

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i1.3511>

Relación de la funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes adscritas a una unidad médica familiar

Relationship between family functionality and pregnancy in adolescents assigned to a family medical unit

Erick Antonio Torres Rodríguez

erick_122003@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-7880-1816>

Instituto Mexicano del Seguro Social. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Tabasco – México

Herenia del Carmen Padrón Sánchez

here_padron@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9942-8979>

Instituto Mexicano del Seguro Social. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Tabasco – México

Elizabeth Gallegos Tosca

Eliz_155@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-8147-6885>

Instituto Mexicano del Seguro Social. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Tabasco – México

Artículo recibido: 11 de febrero de 2025. Aceptado para publicación: 25 de febrero de 2025.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

El objetivo de la investigación fue determinar la relación de la funcionalidad familiar de la familia de origen y el embarazo en pacientes adolescentes de la Unidad Médica Familiar 45, Cárdenas, Tabasco. El autor llevó a cabo un estudio transversal, observacional y correlacional en un periodo de diciembre del 2022 a noviembre del 2023, con una población de 101 pacientes adolescentes embarazadas que acudieron a consulta prenatal a la UMF 45. Se aplicó cuestionario sociodemográfico y de antecedentes ginecobstétricos y FACES III para medir la funcionalidad familiar. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central además del coeficiente de correlación de Spearman. Se empleó software estadístico SPSS versión 24.5. Como resultado se obtuvo que no existió relación estadística del embarazo adolescente y funcionalidad familiar ($S=0.076$) ($p>0.05$). En conclusión, la población de estudio posee una frecuente tipología familiar nuclear con una funcionalidad no balanceada. Predominó una edad promedio de 17 años. El promedio de la edad de inicio de vida sexual es de 15 años, la escolaridad con mayor prevalencia en el nivel preparatoria.

Palabras clave: embarazo adolescente, atención prenatal, familia, salud familiar

Abstract

The objective of the research was to determine the relationship between family functionality of the family of origin and pregnancy in adolescent patients from the Family Medical Unit 45, Cárdenas, Tabasco. The author carried out a cross-sectional, observational and correlational study in a period from December 2022 to November 2023, with a population of 101 pregnant adolescent patients who attended prenatal consultation at UMF 45. A sociodemographic and gynecobstetric history questionnaire was applied. and FACES III to measure family functionality. Descriptive statistics were

used with measures of central tendency in addition to the Spearman correlation coefficient. SPSS statistical software version 24.5 was used. As a result, there was no statistical relationship between teenage pregnancy and family functionality ($S=0.076$) ($p>0.05$). In conclusion, the study population has a frequent nuclear family typology with unbalanced functionality. An average age of 17 years predominated. The average age of beginning sexual life is 15 years, with the highest prevalence of schooling at the high school level

Keywords: pregnancy, adolescence, family, prenatal care

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Torres Rodríguez, E. A., Padrón Sánchez, H. del C., & Gallegos Tosca, E. (2025). Relación de la funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes adscritas a una unidad médica familiar. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (1), 2493 – 2504.
<https://doi.org/10.56712/latam.v6i1.3511>

INTRODUCCIÓN

La adolescencia constituye un período especial del desarrollo en la vida de cada individuo. Es la fase determinante para el correcto funcionamiento, crecimiento y desarrollo para la correcta conformación de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (2022), hay más adolescentes que nunca en el mundo: 1200 millones, dicha cifra representa una sexta parte de la población a nivel mundial. Además, la Organización Panamericana de la Salud (2019) menciona que en América Latina y el Caribe, los adolescentes representan el 30% de la población.

En esta etapa se presentan transformaciones manifestadas de forma estructurada; cambios fisiológicos como el desarrollo y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas, estructurales y psicológicos; la conformación de la personalidad e identidad y la adaptación a los cambios culturales y/o sociales. Una de las situaciones que comúnmente se identifica en esta etapa es el embarazo; convirtiéndose este en una situación muy especial, tratándose de mujeres que por su desarrollo anatómico y psicológico aún no alcanzan la madurez necesaria para cumplir el rol de madre. Este hecho se describe muy a menudo como una problemática de salud en el ámbito público en México dada su magnitud y repercusiones biológicas, psicológicas y sociales que conlleva. De acuerdo con los datos arrojados por investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social se estima que el embarazo en adolescentes ocurre anualmente en 63 mujeres de cada mil. A nivel nacional se sabe que la problemática asciende a un 30 por ciento de los embarazos en general y que factores como vivir con una familia de tipo disfuncional en donde se presentan abusos; incluso de tipo sexual, así como sufrir carencias de tipo afectivo, son factores que se ha analizado se relacionan con el desarrollo del embarazo adolescente. En México, 4 de cada 10 familias con dos o más hijos son disfuncionales, lo que las torna un sistema incompetente para dar el soporte requerido a sus miembros y trastocando aspectos referidos a la salud y la capacidad para desenvolverse en la comunidad.

El primer nivel de atención se encuentra siendo el responsable de proveer a las derechohabientes la atención; contemplando un enfoque integral, que toma en consideración las necesidades no solamente médicas de la embarazada, sino también aquellas del área psicosocial y de la familia, de esta forma el equipo de salud puede realizar intervenciones médicas; incluso psicológicas, a la paciente y a su núcleo familiar completo, lo que previene considerablemente conflictos paterno-filiales y causa un mayor apoyo en la atención prenatal disminuyendo complicaciones y costos a nivel personal, familiar e institucional.

En muchos de los casos de embarazo adolescente se tiene una estrecha relación con un conjunto de factores que si bien no son causas directas si intervienen en la posibilidad de un embarazo a temprana edad. La funcionalidad de las familias ha sido descrita como uno de dichos factores, aunado a que de igual forma en múltiples estudios se ha logrado relacionar con otras problemáticas propias del embarazo adolescente. Derivado de lo anterior se han llevado previamente a cabo una serie de estudios que se consideraron relevantes para la realización del presente, entre los que se encuentra el realizado en el contexto internacional Perú por García (2019), que determinó el nivel de relación entre la funcionalidad familiar y embarazo adolescente $X^2 = 7.801$ y valor $p = 0.032 < 0.05$, de igual forma en Ecuador, Auquilla (2022) encontró que 40,9% de las mujeres participantes ($P = 0.083$) perteneció a familias disfuncionales, además no existió asociación estadística entre embarazo adolescente y disfuncionalidad familiar ($P = 0.071$). Por otra parte, en México Saavedra (2020), se determinó la relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas de una unidad médica familiar con $r = 0.365$ y el valor de $p = 0.01$.

Lo anterior enfatizó la pertinencia del presente estudio dado que hace posible mejorar los programas de prevención, adaptando las políticas públicas de salud a las condiciones particulares de cada derechohabiente adolescente en estado de embarazo y su familia.

El objetivo general fue analizar la relación existente entre la funcionalidad familiar de la familia de origen y el embarazo en pacientes adolescentes que acuden a la Unidad Médica Familiar no. 45, Cárdenas, Tabasco, determinando sus características sociodemográficas y familiares e identificando el grado de funcionalidad de sus familias de origen.

DESARROLLO

Familia

Se define a la familia como: “un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en su mayoría conviven en un mismo lugar, unidos ya sea por lazos legales, sanguíneos y/o afinidad” (Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C, 2005). Es un sistema compuesto a la vez por subsistemas; el principal es el conyugal (padre y madre), subsiguiente el paterno-filial (los padres y los hijos) y por último el subsistema fraternal (hermanos). Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013) la define como el “ámbito en el que los individuos nacen y se desarrollan, así como el contexto en el que se construye la identidad de las personas por medio de la transmisión y actualización de los patrones de socialización”. Esta definición aporta una conceptualización de que la familia es una unidad biopsicosocial cuya función más destacable es la enseñanza de formas de vida que deben contribuir a la salud de todos sus miembros.

Cada familia tiene características propias que puede diferenciarla de otras o en su caso verlas como similares, según su extensión, composición, origen y modo de relacionarse, se pueden distinguir distintos tipos de familia, las clasificaciones varían de acuerdo al autor, tal es el caso de Montañó e Irigoyen (2017) quienes la clasifican en integrada, semi integrada y desintegrada y Malpartida (2020) quien lleva a cabo una clasificación según la extensión en nuclear, monoparental, extensa y reconstruida. Cabe destacar que, en términos más específicos.

Familia de origen

La familia de origen en la perspectiva de Membrillo (2022) es todo aquel sistema familiar en el que nacemos o, dicho de otra forma; al conjunto de padres y hermanos en caso de no ser hijos únicos. Esta familia se origina de la unión de dos personas; en una relación que puede considerarse estable o no, estos progenitores crían y educan a sus hijos dentro del sistema familiar. Los miembros progenitores aportan una herencia genética y psico-social-económica, que acompaña al resto de los miembros que integran la familia de origen.

Funcionalidad familiar

No se puede dejar de lado uno de los términos más importantes en cuanto al estudio de las familias; la funcionalidad familiar, misma que está definida como “la manera en la que interaccionan los vínculos entre los miembros de la familia (cohesión) y que puede ser capaz de cambiar y modificar su estructura con la finalidad de hacer frente a dificultades que se presenten (adaptabilidad)” (Olson, 1989). Es la capacidad del grupo familiar para superar circunstancias que pueden representar crisis y adaptarse. Un sistema familiar es valorado por el grado de funcionalidad que posee, esta funcionalidad familiar, es la que procura el crecimiento integral de sus integrantes, además de un estado de salud propicio en ellos. El funcionamiento de la familia es determinante en que se conserve la salud o aparezcan enfermedades en sus miembros. Tomando en cuenta la teoría de dicho autor, la familia según su funcionalidad se puede clasificar en: caótica, flexible, estructurada, rígida, disgregada, separada, relacionada y aglutinada.

De acuerdo con que una familia cuente con la habilidad de cumplir o deje de cumplir con sus funciones, se estaría hablando de familia funcional o disfuncional y según Smilkstein (1978), son los mismos

integrantes de la familia quienes definen el funcionamiento familiar según qué tan satisfechos se muestran con el cumplimiento de los parámetros básicos de sus funciones; tales como adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos. Es así que la funcionalidad familiar, se puede considerar como precedente para que los integrantes de una familia posean la cualidad y capacidad de adaptarse y enfrentar todo tipo de condición y situación que se presente.

Embarazo adolescente

El embarazo adolescente es aquel que se da entre los 10-19 años, independientemente de la edad ginecológica, un amplio porcentaje de estos embarazos ocurren dentro de los primeros 6 meses de inicio de las relaciones sexuales.

Dentro de sus características generadoras de complicaciones, esta población no muestra aun una completa maduración de la anatomía y fisiología necesaria para llevar a cabo la gestación, por mencionar algunos como la falta de espacio para el crecimiento del útero; relacionado a patologías de restricción del crecimiento fetal y parto pretérmino, y circulación uterina sin completo desarrollo; hipertensión gestacional tal y como lo destacan Loredó et al (2017). Tal fenómeno es una situación con un entorno muy especial, ya que se trata de mujeres que por su grado de desarrollo anatómico y psicológico aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madres, aunado a que de acuerdo a los datos aportados por la OMS cada año los embarazos en adolescentes causan al menos 40 millones de abortos. Este hecho ha sido descrito por Martínez et al (2020) como un problema de salud pública en Latinoamérica dada su magnitud y las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales que conlleva.

Si bien la libertad en el ejercicio de la sexualidad de los adolescentes y jóvenes se ha convertido en un derecho ampliamente reconocido; en específico el de los adolescentes de 10 a 19 años, según la OMS (2022), en la vida real no deja de mostrar aspectos de visible tensión y complejidad, especialmente cuando el inicio de la vida sexual ocurre en edades consideradas como tempranas, en específico, por las repercusiones sociales y de salud que implica la toma de decisiones en contextos de vulnerabilidad y escaso acceso a la información. En el contexto mexicano, tal situación muestra una problemática no resuelta y que ocasiona consecuencias muy notables en relación con el llamado embarazo adolescente. Es notable que el embarazo adolescente se ha analizado desde distintos puntos de vista que lo ubican como un problema de causas múltiples en el que, citando a Herrera et al (2018), intervienen cuestiones variadas como la construcción social del género, la falta de educación sexual integral y oportuna, barreras en el acceso a los métodos anticonceptivos y escasas oportunidades educativas y laborales para los jóvenes.

De acuerdo con la literatura, los factores de riesgo que se asocian al embarazo adolescente, pueden ser clasificados en individuales, sociales y familiares. Entre los individuales se consideran menarquía en edad precoz, percepción de invulnerabilidad, baja expectativa educacional, impulsividad, malas relaciones parentales, consumo de drogas y/o alcohol y uso inconsciente de métodos anticonceptivos. El factor social abarca la erotización de los medios de comunicación y actuales redes sociales que contribuyen a la declinación de las barreras para el ejercicio de la sexualidad. Por último, la dimensión familiar incluye estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, padres poco accesibles; o ausentes, madre con historial de embarazos adolescentes y carencias afectivas.

METODOLOGÍA

El estudio fue de enfoque cuantitativo, observacional, analítico, transversal. Se realizó una encuesta para obtener las características sociodemográficas, y se incluyó la aplicación de un instrumento estandarizado para la determinación de la funcionalidad familiar en pacientes adolescentes

embarazadas de la UMF No. 45. Se desarrolló en el periodo comprendido del 01 de diciembre del 2022 al 30 noviembre del 2023.

Las participantes fueron un total de 101 pacientes adolescentes embarazadas de entre 10 y 19 años de edad. Dado que la población no era extensa, se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia.

A las pacientes que fueron seleccionadas, se les informó de manera completa en qué consistía el estudio y sus fines; siendo de vital importancia resolver cualquier duda que surgiera por parte del encuestado, posterior a esto el consentimiento fue firmado por el médico investigador y la paciente.

Una vez que fue aceptado los términos propuestos, se procedió a realizar la encuesta, se recabaron las variables sociodemográficas de cada paciente, incluyendo; edad, estado civil, escolaridad, zona geográfica (rural, urbana), ocupación, tipo de familia (monoparental, nuclear, extensa y reconstituida), número de gestas y antecedente de embarazo adolescente en la familia.

Posteriormente, se procedió a efectuar la evaluación de la dinámica y funcionalidad familiar por medio del siguiente instrumento: FACES III de Olson, Portner y Lavee, 3° versión de la serie de escalas FACES que ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del sistema familiar; la cohesión y la adaptabilidad, que está integrado por 20 ítems cuyas respuestas van de nunca (1 punto) a casi nunca (2 puntos), algunas veces (3 puntos), casi siempre (4 puntos) y siempre (5 puntos). Se han establecido los puntos de cohorte para cada rubro; en el caso de cohesión se establece no relacionada de 10 a 34 puntos, semi relacionada de 35 a 40, relacionada 41 a 45 y aglutinada 46 a 50, para la dimensión de adaptabilidad se considera rígida 10 a 19 puntos, estructurada 20 a 24 puntos, flexible 25 a 28 puntos y caótica 29 a 50 puntos. Se tuvo por funcionalidad familiar balanceada la obtención de las siguientes combinaciones: semirrelacionada o relacionada con estructurada o flexible, que se encuentran dentro de los rangos de la encuesta como funcionales y presenta como respuesta cohesión y adaptabilidad funcional. El resto de las combinaciones tienden a denotar resultados de disfuncionalidad.

El investigador brevemente hizo de conocimiento a la participante del resultado obtenido con la aplicación del instrumento, para que con esta información la paciente; si así lo deseaba o requiriera acudiera con su médico familiar en búsqueda de un análisis completo de salud familiar.

Para su análisis, los resultados obtenidos de la aplicación fueron capturados en una hoja de cálculo electrónica de Excel de Microsoft Office, se organizaron de forma que cada fila representa una participante y cada columna se ocupará por cada una de las variables sociodemográficas medidas.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24.5, organizándose las variables sin perder el concepto de fila-paciente, haciendo uso de estadística descriptiva con medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y sociodemográficas; que tipifican la población de estudio en sus variaciones de edad, estado civil, escolaridad y ocupación entre otras ya comentadas previamente y estadística inferencial para las variables cualitativas y de relación, como funcionalidad familiar y embarazo adolescente, utilizando el coeficiente de correlación de Spearman (S).

La investigación se llevó a cabo de conformidad con las normas establecidas en la Ley General de Salud, en materia de investigación en salud, así como en la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en el 2000, versión actual 2004 y bajo la aprobación y autorización correspondiente del comité de investigación local.

RESULTADOS

Se identificó que la edad promedio de los participantes fue de $\bar{x}$ =17.5 años de edad, la edad de menarca promedio fue 10.6 años, la edad de inicio de vida sexual promedio fue de 15.4 años, en el caso de los números de embarazos el promedio fue de uno punto uno, para trimestres de embarazo el promedio fue de 1.9 trimestres y para las semanas de gestación de 20.1. En lo que respecta a la Md para la edad fue de 18 años, edad de menarca 10 años, edad de inicio de vida sexual 15 años, embarazos; uno, trimestres de gestación uno punto nueve y semanas de gestación 20.1. (Tabla 1)

Tabla 1

Promedios de edad, edad de menarca, edad de inicio de vida sexual, número de embarazos, trimestres de embarazo y semanas de gestación de las pacientes adolescentes embarazadas de la UMF 45, Cárdenas, Tabasco, México

Variable	F	Md	Mo
Edad	17.5	18	17
Menarca	10.6	10	10
Edad iva	15.4	15	15
Embarazos	1.1	1	1
Trimestres de gestación	1.9	2	2
Semanas de gestación	20.1	15	11

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y ginecobstétricos en pacientes adolescentes embarazadas n=101.

De acuerdo con los resultados de la Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar FACES III aplicada a las pacientes, el 28.7% cuenta con una familia de origen funcional mientras que el 71.3% tiene una familia de origen disfuncional. (Tabla 2).

Tabla 2

Funcionalidad de la familia de origen en las pacientes adolescentes embarazadas de la UMF 45, Cárdenas, Tabasco, México

Variable	F	%
Funcional	29	28.7
Disfuncional	72	71.3
Total	101	100

Fuente: Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar FACES III aplicada a las pacientes n=101.

De igual forma se analizó la cohesión según el tipo de familia. Dentro de la estructura nuclear, el grado de cohesión no relacionada representa el 62.5%, la semi-relacionada el 34.38% y la relacionada el 3.13% restante. Mientras tanto, dentro de las familias monoparentales, la cohesión no relacionada alcanzó el 50%, la semi-relacionada 35.71% y la relacionada el 14.29%. En el caso de las familias extensas, la cohesión no relacionada conforma el 56.52% y la semi-relacionada el 43.48%. (Tabla 3)

Tabla 3

Grados de cohesión según la estructura familiar en las pacientes adolescentes embarazadas de la UMF 45, Cárdenas, Tabasco, México

Estructura familiar	Cohesión					
	No relacionada		Semi-relacionada		Relacionada	
	F	%	F	%	F	%
Nuclear	40	62.50	22	34.38	2	3.13
Monoparental	7	50.0	5	35.71	2	14.29
Extensa	13	56.52	10	43.48	0	0

Fuente: Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar FACES III y cuestionario de datos sociodemográficos y ginecobstétricos en pacientes adolescentes embarazadas n=101.

Dentro de la estructura nuclear, la adaptabilidad rígida representa el 15.63%, la estructurada 26.56%, la flexible 31.25% y la caótica el 26.56% restante. Mientras tanto, dentro de las familias monoparentales, la adaptabilidad rígida cuenta con 7.14%, la estructurada conforma el 42.86%, la flexible el 42.86% y la caótica 26.56%. En el caso de las familias extensas, la adaptabilidad rígida se halló solo en el 4.35% de los casos, la estructurada en el 47.86%, la flexible en el 30.43% y la caótica en el 17.39%. (Tabla 4).

Tabla 4

Adaptabilidad según la estructura familiar en las pacientes adolescentes embarazadas de la UMF 45, Cárdenas, Tabasco, México

Estructura familiar	Adaptabilidad							
	Rígida		Estructurada		Flexible		Caótica	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Nuclear	10	15.63	17	26.56	20	31.25	17	26.56
Monoparental	1	7.14	6	42.86	6	42.86	1	7.14
Extensa	1	4.35	11	47.83	7	30.43	4	17.39

Fuente: Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar FACES III y cuestionario de datos sociodemográficos y ginecobstétricos en pacientes adolescentes embarazadas n=101.

Respecto al análisis de relación entre la funcionalidad familiar y el embarazo adolescente llevado a cabo a través del coeficiente de correlación de Spearman (S), se halló una asociación estadísticamente débil ($S=0.076$), sin embargo, sin una significancia que valide la correlación entre las variables ($p=0.451>0.05$).

Tabla 5

Funcionalidad familiar y embarazo adolescente en las pacientes de la UMF 45, Cárdenas, Tabasco, México

Embarazo adolescente	Funcionalidad familiar		I.c	Gl	Sig.	S
101	Funcionalidad balanceada	28.7%	95%	100	.451	0.076
	Disfuncionalidad	71.3%				

Fuente: escala de evaluación del funcionamiento familiar faces iii y cuestionario de datos sociodemográficos y ginecobstétricos en pacientes adolescentes embarazadas n=101.

DISCUSIÓN

Después de analizar los resultados obtenidos se halló que la edad tuvo una media de 17.5, que coincide con el hallazgo de Ibarra (2020), donde la edad media fue de 17.9, puede que la variación resulte mínima debido a las coincidencias sociales, regionales y culturales del entorno donde se desarrollan las pacientes, estableciendo así una exposición similar al inicio de la sexualidad.

Fue más prevalente la ocupación de estudiante en el 68.3% de las pacientes. Lo cual es plenamente coincidente con los resultados obtenidos por Saavedra (2020) donde dicha ocupación también fue prevalente con el 64.8%, en cuanto a la escolaridad fue predominante el nivel preparatoria en 88.1% de las embarazadas adolescentes al igual que en el estudio de Ibarra (2020) con 69.1% pero contrastante con Ruíz (2022), quien reporta que el mayor porcentaje de su población de estudio cuenta con escolaridad en nivel secundaria 58.7%. Encontrarse en un nivel escolar bajo podría predisponer a las adolescentes a practicar actividades sexuales de riesgo.

No se encontró relación estadística significativa entre el embarazo adolescente y la funcionalidad familiar ($S=0.076$) ($p=.451$), tal y como también lo reportó el estudio de Auquilla (2022) en Ecuador en donde tampoco existió asociación entre ambas variables ($P=0.071$).

Se determinó que el mayor porcentaje de 71.3% de pacientes cuenta con una familia de origen disfuncional. Esto corresponde también a lo que comunica Ibarra (2020) en su estudio realizado en México, en el cual se encontró que 73.6% de las familias de las embarazadas adolescentes eran disfuncionales, además de Ruíz (2022) quien comunica que poco más de la mitad de sus embarazadas adolescentes encuestadas, específicamente el 52%, forma parte de una familia disfuncional. Esto coincide de igual forma con los resultados de García (2019) en los que establece que el 90% de las adolescentes embarazadas participantes de su estudio mencionan que en su familia existe el antecedente de tener hijos antes de los 20 años. Tal situación es un indicador que puede llegar a influir negativamente a la población adolescente para llegar a presentar un embarazo, ya que el grupo familiar resulta ser un modelo que transmite ejemplos y comportamientos que pueden llegar a imitarse.

Las recomendaciones que derivan del presente estudio están centradas en promover la realización de más investigaciones en torno sobre este fenómeno, para profundizar en el tema y conocer diversas realidades según los distintos contextos, además de crear propuestas de estrategias de orientación sobre el adecuado y oportuno uso de métodos de planificación familiar.

Al atender situaciones referidas a adolescentes, no analizarlos como un ser individual, desligado de los factores sociales y familiares que les rodean sino trabajar en atenderlos bajo una visión de que forma parte de un sistema familiar y que este debe ser tomado en cuenta pues la familia es la principal fuente de apoyo para poder erradicar y disminuir conductas de riesgo durante la etapa adolescente.

Aplicar encuestas sobre educación sexual a la población adolescente de la UMF #45 de Cárdenas, Tabasco para la oportuna detección y abordaje de las conductas sexuales de riesgo que pudieran propiciar un embarazo adolescente.

En la atención individualizada a las pacientes que participaron del estudio, derivar a tratamiento psicológico si se amerita y establecer acciones en consenso familiar para prevenir un segundo embarazo y trabajar en su autoestima y su percepción a futuro

CONCLUSIÓN

No se encontró relación estadísticamente válida entre el embarazo y la funcionalidad familiar de las pacientes. La mayor parte de la población de estudio posee una tipología familiar nuclear con una funcionalidad no balanceada. Predominó a su vez una edad de 17 años y el mayor porcentaje de las participantes se encontraban en el segundo trimestre de gestación. El promedio de la edad de inicio de vida sexual es de 15 años y la escolaridad con mayor prevalencia es el nivel preparatoria.

Las edades comprendidas y la escolaridad permiten destacar que existe un inicio temprano de prácticas sexuales de riesgo.

Los resultados obtenidos, ofrecen información producida de manera científica, que permiten el diseño e implementación de programas que pueden dirigirse al fortalecimiento del grupo familiar como un importante factor de protección en la salud del adolescente, pudiendo contribuir así a la reducción del embarazo durante la adolescencia.

REFERENCIAS

Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. (2005). Conceptos básicos para el estudio de familias. Archivos en Medicina Familiar. 7(1). 15-19. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50712789003>

Aquilla, N. (2022). Embarazo en adolescentes y su asociación con la disfuncionalidad familiar, en las áreas de intervención del proyecto "CERCA", Cuenca provincia del Azuay, Ecuador. Recimundo Revista científica. 6(4). Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1869> DOI: [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.476-485](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.476-485)

García, S. (2019). Funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes usuarias del hospital de apoyo Junín. Tesis de maestría. Disponible en: <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/6204?show=full>

Herrera, C. Campero, L. Barrera, L. González, J. Atienzo, E. & Estrada, F. (2018). Decir a medias: límites percibidos por los adultos para involucrarse en la prevención del embarazo adolescente en México. Revista Nueva Antropología. 31(88). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-06362018000100134

Ibarra, A. (2020). Funcionalidad familiar asociada a la deserción escolar en adolescentes embarazadas de una UMF del IMSS. Tesis de especialidad. Tabasco: UJAT. 53 p.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2013). Estadísticas a propósito del 14 de febrero, Matrimonio y divorcio en México. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/matrimonios0.pdf>

Loredo, A. Vargas, E. Casas, A. & Gutiérrez, C. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 55(2):223-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457750722016/457750722016.pdf>

Malpartida, M. (2020). Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. Revista Médica Sinergia. 5(9). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/download/543/996?inline=1> DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.543>

Martínez, E. Montero, G. & Zambrano, R. (2020). El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. Revista Espacios. ISSN 0798-1015 Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a20v41n47/a20v41n47p01.pdf> DOI: 10.48082/espacios-a20v41n47p01

Membrillo, A. (2022). Familia Introducción al Estudio de sus Elementos. 2da Edición. México. Editorial Editores de Textos Mexicanos.

Montaño, M. & Irigoyen, A. (2017). Reflexiones sobre el anciano y la cultura del envejecimiento. Medigraphic. 19(2). 27-30. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2017/amf172a.pdf>

Olson, D. Russell C. Sprenkle D. (1989). Circumplex model: systemic assessment and treatment of families. Editorial Routledge. Disponible en: <https://www.uwagec.org/erurfamilies/ERFLibrary/Readings/CircumplexModelOfMaritalAndFamilySystems.pdf>

Organización Mundial de la salud. (2022). Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_2

Organización Panamericana de la Salud. (2019). Salud del adolescente. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-adolescente>

Saavedra, A. (2020). Relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas de la Unidad Médico Familiar No. 57. Tesis de especialidad. Repositorio Institucional Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/items/76e272bd-c0b6-40b2-ac4b-aba41335f289>

Smilkstein, G. (1978). El APGAR Familiar: Una propuesta para la prueba de función familiar y su uso por los médicos. The Journal of Family Practice. 6(6), 1231–1239. Disponible en: https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1978-volume_6-7/JFP_1978-06_v6_i6_the-family-apgar-a-proposal-for-a-family.pdf

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .