



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 27



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA**  
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA  
TIJUANA BAJA CALIFORNIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIA

**TITULO DEL PROYECTO:**

**DISFUNCION FAMILIAR EN RELACION CON EL EMBARAZO EN LA  
ADOLESCENTE EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 27 DEL IMSS  
EN TIJUANA, BAJA CALIFORNIA**

**NOMBRE Y GRADO DEL INVESTIGADOR:**

**DRA. NOEMI SERRANO MARQUEZ**

**RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR**

**TELEFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DEL INVESTIGADOR**

**664 283 83 72**

**luzero90@hotmail.com**

**LUGAR DE REALIZACION DEL PROYECTO:**

**TIJUANA, BAJA CALIFORNIA, MÉXICO A OCTUBRE DEL 2015**

**NOMBRE DEL ASESOR:**

**DRA. MARÍA CECILIA ANZALDO CAMPOS**

**COORDINADORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN MÉDICA DE LA UMF NO.27**

## AGRADECIMIENTOS:

A Dios por haberme dado la familia que tengo.

A mi madre por darme la vida, porque siempre en todo momento me da fortaleza para continuar con lo que deseo, con amor y cariño único en el mundo. Te llevo siempre conmigo madre, te amo.

A mi padre que desde siempre ha estado a mi lado apoyándome en todo momento incondicionalmente, por darme la oportunidad de seguir adelante con mis estudios, es la mejor herencia que pudiste darme, gracias padre, te amo.

A mis hermanos Jesús Alberto, Patricia y Julio César, porque han estado siempre conmigo con su cariño y apoyo incondicional, siempre los tengo presente, los quiero muchísimo.

A mi compañero de vida Miguel, por creer en mí, por darme su apoyo en todo momento para lograr mi superación personal y profesional, por tenerme paciencia al realizar este trabajo.

A mis mejores amigos y compadres Erika y Froylan, por todo lo que hemos compartido, por su gran amistad, por ser incondicional, un ejemplo de esfuerzo y dedicación, gracias por todo, los quiero mucho.

A Salvador López Peña por su amistad y apoyo, gracias.

A Dra. Cecilia Anzaldo por su ejemplo de fortaleza y seguridad, por tomar a nuestro grupo y saberlo dirigir, gracias.

A Dr. Juan José Camacho por su amistad y su apoyo, gracias.

## RESUMEN:

Titulo: Disfunción familiar en relación con el embarazo en la adolescente en la Unidad de Medicina Familiar No.27 de Tijuana, Baja California.

Objetivo: Determinar si existe relación entre disfunción familiar con embarazo en la adolescente en la Unidad de Medicina Familiar No 27.

Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal, de casos y controles, un grupo de adolescentes embarazadas y otro grupo de adolescentes no embarazadas que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, ambos turnos, durante el periodo de Mayo a Septiembre del 2005. El tamaño de la muestra se determinó en base a la prevalencia del total de adolescentes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS. Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo cualitativo dirigido por criterios, realizándose 200 encuestas para adolescentes embarazadas y 200 encuestas para adolescentes no embarazadas: Los criterios de inclusión fueron embarazadas que si vivían con su familia, embarazadas que no vivían con su familia, no embarazadas que sí vivían con su familia, no embarazadas que no vivían con su familia, todas embarazadas primigestas, con edades de entre 10 y 19 años. Los criterios de no inclusión fueron las mujeres menores de 10 años y mayores de 19 años, multigestas y que no aceptaron contestar la encuesta. Los criterios de exclusión fueron todas las adolescentes que contestaron incompletamente la encuesta. A las adolescentes se les entregaron dos formatos: un cuestionario con características sociodemográficas, antecedentes ginecoobstétricos y tipo de familia (ANEXO I), y FACES III (ANEXO II), para funcionalidad familiar.

Se realizó un análisis de medidas de tendencia central para variables cuantitativas y para las variables cualitativas se utilizaron los porcentajes.

Los resultados obtenidos fueron para las adolescentes embarazadas, extrema cohesión y mejor adaptabilidad por lo que se resume que presentan un sistema familiar enmarañado con excesiva identificación familiar que impide la individualización de sus miembros, comparada con el grupo de adolescentes no embarazadas las cuales tienen mejor cohesión y mejor adaptabilidad, resumiéndose que presentan familias más funcionales.

## INDICE GENERAL:

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	10
Justificación.....	12
Objetivos.....	14
Metodología.....	15
Resultados.....	18
Discusión.....	30
Conclusiones.....	32
Recomendaciones.....	33
Referencias Bibliográficas.....	35
Anexos.....	37

## ANTECEDENTES:

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como la etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y adquiere la independencia socioeconómica, y fija el inicio de la adolescencia entre los 10 y 20 años de edad. (1)

Embarazo en la adolescencia es el que ocurre en los primeros dos años de la edad ginecológica (los años transcurridos desde la menarquia) ó cuando el adolescente mantiene total dependencia socioeconómica de la familia ó ambas situaciones. (1)

Es importante comprender que el embarazo de una adolescente no solo repercute en el aspecto social, sino que de igual manera representa una potencial amenaza a la integridad biológica y psicoafectiva de la joven aún en proceso de desarrollo, aunado a la gran cantidad de complicaciones médicas que pueden presentarse tanto en la madre como en el producto. (2)

Desde hace tiempo se ha informado de embarazos en niñas y adolescentes. En las últimas dos décadas se ha incrementado el interés en el embarazo y parto de la adolescente al reconocer a éste como un problema multifacético y de difícil solución. En las áreas urbanas el embarazo en adolescentes se considera como un problema, más que médico, de orden económico, psicosocial y de educación, pero en las áreas rurales predomina la perspectiva de un problema médico. (3)

Según cifras provenientes del Fondo para la población de las Naciones Unidas, el embarazo en la adolescente representa poco más del 10% de todos los nacimientos en el mundo, ésta problemática está incluida en un escenario

donde las tasas de muerte perinatal y mortalidad fetal muestran casi el mismo perfil epidemiológico de hace cuatro décadas y continúan siendo altas comparadas con los países desarrollados. (4)

Del 10% de los nacimientos en el mundo, cerca de 14 millones, corresponde a mujeres que presenta un embarazo a término entre los 15 y 20 años de edad, en los Estados Unidos la tasa es de 50 por cada mil, en tanto que en Francia y en Alemania sólo 9 y 4 de cada mil adolescentes, respectivamente, presentan embarazos. En nuestro país, 70 de cada mil mujeres adolescentes están embarazadas. (5)

La tasa de fecundidad en adolescentes ha ido disminuyendo desde los años 50's pero en forma menos marcada que la tasa de fecundidad general condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En México 1993 la tasa era del 15%, lo que se traduce en 120,000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años, en números absolutos, los nacimientos de madres adolescentes han representado alrededor del 16% del total nacional, lo que significa que en años recientes casi 400,000 nacimientos anuales son concebidos por mujeres menores de 20 años de edad. (6)

La familia es la institución social básica, seno en el cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad. Es en la familia donde se satisface las necesidades recíprocas y complementarias de sus miembros, se fomenta la libre relación entre ellos, se permite y estimula la individuación a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de sus integrantes para mantener la unión y solidaridad con un sentido positivo de la libertad. La

influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros, y sus funciones son: Socialización: La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con independencia para desarrollarse en la sociedad. Cuidado: Es la que permite la preservación de la especie identificándose cuatro variantes: vestido, alimentación, seguridad física y apoyo emocional. Afecto: Esta actitud hacia nuestros semejantes, se encuentra en relación con la necesidad de recibir afecto y proporcionarlo. Reproducción: Proveer nuevos miembros a la sociedad. Estatus y nivel socioeconómico: se fundamenta en conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico, equivale a transferirle derechos y obligaciones. (7)

El medio de socialización y las personas con las cuales se convive durante la adolescencia como lo es la familia, juegan un papel fundamental en la educación, formación y transmisión de valores. Una familia con poca información hacia sus hijos y que proyecta poca afectividad, genera un sinnúmero de problemas entre los cuales se encuentra el embarazo precoz. (8)

Una disfunción familiar en el seno familiar provoca que no se superen las crisis presentadas y con ello exista desequilibrio de la homeostasis, provocando dificultad en el desarrollo de madurez de cada miembro, todo ello se sintetiza en falta de comunicación, individualidad, toma de decisiones y de reacción a eventos críticos. (9)

La clasificación triaxial de la familia, es un sistema que estudia la compleja naturaleza de las disfunciones familiares, agrupándolas en tres dimensiones:



Eje I. Dimensión Histórica o Longitudinal: En este eje son aquellas alteraciones que ocurren como resultado de la incapacidad familiar para manejar adecuadamente situaciones difíciles en cada una de las etapas de su ciclo vital.

a) Disfunción del desarrollo:

1. Disfunción primaria
2. Disfunción en la crianza de los hijos
3. Disfunción de la familia madura
4. Disfunción de la familia que se contrae

b) Complicaciones y variaciones del desarrollo:

1. Familia interrumpida
2. Familia de un solo padre
3. Familia reconstruida
4. Familia crónicamente inestable

Eje II Dimensión Horizontal: Aquí las interacciones giran en torno a situaciones conflictivas inconscientes que involucran a padres e hijos, y son las siguientes:

a) Disfunción en el subsistema conyugal:

1. Disfunción complementaria
2. Disfunción conflictiva
3. Disfunción dependiente
4. Disfunción por desvinculación
5. Disfunción por incompatibilidad

b) Disfunción en el subsistema paterno-filial:

1. Reacción ante uno de los padres
2. Reacción ante uno de los hijos
3. Disfunción en relación padre-hijos

#### 4. Disfunciones triangulares

Eje III: Dimensión Global: Comprenden todas aquellas relacionadas con su estructura tales como comunicación, roles, límites claros lo que les dificulta relacionarse con otras personas sobre todo cuando son adolescentes ó adultos.

##### a) Disfunciones estructurales y funcionales:

1. Familia de bajo rendimiento
2. Familia excesivamente estructurada
3. Familia patológicamente integrada
4. Familia desvinculada
5. Familia desorganizada

##### b) Disfunciones sociales:

1. Familia socialmente aislada
2. Familia socialmente desviada
3. Familia con un tema especial <sup>(10)</sup>

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 éste binomio requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente la homeostasis familiar que inicialmente puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. <sup>(11)</sup>

El embarazo en la adolescencia trae consecuencias en diferentes ámbitos tanto personales, como sociales, biológicos y familiares. En el ámbito personal la primera consecuencia que afronta la adolescente embarazada es el cómo enfrentar el embarazo con sus padres, por lo que trata de ocultárselo, lo que a su vez le produce sentimientos de depresión, vergüenza, culpa, temor, baja

autoestima, incluso en algunos casos, ideas abortivas y de suicidio. En el ámbito social se produce deserción escolar como consecuencia de que la adolescente sea estigmatizada y discriminada por sus propios compañeros e incluso maestros, con ello truncándose el proyecto de su vida. Los problemas económicos generados por el embarazo se agravan por falta de destrezas y capacidad para generar ingreso, lo que conlleva a una mayor dependencia familiar, disminuyendo su capacidad de decisión y autonomía. En lo biológico se altera el vínculo madre e hijo, dando como resultado en la madre, mayor mortalidad materna por el embarazo, abortos y cesáreas, en el niño bajo peso al nacer, prematuridad, enfermedades congénitas y adquiridas. Psicológicamente, el embarazo interrumpe la tarea evolutiva de la adolescente, tienen pérdidas afectivas graves, dejan su colegio, sus amistades, pierden la confianza de sus padres y no pueden salir a eventos sociales como antes. La maternidad induce la necesidad de asumir roles de adultos cuando aún no es tiempo de hacerlo. Es común que deba asumir responsabilidades no propias de esta etapa de su vida. En el ámbito familiar, el embarazo de una adolescente impacta directamente sobre la familia, provocando nuevas cargas y una crisis que desequilibra transitoriamente la homeostasis familiar ó agrava los patrones de disfuncionalidad previos como alcoholismo, violencia, drogadicción, migración, etc. La familia entra progresivamente en una fase de ajuste y aceptación, haciendo cambios internos ó externos para cumplir con las exigencias dentro de sus propias capacidades. (12)

El impedimento para reconocer el embarazo ó negarlo, no solo es la ignorancia, sino que intervienen diversos aspectos emocionales relacionados, por una parte el estado de confusión de la adolescente y por el otro el gran

descuido de la familia por el mundo de sus hijos y un gran desinterés hacia la salud de los mismos. (13)

Ya que es una población de alto riesgo, se ha demostrado que una adolescente, con motivo de sus cambios fisiológicos son frágiles y pueden manifestar crisis emocionales en el cual se busca una identidad, lo que favorece a ciertos comportamientos especiales que fácilmente son rechazados por su propia familia y la sociedad que la rodea. El embarazo en la adolescente visto como problema público, se ha referido en cuatro puntos principales: su incremento, un crecimiento acelerado de la población, efectos adversos sobre la salud de la madre y el niño y la persistencia de la pobreza con ello la falta de cultura. (14)

Una menor aceptación de los valores tradicionales familiares, poca comunicación con la madre, antecedente de hermana embarazada y una familia disfuncional, entre otros, tienen como consecuencia a un embarazo en adolescente. (15)

Las comparaciones entre adolescentes embarazadas y mujeres no adolescentes embarazadas, dan resultados sorprendentes ya que dentro de las complicaciones obstétricas dadas en las adolescentes son mayor desnutrición, amenaza de parto pretérmino, y enfermedad hipertensiva dravídica, además aumentan los partos distócicos, cuyas principales causas son desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal agudo y la inducción fallida, las complicaciones neonatales más frecuentes son bajo peso al nacer, hipoxia neonatal y distrés respiratorio. Se suman otros factores con bastante riesgo secundario para la madre adolescente como son el desprendimiento prematuro de placenta, desgarros, distocias de rotación, abscesos de pared y endometritis. (16)

Se precisa que el aumento de embarazos a tan temprana edad tiene que ver con las expectativas de vida de las adolescentes y con la existencia de prototipos distorsionados, cuando no existe comunicación familiar, no hay amor y bienestar en casa, por lo tanto no hay capacidad suficiente para tomar decisiones adecuadas y consideran que la relación sexual es la única forma de manifestar afecto. (17)

Un modelo educativo dirigido a los adolescentes que incida en el nivel del conocimiento sobre salud sexual y reproductiva nos lleva a considerar que el lugar en donde se desarrolla la adolescente como es su familia, es el lugar más adecuado para implementar valores y conocimiento, además que sabrá reaccionar en conjunto con su familia, a los eventos críticos que se presenten. (18)

La cohesión y la comunicación familiar son algunas características que se han estudiado en la funcionalidad familiar a través de diferentes escalas de evaluación. Olson mediante un modelo circunflejo de los sistemas familiar y conyugal, ha estudiado los factores que equilibran ó desequilibran a la familia anglosajona por medio de un instrumento conocido como FACES III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales), éste facilita la visualización integral de la estructura familiar, además de presentar un esquema de la funcionalidad familiar fundamentado en tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Éste instrumento fue validado en la ciudad de México en el 2002, en un estudio transversal, descriptivo y confirmatorio, en donde el objetivo fue determinar la validez del cuestionario FACES III, y se determina que es fiable y válido en un 70%. (19)

Se define cohesión como la unión emocional que tienen los miembros de una familia. Esta dimensión se integra por diversos conceptos como unión

emocional, límites, alianzas, tiempo, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación. Se han identificado cuatro niveles de cohesión que se caracterizan en sendos tipos de familias en una escala cualitativa ordinal: no relacionada, semirrelacionada, relacionada y aglutinada. Esta escala se relaciona con el nivel de cohesión siendo el nivel más bajo las de las familias no relacionadas y el más alto el de las familias aglutinadas. Las familias semirrelacionadas y relacionadas tienen un nivel de cohesión intermedio. La adaptabilidad se define como la posibilidad de cambio en el liderazgo, relación de roles y normatización de la relación entre los miembros de una familia. Con el propósito de valorar ésta dimensión, se han considerado diversos conceptos con fundamento sociológico, de éstos conceptos pueden mencionarse: liderazgo, estilos de negociación, roles, normas para la relación interpersonal y grupal, etc. Debe ser concebida como el balance entre flexibilidad y estabilidad y la comunicación clara, abierta y consistente. Al igual que la cohesión, la adaptabilidad se ha clasificado en una escala cualitativa ordinal que permite identificar cuatro tipos de familias: rígida, estructurada, flexible y caótica. El más bajo nivel de adaptabilidad corresponde a las familias rígidas, el más alto a las caóticas. Los niveles intermedios de ésta dimensión clasifican a las familias como estructurales ó flexibles. (20)

La salud familiar es una de los principales objetivos que tiene el nivel primario, es por ello que existen programas que orientan a los adolescentes, mejorando así la calidad de vida futura para ellos y su familia. (21)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El periodo de la adolescencia ha sido un problema que desde tiempos muy lejanos, los adultos no hemos logrado entender, particularmente el embarazo en la adolescente, ya que esto se ha convertido cada día en un problema que se relaciona con el crecimiento de la población sexualmente activa.

Existen diversos factores de riesgo entre los cuales se encuentra el psicosocial, ya que la disfunción de familia predispone a una relación sexual prematura, una adolescente con baja autoestima y que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual, además puede encontrar alivio a la soledad y al abandono a través de un embarazo.

El embarazo y la maternidad durante la adolescencia están asociados a riesgos médicos y psicosociales significativos, tanto en la madre como en el producto. Esto ha permitido identificar a la mujer adolescente embarazada como de alto riesgo, el cual se refleja en una mayor morbilidad tanto materna como perinatal, siendo las principales complicaciones maternas la hipertensión arterial inducida por el embarazo, mayor frecuencia de desproporción céfalo-pélvica, aborto, bajo peso del producto, trabajo de parto pretérmino, entre muchos otros, no desacreditando a los factores psicológicos y sociales.

El embarazo en la adolescente resalta como una problemática particular, no aislándose del resto de la situación socioeconómica y cultural la imposibilidad de encontrar trabajo y la escasa escolaridad de los jóvenes.

En Tijuana no hay literatura publicada sobre funcionalidad familiar asociada con embarazo en adolescentes en su población y aunque existe suficiente información sobre el tema, continúan apareciendo adolescentes embarazadas, por lo que es necesario conocer: ¿la disfunción familiar está relacionada con el

embarazo en las adolescentes en la unidad de Medicina Familiar No 27 de la Ciudad de Tijuana, BC; México?



## JUSTIFICACION

El embarazo en la adolescencia es un problema biopsicosocial que va en aumento. Sólo en nuestra Unidad de Medicina Familiar (UMF 27), la población entre los 10 y 19 años es de un 19.43%, de ellas el 8.48% tienen un embarazo de primera vez al año.

Una adolescente embarazada tiene serias implicaciones sociales, económicas y culturales tanto para ella, su hijo y su familia como para toda la sociedad. La joven embarazada sufre consecuencias sociológicas, biológicas y sociales, pasa de ser una niña-hija a madre obligada, sufriendo muchas veces actitudes negativas de sus familiares, además de que debe descuidar su vinculación con el sistema educacional, lo que redundará en una preparación deficiente para la vida laboral.

Si además del embarazo, se tiene una familia disfuncional cuya personalidad de sus integrantes son inhibidas o subdesarrolladas, la comunicación se torna deficiente o inexistente, y se expresan entre sí mediante comportamientos destructivos, incluso violentos, de tal manera que se le ofrece a la adolescente y a su hijo un ambiente inseguro e inestable y los efectos perjudiciales de criarse bajo estas condiciones se extienden más allá del entorno familiar y pueden dejar secuelas emocionales irreversibles.

La adolescente embarazada que proviene de una familia disfuncional puede presentar baja autoestima, sentimientos de inseguridad que desembocan en temores, dificultades para comunicarse o expresar sus deseos y necesidades, e incapacidad para manifestar afecto a otros y no consigue establecer vínculos interpersonales sanos.

Es por ello que tener conocimiento sobre los factores que influyen para que una adolescente se embarace no es suficiente, debiendo indagar sobre el tipo de familia a la que pertenece, para orientarla, así como ofrecer ayuda a su familia disminuyendo el número de embarazos en edades tempranas y con ello sus respectivas consecuencias.

## OBJETIVOS:

### GENERAL:

Determinar si existe relación entre disfunción familiar con embarazo en adolescentes

### ESPECIFICO:

Conocer la funcionalidad familiar de la adolescente en base a:

- 1) Adaptabilidad
- 2) Cohesión

## MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio transversal, de casos y controles, un grupo de adolescentes embarazadas y otro grupo de adolescentes no embarazadas, durante el periodo de Mayo a Septiembre del 2005, en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en Tijuana, Baja California. La población a estudiar fueron adolescentes de 10 a 19 años, se realizó muestro no probabilístico de tipo cualitativo dirigido por criterios. El tamaño de la muestra se determinó en base al 40% del total de adolescentes embarazadas registradas en la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Los criterios de inclusión fueron:

- Adolescentes del sexo femenino
- Edades de entre 10 y 19 años
- Cinco grupos:
  - embarazadas que no vivan con su familia
  - embarazadas que si vivan con su familia
  - no embarazadas que sí vivan con su familia
  - no embarazadas que no vivan con su familia.
  - embarazadas primigestas

Criterios de no inclusión

- mujeres menores de 10 años y mayores de 19 años
- que no aceptaron contestar la encuesta
- adolescentes multigestas

Criterios de Exclusión

- contestación incompleta de encuesta

Se tomó a la Unidad de Medicina Familiar 27, en ambos turnos, para la aplicación de un cuestionario preelaborado, se les explicó el motivo del estudio invitándose a la participación en el mismo, contestando 19 preguntas para conocer los datos sociodemográficos de la encuestada tales como edad, escolaridad, estado civil, lugar de origen y ocupación, si tenía ó no pareja, así como el tiempo de unión con ella si la tenía; antecedentes ginecoobstétricos edad de menarca, inicio de vida sexual, se cuestionó sobre la utilización de algún método anticonceptivo así como el conocimiento sobre éstos métodos, se cuestionó sobre el número de parejas sexuales, otro punto fue si el embarazo fue planeado ó no planeado. Se interrogó en base al tipo de familia según su desarrollo, según su integración, según tipología, y según su composición (ANEXO 1). Posteriormente contestaron el cuestionario de FACES III (ANEXO 2) para la medición de funcionalidad familiar, en el cual se evalúan las características de adaptabilidad y cohesión con diez reactivos para cada uno, con una escala de cinco opciones: nunca 1, casi nunca 2, algunas veces 3, casi siempre 4, siempre 5, los pares evalúan adaptabilidad y los nones evalúan la cohesión, calificándose de la siguiente manera:

#### COHESION:

Tipo de familia	Puntuación	Interrelación
No relacionada	10 a 34	Extrema
Semirrelacionada	35 a 40	Mejor
Relacionada	41 a 45	Mejor
Aglutinada	46 a 50	Extrema

#### ADAPTABILIDAD:

Tipo de familia	Puntuación	Interrelación
Rígida	10 a 19	Extrema
Estructurada	20 a 24	Mejor
Flexible	25 a 28	Mejor
Caótica	29 a 50	Extrema

Se obtienen 16 combinaciones, siendo las más funcionales: Mejor cohesión y Mejor adaptabilidad.

Las de mediana funcionalidad: Mejor cohesión y Extrema adaptabilidad- Extrema cohesión y Mejor adaptabilidad.

Las menos funcionales: Extrema cohesión y Extrema adaptabilidad.

Las encuestas fueron aplicadas por el propio investigador en la sala de espera de consulta externa.

Los resultados se evaluaron con el programa estadístico SPSS versión 12, haciendo un análisis se obtuvo medidas de tendencia central para variables cuantitativas y para las variables cualitativas se utilizaron los porcentajes.

## RESULTADOS

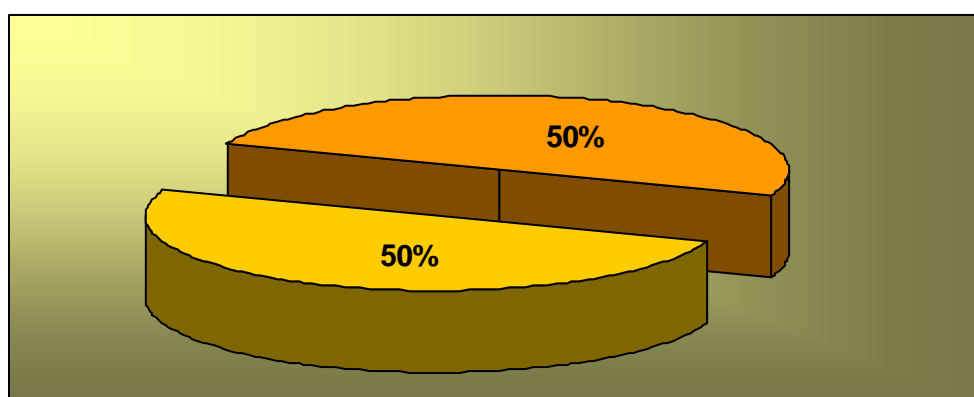
Esta sección presenta los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a las adolescentes que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 27 y decidieron participar en este estudio en forma voluntaria, explicando previamente la razón de la investigación.

TABLA 1. Total de adolescentes encuestadas

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Embarazadas	200	50%
No embarazadas	200	50%
TOTAL	400	100 %

N=400

GRAFICA No. 1. Porcentaje del total de adolescente N=400



■ Embarazadas

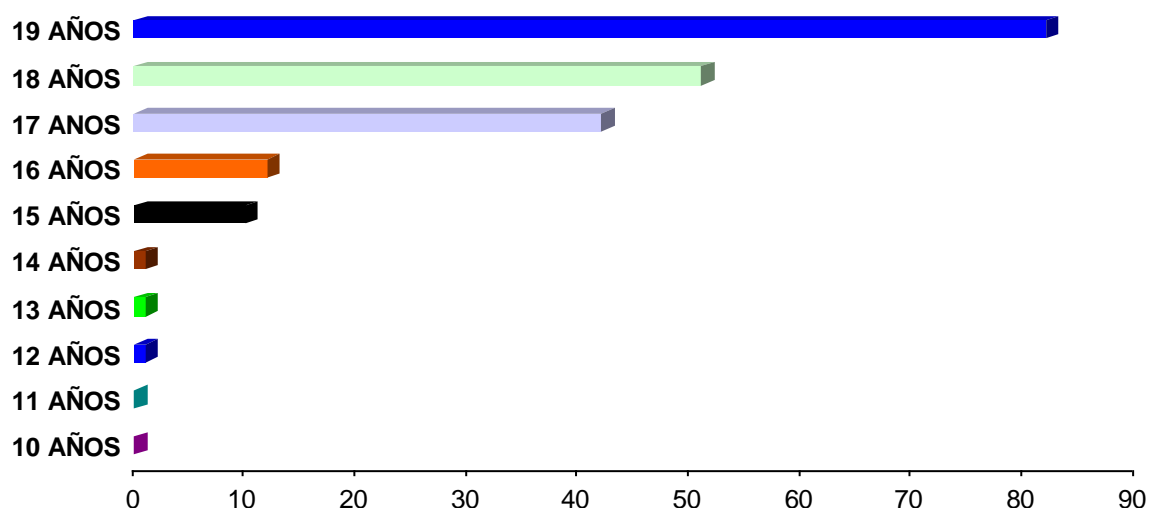
■ No embarazadas

En la tabla y gráfica 1 muestran el total de adolescentes que participaron en el estudio, las encuestas fueron un total de 400, 200 embarazadas y 200 no embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar No.27.

Edad de las adolescentes embarazadas:

La gráfica 2 muestra las edades de las adolescentes embarazadas entrevistadas, las cuales de edad de 10 y 11 años fueron de 0%, de 12, 13 y 14 años hubo un porcentaje de 0.5%, 15 años tuvieron un porcentaje de 5%, de 16 años tuvo un porcentaje de 6%, de 17 años fueron 21%, de 18 años fueron 25.5% y de la edad de 19 años fueron 82%.

GRAFICA 2. Edades de las adolescentes embarazadas N=200





GRAFICA 2. Edad de las adolescentes por grupos

EDAD	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS
10 años	0 (0%)	3 (1.5%)
11 años	0 (0%)	4 (2%)
12 años	1 (0.5%)	20 (10%)
13 años	1 (0.5%)	27 (13.5%)
14 años	1 (0.5%)	22 (11%)
15 años	10 (5%)	26 (13%)
16 años	12 (6%)	16 (8%)
17 años	42 (21%)	14 (7%)
18 años	51 (25.5%)	22 (11%)
19 años	82 (41%)	46 (23%)

N=400

#### Ocupación de las adolescentes embarazadas

La gráfica 3 muestra la ocupación de las adolescentes embarazadas al momento de la encuesta, las dedicadas al hogar fueron un porcentaje de 50%, las dedicadas a estudiar tuvieron un porcentaje de 7%, y las empleadas mostraron un porcentaje de 31%.

GRAFICA 3. Ocupación de las adolescentes embarazadas N= 200

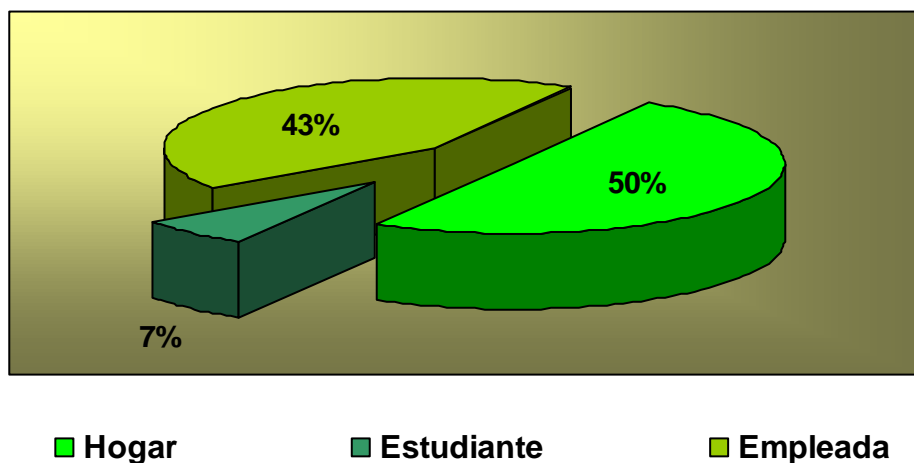


TABLA 3. Ocupación de las adolescentes por grupos

VARIABLE	EMBARAZADA	NO EMBARAZADA
Hogar	100 (50%)	20 (10%)
Estudiante	14 (7%)	143 (71.5%)
Empleada	86 (43%)	37 (18.5%)
Total	200 (100%)	200 (100%)

N=400

Lugar de origen de las adolescentes embarazadas

La gráfica 4 muestra el lugar de origen de las adolescentes embarazadas, de las cuales son de ésta ciudad un 40%, de otro estado el 60% y extranjeras 0%.

GRAFICA 4. Lugar de origen de adolescentes embarazadas N=200

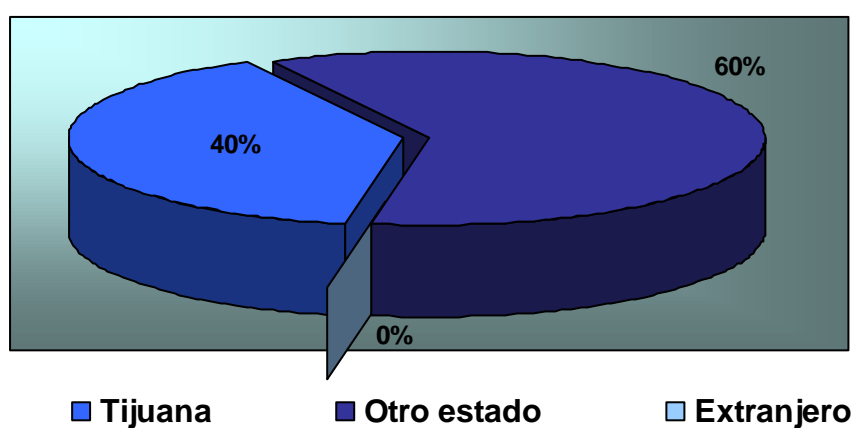


TABLA 4. Lugar de origen de las adolescentes por grupos

VARIABLE	EMBARAZADA	NO EMBARAZADA
Baja California	79 (39.5%)	108 (54%)
Otro estado	121 (60.5%)	89 (44.5%)
Extranjero	0 (0%)	3 (1.5%)
Total	200 (100%)	200 (100%)

N=400

#### Estado civil de las adolescentes embarazadas

La gráfica 5, muestra el estado civil de las adolescentes embarazadas al momento de la encuesta, son casadas el 30%, las adolescentes solteras tienen un porcentaje de 33%, y las adolescentes en unión libre muestran un porcentaje de 37%

GRAFICA 5. Estado Civil de las adolescentes embarazadas N=200

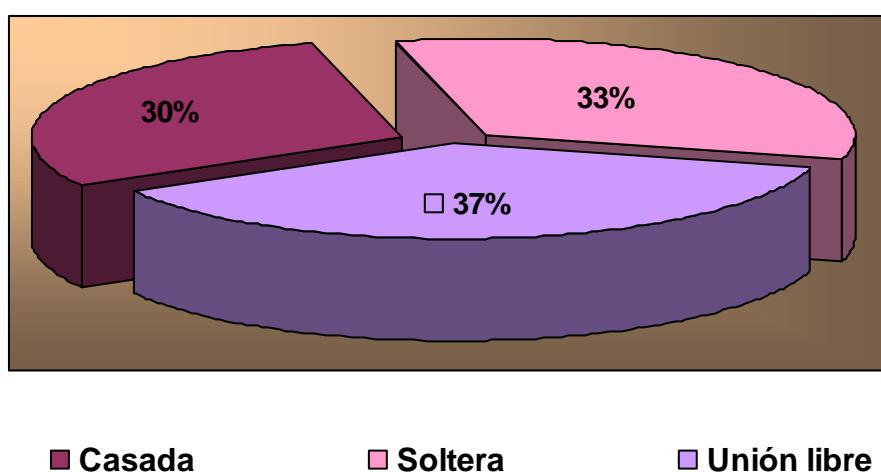


TABLA 5. Estado Civil de las adolescentes por grupos

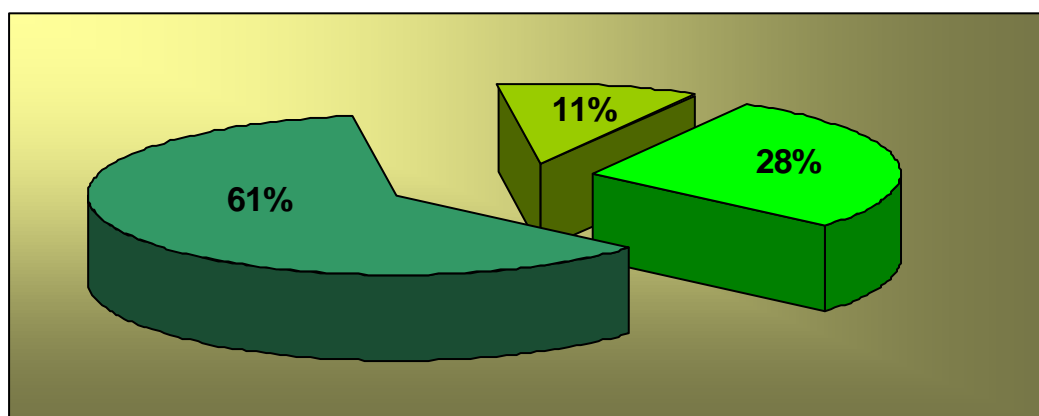
VARIABLES	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS
Casada	59 (29.5%)	2 (1%)
Soltera	66 (33%)	185 (92.5%)
Unión libre	75 (37.5%)	13 (6.5%)
TOTAL	200 (100%)	200 (100%)

N=400

#### Escolaridad de las adolescentes embarazadas

La gráfica 6 muestra la escolaridad de las adolescentes embarazadas del estudio, de las cuales cuentan con nivel primaria 28%, con nivel secundaria un porcentaje de 61%, con nivel preparatoria un porcentaje de 11%.

GRAFICA 6. Escolaridad de las adolescentes embarazadas N=200



■ Primaria ó menos    ■ Secundaria    ■ Preparatoria

TABLA 6. Escolaridad de las adolescentes por grupos

VARIABLE	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS
Primaria	56 (28%)	36 (18%)
Secundaria	123 (61.5%)	118 (59%)
Preparatoria	21 (10.5%)	46 (23%)
TOTAL	200 (100%)	200 (100%)

N=400

#### Inicio de vida sexual de las adolescentes embarazadas

La gráfica 7, muestra las edades en que las adolescentes embarazadas inician su vida sexual siendo menor de 15 años un porcentaje de 28.5% y de 16 a 19 años un 71.5%.

GRAFICA 7. Inicio de vida sexual de las adolescentes embarazadas N= 200

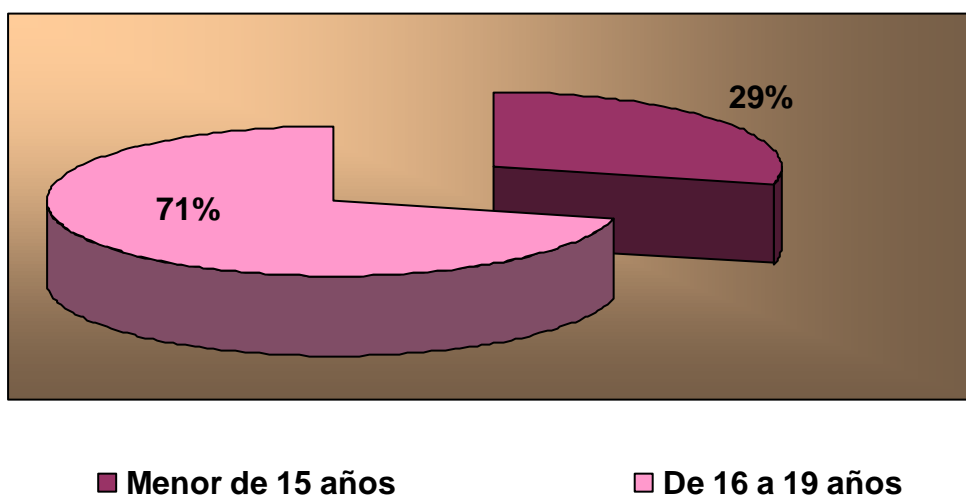


TABLA 7. Inicio de vida sexual de las adolescentes por grupos

VARIABLE	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS
De 15 años ó menor	57 (28.5%)	17 (8.5%)
De 16 a 19 años	143 (71.5%)	40 (20%)
No tiene actividad	0 (0%)	143 (71.5%)
Total	200 (100%)	200 (100%)

N=400

Tipo de embarazo de las adolescentes embarazadas

La gráfica 8 muestra el tipo de embarazo, el planeado tuvo un porcentaje de 38.5%, el embarazo no planeado tuvo un porcentaje de 61%.

GRAFICA 8. Tipo de embarazo en porcentaje N=200

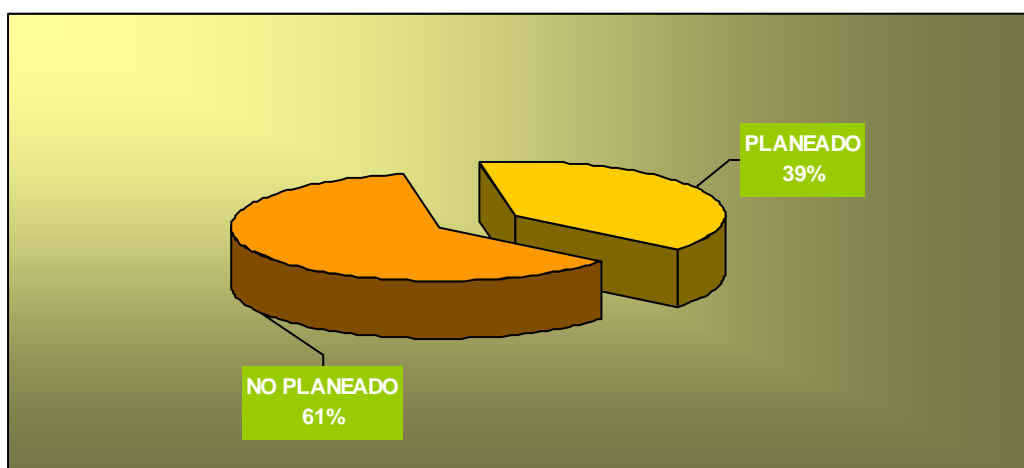


TABLA 8. Tipo de embarazo por grupos

VARIABLE	EMBARAZADA	NO EMBARAZADA
Planeado	77 (38.5%)	0 (0%)
No planeado	123 (61.5%)	0 (0%)
Total	200 (100%)	0 (0%)

N=400

Tipología Familiar de las adolescentes según su Desarrollo

La tabla 9 muestra la tipología familiar de las adolescentes embarazadas según su desarrollo, encontrándose que un 21% tiene una familia moderna, un 87% tiene una familia tradicional y un 1% tiene una familia arcaica.

TABLA 9. Tipología Familiar de las adolescentes según su Desarrollo clasificada por grupos

VARIABLE	EMBARAZADA	NO EMBARAZADA
Moderna	42 (21%)	80 (40%)
Tradicional	156 (78%)	120 (60%)
Arcaica	2 (1%)	0 (0%)
TOTAL	200 (100%)	200 (100%)

N=400

### Tipología Familiar de las adolescentes según su Demografía

La tabla 10 muestra que un 82.5% de las adolescentes embarazadas pertenecen a una familia urbana, y un 17.7% pertenecen a una familia rural.

TABLA 10. Tipología Familiar de las adolescentes según su Demografía clasificada por grupos

VARIABLE	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS
Urbana	165 (82.5%)	191 (95.5%)
Rural	35 (17.5%)	9 (4.5%)
TOTAL	200 (100%)	200 (100%)

N=400

### Tipología Familiar de las adolescentes según su Integración

La tabla 11 muestra la tipología familiar de las adolescentes embarazadas según su integración, un 32.5% pertenecen a una familia integrada, un 56% pertenece a una familia semintegrada y un 11.5% pertenece a una familia desintegrada.

TABLA 11. Tipología Familiar de las adolescentes según su Integración por grupos

VARIABLE	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS
----------	-------------	----------------



Integrada	65 (32.5%)	33 (16.5%)
Semintegrada	112 (56%)	156 (78%)
Desintegrada	23 (11.5%)	11 (5.5%)
Total	200 (100%)	200 (100%)

N=400

### Tipología Familiar de las adolescentes según su Composición

La tabla 12 muestra la tipología familiar de las adolescentes embarazadas según su composición en la cual un 66% pertenece a una familia nuclear, un 29% pertenece a una familia extensa y un 5% pertenecen a una familia extensa compuesta.

TABLA 12. Tipología Familiar de las adolescentes según Composición por grupos

VARIABLE	EMBARAZADA	NO EMBARAZADA
Nuclear	132 (66%)	140 (70%)
Extensa	58 (29%)	56 (28%)
Extensa compuesta	10 (5%)	4 (2%)
Total	200 (100%)	200 (100%)

N=400

### Cohesión familiar de las adolescentes embarazadas

La tabla 14 muestra la cohesión en el grupo de adolescentes en la cual 92 tuvieron familia no relacionada, 68 semirrelacionada, 29 relacionada y 11 aglutinada.

TABLA 14. Cohesión familiar de las adolescentes por grupos N=400

COHESION	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS
NO RELACIONADA	92 (46%)	26 (13%)
SEMIRRELACIONADA	68 (34%)	63 (31.5%)
RELACIONADA	29 (14.5%)	84 (42%)
AGLUTINADA	11 (5.5%)	27 (13.5%)

Adaptabilidad familiar de las adolescentes embarazadas

La tabla 15 muestra la adaptabilidad familiar de las adolescentes, siendo 41 rígida, 75 estructurada, 63 flexible y 21 caótica.

TABLA 15. Adaptabilidad de las adolescentes por grupos N=400

ADAPTABILIDAD	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS
RÍGIDA	41 (20.5%)	24 (12%)
ESTRUCTURADA	75 (37.5%)	72 (36%)
FLEXIBLE	63 (31.5%)	42 (21%)
CAÓTICA	21 (10.5%)	62 (31%)

## DISCUSION:

En nuestro estudio las adolescentes embarazadas presentan una cohesión familiar de 48.5% comparada con las adolescentes no embarazada cuya cohesión fue de de 73.5%. Respecto a adaptabilidad las adolescentes embarazadas tuvieron un 69% comparada con las adolescentes no embarazadas con un 57%.

Se han realizado diversas investigaciones respecto a los factores familiares que se asocian con el embarazo en edades tempranas. En la Ciudad de Cuernavaca en los servicios de tococirugía en el 2003, se realizó un estudio para analizar las características familiares estructurales y funcionales que se asociaban al embarazo en la adolescente, en el que concluyeron que es evidente la desintegración familiar. Otro estudio realizado en la ciudad de México desde Enero del 2001 a Enero del 2002, en donde se seleccionaron al azar a las adolescentes embarazadas, se concluyó que tenían disfunción familiar moderada en un 27% y disfunción severa en un 6%. Un estudio transversal realizado en Guerrero, en el Hospital General Regional Vicente Guerrero del IMSS en Septiembre a Noviembre del 2003, se concluyó que el 47% de las adolescentes se embarazaron para casarse y el 36% se embarazó para salir de su casa. Estos resultados se muestran muy semejantes a los encontrados en nuestro estudio donde se muestra una elevada disfunción familiar en las adolescentes embarazadas en un 51.5%.

Las fortalezas de este estudio son: el cuestionario FACES III está validado en población mexicana y ha sido utilizado en múltiples estudios para valorar funcionalidad familiar con buenos resultados.

Otra fortaleza es que no hay estudios de este tipo en Baja California por lo que nuestro estudio es innovador.

La debilidad de este estudio es que las adolescentes al estar embarazadas pierden el derecho a la atención médica en el seguro social, por lo que nuestros resultados se ven limitados para extrapolarse a la población general.

## CONCLUSIONES:

Las características generales de las adolescentes fueron edad de 19 años con 82%, el estado civil fue en su mayoría unión libre en un 37%, ocupación empleada en un 50%, escolaridad de secundaria con 61%, tuvieron inicio de vida sexual antes de llegar a los 15 años un 29%, el embarazo no fue planeado en un 61%: en relación a la familiar encontramos al 69% que tuvieron familia tradicional, 89% familia urbana y 68% familia nuclear.

En relación a la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas encontramos familias con extrema cohesión y mejor adaptabilidad por lo que se resume que presentan un sistema familiar enmarañado con excesiva identificación familiar que impide la individualización de sus miembros, pero que fácilmente se adaptan a las nuevas situaciones, comparada con el grupo de adolescentes no embarazadas las cuales tienen mejor cohesión y mejor adaptabilidad, resumiéndose que presentan mejor funcionalidad familiar. Por lo anterior la disfunción familiar está relacionada con el embarazo en la adolescente de la Unidad de Medicina Familiar No 27, de Tijuana Baja California.

## RECOMENDACIONES:

Las recomendaciones sobre todo para la atención primaria son los siguientes:

1. Incluir en todos los controles de salud, recomendaciones a los padres para la educación en salud sexual y reproductiva de sus hijos de acuerdo a la edad.
2. Proporcionar a los adolescentes en general consejos individualizados según preferencias, conocimientos y habilidades.
3. Ofrecer información verbal y escrita tanto en forma individual como grupal dirigida exclusivamente a adolescentes.
4. Proporcionar empatía, confidencialidad y apoyo.
5. Realizar anamnesis para detectar actividad sexual

En adolescentes sin actividad sexual:

- Identificar actitudes, conocimientos y habilidades adecuadas a su edad.
- Dar consejo sobre la importancia de planificar.
- Informar sobre recursos de anticoncepción.

En adolescentes con actividad sexual:

- Identificar comportamientos y prácticas de riesgo.
- Comprobar la utilización de protección y valorar actitud, conocimientos y habilidades de su uso.
- Proporcionar anticoncepción en caso necesario.
- No aconsejar exclusivamente la abstinencia como única opción preventiva de embarazo y enfermedades de transmisión sexual.

6. Fomentar y participar en los programas de prevención existentes

7. En el caso de adolescentes embarazadas, derivar para su incorporación en programas de seguimiento del embarazo y remitir si procede a los servicios sociales para la gestión de recursos educativos y socioeconómicos.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Behrman R, Kliegman R, Jonson H. Tratado de Pediatría. 2001; 16: 637-639
- 2.- León F, Vargas J. Embarazo en adolescentes. 2005; 7: 165-170
- 3.- Juárez S, Murillo Y. Factores familiares asociados al embarazo en un grupo de adolescentes mexicanas, Archivos de Medicina Familiar. 2005; 5:118-122
- 4.- Welti C. Análisis demográfico de la fecundidad en adolescentes en México 2000; 26
- 5.- Conapo: V Informe de avances del Programa Nacional de Población 1995-2000
- 6.-INEGI. Estados Unidos Mexicanos XII Censo General de Población y Vivienda 2000
7. Irigoyen A, Gómez C. Alarid J, Hernández R. Fundamentos de Medicina Familiar 1995; 35-42
- 8.- Huerta J. La Familia en el proceso salud-enfermedad. 2005:1
- 9.- Libertad M, Reyes Z. Conducta sexual, embarazo y aborto en la Adolescencia. Revista de Salud Pública, 2003:29
- 10.- Huerta J. PAC MF-1. Colegio Mexicano de Medicina Familiar. 4: 5-69
- 11.- Rangel J, Valerio P. Funcionalidad Familiar en la adolescente embarazada Revista de la Facultad de Medicina UNAM. 2004:47
- 12.- [www.municipalidad.gov.ec/mapa.php](http://www.municipalidad.gov.ec/mapa.php)
- 13.-Calero L, Santana F. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. Revista de Salud Pública, 2001:27
- 14.- Ahued R, Lira J. La adolescente embarazada un problema de salud pública Instituto. Nacional de Perinatología. 2001; 69: 300-303



- 15.- Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público. Salud Pública de México. 1997; 39
- 16.- Lares J. El embarazo en la adolescente precoz. Revista Panamericana de Salud Pública, 1998; 3
- 17.-Cueva J, Olvera F. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Revista Mexicana de IMSS, 2005; 43
- 18.- Ehrenfeld L. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. Salud Pública de México, 1994; 36
- 19.- Ponce E, Gómez F. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español. Atención Primaria. 2002; 30: 624-630
- 20.- Corzo M, Pérez S. Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. Atención Primaria. 1998; 21: 275-282
- 21.- Bennett S, Nassim P. School-based teenage pregnancy prevention programs. Journal of adolescent Health. 2005; 36:71-81

ANEXO I

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILAR No.27  
CUESTIONARIO:

1.-NOMBRE; \_\_\_\_\_

2.- EDAD: 1) Menores de 15 años  
2) De 16 a 19 años

3.- ESTADO DE PROCEDENCIA:  
1) Baja California  
2) Otro estado  
3) Extranjero

4.- ESTADO CIVIL:  
1) Casada  
2) Soltera  
3) Unión libre

5.- ACTUALMENTE TIENE PAREJA:  
1) Sí  
2) No

6.- TIEMPO DE UNIÓN CON LA PAREJA:  
1) Menos de un año  
2) 2 a 3 años  
3) Nunca ha tenido pareja

7.- OCUPACIÓN:  
1) Hogar  
2) Estudiante  
3) Empleada

8.- ESCOLARIDAD:  
1) Primaria ó menos  
2) Secundaria  
3) Preparatoria

9.- A QUE EDAD EMPEZO A MENSTRUAR: \_\_\_\_\_

10.- INICIO DE VIDA SEXUAL:

- 1) Menor de 15 años
- 2) De 16 a 19 años
- 3) Nunca ha tenido relaciones sexuales

11.- ¿USÓ MÉTODO ANTICONCEPTIVO?

- 1) Sí
- 2) No

12.- ¿TIENE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

- 1) Sí
- 2) No

13.- ¿CUÁNTAS PAREJAS SEXUALES HA TENIDO?

- 1) Solamente una
- 2) Dos ó más
- 3) Nunca he tenido relaciones sexuales

14.- ¿SU EMBARAZO FUE PLANEADO Ó NO PLANEADO?

- 1) Planeado
- 2) No planeado
- 3) Nunca me he embarazado

15.-FAMILIA SEGÚN DESARROLLO:

- 1) Moderna
- 2) Tradicional
- 3) Arcaica

16.-FAMILIA SEGÚN DEMOGRAFÍA:

- 1) Urbana
- 2) Rural

17.-FAMILIA SEGÚN SU INTEGRACIÓN:

- 1) Integrada
- 2) Semintegrada
- 3) Desintegrada

18.-FAMILIA SEGÚN TIPOLOGÍA:

- 1) Campesina
- 2) Obrera
- 3) Profesional

19.-FAMILIA SEGÚN COMPOSICIÓN:

- 1) Nuclear
- 2) Extensa
- 3) Extensa compuesta

## ANEXO II

Describa su familia:	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos					
Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas					
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
Nos sentimos muy unidos					
En nuestra familia los hijos toman las decisiones					

Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente					
En nuestra familia las reglas cambian					
Con facilidad podemos planear actividades en familia					
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
La unión familiar es muy importante					
Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

### Variable Dependiente:

- Cuestionario Clínico para Funcionalidad Familiar de David Olson  
“FACES III”

### Variables Independientes:

1. Edad: Variable cuantitativa de 10 a 19 años
2. Lugar de origen: Variable cualitativa
  - Baja California
  - 6. Otro estado
  - 7. Extranjero
- 3.- Estado civil: Variable cualitativa
  - Casada
  - Soltera
  - 6. Unión libre
- 4.- Pareja: Variable cualitativa
  - 7. Sí
  - 8. No
- 5- TIEMPO DE UNIÓN CON LA PAREJA: Variable cualitativa
  - Menos de un año
  - 2 a 3 años
  - Nunca ha tenido pareja
- 6.- OCUPACIÓN: Variable cualitativa
  - Hogar
  - Estudiante
  - Empleada
- 7.- ESCOLARIDAD: Variable cualitativa
  - Primaria ó menos
  - Secundaria
  - Preparatoria
- 8.- Menarca: variable cuantitativa
  - En años cumplidos

- 9.- INICIO DE VIDA SEXUAL: Variable cualitativa
- Menor de 15 años
  - De 16 a 19 años
  - Nunca ha tenido relaciones sexuales
- 10.- USÓ MÉTODO ANTICONCEPTIVO: Variable cualitativa
- 5. Sí
  - 6. No
- 11.- CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: V. cualitativa
- Sí
  - No
- 12.- PAREJAS SEXUALES: Variable cualitativa
- Solamente una
  - Dos ó más
  - Nunca he tenido relaciones sexuales
- 13.- EMBARAZO PLANEADO Ó NO PLANEADO: Variable cualitativa
- Planeado
  - No planeado
  - Nunca me he embarazado
- 14.- FAMILIA SEGÚN DESARROLLO: Variable cualitativa
- Moderna
  - Tradicional
  - Arcaica
- 15.- FAMILIA SEGÚN DEMOGRAFÍA: Variable cualitativa
- Urbana
  - Rural
- 16.-FAMILIA SEGÚN SU INTEGRACIÓN: Variable cualitativa
- Integrada
  - Semintegrada
  - Desintegrada
- 17.- FAMILIA SEGÚN TIPOLOGÍA: Variable cualitativa
- Campesina
  - Obrera
  - Profesional
- 18.- FAMILIA SEGÚN COMPOSICIÓN: Variable cualitativa
- 4. Nuclear
  - 5. Extensa
  - 6. Extensa compuesta