto a la religión la gran mayoría es católica 55 (79%), Pentecostés 4 (5.7%), cristiana 2 (2.8%), Evangélica 1 (1.4%), Mormón 1 (1.4%), Testigo de Jehová 1 (1.4%), Adventista 2 (2.8%) y 4 (5.7%) sin ninguna religión. Así como número de gestas y trimestre gestacional. Se aplicó la encuesta FACES III encontrando en la cohesión funcionalidad familiar en 36 (51.4%) tomando en cuenta los rubros de semirrelacionada y relacionada y disfunción familiar en 34 (48.6%) tomando en cuenta a la no relacionada y aglutinada, en cuanto a la adaptabilidad se encontró funcionalidad familiar en

31 (44.3%) siendo más frecuente familias rígidas así como caóticas y disfunción familiar en 39 (55.7%) dentro de familias estructuradas y flexibles.

**Conclusión:** La funcionalidad familiar en cuanto a adaptabilidad fue predominantemente familias rígidas y caóticas, dentro de la cohesión la funcionalidad familiar fue más frecuente predominando las familias semirelacionada y relacionada con diferencia en porcentaje mínimo en cuanto a familias aglutinada y no relacionadas.

## INTRODUCCION

La familia es un conjunto de personas consanguíneas o no, las cuales conviven bajo un mismo techo, considerada también como un sistema compuesto por un conjunto de personas que se encuentran en interacción dinámica, donde lo que le sucede a uno de los miembros afecta a todo el grupo.

Cuando en una familia los hijos llegan a la adolescencia inicia una etapa de crisis con problemas que se centran principalmente en la diferenciación de roles, así existe el problema de establecer un nuevo equilibrio en el sistema conyugal. Este tipo de dificultades en la relación padres e hijos ocurre principalmente en tres áreas básicas: a) autoridad, b) sexualidad y c) los valores. Existe por lo tanto una interacción con una comunicación muy pobre y expresiones afectivas negativas que repercuten de forma negativa en la conducta del adolescente. Los padres que en su mayoría tienen dificultades para disminuir gradualmente su autoridad paterna contribuyen al problema de adaptación en el adolescente.

Dentro de la etapa de la adolescencia hay un periodo de exploración de la sexualidad habiendo conflictos acerca de los valores sexuales y de cómo expresarlos. Es donde los padres tienen la problemática para discutir las cuestiones sexuales por lo que los adolescentes desconocen las actitudes de sus padres ante estos hechos. En estos casos no es suficiente la información, si no también el aspecto emocional y sobre todo la libertad para descubrir y desarrollar la confianza entre los adolescentes y sus padres.

Toda esta etapa de crisis familiar por la simple razón de haber adolescentes en casa nos lleva a aparecer o incrementar algún tipo de

disfunción familiar, y ante la duda y angustia de los adolescentes alrededor de su sexualidad en desarrollo puede llevarlo a tomar decisiones erróneas con respecto a la expresión sexual, que puede ir desde la supresión total, hasta la máxima expresión llegando a la promiscuidad, siendo esta un indicador de pobre autoconcepto y/o sentimientos de minusvalía. De esta misma forma, sus conductas sexuales pueden ser un elemento de venganza contra los padres o de atraer o retener amigos. Por desgracia, los adolescentes creen por aspectos que se relacionan con su desarrollo cognoscitivo y emocional en esta etapa, son invulnerables y entonces incrementa su riesgo de adquirir enfermedades sexuales y/o embarazos no deseados ni planeados.

En el año 2000 ocurrieron más de 500,000 embarazos en adolescentes menores de 19 años de los cuales solo 366,000 llegaron a término, esto representó el 17% del total de nacimientos del país<sup>1</sup>.

La adolescencia de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud es definida como "el período en el cual el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez", que abarca entre los 10 y 19 años de edad. Un período crítico en todo individuo ya que es aquí donde se busca una identidad propia tanto de la personalidad como de su sexualidad así como la adquisición de nuevas pautas de conducta. Una etapa que es vulnerable a diversos factores de riesgo como: alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, accidentes, homicidios, suicidios, inicio de vida sexual activa a temprana edad y consecuentemente embarazos no planeados o no deseados, además de enfermedades de transmisión sexual, contribuidos quizá por mala o deficiente comunicación con los padres, problemas entre los padres, padres que viven separados, ignorancia en reproducción, sexualidad

humana y embarazo, ser hijos de madres adolescentes, baja autoestima, inseguridad etc.

La familia por lo tanto es un pilar importante en la sociedad. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud por familia se entiende "a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado, por sangre, adopción y matrimonio". De tal forma que esta interviene en el crecimiento y desarrollo de cada uno de sus miembros, como lo menciona Ackerman el la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud. La familia es fundamental para transmitir a sus nuevas generaciones sus valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones. Es por ello que la dinámica familiar es importante para la prevención de diversos factores de riesgo en los que se encuentran los adolescentes, uno de ello y de suma importancia el embarazo a temprana edad.

La familia disfuncional se define como aquella que se ve imposibilitada para realizar de forma adecuada sus funciones familiares, lo cual afecta áreas primordiales como la educación y el desarrollo afectivo Esta se puede manifestar a través de un conjunto de respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas, en un intento inicial de adaptación.

La depresión en adolescentes, es más frecuente en el sexo femenino, y en cuanto a su función familiar se observe en los adolescentes con depresión familias rígidas dispersas y sin depresión familias flexibles aglutinadas, estructuralmente aglutinadas y rígidamente aglutinadas<sup>2</sup>.

El embarazo en la adolescencia aparece como un real problema en la época de los setentas y que en México en el año 1996, hubo 355,000



nacimientos que fueron provenientes de madres con edades entre los 15 y 19 años de edad. Los factores asociados encontrados fueron algunas variables relacionadas con el nivel socioeconómico bajo, baja autoestima y escolaridad así como falta de información acerca de los métodos de planificación familiar. En cuanto a las características familiares, concluyeron que hubo comunicación intrafamiliar armoniosa y con aceptación del embarazo por parte de la familia y la pareja de la adolescente<sup>3</sup>.

El embarazo en adolescentes es un problema de Salud Pública, basándolo en cuatro elementos: 1) Su supuesto incremento, 2) Su contribución al crecimiento acelerado de la población, 3) Sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño y 4) su supuesta contribución a la persistencia de la pobreza<sup>4</sup>.

La aparición de un embarazo en una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de cada uno de los miembros que requiere de la adaptación de este sistema para llegar a un equilibrio u homeostasis familiar. Pero también es de suma importancia y quizás determinante la dinámica familiar en la que vive la adolescente antes de que ocurra el embarazo

El 27% de adolescentes embarazadas en León Guanajuato tuvo disfunción familiar moderada, 6% disfunción familiar severa y normalidad en 67%. Obteniendo un resultado de que el 33 % del total de embarazadas que ingresaron al estudio tuvo algún grado de disfunción familiar La cual se presentó principalmente en los aspectos de crecimiento y afecto. Lo que consideraron que es un factor de riesgo asociado a la edad, escolaridad, ocupación y estado civil actual<sup>5</sup>.

La conducta de las adolescentes sigue un patrón normal para una sociedad como la mexicana con una moda de 17 años para el embarazo, conducta que es generalizada para todo el país, por lo que la educación sexual deberá iniciarse en el hogar, con la capacitación a madres, así como la orientación también es responsabilidad de los profesores y médicos<sup>6</sup>.

En Acapulco Guerrero se realizó un estudio de las *"características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo"*, un punto que llama la atención en este estudio fue que casi la mitad de las adolescentes refirió que se embarazó para casarse o para salirse de su casa, esto probablemente relacionado con la falta de afecto y apoyo por parte de su familia de origen<sup>7</sup>.

Factores asociados como bajo nivel cultural, inmadurez psicosocial y problemas en la comunicación familiar, lo que condiciona inadecuado control prenatal lo que incrementa la morbilidad materno infantil<sup>8</sup>.

La disfunción familiar es un factor que predispone la aparición de trastornos emocionales psicológicos expresados muchos de ellos en conductas dañinas para las adolescentes, como farmacodependencia, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar, doprosión, suicidio y otros. Además es un factor predisponente para el desarrollo de conductas de riesgo, entre ellas el embarazo en adolescentes<sup>9</sup>.

El nivel socioeconómico, el hacinamiento y la escolaridad son factores asociados al embarazo en adolescentes<sup>10</sup>.

El embarazo en la adolescencia se ha considerado como un problema de estadística en México lo cual puede tener repercusiones serias en la salud

de la adolescente así como repercusiones sociales como enfrentar el papel de ser madre a tan corta edad y dejar atrás metas escolares, recreación, etc.

Por ello es importante determinar si el grado de funcionalidad familiar, puede repercutir con la aparición del embarazo en las adolescentes con la finalidad de darle real importancia a esta problemática y que a través de grupos multidisciplinarios se puedan disminuir la morbimortalidad materno infantil y proponer algunas medidas de prevención.

## MATERIAL Y METODOS.

Se realizó una encuesta transversal, retrospectiva, descriptiva en el periodo comprendido del 1ro. De marzo 2007 al 30 de agosto del 2007, en el Hospital Rural IMSS oportunidades de Papantla, Veracruz en el área de consulta externa y servicio de urgencias. Se encontraron pacientes que acudieron a dicha unidad, en turno matutino, vespertino así como fines de semana, con edad de 13 a 19 años de edad, del sexo femenino, con diagnóstico de embarazo.

A todas las adolescentes embarazadas incluidas en el estudio se les aplicó la encuesta FACES III validada para valorar funcionalidad familiar antes de su embarazo.

El tamaño de muestra se calculó en base a los siguientes parámetros estadísticos:

- a) Nivel de confianza (1 – alfa): 95%
- b) Poder (1 – beta): 80%
- c) Proporción de exposición en los casos: 40%

Con los parámetros anteriores el tamaño de muestra calculado fue de 70 casos.

La selección de los casos se tomó de forma consecutiva de los casos incidentes que se presentaron durante el periodo de estudio. Siendo los criterios de inclusión toda paciente adolescente embarazada con un rango de edad de 10-19 años de edad, que acuda al Hospital Rural Papantla, Veracruz, a control

prenatal al área de consulta externa así como al servicio de urgencias, así como la aceptación de las pacientes para resolver las encuestas.

Los criterios de exclusión fueron adolescentes embarazadas con un algún trastorno mental, adolescentes embarazadas con alguna complicación durante su embarazo y adolescentes embarazadas producto de abuso sexual. Se tomo en cuenta también criterios de inclusión como encuestas respondidas de manera incompleta y/o con datos incompletos o incorrectos en la ficha de identificación.

El FACES III aplicada a estas pacientes es un instrumento validado en idioma español, que tiene una consistencia de Spearman-Brown de 0.971 en una primera aplicación y 0.975 en una segunda aplicación al momento de su validación, obteniendo valores de probabilidad inferiores a 0 05 en 17 de los reactivos con la prueba de los rangos y signos de Wilcoxon, por lo que tiene un nivel adecuado de confiabilidad. Esta constituido por 20 ítems que permiten explorar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. De acuerdo con su resultado la familia se clasifica en:

Cohesión.

<i>COHESION</i>	<i>AMPLITUD DE CLASE</i>
No relacionada	10-34
Semirelacionada	35-40
Relacionada	41-45
Aglutinada	46-50

### Adaptabilidad.

<i>ADAPTABILIDAD</i>	<i>AMPLITUD DE CLASE</i>
Rígida	10-19
Estructurada	20-24
Flexible	25-28
Caótica	29-50

Para fines del estudio se considerarán **Funcionales** las familias que en la dimensión de Cohesión se encuentren como semirelacionada y relacionada y dentro de la dimensión de adaptabilidad las que se encuentren como estructurada y flexible. **Difuncionales** dentro de la dimensión de Cohesión las que se encuentren como No relacionada y aglutinada. Y dentro de la adaptabilidad las que se encuentren como rígida y caótica. Estos resultados de acuerdo al puntaje dado con la suma de números pares y nones de la encuesta aplicada.

Esta encuesta consta de ficha de identificación donde se tomaron en cuenta la edad, religión, estado civil, estado socioeconómico, trimestre de gestación, número de embarazos.

## RESULTADOS

Se estudiaron 70 pacientes adolescentes embarazadas con características sociodemográficas de edad entre 13 y 19 años, en cuanto al estado civil predominó la unión libre 48 (68%), 11 (16%) fueron casadas y 11 (16%) solteras. En cuanto a la religión la gran mayoría es católica 55 (79%), Pentecostés 4 (5.7%), cristiana 2 (2.8%), Evangelica 1 (1.4%), Momón 1 (1.4%), Testigo de Jehová 1 (1.4%), Adventista 2 (2.8%) y 4 (5.7%) sin ninguna religión.

La escolaridad predominante de estas adolescentes fue de secundaria 23 (32%) y primaria 20 (28%), 1 (1.4%) sin escolaridad, preparatoria 12 (17.1%), primaria incompleta 7 (10%), secundaria incompleta 4 (5.7%) y preparatoria incompleta 3 (4.2%). (Cuadro 1)

En cuanto a los resultados de la aplicación de FACES III dentro de la cohesión se obtuvo con funcionalidad familiar a 36 (51.4%) siendo mayor el porcentaje y con disfunción familiar a 34 (48.6%) de acuerdo a los parámetros establecidos para determinar funcionalidad familiar (Cuadro 2) Dentro de la adaptabilidad se encontró con disfunción familiar a 39 (55.7%), y con funcionalidad familiar a 31 (44.3%) de igual manera con los parámetros establecidos. (Cuadro 2).

El número de gesta predominante fue gesta I 51 (72.8%), gesta II 18 (25.7%) y gesta III 1 (1.4%). Figura 1. Por trimestre gestacional dentro del primero 8 (11.4%), segundo 16 (22.8%) y tercero 46 (65.7%). Figura 2.

Cuadro 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.

	TOTAL	PORCENTAJE
EDAD	13.....1	1.4%
	15.....6	8.5%
	16.....6	8.5%
	17.....20	28%
	18.....18	26%
	19.....19	27%
RELIGION	Católica...55	79%
	Pentecostés...4	6%
	Cristiana...2	3%
	Evangélica...1	1%
	Mormón...1	1%
	Testigo de Jehová...1	1%
	Adventista...2	3%
	Mormón...4	6%
ESTADO CIVIL	Unión Libre	68%
	Casada	16%
	Soltera	16%
ESCOLARIDAD	Ninguna...1	1.4%
	Primaria...20	28.5%
	Secundaria...23	32.8%
	Preparatoria 12	17.1%
	Primaria incompleta 1	1.4%
	Secundaria incompleta 4	5.7%
	Preparatoria incompleta 3	4.2%



Figura 1. NUMERO DE GESTAS.

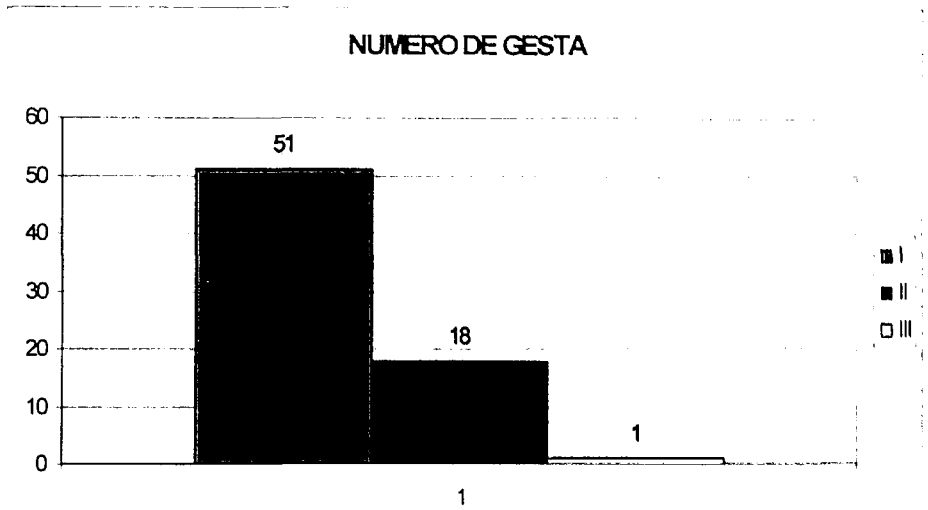
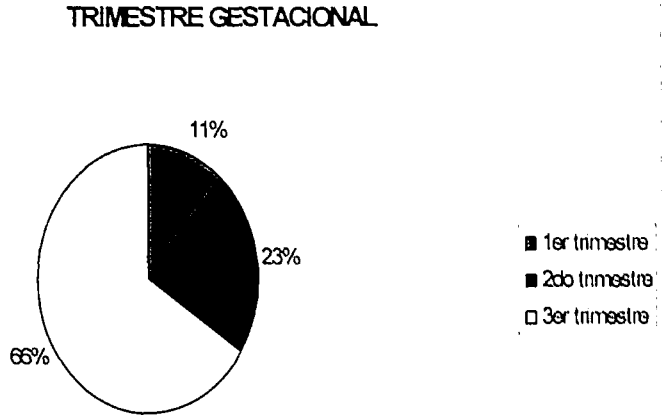


Figura 2. TRIMESTRE GESTACIONAL.



**Cuadro 2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS.**

	TOTAL	PORCENTAJE
<b>COHESION</b>	29	41%
No relacionada	18	26%
Semirelacionada	18	26%
Relacionada	5	7%
Aglutinada		
<b>ADAPTABILIDAD</b>	31	44%
Rígida	13	19%
Estructurada	18	26%
Flexible	8	11%
Caótica		

## DISCUSION.

En este trabajo se aplicó el instrumento de evaluación complementados con datos sociodemográficos, esto permitió valorar algunas otras variables que pueden ser de trascendencia para los resultados obtenidos. La disfunción familiar si es un factor que puede determinar la existencia de embarazos en las adolescentes por lo que se considera que es de suma importancia valorar nuevos programas dirigidos a esta población y/o la aplicación de los existentes de forma efectiva y oportuna para evitar la existencia de embarazos a temprana edad, así como disminución de la tasa de morbi-mortalidad materno-infantil, dentro del campo de la medicina familiar valorar a esta población y determinar funcionalidad familiar de detectarse disfunción aplicar terapia familiar para con ello a contribuir para que deje de ser un problema de salud pública.

En este trabajo la mayoría de las adolescentes embarazadas provienen de familiar rígidas y caóticas en cuanto a adaptabilidad, semirelacionada y relacionada en cuanto a cohesión, por lo que si condiciona la existencia de embarazo en las adolescentes

## BIBLIOGRAFIA.

1. **González-Garza C, Rojas-Martínez R, Hernández-Serrato M, Olaiz-Fernández G. "PERFIL DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES MEXICANOS DE 12 A 19 AÑO DE EDAD. Resultados de la ENSA 2000". Rev. Salud Pública de México 2005; 47 (3): 209-218.**
2. **Leyva JR, Hernández AM, López GV. "DEPRESION EN ADOLESCENTES Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR". Rev. Med. Instituto Mexicano del Seguro Social 2007; 45 (3): 225-232.**
3. **Gutiérrez GT, Pascacio BE, De la Cruz PA. "SITUACION SOCIOFAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DE LA MADRE ADOLESCENTE". Rev. Enf IMSS 2002; 10 (1): 21-25.**
4. **Juárez MS, Murillo GY, Ávila JL. "FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES MEXICANAS". Archivos en Medicina Familiar 2003; 5 (4): 118-122.**
5. **Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA". Revista Fac Med UNAM 2004, 47 (1) 24-27.**
6. **Padrón G. "EMBARAZO EN ADOLESCENTES ESTUDIO SOCIODEMOGRAFICO DE 218 PACIENTES" Revista Médica del Hospital General de México, S S 2005; 68 (1). 13-19**
7. **Cueva V, Olvera J, Chumacera RM. "CARACTERISTICAS SOCIALES Y FAMILIARES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN UN MODULO DE ALTO RIESGO". Revista Médica del IMSS 2005; 43 (3): 267-271.**
8. **Fernández F, Castro A, Fuentes M, Ávila S, Montiel A, Codinos E, Reyes M. "CARACTERISTICAS SOCIOFAMILIARES Y MORBILIDAD MATERNO-**

- INFANTIL DEL EMBARAZO EM ADOLESCENTES". Boletín Médico del Hospital Infantil de México 1998; 54 (8).
9. Luna A, Gómez V, "DISFUNCION FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS". Revista Salud Pública y Nutrición 2003; vol. 3. Resumen Foro Delegacional de Investigación en salud del IMSS en Nuevo León (México).
  10. Carreón-Vásquez J, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C, Gil-Alfaro I, Soler-Huerta E, González-Solis R. "FACTORES SOCIOECONOMICOS ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES". Archivos en Medicina Familiar; Vol. 6 (3). Septiembre-diciembre 2004, pp 70-73.

## **AGRADECIMIENTOS.**

### **A DIOS:**

**Por permitirme culminar una meta más en mi vida.**

### **A MI HIJA:**

**Marijose**

**Gracias por llegar en el momento justo, serás mi motivo para ser cada vez mejor, eres y serás la personita más importante en mi vida. Te amo.**

### **A MI ESPOSO:**

**Tomás**

**Por todo el apoyo incondicional que siempre he recibido de ti, además de tu amor y confianza. Gracias por estar siempre a mi lado.**

### **A MIS PADRES:**

**María E. y Manuel**

**Por que sin ustedes y sin su apoyo no hubiera sido posible llegar hasta donde estoy y ser quien soy, gracias por darme la vida.**

### **A MI HERMANO:**

**Juan Manuel**

**Por el apoyo y cariño que siempre he recibido, esperando ser un buen ejemplo de vida para ti.**

A MI HERMANO, CUÑADA Y SOBRINA:

Javier, Laura y Adriana Paola

Por todo el apoyo y comprensión, por recibir siempre palabras de aliento en los momentos no gratos, y por darme tanta alegría con la llegada de mi sobrina.