

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA  
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGIA  
ESTUDIOS DE POSGRADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27**

**ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA  
MARTHA VERONICA GARCIA**

**ASESORES  
DR. ABRAHAM ZONANA NACACH  
DR. VICTOR LUNA VIRAMONTES**

**TIJUANA B.C.**

**NOVIEMBRE 2015**

## AGRADECIMIENTOS

A Dios en primer lugar...

A mi familia... porque la funcionalidad familiar solo se puede comprender a través de la propia familia...mi madre como siempre, mi chaparro al superar juntos las crisis de estos tres años, mis adorados Saulito, Mili y Lissie por recibirme amorosos después de mis frecuentes ausencias.

A uno de mis primeros guías en la comprensión del significado del MEDICO FAMILIAR y mí asesor al decidir mi tema de tesis: Dr. Víctor Luna Viramontes.

A mis médicos de unidad que con su práctica y ejemplo me mostraron como dar consulta de medicina familiar con calidad y calidez en la medida de lo posible, en especial la Dra Carmelita Barbosa y Dr. Martínez Silva.

A mis tutores de segundo nivel que más huella dejaron en mi persona para que con su experiencia y conocimientos lograra mejorar mi entendimiento sobre padecimientos de mi práctica diaria: Dr. Valdez (Pediatría), Dra. Acevedo (Endocrinología) y Dr. Ruiz Calderón (Embarazo de alto riesgo).

Y a todos quienes con sinceridad se preocuparon por transmitirme enseñanza durante los tres años de residencia y no estén en estas líneas... pero sí lo estarán en cada una de mis consultas como médico de familiar...gracias

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la funcionalidad familiar de adolescentes embarazadas.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo, comparativo, transversal en embarazadas adolescentes adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social UMF No. 27 en Tijuana, B.C. y al Hospital Rural de Oportunidades No. 162 en Rodeo, Dgo. Se eligieron a 116 pacientes de diciembre del 2007 a octubre del 2008 tomando como referencia la tarjeta de control de embarazadas de los consultorios o la consulta en admisión a tococirugía. Después de autorizar su participación por medio de consentimiento informado se les dió a llenar un cuestionario que incluyó variables sociodemográficas y el cuestionario FACES III que valora funcionalidad familiar midiendo cohesión y adaptabilidad para obtener 16 formas de familia.

**RESULTADOS:** Edad promedio fue de 17 años, 53% amas de casa, escolaridad de 8 años en promedio, 59.5% casadas, el 78.4% primigestas, el promedio de IVSA fue de 16 años, 47.4 provenientes de familias balanceadas, familias de rango medio 35.3% y familias extremas 17.2%. Las dimensiones de cohesión y adaptabilidad presentaron predominantemente niveles de balance. Las adolescentes embarazadas de la zona rural tuvieron significativamente menor edad ( $17.2 \pm 1.5$  vs  $18.1 \pm 1.1$ ,  $p=0.001$ ), se dedicaban mas al hogar (79% vs 20%,  $p=0.001$ ), con mayor frecuencia vivían con su pareja (55% vs 45%,  $p= 0.033$ ) y tuvieron menor numero de embarazo ( $1.09 \pm 0.29$  vs  $1.4 \pm 0.76$ ,  $p=0.001$ ) que las adolescentes que vivían en zona urbana.

**CONCLUSIONES:** Las adolescentes embarazadas presentaron familias de predominio funcional. Familias de funcionalidad extrema o disfunción familiar se localizaron mayormente en el área rural.

## INDICE

Antecedentes. . . . .	5
Planteamiento del problema. . . . .	11
Justificación.....	12
Objetivos.....	13
Métodos.....	14
Resultados.....	17
Discusión.....	19
Conclusiones.....	22
Bibliografía.....	23
Tablas.....	26
Definición conceptual de variables.....	31
Anexos.....	34

## **MARCO TEORICO**

Según la Organización Mundial de la Salud, Adolescencia es la etapa de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida la independencia socioeconómica; considera que inicia a los 10 años y culmina a los 19 años.

Así, el embarazo adolescente es aquella condición de la gestación que ocurre durante la adolescencia, comprendiendo mujeres hasta 19 años. <sup>1</sup>

Estadísticamente la OMS declaró que tales embarazos son más de 10% de los nacimientos en el mundo y anualmente en países desarrollados se embarazan alrededor de 1 millón de adolescentes y siendo estos el 13% de todos los nacimientos (usualmente no deseados y fuera del matrimonio), siendo 15.2 a 25% en países menos desarrollados y 45% en países de África. <sup>2,3</sup>

En 1990 la tasa de fertilidad de de 536 por 1000 en mujeres de 15-19 años en países como Estados Unidos, 65 por 1000 en Inglaterra, 43 por 1000 en Francia y 14 por 10000 en Suecia y 4.6 por 1000 de los nacimientos en Suiza. <sup>4</sup>

En lo que respecta a México, la fecundidad adolescente ha descendido, pues, para 1974 una de cada 8 adolescentes se embarazó y en el 2000 la tasa fue un embarazo por cada 13, traducándose en 366 mil nacimientos de madres adolescentes durante ese año. Así mismo, para 1986 las mujeres entre los 15-19 tuvieron índice de nacimiento de 84 por cada 1000 registrándose alrededor de 430,000 embarazos anuales en adolescentes. <sup>5,6</sup>

De las cifras de la Secretaría de Salud sobresale que el 21% del total de partos atendidos en el país corresponde a embarazos en adolescentes y en el año 2000

el 3% de las mujeres entre 15 y 19 años, fallecieron por alguna causa relacionada con el embarazo mientras que en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) señala que en Baja California la proporción de madres adolescentes (menores de 20 años) es de 19% respecto a los nacimientos de las mujeres en edad fértil, y 18% si se compara con el total de nacimientos en 2006.<sup>6,7,8</sup> Así mismo se observa como factores fuertemente asociados al embarazo adolescente en nuestro país son el nivel socioeconómico bajo, el hacinamiento y las escolaridad baja.<sup>5</sup>

Asociado a este problema se observa la influencia que tiene el que una hermana se haya embarazado adolescente y que aumenta la predisposición al embarazo cuando su madre presentó gestación a temprana edad así como miedo a perder a su pareja por lo que consienten las relaciones sexuales.<sup>9,10</sup>

Otras condiciones que favorecen el embarazo son la menor aceptación de valores tradicionales familiares y poca comunicación con la madre, deserción escolar, menarca precoz, baja autoestima, falta de proyectos de vida, desinformación sobre anticonceptivos, familia disfuncional, padre ausente, toxicomanías, adicciones, ingreso temprano al trabajo formal, amigas que han iniciado vida sexual precozmente.<sup>2</sup>

Socioculturalmente esta situación lleva a problemas familiares potencialmente tan dañinos como las complicaciones médicas por limitar las oportunidades de estudio y un trabajo digno al no haber aún madurez física ni mental. Además de darse matrimonios apresurados, faltos de compromiso y repercusiones personales, sociales, económicas y sobre la salud de los hijos.<sup>11</sup>

Por otro lado, el embarazo se vive dependiendo de qué etapa de la adolescencia este transitando, es decir, adolescencia temprana (10-13 años)

donde hay negación hacia el embarazo y no hay lugar para el varón, adolescencia media (14-16 años) donde el feto se toma como instrumento de afirmación de la independencia de los padres y el padre del bebé es considerado una esperanza en el futuro y la adolescencia tardía (17-19 años) donde hay adaptación al impacto de la realidades con sentimientos maternales y una búsqueda de afecto y compromiso por parte de varón.<sup>11</sup>

Respecto a la morbilidad materna en adolescentes las posibles complicaciones obstétricas son hipertensión inducida por el embarazo , anemia, distocias, nacimientos pretérmino, bajo peso al nacer, desproporción cefalopélvica con aumento de cesáreas, predisposición a infecciones cervicovaginales o urinarias.<sup>12,13,14</sup>

Estos embarazos se intensifican en problemática cuando son asociados a un embarazo molar con sus complicaciones y problemas emocionales por lo que la adolescente requiere especial atención para volver a un futuro reproductivo normal.<sup>15</sup>

Entre las características reportadas en estudios previos, se ha reportado que el promedio de edad de inicio de vida sexual activa es 15.4 años; siendo en área rural 13.8 y en área urbana 16.7 años; existiendo una correlación directa entre el promedio de escolaridad y el inicio de vida sexual activa; lo cual predispone terminar en aborto en ceca del 10% del total de los embarazos en adolescentes.<sup>16</sup>

Mientras que se ha visto que del 28 al 63% de las madres adolescentes se embarazaron nuevamente dentro de los 18 meses siguientes, 20-37% a los 24 meses siguientes afectando aún más su futuro socioeconómico y dependencia económica por el nuevo embarazo.<sup>17</sup>

Por otro lado, la tasa de deserción escolar entre este grupo poblacional se refleja que de las jovencitas que abandonan sus estudios durante el embarazo tienen como principales motivos la vergüenza (41.6%) y complicaciones obstétricas (31.7%).<sup>18</sup>

Ahora bien, en base a que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, definiendo funcionalidad como capacidad del sistema para enfrentar y superar las etapas del ciclo vital familiar las crisis por las que atraviesa por lo que es importante analizar el funcionamiento de su familia de origen como factor determinante en la conservación de salud o aparición de la enfermedad entre sus miembros.<sup>7</sup>

Las familias en general necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante sus etapas de desarrollo, principalmente de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar. La disfunción familiar se entiende entonces como el no cumplimiento de alguna(s) de estas funciones al analizar a la familia como sistema por alteración en algunos de los subsistemas familiares por cambio en roles de sus integrantes.<sup>19</sup>

El aplicar estos conceptos es importante al estudiar adolescentes por ser en sí misma una etapa de crisis normativa en el ciclo vital de la familia, pues, se ha demostrado en adolescentes de población latina, en relación a la funcionalidad familiar que características como la indiferencia, falta de comunicación y ausencia de reglas en casa son factores asociados con el comportamiento sexual precoz de las adolescentes que pueden tener un embarazo temprano, constituyendo ahora una crisis no normativa para la familia de origen.<sup>20</sup>

De esta forma, la aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas

necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.<sup>2</sup>

La familia y las condiciones socioeducativas constituyen un factor esencial, porque las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, de madres solteras, divorciadas, sin una comunicación adecuada, con nivel educativo bajo, donde no se da la importancia a la educación sexual.<sup>1</sup>

En estudios previos se ha evaluado la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas con la prueba de APGAR familiar encontrando disfunción familiar moderada en el 27%, severa en el 6% y normalidad en el 67%.<sup>7</sup>

Además del APGAR familiar hay otros instrumentos más amplios que evalúan la funcionalidad de la familia como el cuestionario de funcionalidad familiar, índice de funcionalidad familiar, escala de ambiente familiar y la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar por mencionar algunos.<sup>21</sup>

La escala familiar de evaluación de cohesión y adaptabilidad o FACES por sus siglas en inglés es uno de los instrumentos con una fiabilidad del 70% validado para uso del médico de familia ayudándolo a cumplir con una de sus funciones sustanciales: el estudio de la unidad familiar, en el continuo salud-enfermedad, en las etapas del ciclo vital de la familia, en las crisis normativas y no normativas para otorgar una atención médica integral. Sin embargo, al aplicarlo se debe tomar complementario con entrevista clínica familiar y otros instrumentos para llegar al diagnóstico completo de familia funcional o disfuncional.<sup>2,19,21</sup>

FACES III está basado en la comprensión de sistemas familiares por medio del modelo desarrollado por Olson, Sprenkle y Rusell en 1979 y adaptado posteriormente al español discriminando la funcionalidad o disfuncionalidad de la

familia según sus puntuaciones sean balanceadas o “extremas” valorando dimensiones de cohesión y adaptabilidad, referidas como curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar, aún cuando “bajo ciertas circunstancias puede resultar adaptativo que una familiar presente niveles extremos” siendo una escala sensible a cambios que se atraviesan a través de ciclos vitales familiares.<sup>19-22</sup>

Ahora bien, cohesión se refiere a la unión emocional que tienen los miembros de una familia y esta dimensión se integra por diversos conceptos como, límites internos y externos, alianzas y coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses, recreación, implicación familiar y lazos familiares. Mientras adaptabilidad la definimos como la posibilidad de cambio de liderazgo, relación de roles y normatización de la relación entre los miembros de una familia.<sup>19</sup>

Así pues, la cohesión es el vínculo emocional que los miembros de una familia, tienen entre sí y la adaptabilidad la habilidad de dicho sistema familiar para cambiar, siendo los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad el liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas.<sup>23</sup>

Así la dimensión de cohesión se divide en cuatro niveles o familias: 1.Familias aglutinadas (Cohesión muy alta), 2.Familias relacionadas (Cohesión moderada-alta), 3.Familias semirrelacionadas (Cohesión moderada-baja) y 4. Familias disgregadas (Cohesión baja). La adaptabilidad, por su parte, constituye los siguientes cuatro tipos: 1.Familias rígidas (adaptabilidad muy baja), 2. Familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), 3.Familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y 4.Familias caóticas (adaptabilidad alta).<sup>21,22,23</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la funcionalidad familiar de la adolescente embarazada que acude a la consulta externa de la UMF No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro social en Tijuana BC y al Hospital Rural de Oportunidades No. 162 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Rodeo, Durango?

## **JUSTIFICACION**

En las Unidades de Medicina Familiar y hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social tanto de zona rural como urbana se continúa atendiendo adolescentes embarazadas aún a pesar de la reducción de las tasas de natalidad en este grupo poblacional, lo que, representa un problema de salud pública que como médicos de familia debemos afrontar. En tales pacientes se ha visto la necesidad de abordar el tema del embarazo durante la adolescencia de un modo integral en relación a la familia de las joven pues se ha demostrado que la disfunción familiar se ve asociada en un 33% de las pacientes al utilizar la prueba de APGAR familiar. Sin embargo, este instrumento se ha considerado un instrumento limitado, en la obtención de información para evaluar la funcionalidad familiar, por lo que la importancia del estudio fue conocer la funcionalidad familiar de la embarazada adolescente aplicando un instrumento de mayor validez como es el FACES III para evaluar las familias de estas adolescentes y que pudiera servir como un indicador predictivo de embarazo en este grupo de edad.

## **OBJETIVO**

Conocer la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No.27 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana, México y el Hospital rural de Oportunidades 162 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## **MATERIAL Y METODOS**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal en la UMF 27, HGR 1 DEL IMSS en Tijuana y HRO 162 en Rodeo, los cuales son hospitales de segundo nivel.

Se realizó en una población de Adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta externa de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social y en el Hospital Rural de Oportunidades 162 del mismo Instituto, durante el periodo comprendido del 15 de diciembre del 2007 al 15 de octubre del 2008 para conocer su funcionalidad familiar.

La selección de la muestra fue muestreo del tipo no probabilístico por cuotas y el tamaño de la muestra fue de 116 pacientes adolescentes embarazadas calculado en base a la prevalencia de embarazo en adolescentes en México.

Identificando a las participantes de entre las pacientes embarazadas que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 y consulta de Admisión Tococirugía en el Hospital General Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana, Baja California con apoyo de las asistentes medicas que cuentan con un registro de pacientes embarazadas de su consultorio (tanto del turno matutino como vespertino): además de las consulta externa y de urgencias del Hospital Rural de Oportunidades No. 162 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Rodeo , Durango con apoyo de las trabajadoras sociales que tienen club de embarazadas adolescentes.

Una vez que se localizo a la paciente embarazada se le explico el objetivo del estudio y se pidió su cooperación mediante el formato de consentimiento

informado, una vez firmado, se otorgó el cuestionario (anexo 1) que incluía una ficha de identificación con su nombre, número de afiliación, consultorio y turno,

así como datos sociodemográficos como edad, escolaridad, estado civil, ocupación, lugar de origen, número de embarazo, inicio de vida sexual activa, semanas de gestación, número de parejas sexuales y cohabitantes.

Finalmente se le otorgó el cuestionario FACES III (anexo 2) que valora funcionalidad familiar mediante 20 reactivos, de los cuales los nones miden cohesión y los pares adaptabilidad: obteniendo 16 formas de familia (anexo 3) al sumar los puntos clasificándolas con las siguientes calificaciones.

### **Calificación de cohesión del FACES III**

Cohesión	Amplitud de clase
Disgregada	10-34
Semirrelacionada	35-40
Relacionada	41-45
Aglutinada	46-50

### **Calificación de adaptabilidad del FACES III**

Adaptabilidad	Amplitud de clase
Rígida	10-19
Estructurada	20-24
Flexible	25-28
Caótica	29-50

#### *Criterios de inclusión:*

Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años en cualquier trimestre.

Derechohabientes de la UMF 278 del Instituto Mexicano del Seguro Social en

Tijuana B:B. Que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 o admisión tococirugía en Hospital General Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana, B.C. o del HRO 162 en Rodeo, Durango

*Criterios de no inclusión:*

Adolescentes no embarazadas

Pacientes embarazadas no adolescentes

No derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 27 ni consultantes del HRO 162 Rodeo, Durango

Que no acudieran a la consulta externa de medicina familiar ni admisión tococirugía Hospital General Regional 1 o urgencias del Hospital Rural de Oportunidades 162 de Rodeo, Durango

*Criterios de eliminación:*

Cuestionarios contestados en forma inadecuada o incompleta.

Los datos se capturaron y analizaron a través de frecuencias simples por medio del paquete estadístico SPSS 8. Medidas de tendencia central y desviación estándar. Prueba chi cuadrada (relación embarazo adolescente y familiar embarazada).

## RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se seleccionaron 116 adolescentes embarazadas de las cuales 55 (47.4%) llevaron su control en zona rural y 61 (52.6%) en zona urbana. En cuanto a su seguridad social el 45 (38.8%) fueron derechohabientes trabajadoras, 11 (9.5%) derechohabientes esposas, el 5(4.3%) derechohabientes hijas y 55 (47.4%) no derechohabientes bajo el régimen de IMSS oportunidades.

Respecto a la ocupación que desarrollaban las embarazadas adolescentes 63 (54.3%) fueron amas de casa, 46 (39.7%) trabajadoras y 7(6%) estudiantes.

En lo relacionado a existencia de pareja estable según la encuesta el 69 (59.5%) estaban en unión libre, 24 (20.7%) eran casadas y 23 (19.8%) solteras.

Se encontró que habitaban solo con su pareja 44 (37.9%), familia de su pareja y suegros 25 (21.6%) y con su familia 47 (40.5%).

En lo relacionado a la edad de las adolescentes embarazadas se vio que el rango promedio de edad fue de 17.7 años con una desviación estándar de 1.4 mientras que el promedio de años de escolaridad que estudiaron fue de 8.7 años con una desviación estándar de 2.2.

Entre los antecedentes gineco-obstétricos vemos que 91 (78.4%) fueron primigestas, la edad media de inicio de vida sexual activa fue de 16.06 años con una desviación estándar de 1.66.

El promedio de parejas sexuales fue de 1.3 parejas ya que 86 (74.1%) mantuvieron relaciones con una sola pareja, 22 (19%) con dos parejas, 4.3 % con tres parejas, 1 (0.9%) al menos cuatro parejas.

El trimestre de embarazo en que ubicamos a nuestras pacientes fue 78 (67.2%) en el tercer trimestre, 23 (19.8%) en segundo trimestre, 9 (7.8%) el primer trimestre mientras que el 5.2% desconoce el trimestre y fecha de ultima

menstruación confiable al momento de la encuesta.

Entre las variables revisadas en nuestra encuesta analizamos la cohesión familiar resultando los siguientes niveles de familiar: 39 (33.6%) fueron familiar semirrelacionadas, 37 (31.9%) fueron familias relacionadas, el 22 (19%) fue familiar disgregadas y 18 (15.5%) fue familiar aglutinada.

Respecto a la adaptabilidad familiar resulto que 39 (33.6%) fueron familiar estructuradas, 36 (31%) fueron flexibles o de segundo nivel, 24 (20.7%) fueron caóticas y 17 (14.7%) fueron familias rígidas.

De este modo, según nuestra encuesta FACES III las familias de las adolescentes embarazadas que predominaron en nuestro estudio fueron en 14(12.1%) flexiblemente relacionadas, 14(12.1%) flexiblemente semirrelacionadas y 14(12.1%) estructuralmente semirrelacionadas.

Así pues, en nuestras pacientes vemos que se encontró familiar balanceadas en 55 (47.4%), familias de rango medio el 41 (35.3%) mientras que 20 (17.2%) tuvieron familias extremas.

De las familias de embarazadas adolescentes de la zona rural 25 (45.5%) fueron balanceadas, 19 (34.5%) fueron de rango medio y 11 (20%) fueron familias extremas mientras que en el área urbana 30 (49.2) fueron balanceadas, 22(36.1%) fueron de rango medio y 9(14.8%) fueron extremas.

Las adolescentes embarazadas de la zona rural tuvieron significativamente menor edad ( $17.2 \pm 1.5$  vs  $18,1 \pm 1.1$ ,  $p=0.001$ ), se dedicaban mas al hogar (79% vs 20%,  $p=0.001$ ), con mayor frecuencia vivían con su pareja (55% vs 45%,  $p=0.033$ ), tuvieron menor numero de embarazo ( $1.09 \pm 0.29$  vs  $1.4 \pm 0.76$   $p=0.001$ ) que las mujeres adolescentes que vivían en zona urbana.

## DISCUSION

En el presente estudio se demostró que un gran porcentaje de embarazadas adolescentes pertenecen a familias balanceadas que se comportan de modo funcional a lo largo del ciclo familiar y aunque en la literatura no se encontró otro estudio con el mismo instrumento de evaluación en zona rural y urbana, si vemos como al estudiarse a adolescentes embarazadas con APGAR familiar se encuentran datos de familias funcionales en 67%, disfunción moderada el 27% y severa en 6%.<sup>7</sup>

Los grupos donde más embarazos encontramos es en la adolescencia tardía que representan el grupo de 17 a 19 años siendo primigestas la mayoría e las embarazadas.<sup>5</sup>

La ocupación a la que se dedican las adolescentes embarazadas varía mucho en los estudios revisados en comparación con nuestra muestra pues usualmente son mas trabajadoras que amas e casa lo que puede deberse a nuestro estudio fue comparativo por áreas geográficas y a que en nuestro país en las zonas rurales no hay un empleo que puedan realizar sin riesgo durante la gestación.<sup>5.7</sup>

Así mismo, el estado civil difiere a otros trabajos pues en nuestros resultados la mayoría están en unión libre tanto en área rural como urbana lo cual podría deberse a que las adolescentes prefieren vivir con su pareja sin un compromiso hasta esta seguras de que funcionará la relación o por la misma intervención de sus familiar de origen que prefieren que esperen para que decidan, mientras que por otro lado las escolaridad fue muy similar a estudios previos viendo como la mayoría tiene terminada la primaria y muchas de ellas la secundaria como otras poblaciones.<sup>8</sup>

Entre las variables estudiadas vimos que el inicio de vida sexual activa en zona

urbana es muy similar a lo estudiado en otros trabajos, sin embargo en zona rural fue mas alto lo que puede ser en relación a que hay mayor información y mas escolaridad en estas áreas geográficas para adolescentes.<sup>5,15</sup>

En lo que respecta a las adolescentes que presentaron familias extremas que usualmente presentan disfunción familiar vemos como fue aún más común en el área urbana que en la rural y al ser estas familias que encuentran dificultades para superar las crisis del ciclo familiar puede conllevar a problemas para la nueva familia que se formara al nacer el nuevo integrante y las repercusiones en sus salud en general, siendo útil a la vez conocer estos datos para vigilar mas cercanamente a estas familias y sus probables complicaciones en las familias que se están formando.

Estos resultados nos invitan a reflexionar sobre el trabajo que como médicos familiares de primer nivel de atención debemos hacer con las familias de nuestra consulta diaria pues al tener entre sus integrantes adolescentes y niños se debe hacer énfasis en talleres, asesoría y educación tanto a padres como a hijos para evitar este problema de salud pública que puede aparecer independientemente de sus funcionalidad como sistema familiar.

La atención integral al adolescente y a padres de adolescentes o preadolescentes debe presentarse desde el primer contacto pues como vemos se observa nuestro estudio de forma similar a otros estudios tanto de zona urbana como rural respecto a l inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, frecuencia de embarazos y tipo de funcionalidad familiar.

Dado que en México cada año más de 400,000 adolescentes se embarazan, sin ser embarazos programados ni deseados, considero que se deberá continuar con otras líneas de investigación que aclaren que otros factores inciden en la

prevalencia de embarazos en adolescentes que el FACES III nos mostró que las familias funcionales tiene una mayor incidencia de presentar embarazos en este grupo de edad, pudiendo deducir que en las familias extremas pudiera existir un gran temor a romper las reglas a diferencia de las familias balanceadas.

De modo tal, que al ser la familia funcional implicando esto ser una familia donde se va madurando y logrando la homeostasis familiar a través de las crisis normativas y paranormativas con el apoyo de los demás miembros del sistema familiar y sus redes de apoyo es probable que estos embarazos sean una traducción de alguna crisis que busca su equilibrio familiar expresando como paciente identificada a la adolescente, para lo cual sería necesario hacer evaluaciones complementarias de toda la unidad familiar en conjunto a través de otros instrumentos que incluyan la dimensión de comunicación entre otras variables que complementen mi investigación para lograr un enfoque integral que nos permita atender y orientar a los padres e hijos de un modo más adecuado en nuestras unidades de medicina familiar.

## CONCLUSIONES

- Las adolescentes embarazadas que participaron en nuestro estudio presentaron familias de predominio funcional siendo estas las familias balanceadas que corresponde a familias que ante crisis normativas y paranormativas a lo largo del ciclo familiar presentan mejor adaptación al cambio y superan los problemas con mayor facilidad.
- Las familias de funcionalidad extrema o disfunción familiar se localizaron en mayor porcentaje en área rural.
- Los tipos de familias que predominaron en nuestro estudio fueron la flexiblemente relacionada, flexiblemente semirrelacionada y la estructuralmente semirrelacionada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nolazco M L, Rodríguez L Y. Morbilidad materna en gestantes adolescentes revista de posgrado de la VI<sup>a</sup> Cátedra de Medicina 2006: 156:13-18.
2. Cueva Arana V, Olvera F, Guerra J, Chumacera López R M. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Rev Med IMSS 2005; 43 (3): 267-271.
3. As-Sanie S, Gantt A, Rosenthal M. Pregnancy Prevention in Adolescents. Am Fam Physician. 2004; 70:1517-24.
4. Narring F, Minchaud P A, Sharma V, demographic and behavioral factors associated with adolescent pregnancy in Switzerland, Family Planning Perspectives, 19996;28:232-236
5. Carreón-Vásquez J, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C, et al. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes Archivos en Medicina Familiar. 2004; 6:70-73.
6. Consejo Nacional de Población, La población de México en el nuevo siglo, México, CONAPO, 2000; 39-45.
7. Rangel J L, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada Rev Fac Med UNAM 2004; 47: 24-27
8. INEGI. Estadísticas vitales, 2006.
9. East P, Reyes B, Horn E, Association between adolescent pregnancy and a family history of teenage births, Perspectives on sexual and reproductive Health, 2007; 39:108-115.

10. Lipovsek V, Mehryar A, Zielinski E, et. Al. Correlates of adolescent pregnancy in la Paz, Bolivia: findings from a quantitative – qualitative study
11. Ulanowicz M G, Parra K E, Wendler G E, monzón L T. Riesgos en embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina 2006; 153: 13-17
12. Simon Pereira L, et al. Morbilidad materna en la adolescente embarazada, Ginecología y obstetricia de México, 2002; 70: 270-274.
13. Zeteroglu S., Sahin I. And Gol K. Cesarean delivery rates in adolescent pregnancy The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care June 2005; 10: 119-122.
14. Jonathan D. And the Committee on Adolescence. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues *Pediatrics* 2005; 281-286
15. Elza M H, et al. Gestational trophoblastic disease: onemore risk in adolescent pregnancy *Acta Obstet Gynecol Sand* 2002; 81: 356-363
16. Santos-Preciado J I, et al. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México *Salud pública de México* 2003; 45: S140-S152
17. Social ecological predictors of repeat adolescent pregnancy, Perspectives on sexual and reproductive health, 2007; 39: 39-47  
Molina M, Ferrada C, Pérez R, et al. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar *Rev Méd Chile* 2004; 132: 65-70
18. Molina M. Ferrada C. Pérez R, et al. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar *Rev Méd Chile* 2004; 132: 65-70
19. Ramírez Lumbreras C E, Méndez Espinosa E, Barron Garza F, et al. Funcionalidad Familiar y Enfermedad Crónica Infantil. Publicaciones del Instituto Nuevo amanecer A:B:P 2007 Pagina web <http://www.nuevoamanecer.edu.mx/medicainvest:publicaciones.asp>

20. Velez A, Gonzalez R, Borges A, Family functioning and early onset of sexual intercourse in latino adolescente, *Adolescence*, 2005; 40:777-791
21. Ponce rosas E R, Gómez Clavelina F J, Terán Trillo m, Irigoyen Coria A E y Landgrave Ibáñez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México) *Aten Primaria* 2002
22. Huerta González J L *Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad*. Editorial Alfil México 2005.
23. Martinez-Pampliega A. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *Int J Clín Health Psychol* 2006; 318-338

## TABLAS

**Tabla 1. Características sociodemográficas de adolescentes embarazadas.**

Edad, $X \pm DE$ , años (rango)	17.7 $\pm$ 1.4 (12-19)
Escolaridad, $X \pm DE$ , años (rango)	8.7 $\pm$ 2.2 (3-16)
Estado civil, n (%)	
Soltera	23(19.8)
Unión libre	69(59.5)
Casada	24(20.7)
Ocupación, n (%)	
Ama de casa	63(54.3)
Trabajadora	46(39.7)
Estudiante	7(6)
Paciente Zona Rural, n (%)	55(47.4)
Paciente Zona Urbana, n (%)	61(52.6)
Lugar de nacimiento, n (%)	
Baja California	25(21.6)
Otro estado	91 (78.4)
Tipo de seguro, n (%)	
Trabajadora	45 (38.8)
Esposa	11 (9.5)
Hija	5(4.3)
Sin seguro social	55(47.4)
Personas con las que habita, n (%)	
Solo con su pareja	44(37.9)
Familia de su pareja	25 (21.6)
Con su familia	44 (37.9)

**Tabla 2. Características Gineco-Obstétricas de adolescentes embarazadas**

Inicio de Vida Sexual Activa, $X \pm DE$ , años (rango)	16.06+1.66 (10-19)
Parejas sexuales. $X \pm DE$ , número (rango)	1.3+0.76 (1.5)
Parejas sexuales, n (%)	
Una	86 (74.1)
Dos	22 (19)
Tres	5 (4.3)
Cuatro	1 (0.9)
Cinco	2 (1.7)
Embarazos, n (%)	
Uno	91 (78.4)
Dos	17 (14.7)
Tres	7 (6)
Cuatro	1 (0.9)
Abortos, n (%)	
Cero	109 (94)
Uno	6(5.2)
Cesáreas, n (%)	
Cero	109 (94)
Uno	6 (5.2)
Dos	1 (6)
Partos, n (%)	
Cero	99 (85.3)
Uno	14 (12.1)
Dos	3 (2.6)
Trimestre de embarazo, n (%)	
Primero	9 (7.8)
Segundo	23 (19.8)
Tercero	78 (67.2)
Desconocido	6 (5.2)

**Tabla 3. Comparación de características de embarazadas adolescentes del medio rural y el urbano**

	<b>DURANGO</b> <b>n=55</b>	<b>B.C.</b> <b>n=61</b>	<b>p</b>
Edad, $X \pm DE$ , años (rango)	17.2 $\pm$ 1.5 (12-19)	18.1 $\pm$ 1.1 (12-19)	0.001
Escolaridad, $X \pm DE$ , años (rango)	8.9 $\pm$ 2.2(3-16)	8.6 $\pm$ 2.1(3-16)	0.53
Ocupación hogar, n (%)	50 (79.4)	13 (20.6)	0.001
Vivir solo con su pareja, n (%)	22 (55)	18 (45)	0.033
Número de embarazos, $X \pm DE$	1.09 $\pm$ 0.29	1.4 $\pm$ 0.76	0.001
IVSA, $X \pm DE$ , años (rango)	15.8 $\pm$ 1.7 (10-19)	16.2 $\pm$ 1.5	0.23
Parejas sexuales, $X \pm DE$ , n (rango)	1.3 $\pm$ 0.77 (1-5)	1.3 $\pm$ 0.75 (1-5)	0.92

**Tabla 4. Tipo de familias y grado de funcionalidad de embarazadas adolescentes**

Escala de Cohesión (familia), n (%)	
Disgregada	22 (19)
Semirrelacionada	39 (33.6)
Relacionada	37 (31.9)
Aglutinada	18 (15.5)
Nivel de adaptabilidad (familia), n (%)	
Rígida	17 (14.7)
Flexible	36 (31)
Estructurada	39 (33.6)
Caótica	
Tipo de familia, n (%)	
Flexiblemente relacionada	14 (12.1)
Flexiblemente semirrelacionada	14 (12.1)
Estructuralmente semirrelacionada	14 (12.1)
Estructuralmente relacionada	13 (11.2)
Caóticamente relacionada	8 (6.9)
Estructuralmente disgregada	8 (6.9)
Rígidamente disgregada	8 (6.9)
Caóticamente semirrelacionada	7 (6)
Caóticamente aglutinada	7 (6)
Flexiblemente disgregada	4 (3.4)
Flexiblemente aglutinada	4 (3.4)
Estructuralmente aglutinada	4 (3.4)
Rígidamente semirrelacionada	4 (3.4)
Rígidamente aglutinada	3 (2.6)
Rígidamente relacionada	2 (1.7)
Caóticamente disgregada	2 (1.7)
Tipo de funcionalidad, n (%)	
Familias función balanceada	55 (47.4)
Familias rango medio	41 (35.3)
Familias extremas	20 (17.2)

**Tabla 5. Características de las familias de embarazadas adolescentes en Baja California y Durango**

	Durango	B.C.	Total
Balanceadas, n (%)	25 (45.5)	30 (49.2)	55 (47.4)
Rango medio, n (%)	19 (34.5)	22 (36.1)	41 (35.3)
Extremas, n (%)	11 (20)	9 (14.8)	20 (17.2)

p=0.75

## **DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES**

**LUGAR DE NACIMIENTO:** Ciudad o población de donde se nació.

**EDAD:** El tiempo durante el cual un individuo ha vivido.

**ESCOLARIDAD:** Número de años de educación cursados

**OCUPACION:** Actividad de cualquier tipo para cuya realización el sujeto emplea parte de su tiempo con un nivel de motivación: salario, curiosidad, etc

**ESTADO CIVIL:** Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, proveniente del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes.

**PERSONAS CON QUIEN VIVE:** Seres humanos con quienes comparte vivienda.

**OTROS QUE VIVEN EN LA CASA:** Seres humanos con quienes comparte vivienda no especificados en el apartado anterior.

**NUMERO DE EMBARAZOS:** Cantidad de embarazos en total

**NUMERO DE ABORTOS:** Número de pérdidas fetales o embrionarias antes de la semana 20 del embarazo

**NUMERO DE CESAREAS:** Número de partos en que se practica una incisión quirúrgica en el abdomen para extraer uno o más fetos.

**NUMERO DE PARTOS:** Culminación del embarazo humano, el periodo de salida del infante del útero materno.

**INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA:** Edad a la que se comenzó a tener relaciones sexuales

**NUMERO DE PAREJAS SEXUALES:** Número de hombres con los que se ha mantenido relación sexual.

**SEMANAS DE GESTACION:** Semanas transcurridas a partir de la fecha de última menstruación y es el tiempo que tiene el embrión o feto dentro del vientre

materno

FUNCIONALIDAD FAMILIAR: Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Variables Independientes

NOMBRE DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACION
AGREGADO DE SEGURIDAD SOCIAL	CATEGORICA	1.AFILIADA TRABAJADORA 2.AFILIADA ESPOSA 3.AFILIADA HIJA 4.NO DERECHOHABIENTE
LUGAR DE NACIMIENTO	CUALITATIVO	ESTADO DE NACIMIENTO
EDAD	NUMERICA	AÑOS
ESCOLARIDAD	NUMERICA	AÑOS
OCUPACION	CATEGORICA	1.AMA DE CASA 2.OBRERA 3.EMPLEADA EN GENERAL 4.ESTUDIANTE
ESTADO CIVIL	CATEGORICA	1.SOLTERA 2.UNION LIBRE 3.CASADA
PERSONAS CON QUIEN VIVE	CATEGORICA	1.PADRES Y HERMANOS 2.ESPOSO O PAREJA 3.PADRES Y ESPOSO 4.SOLO PADRE O MADRE 5.SOLO HERMANOS 6.SOLA 7.SUEGROS Y PAREJA
OTROS QUE VIVEN EN LA CASA	CATEGORICA	PERSONAS
NUMERO DE EMBARAZOS	NUMERICA	CANTIDAD
NUMERO DE ABORTOS	NUMERICA	CANTIDAD
NUMERO DE CESAREAS	NUMERICA	CANTIDAD
NUMERO DE PARTOS	NUMERICA	CANTIDAD

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	NUMERICA	AÑOS
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	NUMERICA	CANTIDAD
SEMANAS DE GESTACION	NUMERICA	CANTIDAD

Variable dependiente

Tipos de familias que están equilibradas según el modelo del FACES III	CATEGORICA	6.FLEXIBLEMENTE SEMIRRELACIONADA 7. FLEXIBLEMENTE RELACIONADA 10.ESTRUCTURALMENTE SEMIRRELACIONADA 11.ESTRUCTURALMENTE RELACIONADA
Tipos de familias de rango medio según FACES III	CATEGORICA	2.CAOTICAMENTE SEMIRRELACIONADA 3.CAOTICAMENTE RELACIONADA 5.FLEXIBLEMENTE DISGREGADA 8.FLEXIBLEMENTE AGLUTINADA 9.ESTRUCTURALMENTE DISGREGADA 12.ESTRUCTURALMENTE AGLUTINADA 14.RIGIDAMENTE SEMIRRELACIONADA 15:RIGIDAMENTE RELACIONADA
Tipos de familias extremas según FACES III	CATEGORICA	1.CAOTICAMENTE DISGREGADA 4.CAOTICAMENTE AGLUTINADA 13.RIGIDAMENTE DISGREGADA 16.RIGIDAMENTE AGLUTINADA

## ANEXO 1

### Cuestionario 1:

A) **Nombre completo** \_\_\_\_\_

B) **Núm. de seguro social** \_\_\_\_\_ **TEL.** \_\_\_\_\_

C) **Núm. de consultorio** \_\_\_\_ **Turno:** mañana ( ) tarde ( )

D) **Lugar de nacimiento** \_\_\_\_\_  
(Ciudad o población) \_\_\_\_\_ (Estado)

E) **Edad:** \_\_\_\_ años

F) **Escolaridad:** (Marcar **X** en el último año que se estudio completo):

Primaria: (1o) (2o) (3o) (4o) (5o) (6o)

Secundaria: (1o) (2o) (3o)

Preparatoria o técnico: (1o) (2o) (3o)

Profesional: (1o) (2o) (3o) (4o) (5o)

Ningún año ( )

G) **Ocupación:** (Marcar con **X** la respuesta)

1) Empleada ( ) Puesto que tiene: \_\_\_\_\_

2) Ama de casa ( )

3) Estudiante ( )

4) Otro ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

H) **Estado civil** (marque con **X** la respuesta):

1) Soltera ( )

2) Unión libre ( )

3) Casada ( )

4) Divorciada ( )

5) Otro ( ) especifique \_\_\_\_\_

I) **Personas con quien vive** (puede marcar una o varias respuestas):

1) Papa ( )

2) Mama ( )

3) Tu pareja o esposo ( )

4) Suegros ( )

5) Hermanos ( )

6) Otro ( ) especifique \_\_\_\_\_

J) **Número de embarazos:** \_\_\_\_

1) ¿Cuántos abortos? \_\_\_\_

2) ¿Cuántas Cesáreas? \_\_\_\_

3) ¿Cuántos Partos normales? \_\_\_\_

K) **Edad en que tuvo sus primeras relaciones sexuales:** \_\_\_\_ años

L) **Número de personas con quien ha tenido relaciones sexuales desde entonces** (marcar una respuesta):

(1) (2) (3) (4) (5) (mas) especifique el número \_\_\_\_

Fecha de última menstruación \_\_\_\_\_ o semanas de embarazo \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### Cuestionario 2: FACES III

**Responder** cada pregunta **con el número** de una de las siguientes respuestas:

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

Describa su familia:

- 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si
- 2. En nuestra familia se toma en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familiares
- 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. Padre 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
- 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


### ANEXO 3

Cuadro1.Tipo de familias en base a cohesion y adaptabilidad medico por

FACES III

**COHESION** 

**ADAPTABILIDAD**



	Disgregada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada
Caótica	1.Caóticamente disgregada	2.Caóticamente semirrelacionada	3. Caóticamente relacionada	4.Caóticamente aglutinada
Flexible	5.Flexiblemente disgregada	6.Flexiblemente semirrelacionada	7.Flexiblemente relacionada	8.Flexiblemente aglutinada
Estructurada	9.Estructuralmente disgregada	10.Estructuralmente semirrelacionada	11.Estructuralmente relacionada	12.Estructuralmente aglutinada
Rígida	13.Rígidamente disgregada	14. Rígidamente semirrelacionada	15.Rígidamente relacionada	16. Rígidamente aglutinada

## ANEXO 4

### Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación médica con el título:

Adolescentes embarazadas y su funcionalidad familiares

Investigadora: Dra. Martha Verónica García

Residente de medicina familiar adscrita a la UMF 27 IMSS

Se le invita a participar en este estudio de investigación médica que se realiza para conocer como se dan las relaciones familiares en mujeres embarazadas, incluyendo adolescentes.

Las respuestas nos servirán para establecer programas para dar una mejor atención médica en su unidad de medicina familiar.

Al final de la hoja se le pide que firme su consentimiento a contestar voluntariamente dos cuestionarios (un cuestionario con sus datos generales y otro de preguntas de su relación familiar).

La información obtenida y utilizada para la identificación de cada paciente, será estrictamente confidencial.

Si tiene alguna duda puede preguntar y con gusto se la aclararemos.

#### Carta de Consentimiento Informado

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en este estudio de investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante, padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha