



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA UMF No. 46
CULIACAN, SINALOA**

**DISFUNCION FAMILIAR ASOCIADA A EMBARAZO
EN ADOLESCENTES DEL HGSZ 4 DE NAVOLATO
SINALOA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
DRA.- FELIX SANCHEZ ELVA ALGRIPINA**

CULIACAN, SIN. AGOSTO DEL 2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

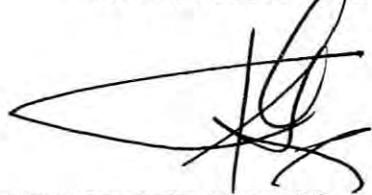
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**DISFUNCION FAMILIAR ASOCIADA A EMBARAZO EN
ADOLESCENTES DEL HGSZ 4 NAVOLATO SINALOA**

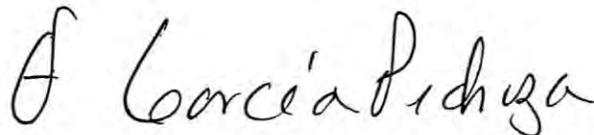
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. ELVA ALGRIPINA FELIX SANCHEZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**DISFUNCION FAMILIAR ASOCIADA A EMBARAZO EN
ADOLESCENTES DEL HGSZ 4 NAVOLATO SINALOA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ELVA ALGRIPINA FELIX SANCHEZ

AUTORIZACIONES:

DR. NORIEGA GIL ORLANDO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN UMF.No.46
CULIACAN, SINALOA

DRA. PAULA FLORES FLORES

ASESOR METODOLOGIA DE TESIS

DRA. ROCIO CAMELO CARRASCO

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN
MÉDICA

INDICE

Introducción.....	1
Marco teórico.....	2
Antecedentes científicos.....	5
Planteamiento del problema.....	13
Justificación.....	14
Objetivos.....	16
Hipótesis.....	17
Material y métodos.....	17
Criterios de selección.....	18
Variables.....	19
Recolección de datos.....	21
Diseño Estadístico.....	26
Análisis Estadísticos.....	27
Consideraciones Éticas.....	28
Resultados	32
Discusión.....	34
Conclusión.....	35
Anexos.....	36
Instrumento de Recolección.....	38
Graficas.....	40
Cronograma de Actividades.....	47
Referencias Bibliográficas.....	48

INTRODUCCION

El presente estudio pretende determinar si el embarazo en adolescentes está asociado a la disfunción familiar.

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

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crea nuevamente el estado de homeostasis familiar que inicialmente puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.

El embarazo en la adolescente constituye un problema desde el punto de vista médico y social. Los factores contribuyentes son múltiples y las soluciones a los mismos no parecen ser fáciles de resolver a corto plazo.

El embarazo en adolescente se ha convertido cada día en un problema que se relaciona con el crecimiento de la población sexual activa, no habiendo información completa para poder evitar esta situación.

Existen factores de riesgos, entre los cuales se pueden mencionar los de tipo biológico como edad de la pubertad; riesgo psicosocial como la disfunción familiar. La mitad de todos los embarazos en adolescentes ocurren durante los seis primeros meses siguientes al inicio de las relaciones sexuales.

El embarazo en adolescentes ha aumentado en forma notable en épocas recientes, y una de las razones que explica el aumento de los embarazos a estas edades es el hecho que el crecimiento de la población sexual activa no se acompaña del aumento en la educación sexual.

Diversos factores contribuyen al inicio más temprano y aumento de la actividad sexual en los adolescentes. Actualmente las familias actúan cada vez menos, como soportes afectivos. Y otros factores adicionales son la creciente migración de los jóvenes, que los libera de presiones y controles familiares y sociales y la influencia de los medios de comunicación, que son cada vez más explícitos en cuanto a las manifestaciones de la sexualidad.

MARCO TEORICO

La adolescencia es la es la etapa durante la cual se producen cambios fisiológicos, mentales, afectivos y sociales profundos. En esa etapa de transición, los cambios ocurren con rapidez y son necesarias continuas readaptaciones; los jóvenes se hacen más autónomos de sus familias, de las instituciones educativas, de la moral y en general de la influencia de los adultos (1)

Entre los retos que deben de enfrentar los adolescentes están los relacionados con las prácticas de su sexualidad, y el riesgo que esto conlleva para su sexualidad reproductiva por el posible advenimiento de embarazos no deseados y sus consecuencias. (2)

En la etapa de la adolescencia ocurren cambios importantes, reflejados en la esfera biopsicosocial del individuo, los cuales causan tensiones, que alteran de alguna manera su ingreso a la sociedad donde se desarrollan; es considerada desde el punto de vista sociológico como un periodo de transición, que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma. La disfunción familiar es un factor predisponente en la aparición de trastornos emocionales y psicológicos expresados muchos de ellos en conductas dañinas para el adolescente. (3)

Durante las últimas décadas, los procesos de transición demográfica y epidemiológica que han experimentado diversos países, junto a importantes cambios socioculturales, han cambiado el perfil de morbilidad y mortalidad de los adolescentes. Hoy en día, la mayoría de sus problemas de salud son consecuencia de conductas de riesgo trayendo como resultante enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, accidentes de tránsito, depresión y suicidio. Los cambios descritos han ocurrido en forma paralela a cambios en la estructura familiar tales como aumento de los hogares monoparentales y del número de mujeres que han ingresado en la fuerza laboral, volviendo más

vulnerable un importante núcleo protector del adolescente. Al respecto, se ha demostrado que un adecuado funcionamiento familiar es relevante, siendo la disfunción familiar un factor que se asocia a mayor prevalencia de problemas de salud mental en adolescentes, lo que se asocia también con alteración del rendimiento académico, mayor deserción escolar y aumento de la violencia. (4)

La adolescencia es una apertura a posibilidades sexuales reales ya que existe capacidad biológica para el ejercicio sexual, pero no hay aun capacidad psicológica para entenderla dentro del contexto de una relación responsable, de cuidado, de interés en el otro y de intimidad, la cual se adquiere en la siguiente etapa, la adultez joven. Mientras eso llega, la adolescencia usa desmesuradamente su fantasía, busca parejas idealizadas a quienes ama intensamente, pero de quienes se decepciona casi tan rápido como se enamora. Esto es, las adolescentes juegan a descubrir la sexualidad adulta. (7)

La salud sexual de los adolescentes está recibiendo cada vez mayor atención pública ya que se ha reconocido el efecto negativo que tienen las prácticas sexuales de riesgo en la salud de esta población pues la alta incidencia de embarazos no planeados que, en muchas ocasiones, terminan en abortos inseguros ponen en riesgo la salud de los adolescentes y afectan negativamente sus posibilidades de educación y bienestar en general. (8)

Desde mediados del siglo XX, el tema del embarazo adolescente ha cobrado importancia a nivel mundial por su vigencia y que, como se sabe, está determinado por una gran variedad de factores, como los individuales, sociales, familiares y culturales. De tal manera que en este estudio se pretende abordar entre otros aspectos la importancia que permite hacer destacar la influencia de la familia, además del comportamiento general del adolescente. (9)

En particular, de aquellos factores que influyen en los adolescentes para iniciar una práctica sexual sin las medidas que reduzcan el riesgo de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. (9)

Cuando surge el embarazo en una adolescente, la familia se ve obligada a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que aparecen nuevas necesidades en torno a este binomio; hay una movilización inmediata de todos los integrantes para encontrar un nuevo estado de homeostasis familiar, el cual puede ser inicialmente rechazado o causar sorpresa y frustración. Se hace referencia a que el embarazo en etapa temprana de la adolescencia se caracteriza por inmadurez biológica, incapacidad de la pareja de cuidar un hijo. Las condiciones riesgosas asociadas o que pueden favorecer el embarazo en adolescentes son la menor aceptación de los valores tradicionales familiares y poca comunicación con la madre, abandono de la escuela, menarquía precoz, baja autoestima, carencias de proyectos de vida, pocos conocimientos sobre métodos anticonceptivos, familia disfuncional, madre o hermana con embarazo en la adolescencia, padre ausente, toxicomanías, adicciones, nivel socioeconómico bajo, ingreso temprano al trabajo formal, amigas que han iniciado vida sexual precozmente. (1)

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La familia funciona como un sistema dinámico en que los elementos se estimulan mutuamente para cumplir expectativas y objetivos comunes. El desarrollo familiar se concibe con una sucesión de cambios en la forma y función de la familia a lo largo de su ciclo vital, en una secuencia ordenada de etapas evolutivas, estas etapas se relacionan con el tamaño de la familia, las variantes en su composición y los cambios en posición laboral de sus miembros. Cuando se producen cambios notables en la familia, se hace necesario un reordenamiento de la misma y así se inicia una nueva etapa evolutiva de la familia. (5)

La familia es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los conocimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes. Como sistema social, estimula y promueve el estado de salud y bienestar de los miembros que hacen parte de ella. Del grado en el cual una familia cumpla o deje de cumplir sus funciones básicas se hablará de funcionalidad o disfuncionalidad familiar. (10)

La disfunción familiar requiere una oportuna identificación, por parte de los trabajadores de salud, desde una perspectiva clínica integral. En la consulta externa el médico familiar tiene la responsabilidad, a partir de su formación académica, de reconocer las dificultades potenciales de la familia con respeto a su desarrollo y facilitar la compatibilidad de las tareas evolutivas de cada miembro para restablecer así el flujo normal de su ciclo vital. (5)

Toda familia presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases de su ciclo vital. Por lo tanto, la familia disfuncional no

puede distinguirse de la familia funcional por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos. (6)

La funcionalidad familiar juega un papel importante en el desarrollo social y psicológico de los miembros que constituyen el núcleo familiar, y depende no sólo del altruismo que lleva a los seres sociales a unirse para sobrevivir, sino también, de la plasticidad operacional conductual que permita a los miembros operar consensualmente. De acuerdo con esto, las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar puede producir un desequilibrio, ya sea en los planos físico o emocional de él o los integrantes que hacen parte de él.(1)

Los problemas de funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición, como en la descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud. Resultados de investigaciones documentan la relación del funcionamiento familiar como factor predisponente o coadyuvante en la producción y curso de diversas enfermedades y problemas de salud en sus integrantes. (10)

La adolescencia, etapa trascendental en el desarrollo del individuo, constituye una de las épocas de mayor vulnerabilidad. El cumplimiento de esta etapa no depende sólo del joven y las características de su personalidad en consolidación, sino también, del equipamiento biológico y del ambiente social y cultural. En este último se incluyen el apoyo, la orientación y los recursos que ofrecen la familia y las instituciones educativas (11).

El embarazo adolescente se define como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, pre adolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19

años. El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atender tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social (12.13)

En los últimos tiempos se ha observado un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual en los adolescentes, lo que conlleva a un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico-social. (12)

Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional, dentro de los factores de riesgo los más importantes son los individuales, asociándose a resultados gineco-obstétricos y psicosociales adversos. Dentro de los primeros se encuentran retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro y complicaciones del parto. Las principales consecuencias psicosociales encontradas son las familias disfuncionales y problemas económicos. (12)

En los últimos años ha aumentado el porcentaje de adolescentes con vida sexual activa, así cada año 3.313.000 adolescentes latinoamericanas llevarán a término su embarazo. (13)

En México, actualmente se registran aproximadamente 430,000 embarazos anuales en adolescentes. (14)

La Encuesta Nacional de Salud reporta en 2010 que la tasa de embarazos en niñas y adolescentes de entre 12 y 19 años fue de 79 por cada mil mujeres. En el informe se estima que 695 mil 100 adolescentes han estado embarazadas alguna vez. (15)

En Sinaloa, el número de embarazos en adolescentes rebasa la media a nivel nacional en la tasa establecida por la niega. Según el Esmuyeres la tasa media en Sinaloa es de 13.14%.(16)

En el estado de Sinaloa al año se registran más de 7 mil embarazos en mujeres entre 12 y 19 años de edad (16)

El Dr Julián Alberto castro, Coordinador delegacional de salud reproductiva del IMSS en Sinaloa señaló que se atienden 43 partos diarios y son de mujeres menores de edad. (16)

Con base en la estadística por entidad federativa, Quintana Roo representa el 7%, le siguen Baja California Sur, Chiapas y Chihuahua, con 6.9%

Querétaro está en última posición con 3.9%, muy de cerca están Yucatán y el Distrito Federal, ambos con 4%. (15)

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (17)

La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad. (17)

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.(17)

Respecto a las relaciones familiares en la región de Latinoamérica, en diversas publicaciones de México, Chile, Cuba, Colombia y Argentina, se ha señalado que la comunicación que hay entre madres e hijas embarazadas, difiere de la comunicación que existe entre madres e hijas no embarazadas. (18)

También se ha reportado el hecho de que la madre de la adolescente embarazada ha sido: o adolescente cuando se embarazó por primera vez, o madre soltera. (18)

La función o disfunción de la familia se expresa por la forma en que este grupo es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.(19)

Características familiares como estructura, comunicación, participación familiar, afectividad, respeto a normas éticas y morales, contribuyen al desarrollo de la salud integral del adolescente, pero también ofrecen el terreno propicio para la adopción de conductas inadecuadas por este. (19)

La disfunción familiar es un factor importante que condiciona la aparición de problemas socioculturales y de salud del adolescente, como fármaco-dependencia, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar, depresión, suicidio. (19)

Medir el funcionamiento familiar y sus procesos es una tarea compleja por la cantidad de factores que inciden en su evaluación. Añadiéndose a la intrínseca complejidad del sistema familiar se encuentran con desacuerdos en la definición de conceptos, tales como: salud, patología, funcionalidad y disfuncionalidad; por lo cual la evaluación y el diagnóstico se vuelve aún más difícil. Teniendo esto en cuenta, el estudio diagnóstico del funcionamiento familiar, a través de herramientas e instrumentos probados, adquiere un valor de alto nivel en la identificación de los grupos de riesgo y permite tomar las medidas conducentes a prevenir la aparición de problemas cuando esto sea posible, o a implementar las medidas remediabiles cuando los conflictos ya se han hecho presentes. Lo anterior, cobra máxima relevancia si se considera que la investigación ha establecido los efectos devastadores que tienen en los hijos los quiebres familiares no sólo en el corto plazo, sino que a menudo, se manifiestan tiempo después de producida la ruptura. (20)

En cierta forma, la evaluación de la familia, es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede decir, es el proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas, a favor de la salud; así pues, la función familiar, es un factor determinante en la conservación de la salud o aparición de enfermedades entre sus miembros. (21)

En un intento por evaluar algunos aspectos de la familia se han utilizado diversos instrumentos, uno de ellos conocido, validado y muy utilizado es el FACES III (se anexa) un instrumento de medición de función familiar aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por Olson & Killorin (1985), que

cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas y cuyas siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen. (22,23)

El modelo circunflejo trata de evaluar dos dimensiones (dos ejes) de funcionamiento en un sistema de relación: cohesión y adaptabilidad. La cohesión se define por “lazos emocionales que cada miembro de la familia desarrolla con otros miembros de la familia”. La adaptabilidad es la “habilidad del sistema marital o familiar para cambiar su estructura de liderazgo, y su papel en las relaciones y las reglas de esas relaciones, en respuesta a situaciones estresantes o cambios”. Aunque el Cuestionario de Bolsón puede ser aplicado de dos maneras (como una valoración independiente llevada a cabo por especialistas o como auto-informe), ambas se refieren al mismo modelo biaxial. (24)

En este estudio se utilizará el modelo de auto-informe. Esta versión, conocida como FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation*), permite una valoración rápida y empírica de los dos ejes, describiendo ambos un estilo de interacción y estilo en el centro del sistema. El cuestionario comprende veinte preguntas (diez por eje) que el sujeto debe responder en términos de frecuencia (de 1 a 5). Cuando se suman las puntuaciones se obtienen dos puntuaciones globales (mínimo 10, máximo 50), una para adaptabilidad y otra para cohesión. El modelo ha sido diseñado de tal manera que la “salud” familiar se puede determinar mediante esas dos dimensiones desde los valores medios de los dos ejes, hablando de “separado-conectado” para cohesión y de “rígido-flexible” para adaptabilidad. Así, en este modelo la “salud” descansa en el punto medio, siendo una normalidad equilibrada.

La ventaja de este sistema de clasificación es que evita una clasificación lineal estricta en el que en una sola línea se ubicaban desde el estado patológico

hasta el sano. Aunque el sistema biaxial de Bolsón tiene ciertamente beneficios adicionales, ha sido criticado por ser demasiado normativo, bi-normativo en lugar de mono normativo. La representación gráfica del modelo se compone de dos ejes perpendiculares con adaptabilidad en el eje "Y" y cohesión en el eje "X". Cada dimensión está dividida en cuatro grados, resultando dieciséis subtipos diferentes, que pueden ser utilizados para caracterizar la familia. Además, tres zonas esbozan las siguientes características de funcionamiento: equilibrado, medio y extremo. (24,25)

Esta escala presenta una fiabilidad global de 0.86 según el alpha de Cronbach (la fiabilidad para la de cohesión es de 0.86 y de 0.71 para la de adaptabilidad). (25,26)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo y la maternidad de adolescentes son hechos más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familias y de la sociedad en si. El embarazo temprano en el ser humano es un problema desde el punto de vista médico y social, se entiende por temprano al término de la niñez y del ejercicio de la adolescencia con las edades aceptadas por la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#). Los factores contribuyentes son múltiples y las soluciones a los mismos no parecen ser fáciles de resolver a corto plazo. Se han mencionado ciertas condiciones riesgosas que pueden considerarse contribuyentes al embarazo en adolescentes como son en nuestra época, la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación familiar, sobre todo con la figura materna, el abandono de la escuela, la menarquía socioeconómico precoz, baja autoestima, con la consiguiente carencia de proyectos de vida, el poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos, familias disfuncionales, madre o hermana embarazadas en la adolescencia, padre ausente, nivel bajo, integración precoz al área laboral, amigas que han iniciado vida sexual, etc ⁽¹²⁾

El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud pública tanto en México como en América Latina y el resto del mundo. En México anualmente se registran 430,000 embarazos en adolescentes.⁽¹⁴⁾ Y se desconoce actualmente la relación de la funcionalidad y disfuncionalidad familiar en estos embarazos por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta en relación al Hospital General de Subzona N. 4 en Navolato Sinaloa.

¿Cuál es el nivel de asociación de disfunción familiar con embarazo en adolescentes?

JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes va en aumento cada año, ya que actualmente se registran 430,000 anuales en México.⁽¹⁴⁾

Por tal motivo este estudio de investigación surge ante la necesidad de conocer en que medida la disfunción familiar contribuye como riesgo de embarazo en población adolescente; debido a que en los últimos años se ha observado un cambio en la epidemiología del embarazo adolescente, siendo este cada vez más frecuente y produciéndose a edades más precoces.

La madre adolescente latinoamericana que tiene su hijo, deja de hacer otras cosas necesarias e imprescindibles para asegurarse una vida mejor para ella y su hijo. No continuará estudiando y no recibirá la capacitación laboral que necesita para ingresar al mercado laboral y aspirar a un trabajo con mejor salario. Significa que ella y sus hijos tienen muchas más posibilidades de continuar en la pobreza o ser dependientes de su pareja en el caso de las que no son solteras, o de sus familiares.⁽¹²⁾

En México en los próximos 15 años, constituirán el grupo etéreo más grande dentro de la pirámide poblacional; los adolescentes son susceptibles de

adoptar comportamientos y prácticas de riesgo, que se traducen en daños para su salud a corto y mediano plazo, y que potencialmente afectarán a su familia y a la sociedad; la adopción de hábitos y comportamientos responsables e informados durante la adolescencia, repercutirán en su vida adulta, por lo que formar adolescentes sanos, constituye una premisa de enorme costo-beneficio.

En Sinaloa se registra un alto índice de embarazo en adolescentes siendo esta superior a la media nacional. (16)

En nuestra Unidad, actualmente se desconoce la asociación de disfunción familiar con el embarazo en las adolescentes, motivo por el cual se realiza la siguiente investigación en este grupo etario.

Considerando que dentro de las funciones del médico familiar está la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como el conocimiento de la funcionalidad familiar de las familias a su cargo y no solo de la enfermedad, es importante identificar la presencia de disfunción familiar percibida por las adolescentes logrando con ello que el médico tratante otorgue una atención de forma integral, incluyendo el enfoque médico y familiar para que en lo posible se vea disminuida la incidencia de embarazo en adolescentes en base al conocimiento de la funcionalidad familiar de cada una de ellas.

OBJETIVO GENERAL

- Establecer la asociación de disfunción familiar con embarazo en adolescentes

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia de embarazo en adolescentes de acuerdo a la edad y escolaridad.

- Determinar el estado civil y ocupación de las adolescentes del grupo control y grupo caso.
- Registrar la edad de presentación del primer embarazo.
- Identificar la frecuencia de embarazo en adolescentes de acuerdo a la tipología familiar según su composición.
- Evaluar la funcionalidad familiar en las embarazadas adolescentes mediante escala FACES III.

HIPÓTESIS

ALTERNA:

La presencia de disfunción familiar se asocia en mayor grado con embarazo en adolescentes.

NULA:

La disfunción familiar se asocia en igual o menor grado con embarazo en adolescentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO Observacional

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO: Se incluyeron pacientes adolescentes de 12 a 19 años que se encontraban embarazadas y no embarazadas y que estaban registradas como derechohabientes en el HGSZ N. 4 Navolato, Sinaloa.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

POBLACION DE ESTUDIO Adolescentes embarazadas y no embarazadas de 12 a 19 años de edad.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- I. Adolescentes embarazadas

- II. Edad: en el rango de 12-19 años.
- III. Pacientes que sean derechohabientes IMSS.
- IV. Pacientes con disposición a participar en la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- I. Adolescentes con enfermedad mental que le impida contestar el cuestionario
- II. Adolescentes que no sepan leer y escribir.
- III. Adolescentes con alguna discapacidad auditiva o visual.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- I. Pacientes que no contesten completa y satisfactoriamente los cuestionarios aplicados.

VARIABLES

NOMBRE	DEFINICION	FORMA	TIPO DE	ESCALA	INDICADOR
--------	------------	-------	---------	--------	-----------

	CONCEPTUAL	OPERATIVA	VARIABLE	DE VARIABLE	
ADOLESCENTE	La etapa que transcurre entre los 12 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.	Fecha De Nacimiento	Nominal	Cualitativa	1.- SI 2.- NO
EMBARAZO	Período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto.	Prueba de Embarazo	Nominal	Cualitativa	1. Positiva 2. Negativa
EDAD	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Fecha de nacimiento	Numérica discreta	Cuantitativa	12-19 Años
ESCOLARIDAD	Conjunto de Cursos que un Estudiante sigue en un establecimiento Docente.	Años aprobados en el último nivel educativo	Ordinal	Cualitativa	1.-. Analfabeta 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Preparatoria 5.- Carrera técnica
NUMERO DE EMBARAZOS	Gravidez, gestación, preñez. Situación en la que se encuentra la mujer desde la concepción hasta el parto.	Ficha de identificación	Discontinua	Cuantitativa	Número arábigo

<p>FUNCIÓN FAMILIAR</p>	<p>Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las Etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.</p>	<p>Test FACES III</p>	<p>Nominal</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>1.- Familia Funcional 2.- Familia Disfuncional</p>
<p>DISFUNCION FAMILIAR</p>	<p>Según FACES III, en base a la Cohesión clasificándose en No Relacionada de 10-34 puntos, Semirrelacionada de 35-40 puntos, Relacionada de 41-45 puntos, Aglutinada 46-50 puntos, según la Adaptabilidad, en Familia Rígida de 10-19puntos, Estructurada de 20-24 puntos, Flexible de 25-28 puntos y Caótica de 29-50 puntos.</p>	<p>Test FACES III</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>-No relacionada -Semirrelacionada -Relacionada -Aglutinada -Rígida -Estructurada -Flexible -Caótica</p>

PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó un estudio observacional, tomando como universo de estudio a pacientes entre 12 y 19 años de edad, embarazadas y no embarazadas, que acudieron de manera regular a la consulta externa del HGSZ N° 4 Navolato Sinaloa. Se les aplicó una ficha de identificación y el test FACES III, previa autorización con hoja de consentimiento informado, se les realizó en la sala de espera antes de entrar a la consulta médica. Se aplicó a las adolescentes de forma individual, por el investigador, de tal manera que se evaluó la función familiar, a través de la paciente. Se le pidió al entrevistado que respondiera a las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (de 1 a 5), considerando cada aseveración con relación a su familia (ver anexos). Se aclaró al entrevistado que respondiera al cuestionario en cuanto a la forma que considere que su familia reacciona en forma habitual, y no de la manera en que piensa que debería reaccionar. La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes de los ítems nones y la de adaptabilidad a la de los ítems pares, calificándose según la siguiente tabla:

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

FACES III

C O H E S I Ó N

A D		DISGREGADA 10 A 34	SEMIRRELACIONADA 34 A 40	RELACIONADA 41 A 45	AGLUTINADA 46 A 50
A P	CAOTICA 29 A 50	CAOTICAMENTE DISGREGADA	CAOTICAMENTE SEMIRRELACIONADA	CAOTICAMENTE RELACIONADA	CAOTICAMENTE AGLUTINADA
T A B	FLEXIBLE 25 A 28	FLEXIBLEMENTE DISGREGADA	FLEXIBLEMENTE SEMIRRELACIONADA	FLEXIBLEMENTE RELACIONADA	FLEXIBLE MENTE AGLUTINADA
I L I	ESTRUCTURA DA 20 A 24	ESTRUCTURAL MENTE DISGREGADA	ESTRUCTURAL MENTE SEMIRRELACIONADA	ESTRUCTURAL MENTE RELACIONADA	ESTRUCTURAL MENTE AGLUTINADA
D A D	RIGIDA 10 A 19	RIGIDAMENTE DISGREGADA	RIGIDAMENTE SEMIRRELACIONADA	RIGIDAMENTE RELACIONADA	RIGIDAMENTE AGLUTINADA

INTERPRETACION:

Espacios gris oscuro: disfunción grave

Espacios gris claro: disfunción moderada

Espacios blancos: familias funcionales.

Niveles de cohesión:

_ No relacionada o dispersa, 10 a 30

_ Semirrelacionada o separada, 31 a 35

_ Relacionada o conectada, 36 a 40

_ Aglutinada, 41 a 50

No relacionada o dispersa: extrema separación emocional, falta de lealtad familiar, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, la correspondencia afectiva es infrecuente entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, predomina la separación personal, rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, la recreación se lleva a cabo individualmente.

Semirrelacionada o separada: hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.

Relacionada o conectada: hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia,

se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual.

Aglutinada: cercanía emocional extrema, se demanda lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, los miembros de la familia dependen mucho unos de otros, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parento-filiales, hay falta de límites generacionales, hay falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato.

Niveles de adaptabilidad:

- _ Rígida, 10 a 24
- _ Estructurada, 25 a 28
- _ Flexible, 29 a 32
- _ Caótica, 33 a 50

Rígida: el liderazgo es autoritario, existe fuerte control parental, la disciplina es estricta, rígida, y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

Estructurada: en principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

Flexible: el liderazgo es igualitario, permite cambios, la disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática, hay acuerdo en las

decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

Caótica: liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas, habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

La combinación de los niveles de cohesión con los de adaptabilidad permite clasificar a las familias de acuerdo con su función familiar en 16 tipos: 22, 24 rígidamente dispersa, rígidamente separada, rígidamente conectada, rígidamente aglutinada, estructuralmente dispersa, estructuralmente separada, estructuralmente conectada, estructuralmente aglutinada, flexiblemente dispersa, flexiblemente separada, flexiblemente conectada, flexiblemente aglutinada, caóticamente dispersa, caóticamente separada, caóticamente conectada y caóticamente aglutinada.

DISEÑO ESTADÍSTICO

TIPO DE MUESTRA: No probabilístico por conveniencia.

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

De acuerdo con el SIMO del HGSZ N° 4 de Navolato Sinaloa la población de adolescentes.

n: 142 Adolescentes de HGSZ 4 Navolato Sinaloa.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En este estudio se aplicaron recursos de estadísticas tales como: frecuencia y porcentaje para variables nominal y ordinal. Para el análisis de las variables numéricas se utilizaron las medidas de tendencia central, media, mediana y medidas de dispersión rango y desviación estándar. La representación de datos se realizó por medio de gráficos y tablas. La asociación entre Adolescentes Embarazadas y Disfunción familiar se midió mediante Razón de Momios y se realizó prueba de $X^{(2)}$ para determinar significancia estadística p menor de 0.05.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación se realizó con estricto apego a la ley general de salud de los Estados Unidos Mexicanos en su Título Quinto: Investigación para la Salud (Capítulo Único), tomando en cuenta los artículos 100 y 101 que a letra dicen:

“II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de Investigación.

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.”

De la misma forma se basa en la declaración de Helsinki, apoyándose en los principales puntos acerca de la investigación en seres humanos los cuales son los siguientes:

1. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

2. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades.

3. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes.

4. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

5. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.

6. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente.

7. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros.

8. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad.

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de

financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento.

Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión.

Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS:

Investigador.

RECURSOS FÍSICOS:

Computadora, plumas, libros, cuadernos, hojas blancas, disco, memoria USB.

RECURSOS FINANCIEROS:

Serán solventados por investigador.

RESULTADOS

Se realizaron 142 entrevistas a población adolescentes de las cuales, 71 se encontraban embarazadas y 71 sin embarazo, y el rango de edad fue un mínimo de 12 y un máximo de 19 años con una media de 16.70 y una mediana de 16.

En relación a la escolaridad la educación secundaria fue más frecuente con un 52.1% (n=74), seguida de preparatoria con un 38.7% (55), posteriormente primaria con un 7.7% (n=11) y analfabetas con 1.4% (2).

Se obtuvieron los siguientes resultados en el apartado de estado civil; casados 26.0% (37), solteros 59.8% (85), unión libre 14.0% (20).

Dentro de la ocupación la más predominante fue la de estudiante con un 52.8% (75), seguida de ama de casa con un 33.8% (48), y por ultimo empleada 13.3% (19).

En relación a la edad de la presentación del primer embarazo del grupo caso, se observo que predomina a la edad de 16 años con un 45% (n=32), seguida de los 15 años con 21% (15), y a los 17 años con un 16% (12), a los 18 años un 9.8% (7), y por último a los 19 años con un 7% (5).

De acuerdo a la tipología familiar se observo que la mayoría contaba con una familia nuclear con un 49.2% (70), seguida de una familia seminuclear con un 30.9% (44), una familia extensa con un 12.6% (18), y una familia extensa compuesta con un 7.04% (10).

Y tratándose de funcionalidad familiar de acuerdo al Faces III en relación a cohesión y adaptabilidad, se observo en el grupo de embarazadas los siguientes resultados: familias funcionales 35% (25), de las cuales fueron flexible semirelacionada 11.6% (8), flexible relacionada 12.6% (9), estructuralmente semirelacionada 8.4% (6), y estructuralmente relacionada 2.8% (2), así como familias moderadamente funcionales un total de 49.2% (35) de las cuales fueron caótica semirelacionada 9.8% (7), caótica relacionada 12.6% (9), flexible disgregada 7% (5), flexible aglutinada 5.6% (4), estructuralmente disgregada 8.4% (6), estructuralmente aglutinada 2.8% (2), rígidamente semirelacionada 1.4% (1), rígidamente relacionada 1.4% (1) y se observó una disfunción grave 15.4% (11), de las cuales fueron caóticas disgregadas 4.2% (3), caótica aglutinada 5.6% (4), rígidamente disgregada 2.8% (2) y rígida aglutinada 2.8% (2). Y para el grupo de adolescentes no embarazadas predominaron las familias funcionales con un 57.7% (41), de las cuales fueron flexiblemente semirelacionada 15.4% (11), flexiblemente relacionada 22% (16), estructuralmente semirelacionada 12.6% (9) y estructuralmente relacionada 7.04% (5), siguiéndole una disfunción moderada con un 35.2% (25), de las cuales fueron caótica semirelacionada 7%(5), caótica relacionada 4.2% (3), flexiblemente disgregada 2.8% (2), flexiblemente aglutinada 1.4% (1), estructuralmente disgregada 5.6% (4), estructuralmente aglutinada 8.4% (6), rígidamente semirelacionada 2.8% (2), rígidamente relacionada 2.8% (2) y finalmente se observo un disfunción grave con un 7% (5), de las cuales fueron caóticas disgregadas 2.8% (2), caóticamente aglutinada 1.4% (1), rígidamente disgregada 2.8% (1) y rígidamente aglutinada 1.4% (1). Se calculo OR para ver disfunción familiar y embarazo y fue de 2.51; lo cual es significativo con una X^2 de 6.7.

DISCUSION

Esta investigación traduce la relación significativa que existe entre el entorno familiar y el embarazo en adolescentes en comparación con otros factores.

Los resultados obtenidos reflejan la importancia del entorno familiar en la estabilidad emocional del adolescente, así como la importancia de la función de la familia en el desarrollo de sus miembros, por el contrario, la disfunción familiar predispone al desarrollo de conductas de riesgo en el adolescente que pueden afectar su salud física, psicológica y social.

Con todos estos resultados se podría pensar que el grupo de adolescentes embarazadas se les limita su derecho a la autorrealización, y se les otorga un afecto limitado en momentos cruciales de la etapa de adolescencia y ello contribuye a tener problemas psicosociales con la posibilidad de un núcleo familiar que no acepte el embarazo. Este estudio reafirma que la disfunción familiar es factor predisponente para el desarrollo de conductas en los adolescentes. También se identificó que la disfunción familiar constituye en realidad un riesgo que se agrava si está asociado con la edad, escolaridad, ocupación y estado civil actual.

Al analizar el FACES III de acuerdo a sus categorías se encontró que en presente estudio existía una disfunción familiar en el 64.7%. Se encontraron diferencias porcentuales en la distribución de la muestra por edad, con mayor incidencia en la edad de 16 y 17 años. El porcentaje de adolescentes embarazadas con estudios escolares corresponde al 52.8% siendo la educación un elemento de capacitación en este determinante tema, y con un porcentaje del 33.8% de adolescentes embarazadas que no trabajan. Se encontró que en sus familias son nucleares en un 49.2%.

CONCLUSION

Por lo que se concluye que existe una asociación muy importante entre la disfunción familiar y el embarazo en adolescentes.

Por lo que se sugiere que las adolescentes deben de tener de mayor participación al momento de tomar decisiones que afecten a la familia, que se les distribuya de manera responsable, se les confiera libertad para tomar decisiones sobre su vida, de acuerdo a su grado de madurez y bajo la supervisión de los padres, así como también se sugiere tener mayor comunicación entre padres e hijos y así disminuir este riesgo.

ANEXOS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Lugar ya fecha Culiacán, Sinaloa a _____ de _____ del 2012

Por medio de la presente autorizo que mi _____
participe en el protocolo de investigación titulado: **“Disfunción familiar asociado a Embarazo en Adolescentes”**

El objetivo del estudio es **Determinar si existe asociación entre Embarazo en Adolescentes y Disfunción Familiar**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en **Completar un cuestionario**

**Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias
y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:**

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

Nombre y firma de uno o ambos padres o tutores o del representante legal

Testigo

Testigo

Nombre del investigador

Fecha

**DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A EMBARAZO EN
ADOLESCENTES DEL HGSZ N° 4 NAVOLATO SINALOA**

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FOLIO: _____

NOMBRE: _____

No. DE AFILIACIÓN: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

CONSULTORIO: _____ TURNO: _____

NIVEL SOCIOECONOMICO: _____

ESCOLARIDAD: _____ TELÉFONO: _____

MIEMBROS DE LA FAMILIA DE ORIGEN: MAMÁ___ PAPÁ___ HERMANOS___

OTROS___ (ESPECIFIQUE) _____

AGO:

Menarca: _____ Ritmo: _____

IVSA: _____ No. PS: _____

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO _____

FUM: _____ FPP: _____

G: _____ P: _____ C: _____ A: _____

MÉTODO ANTICONCEPTIVO PREVIAMENTE UTILIZADO: _____

FIRMA _____

CUESTIONARIO FACES III

RESPONDER:

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

- _____ 1.- Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí.
- _____ 2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas
- _____ 3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- _____ 4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- _____ 5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- _____ 6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- _____ 7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- _____ 8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- _____ 9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- _____ 10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- _____ 11.- Nos sentimos muy unidos
- _____ 12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- _____ 13.- Cuanto se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- _____ 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.

Cohesión; suma de los ítems nones

Adaptabilidad; suma de los ítems pares

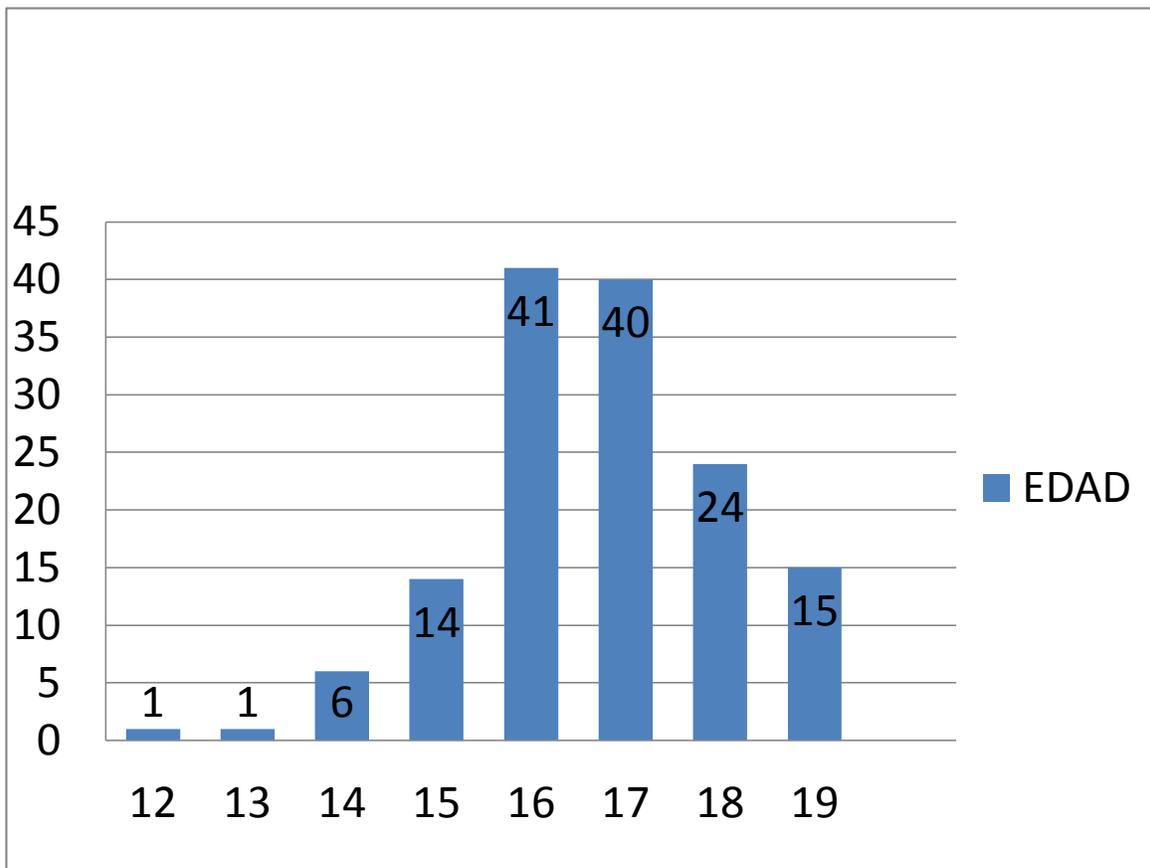
CALIFICACION DE COHESION DEL FACES III

COHESION	AMPLITUD DE CLASES
NO RELACIONADA	10 A 34
SEMIRRELACIONADA	35 A 40
RELACIONADA	41 A 45
AGLUTINADA	46 A 50

CALIFICACION DE ADAPTABILIDAD DEL FACES III

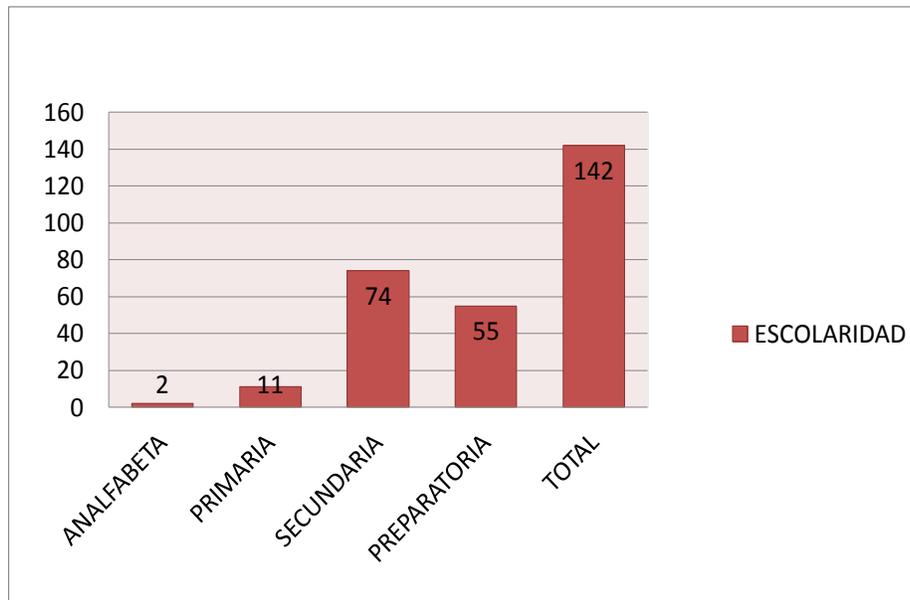
ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASES
RIGIDA	10 A 19
ESTRUCTURADA	20 A 24
FLEXIBLE	25 A 28
CAOTICA	29 A 50

GRAFICA 1. EDAD



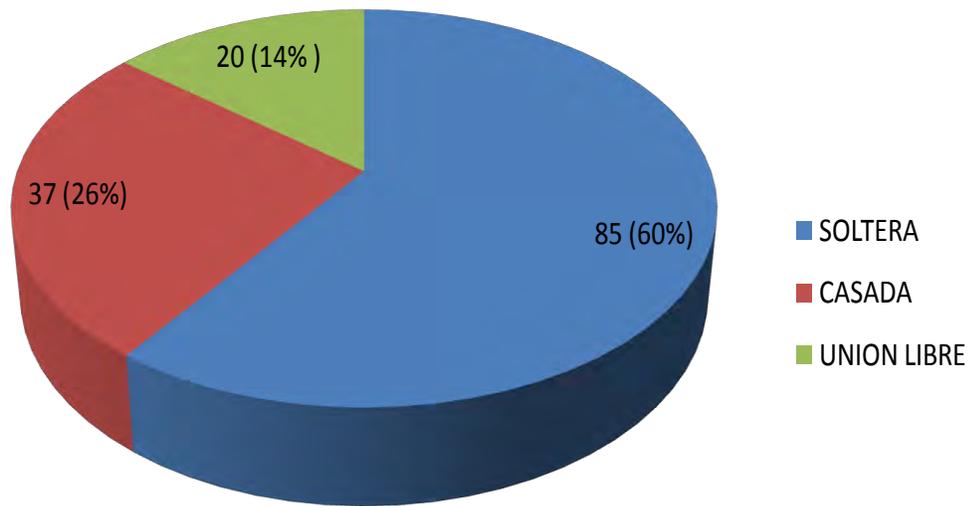
FUENTE. Encuesta

GRAFICA 2. ESCOLARIDAD



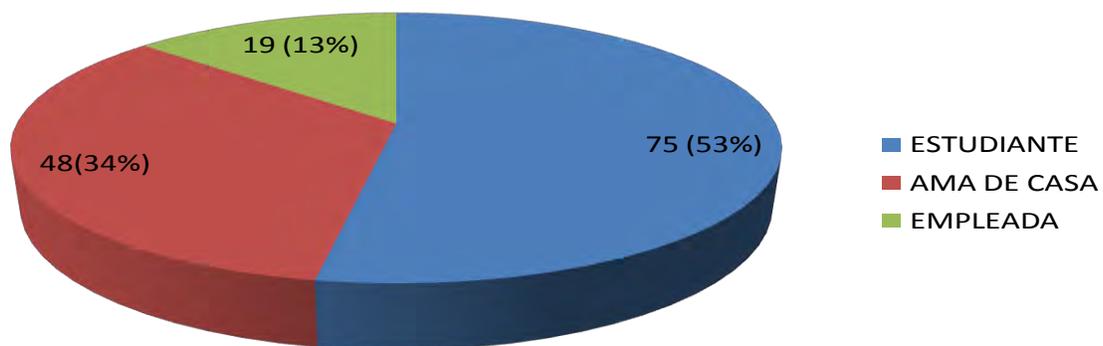
FUENTE. Encuesta

GRAFICA 3. ESTADO CIVIL



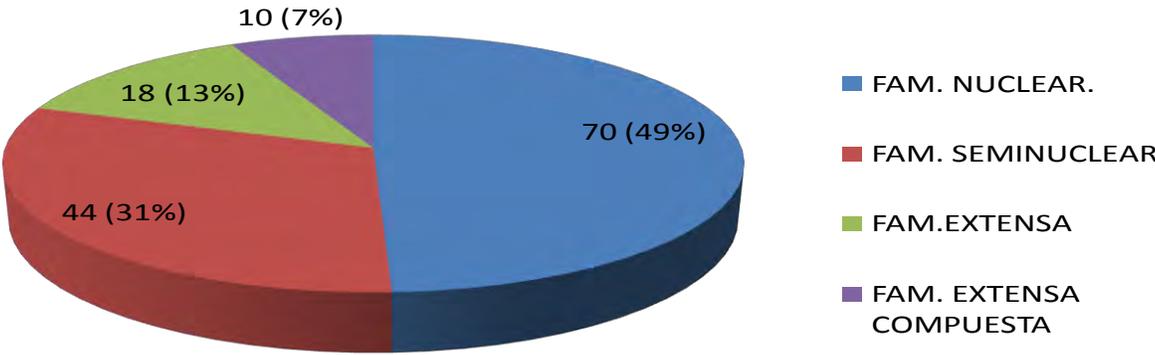
FUENTE. Encuesta

GRAFICA 4. OCUPACION



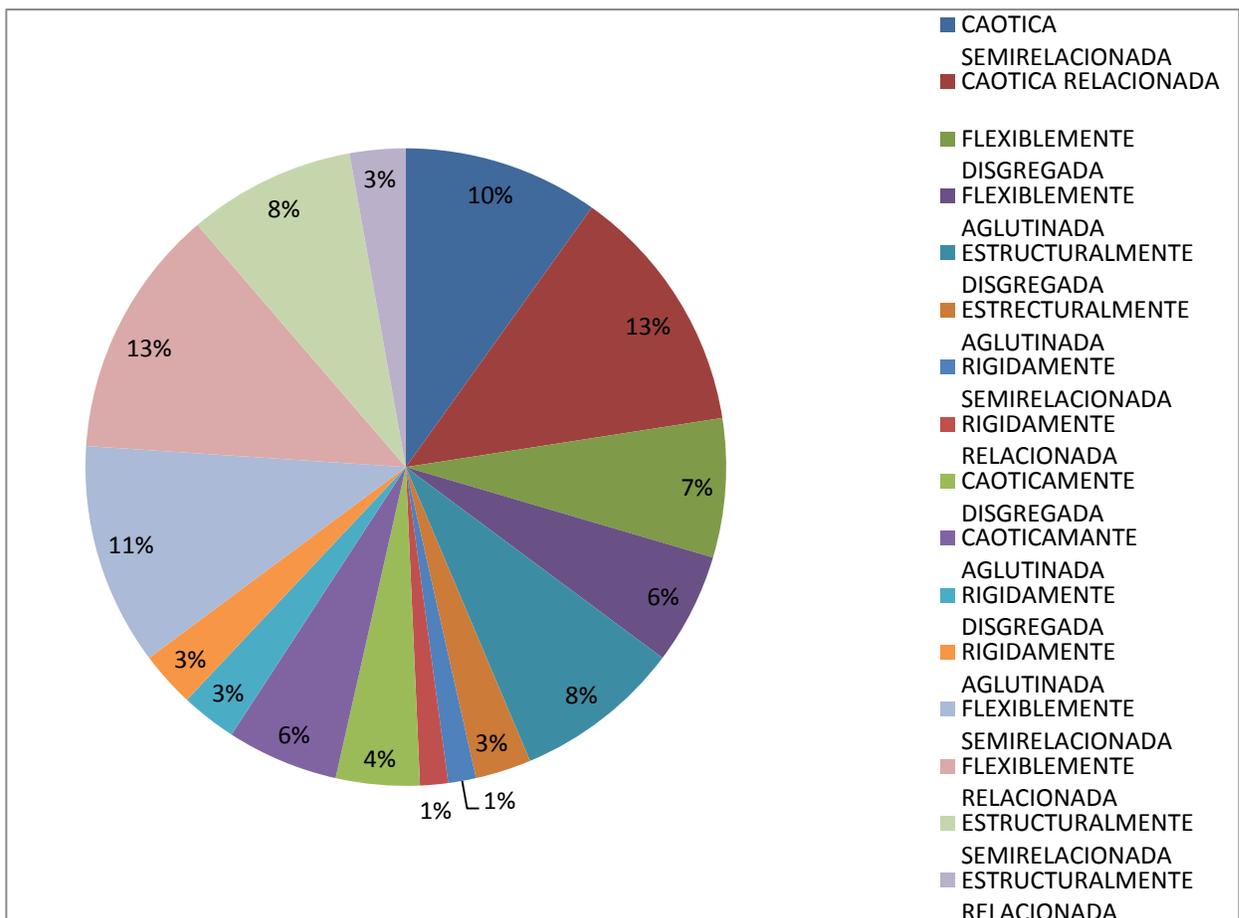
FUENTE. Encuesta

GRAFICA 5. TIPOLOGIA FAMILIAR



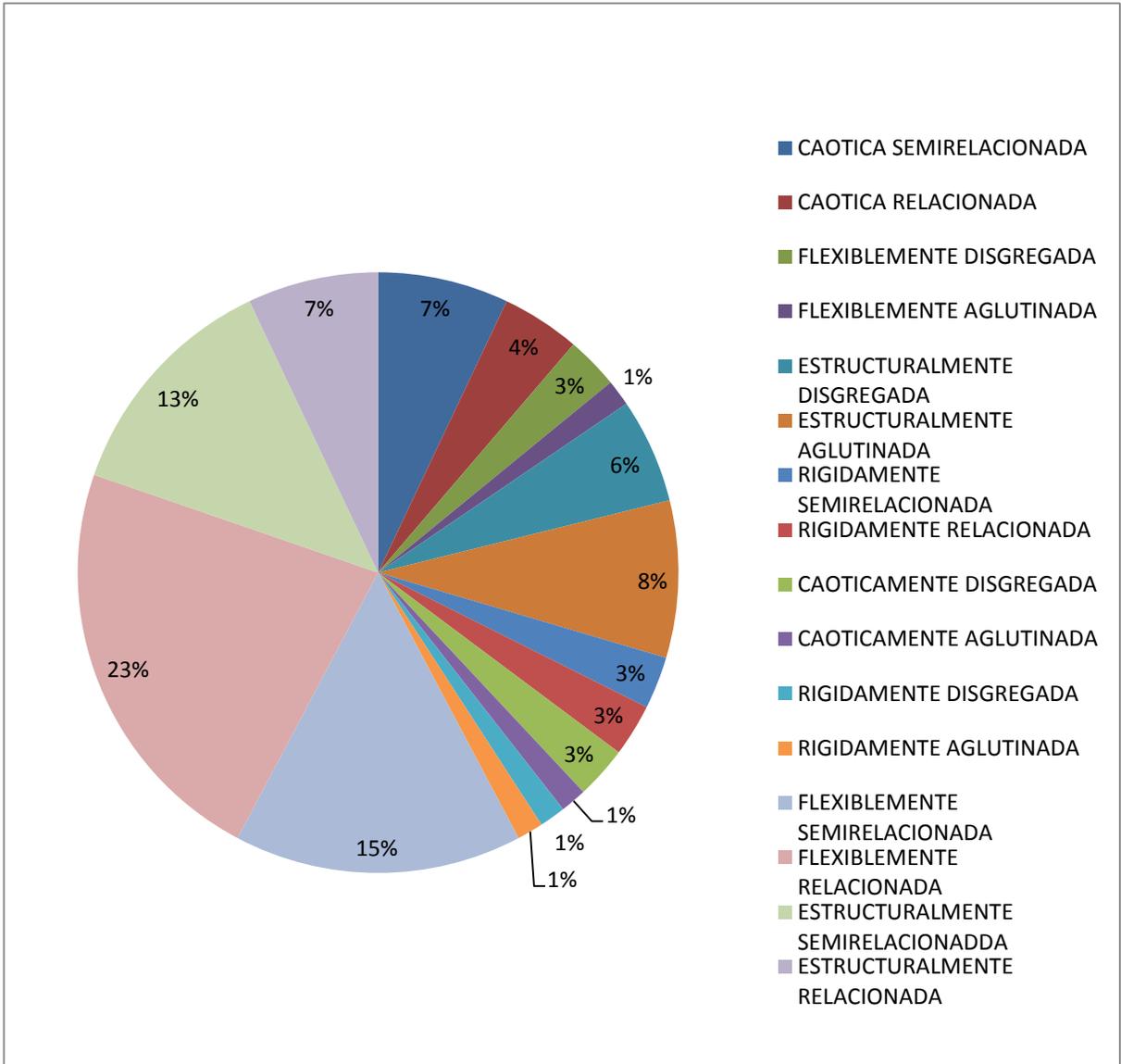
FUENTE. Encuesta

GRAFICA 6. FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS



FUENTE. Encuesta

GRAFICA 7. FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS



FUENTE. Encuesta

DISFUNCION FAMILIAR ASOCIADA A EMBARAZO EN ADOLESCENTES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD 2010	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Selección del tema				X								
Selección del asesor					x							
Planteamiento del problema						X	X					
Recabar bibliografía									X	x	X	
ACTIVIDAD 2011	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Título del Protocolo			x	X								
Marco teórico						X	X	X				
Justificación							X	X				
Objetivos							X	X				
ACTIVIDAD 2012	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Diseño		X	X									
Materiales y métodos			X	X								
Protocolo terminado				X	X							
Registro en el SIRELCIS						X						
Recolección de datos						x	X	X				
Resultados									X			
Análisis, discusión y conclusión									x			
Envío a revisión a educación IMSS										X		
Envío a revisión UNAM										X		

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Cueva AV, Olvera GJ, Chumacera LR; Características socio familiares de adolescentes embarazadas, Rev. Med . IMSS 2005; 43 (3): 267-271
2. Abreo NR, Reyes AO, Garcia NG, León J, Naranjo LN; Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales, Gaceta medica 2008 10(2)
- 3.- Luna NA, Gómez SV, Disfunción familiar en adolescentes embarazadas. RESPYN Edición Especial No.2-2003.
- 4.- Santander RS, Zubarew GT, Santelices CL, Argollo MP, Cerda LJ, Bórquez PM Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. Rev Méd Chile 2008; 136: 317-324
- 5.-Cabrera P, Rodriguez PI, González PG, Ocampo BP, Amaya López C.; Aptitud clínica de los médicos familiares en unidades de medicina familiar en Guadalajara Mex. Salud Mental, Vol. 29, N° 4 julio-agosto 2006.
- 6.- Huerta MN, Valadez RB , Sánchez EL; Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de MF del ISSSTE en la ciudad de Mex. ArchMedFam 2001; 3(4); 95-98.
- 7.-Padrón AG. Embarazo en adolescentes. Rev. Med. Hosp. Gen. Mex 2005; 68 (1): 13-19.
- 8-.Torres P, Walker DM, Gutiérrez JP, Bertozzi SM. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos Salud Publica Mex 2006;48:308-316.

- 9.- Díaz FE, Rodríguez PM, Mota GC, Espinoza J, Meza RP, Zárate-Tapia T. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas Perinatal Reprod Hum 2006; 20: 80-90
- 10.- Valdés LV, Pérez GL, Cofiño MA. Disfunción familiar en el paciente alcohólico. Latindex 2008; 3(11):1-3.
- 11.- Cogollo Z, Gómez E, De Arco O, Ruiz I, Campo-Arias A. Asociación entre disfunción familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. Rev. Colomb. Psiquiatra 2009; 38(4):637-644.
- 12.- León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev Ped Elec 2008; 5(1):42-51.
13. Ramírez RC, Hidalgo GL, Chedraui P, Gonzaga Figueroa M. Factores etiológicos y epidemiológicos es adolescentes embarazadas. En hospital gineco obstétrico. Enrique Sotomayor
<http://www.ginecoguayas.com/articulos/médicos/factores=etiológicos=epidemiológicos=adolescentes=embarazadas.pdf>
(11/03/2010).
- 14.- Carreón VJ, Mendoza SH, Pérez HC, Gil AI, Soler-Huerta E, González-Solís R. Factores socioeconómicos asociados al embarazo adolescente. Arch Med Fam 2004; 6(3):70-73.
- 15.- López Espiritu Martín. "El embarazo en la adolescencia".
<http://www.sayulatimes.com/index.php/salud/986-el-embarazo-en-la-adolescencia>
(07/03/2010).

16.- Embarazo de adolescentes en Sinaloa; El Debate de Culiacán.

www.debate.com.mx/el_debate/articulos/artic.General.

17.- Rangel J, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 2004; 47 (1): 24-27.

18.- Díaz FE. Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia Perinatal Reprod Hum 2007; 21: 100-110

19.- León SD, Camacho DR, Valencia OM, Rodríguez OA. Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior. Rev Cubana Pediatría 2008; 80 (3):1-10.

20.- Zagers B, Larraín M, Polaino Lorente A, Trapp A, Diez I. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Rev chil neuropsiquiatra 2003; 41(1):39-54.

21. García LR "Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial descompensada". http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/pdf/ (09/03/2010).

22.- Mendoza LA, Soler HE, Sainz VL, Gil AI, Mendoza SH, Pérez HC. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Arch med Fam 2006; 8 (1):27-32.

23.- Órgano informativo del Departamento de Medicina Familiar.. "FACES III: alcances y limitaciones". Facultad de Medicina, UNAM

<http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm121/originalesbreves.html> (09/03/2010).

24.- Zdanowicz N, Pascal J, Reynaert C ¿Juega la familia un papel clave en la salud durante la adolescencia? Eur. J. Psychiat. 2004; 18(4): 215-224.

25.- Musitu G, Jiménez TI, Murgui S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de medición. Salud Pública Mex 2007; 49: 3-10.

26.- Leyva JR, Hernández JA, Nava JG, López GV. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3):225-232.