



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 32
GUASAVE, SINALOA**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR ADOLESCENTES EMBARAZADAS
EN HIGUERA DE ZARAGOZA AHOME, SINALOA**

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

PRESENTA:

DR. BALTAZAR ARMENTA ARMENTA



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

GUASAVE, SIN.

2014



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.

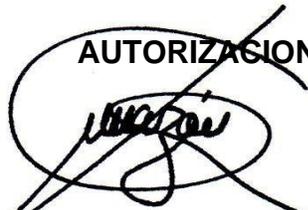
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN
HIGUERA DE ZARAGOZA AHOME, SINALOA.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

BALTAZAR ARMENTA ARMENTA.

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**



**DRA. ALMA LORENZA LOPEZ ARMENTA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINADORA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN
SALUD HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.32 CON
MEDICINA FAMILIAR GUASAVE SINALOA.**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INDICE

1. MARCO TEÓRICO	6
1.1 Antecedentes Científicos.....	6
1.2 Antecedentes Historicos.....	17
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
3. JUSTIFICACIÓN.....	22
4. OBJETIVOS	25
4.1 Objetivo General.....	25
4.2 Objetivos específicos	25
5. MATERIAL Y MÉTODOS	26
5.1 Tipo de estudio	26
5.2 población, lugar y tiempo de estudio.....	26
5.3 Universo y Muestra.....	26
5.4 Método de recolección de datos	27
6. ANALISIS ESTADISTICO.....	28
7. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	29
7.1 Criterios de inclusión.....	29
7.2 Criterios de exclusión.....	29
7.3 Criterios de eliminación.....	29
8. VARIABLES.....	30
8.1 Definición de variables.....	30

8.2 Operacionalización de variables	31
9. ASPECTOS ÉTICOS.....	35
10. RESULTADOS	38
11. DISCUSIÓN.....	40
12. CONCLUSIONES.....	43
13. SUGERENCIAS.....	44
15. BIBLIOGRAFÍA	45
16. ANEXOS.....	47

1. MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

La adolescencia

Periodo del desarrollo comprendido entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta. Suele iniciarse entre los 11 y los 13 años de edad, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y se prolonga hasta la edad de 18 a 20 años, con la adquisición de la forma adulta completamente desarrollada. Es la respuesta psíquica y social originada por los cambios corporales. La diferencia entre pubertad y adolescencia, es que en la pubertad se descubre el sexo y durante la adolescencia, se ponen en práctica los descubrimientos anteriores. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define desde el punto de vista cronológico como “el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida la independencia socio-económica”. (*Issier R, 2001*)

La adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente es el periodo peri-puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vacacionales irreales. Personalmente se preocupa por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

La adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia donde ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Es la edad promedio del inicio de la experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgos.

La Adolescencia tardía (17 a 19 años)

En ella casi no se presentan cambios físicos, aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a los padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia a las relaciones íntimas. Tienen metas vocacionales reales.

Embarazo

Proceso de gestación, que abarca el crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo dentro de una mujer, desde el momento de la concepción, a lo largo de los periodos embrionario y fetal hasta el nacimiento. El embarazo dura alrededor de 266 días (38 semanas) desde el día de la fecundación, aunque clínicamente se considera que dura 280 días (40 semanas; 10 meses lunares; 9 meses y 10 días del calendario normal) desde el primer día del último periodo menstrual.

Embarazo en la adolescencia:

Se le define como: “ el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, embarazo que ocurre dentro de los primeros 2 años después de su menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". (Issier R, 2001)

Embarazo precoz

Es el que ocurre durante la adolescencia de los 10 a los 19 años, momento en el cual no se reúnen las condiciones de madurez sexual ni psicosocial para asumir la maternidad o en forma sana, el cual debe ser analizado en forma integral.

Familia:

La familia son un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan.

Naturalmente pasa por nacimiento, luego por crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de la vida familiar. (Niño, 2005)

Concepto de Familia

- Real Academia de la Lengua Española: El diccionario de la Lengua española señala que por familia se debe entender “al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Numero de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”. (Santacruz, 1983)
- Familia ONU: Comprende las personas que forman un hogar privado tales como esposos o un padre o madre con un hijo no casado o en adopción. Puede estar formado por una pareja casada o no casada con uno o más hijos no casados o también estar formada por uno de los padres con un hijo no casado (Valvia , 2008)
- Familia Derecho civil: Señala que la familia es el conjunto de personas entre las cuáles existen vínculos jurídicos, interdependientes y recíprocos, emergentes de la unión sexual y la procreación.
- Familia OMS: Señala que por familia se entiende “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”. Se ve a la familia como el grupo en que la mayoría debe predominar dentro de la sociedad, y que cada uno de los roles de cada uno de los integrantes está determinado según la estructura y conformación de la misma. (Santacruz, 1983).
- Familia Censo canadiense: En Canadá, los censos de 1941, 1951 y 1961, definieron a la familia como aquella que consiste en un marido y una esposa, con o sin hijos o un padre con un hijo no casado o niños que viven bajo el mismo techo.

- Censo estadounidense: En la definición de Estados Unidos de 1950 y 1960, se reconoció como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que tienen relación entre sí consanguíneamente, por el matrimonio o por adopción. Aquí se nos permite incluir a familias con uno o ambos padres, abuelos o más personas relacionadas por sangre que vivan bajo el mismo techo.
- Definición sociológica según Bottmore: La define como un grupo social primario de la sociedad, de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, y dota a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas (Iturrieta , 2001).
- Definición psicológica (1968): Es una serie de relaciones dialécticas que, al partir de la oposición de la personalidad, tiende a superarla en una nueva dialéctica de autoridad y amor; esta nueva dialéctica, a su vez puede resolver en independencia para los hijos, y a su vez esa independencia tiende hacia la responsabilidad personal (nueva pareja) que dialécticamente se afirmara o negara en creación.

Orígenes de la familia

La familia conyugal ha sido siempre reconocida. Surge fundada en lo biológico para arropar la Madre e hijo. Surge en todas las culturas de una pareja heterosexual de adultos y con fines de procreación. La pervivencia de la especie ha requerido primero la protección de la maternidad y después de la paternidad, lo que llevo a la convivencia de la pareja. Este modelo, desde su perspectiva más nuclear y extendida alrededor de dicho núcleo, es el que se mantiene en la práctica totalidad de los países. (Sanchez, 2008)

Familias según su composición:

1.- Núcleo familiar: Familia constituida en algunas de las formas siguientes:
a) matrimonio sin hijos; b) matrimonios con uno o más hijos solteros c) El padre o la madre con uno o más hijos solteros.

2.-Hogar Nuclear: es el hogar formado solo por un núcleo familiar.

3.- Hogar no-nuclear: es el hogar correspondiente a alguna de las dos categorías siguientes.

3.1.- Hogar extendido o agregado: es el hogar formado por un hogar nuclear y otras personas emparentadas con el jefe del hogar que no sean hijos solteros. Se considera también como hogar extendido al grupo de parientes que por su composición no corresponda a la definición de hogar nuclear.

3.2 Hogar compuesto: es el hogar formado por un hogar nuclear o extendido y otras personas no aparentadas con el jefe del hogar. Se considera también como hogar compuesto a las personas que viven juntas sin tener relación con el parentesco. (Torrado, Estrategias familiares de vida en America latina: La familia como unidad de investigacion censal, parte 1, 1981)

Funciones de la Familia

La familia es la institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad.

Las funciones básicas que las familias cumple en relación con los hijos, particularmente hasta el momento en que estos están ya en condiciones de un desarrollo plenamente independiente de las influencias familiares directas:

1.-Asegurar la supervivencia de los hijos, su sano crecimiento y su socialización en las conductas básicas de comunicación, dialogo y simbolización. Esta función por tanto, va más allá de asegurar la supervivencia física y se extiende a otros aspectos que se ponen en juego fundamentalmente durante los dos primeros años y que permiten hacer humanos psicológicamente al hijo o la hija que ya era biológicamente desde su nacimiento (la parentalidad intuitiva a que se refieren Papousek y Papausek, 1995)

2.- Aportar a sus hijos un clima de afecto y apoyo sin los cuales el desarrollo psicológico sano no resulta posible. El clima de afecto implica el establecimiento de relaciones de apego, un sentimiento de relación privilegiada y de compromiso emocional.

3.-Aportar a sus hijos la estimulación que haga de ellos seres con capacidad para relacionarse competentemente con su entorno físico y social, así como responder a las demandas y exigencias planteadas por su adaptación al mundo en que les toca vivir.

4.- Tomar decisiones con respecto a la apertura hacia otros contextos educativos que van a compartir con la familia la tarea de educación del niño o la niña. La escolarización es en estas sociedades un fenómeno obligatorio y cuya influencia sobre niños y niñas tienen a prolongarse entre más y más tiempo. (Rodrigo, 2014)

Una de las principales características que distingue a la familia es su capacidad de integrar múltiples funciones en una única fórmula de conciencia. Todas las funciones se pueden realizar en sus diferentes enfoques, según el eje de interés, puede abarcar áreas psicológicas, sociológicas y culturales, de las que se desprende cada una de ellas.

Según Maslow, el comportamiento humano está motivado, controlado e influido por una jerarquía de necesidades:

Fisiológicas: Aire, agua, alimentos, sexualidad.

Seguridad: Orden, normas a guiar los propios actos.

Sociales: Amor, afecto, sentimiento de pertenencia y contacto humano.

Estima: Respeto a uno mismo, logros, obtención del respeto de los demás.

Realización personal: Satisfacción de la capacidad personal. (Huerta, 2005)

Las familias funcionales son las que cumplen en mayor o menor grado, las obligaciones que tiene cada miembro del sistema.

Ackerman menciona que son seis los requisitos que se deben cumplir en la familia para que exista funcionalidad:

- 1.- Proveer el alimento, abrigo y otras necesidades materiales que preservan la vida.
- 2.-Ser la matriz de las relaciones interpersonales, donde se aprenden los lazos efectivos.
- 3.- Promover la identidad personal ligada a la identidad familiar. Ser el vínculo de identidad que promociona la seguridad para enfrentar problemas nuevas.
- 4.- Promover la identidad sexual, lo cual prepara el camino para la realización sexual futura.

5.- Promover la identidad social que ayuda a aceptar la responsabilidad social.

6.- Fomentar el aprendizaje, la creatividad y la iniciativa individual.

A mayor cumplimiento de estas tareas, mayor satisfacción, menor frustración y mayor índice de funcionamiento armónico. (Martinez M. , 2006).

Funciones específicas:

1.- Asegurar subsistencia:

Protección biopsico-social. (Abrigo, alimento, seguridad física; incluyendo la satisfacción sexual de la pareja.)

2.- Afecto:

Promover el afecto, la unión y la solidaridad social, para mantener la capacidad de relación.

3.- Socialización:

Favorecer el desarrollo de identidad personal, asegurar la integridad Psíquica. Moldear el rol sexual. Educar y estimular el aprendizaje, la iniciativa.

4.- Reproducción:

Proporcionar nuevos miembros con el fin de garantizar la supervivencia de la especie.

5.- Estatus:

Determinar posición sociocultural. Perpetuar tradiciones miembros más viejos a los jóvenes.

Familia Según su Funcionalidad

Familias funcionales:

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo (Huerta, 2005).

El funcionamiento de 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. (Maddaleno, 1986)

Son aquellas familias en las cuales se considera que cumplen todas sus funciones, además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes, expresado este en una mejor atención de problemas relacionales y de dinámica familiar en sus diferentes áreas, según sus interacciones personales. Es posible considerar a una familia funcional después de la aplicación de alguno de los instrumentos para evaluar dicha funcionalidad familiar (Martinez I. , 2005).

Familias Disfuncionales

Familia Disfuncional

“Es un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que el relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas” (Vargas J. , 1998).

Las familias disfuncionales son familias que en mayor o menor grado no actúan según lo que de ellas se espera en relación con las funciones que se les tiene asignadas. Debemos entender que para poder clasificar a la familia de esta forma hay que tener en claro el estudio de la dinámica familiar y la aplicación de los instrumentos para valorar la funcionalidad familiar, es decir, debemos contar con un diagnóstico familiar concreto. Hay que tomar en cuenta que la funcionalidad familiar (como concepto y como nivel de análisis) dependerá de la forma en cómo los autores consideren a una funcional, ya que además para catalogarla como tal debe haber pasado por la aplicación de algún instrumento de valoración de la funcionalidad familiar como el Apgar, Mac Máster, El Faces III, etc.

En este estudio se utilizó la valoración de la funcionalidad familiar APGAR y Faces III.

La forma en que se estructuran las familias son numerosas y diferentes, teniendo como extremos a las familias piramidales por un lado y las circulares por el otro, de acuerdo a la distribución de las comunicaciones y el poder.

El modelo piramidal son los autocráticos de poder, donde el padre está colocado en la cima de la pirámide. Por debajo de él en un segundo estrato se encuentra la madre con el rol de “brazo ejecutor” de las órdenes emanadas de arriba y vehículo de las necesidades de los hijos.

1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A nivel mundial, según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, cada año dan a luz 15 millones de adolescentes, entre los 15 y 19 años de edad, en todo el mundo. El 95% de éstos, ocurre en países en desarrollo. (UNICEF, 2015)

En México, las y los jóvenes inician su vida sexual entre los 15 y los 19 años, en promedio. La gran mayoría de ellos (97%) conoce al menos un método anticonceptivo; sin embargo, más de la mitad no utilizaron ninguno en su primera relación sexual. Datos de la Secretaría de Salud muestran que la mayor demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos corresponde a adolescentes de 15 a 19 años; asimismo, se estima que 17.4% de los nacimientos totales corresponden a mujeres menores de 20 años, de los cuales entre 60 y 80% de ellos son no planeados. (UNFPA, 2010)

Por su parte el consorcio de universidades Global Virtual University (2011), que trabaja bajo los auspicios de la Universidad de Naciones Unidas, publicó dentro del Informe que presentó a las Naciones Unidas que México es uno de los principales países con mayor natalidad entre adolescentes. Comparativamente con Nigeria suceden 233 embarazos por cada 1000 adolescentes, siendo el país con la mayor incidencia de adolescentes embarazadas en todo el mundo, ocupando México el lugar N°10 a nivel mundial.

No obstante, en Buenos Aires, Argentina (TOM BOTTOMOR, 1998), realizó una investigación con entrevista a adolescentes embarazadas y no embarazadas con el fin de encontrar diferencias entre ellas. Los resultados mostraron que no existían diferencias significativas entre las familias de las adolescentes, sin embargo establecieron que sí existe una relación significativa entre la ocurrencia de embarazos premaritales en otros miembros de la familia con la joven embarazada, observándose que las madres adolescentes embarazadas fueron a su vez madres solteras. (Pick de Weiss, 1994)

En tal sentido, en México (MARTÍNEZ, 1997) estudio en dos grupos de adolescentes mexicanas (embarazadas y no embarazadas) las relaciones a su ambiente familiar. Se obtuvieron perfiles familiares, en los cuales muestran la existencia de diferencias en los entornos familiares de ambos grupos. (Vargas S. , 1997).

Con base en datos de SEDESOL, en Estados Unidos la tasa de embarazos en adolescentes es de 36 adolescentes por cada 1000, en México según los datos arrojados por INEGI la tasa de adolescentes embarazadas se incrementó con respecto al año 2006 donde 63 de cada 1000 adolescentes estaban embarazadas mientras que en el 2009 la proporción aumentó a 70 de cada 1000. Actualmente 13% de las adolescentes tienen un hijo. (Campos-Vazquez, 2012)

De acuerdo a Dickens y Allison, 1997, Barcelona en las adolescentes que quedan embarazadas se han descubierto sentimientos de autodestrucción, ira y agresión hacia todo lo que configure autoridad, falta de responsabilidad en el gobierno propio de su cuerpo y acciones, y suplicas desesperadas en busca de atención y ayuda. En Estados Unidos, la madre joven supera siete veces la media de suicidios registrados en el país. El embarazo en estas mujeres puede ser una forma de escapar al proceso de maduración en la adolescencia. (Dickens, 1986)

En Colombia (Plata y Ortega, 2012) en estudios similares realizados en diversos países, se encontró, un estudio de varios autores donde las edades de las adolescentes embarazadas oscilan entre los 11 y 19 años, y la mayoría de ellas están en el rango de edad de 17 a 19 años (73%). Referente al estado civil que se presentó en las adolescentes embarazadas, la mayor frecuencia está representada por la unión libre seguida de las solteras. En cuanto al sistema familiar de las adolescentes se encontró que un gran porcentaje del total de las participantes tienen un sistema familiar disfuncional y en menor medida tienen un sistema familiar funcional. (Plata G., 2012 Vol.9)

Por otro lado en Lima, Perú (Urreta, 2008) se realizó un estudio similar donde los resultados arrojados permiten que se conozca que el 64% de las adolescentes embarazadas se encuentran entre los 17 y 19 años de edad, 52% son solteras y presentan antecedentes de embarazo adolescentes en la madre. En cuanto al funcionamiento familiar de las adolescentes embarazadas el 51% poseen un funcionamiento familiar funcional y el 48% disfuncional. (Urreta, 2008)

Ahora bien, en Cuba, (León, 2011) en el periodo comprendido de abril de 2008 a marzo de 2009, se estudió la funcionalidad familiar de adolescentes embarazadas de entre los 10 y 19 años de edad, encontrando como resultados que predominó la disfuncionalidad familiar. Desglosando por etapas los resultados mostraron que en la etapa media el 4% correspondió a la funcional, el 8% moderadamente funcional, el 22% a la disfuncional, y el 10% a la funcional, el 20% moderadamente funcional, el 12% disfuncional y el 6% severamente disfuncional, de forma general la variable de familia disfuncional fue un total del 34%. (León A, 2011)

Por otro lado en México Rangel, el estudio más reciente referente a este tema, es el publicado en 2004, realizado en León Guanajuato realizado por varios médicos de la Unidad familiar No 53, donde las adolescentes embarazadas fueron el 55% del grupo de edad de entre 18 y 19 años, el 85% eran casadas y en cuanto a la funcionalidad familiar el 27% se presentó disfunción familiar moderada, el 6% severa, el 67% normal. (Rangel, 2004)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescencia puede ser un golpe arrollador para la vida familiar y provocar una drástica variación y cambios en su funcionamiento habitual, ya que el embarazo precoz demanda desafíos y posturas diferentes. La actitud de la familia ante este acontecimiento, resulta decisiva para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la misma, tratándose de un proceso en que no solo es importante tomar en consideración los aspectos biológicos sino también importantes factores psicosociales. (Guridi M., 2012)

En los últimos 8 años ha ocurrido un incremento del 3 al 5 por ciento anual y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico-social. (Leon P., 2008, Vo.I 5 No. 1)

Por lo que resulta importante conocer el entorno familiar de las adolescentes embarazadas, lo cual nos ayudara a conocer los factores a los que están expuestas.

Para ello se destaca el estudio de la familia y su influencia en el comportamiento general del adolescente. Conocer aquellos factores que influyen en las adolescentes para iniciar la vida sexual activa, con o sin la utilización de métodos de planificación familiar y de prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Se ha observado que el inicio de las relaciones sexuales en jóvenes se presenta cada vez a menor edad, lo cual aumenta considerablemente el riesgo de morbi- mortalidad materno-infantil, lo cual puede estar influenciado por diferentes factores, “curiosidad por conocer el sexo, mercadotecnia relacionado a sexo, problemas familiares de comunicación, afecto, cuidado”. (Conde-Agudelo, 2004)

Todo ello, se piensa que puede influir en la elevada incidencia de embarazos en adolescentes que se está presentando. Es por eso que es interesante conocer:

¿Cuál es la funcionalidad familiar de adolescentes embarazadas en Higuera de Zaragoza, Ahome, Sinaloa?

3. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescencia es más frecuente en edad de 15 a 19 años, por lo que la OMS lo considera un problema de Salud Pública. Según la OMS para el 2020 la población adolescente de 12 a 19 años estará sobre los 1,200 millones de habitantes del mundo pero especialmente en América Latina llegara a ser superior a los 180 millones de habitantes. La tasa de fecundidad ,de adolescentes muestra una tendencia que disminuye a largo tiempo , a diferencia de otros grupos de edad. Según las proyecciones de la población de México (2010-2050), del CONAPO 2012. De acuerdo con cifras de la Secretaria de Salud, 3 de cada 10 mujeres se convierten en madres antes de cumplir los 20 años, y entre el 40 y el 60% de los embarazos entre las jóvenes, no son deseados. Es un hecho que el embarazo precoz se ha convertido en un problema de salud pública en México. (Carlota Sampayo , Márquez Plancarte, Ortega Mendoza, & Salazar Campos, 2018)

Frecuentemente el embarazo en las adolescentes, es un embarazo no deseado o no planificado, con una relación débil de pareja, en muchos casos fortuita u ocasional, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos y maestros; comportamiento que generalmente conduce a la detención y el control prenatal tardío e insuficiente, con sus consecuencias negativas antes y después del nacimiento.

El embarazo adolescente (EA) es un problema de salud pública mundial que puede afectar la salud física y emocional de la pareja, la condición educativa de ambos y, en general, esta situación les puede ocasionar más efectos negativos que positivos en su entorno familiar, escolar y social.¹ Por ello, esta condición puede romper el proyecto de vida de los futuros padres, poner en peligro físico y emocional a la madre y, en algunos casos, al producto de la gestación a corto, mediano o largo plazo. (Loredo-Abdalá, Vargas-Campuzano, Casas-Muñoz, González-Corona, & Gutiérrez-Leyva, 2015).

Las dificultades de adaptación a la sociedad y a su propia familia hacen que las adolescentes presenten con frecuencia diversos problemas que constituyen la base que pueda desarrollar fácilmente el embarazo en la adolescente.

Todo ello obliga a profundizar en el grado de funcionamiento de las familias, ya que esto “influye en la aparición y descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud”⁽²⁰⁾

La existencia de factores familiares adversos parece influir en la producción de embarazos entre las adolescentes, entre ellos hemos de tener presente la disfunción familiar.

El conocer la funcionalidad familiar e incidir en su mejora, por medio de estrategias de prevención, se reflejaría en lo económico, cultural y socialmente en una mejor perspectiva de vida en lo futuro para estas familias con mujeres adolescentes.

Actualmente no existen registros que informen sobre la funcionalidad familiar relacionada a embarazo de mujeres adolescentes en el estado de Sinaloa, por lo que se considera necesario determinar la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas en Higuera de Zaragoza, Ahome, Sinaloa, con la finalidad de conocer cómo influye la funcionalidad existente en las familias de las adolescentes embarazadas y de acuerdo a los resultados obtenidos, implementar estrategias de prevención enfocadas a factores de riesgo y dirigidos a las familias con mujeres adolescentes para impactar en la funcionalidad familiar de cada una de ellas, que fomente un desarrollo de la homeostasis funcional familiar saludable, que se vea reflejado en una disminución en el índice de embarazos en las adolescentes,

así como en la demanda de atención médica por embarazo en este grupo etario, por ende influencias hacia una disminución de la morbi-mortalidad y el coste hospitalario que generan la atención prenatal, natal y postnatal en los tres niveles de atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social por las complicaciones que se pueden desarrollar en las adolescente embarazadas, que afectaría a su vez la funcionalidad familiar.

Este estudio de investigación se considera factible llevarlo a cabo por contar con los recursos necesarios, tanto materiales como humanos para la recepción de datos en la población derechohabiente adolescente de la Unidad de Medicina Familiar con Hospital Numero 07 de Higuera de Zaragoza.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General:

Determinar la funcionalidad familiar de adolescentes embarazadas de Higuera de Zaragoza, Ahome, Sinaloa.

4.2 Objetivos específicos:

- 1.- Registrar edad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico y escolaridad de las adolescentes embarazadas.
- 2.- Identificar los antecedentes gineco-obstétricos de las adolescentes embarazadas.
- 3.- Conocer el uso de métodos anticonceptivos de las adolescentes embarazadas.
- 4.- Determinar la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas con el instrumento de evaluación APGAR.
- 5.- Determinar la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas con el Instrumento de evaluación FACES III.

5. MATERIAL Y MÉTODOS:

5.1 Tipo de estudio

Estudio Descriptivo, prospectivo, observacional y transversal.

5.2 Población, lugar y tiempo de estudio

El estudio se realizó a las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años, en el área de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 07 en Higuera de Zaragoza, Ahome, Sinaloa, en el mes de Marzo a Septiembre del 2013.

5.3 Universo y muestra:

-Universo: Son 746 son las mujeres adolescentes, de una población de 6951

Derechohabientes.

-Muestras: De las cuales se estudiaron 90 mujeres adolescentes embarazadas

Sus resultados en la pág. 38

5.4 Método de recolección de datos.

La obtención de datos se realizó cuando las adolescentes embarazadas acudieron a atención médica prenatal en los consultorios del departamento de consulta externa de medicina familiar en la Unidad Medicina Familiar 07 Higuera de Zaragoza, Ahome, Sinaloa.

A estas adolescentes embarazadas se les informó sobre el presente estudio y las que aceptaron participar, se les solicitó su autorización con el consentimiento informado y se procedió a realizar una entrevista en la que se aplicó un instrumento de recolección de datos (cuestionario) sobre las variables: embarazo, adolescencia, ocupación, edad, estado civil, escolaridad, antecedentes gineco-obstétricos, inicio de la vida sexual activa, uso de método anticonceptivo (anexo 1 y 2).

Así mismo, en relación a la variable funcionalidad familiar, se aplicaron los instrumentos de evaluación APGAR y FACES III. Para lo cuál en el primero se obtendrán de acuerdo con los criterios del test APGAR de Smilkestein, que consta de 5 preguntas (anexo 3) que evalúan de manera cualitativa las características familiares: adaptación, participación, crecimiento, afecto, resolución.

También

se aplicó el instrumento de valoración de FACES III, en el que se valora cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar, modelo creado por Olson y Cols. y que consta de 5 opciones con valores del 1 al 5 (anexo 4).

6. ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó un análisis descriptivo con medidas resumen que son frecuencia y porcentajes los datos son tabulados y procesados mediante método porcentual para cada variable.

Para el análisis estadístico se utilizó el software de aplicación Microsoft Excel, para procesar la información.

De acuerdo con el test APGAR cada una de las 5 preguntas consta de 3 posibles respuestas; siempre, algunas veces y casi nunca, con valores de 2, 1 y 0 puntos respectivamente. Una vez obtenido el puntaje total, se procedió a la clasificación de la funcionalidad familiar.

De 7 a 10 puntos: familia funcional.

de 3 a 6 puntos: disfuncionalidad moderada.

de 0 a 2 puntos: disfuncionalidad grave.

De acuerdo al test FACES III, se valora cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar, Que consta de 5 opciones con valores del 1 al 5, puede ser contestado por los mayores de 12 años

Permite clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión (No relacionada, Semi-relacionada, Relacionada, Aglutinada) y adaptabilidad (Rígida, Estructurada, Flexible, Caótica)

Los cuestionarios y la entrevista clínica se clasificarán de acuerdo a las variables anteriormente mencionadas.

7. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

7.1 Criterios de inclusión:

- Derechohabientes del IMSS.
- Mujeres adolescentes embarazadas, adscritas a la Unidad Médica Familiar No 07 Higuera de Zaragoza que quisieron participar en el estudio.
- Adolescentes con diagnóstico de embarazo al momento del estudio.

7.2 Criterios de exclusión:

- Adolescentes que en el momento de contestar la encuesta no quisieron participar en el proyecto.
- Adolescentes no embarazadas.

7.3 Criterios de eliminación:

- Encuesta con datos incompletos.

8. VARIABLES

8.1 Definición de variables

- Variable Independiente: Funcionalidad familiar.

Es aquella que puede explicar el porqué del comportamiento de una variable dependiente, también puede llamarse exposición, variable de explicación, factores de riesgo o factores protectores. (Castro Jiménez & Díaz Martínez, 2009).

-Variable Dependiente; Embarazo, Adolescencia, uso de método anticonceptivo, inicio de vida sexual activa y antecedentes gineco- obstétricos.

Es la variable principal que se está estudiando y de la que se quiere saber algunas características, tales como causas, factores, pronósticos, frecuencia, etc.

Usualmente es aquella que está inmersa en el objetivo general o en el título de una investigación. También puede ser llamada variable de resultado, de salida, desenlace o, simplemente, enfermedad (u otro evento) en estudio. (Castro Jiménez & Díaz Martínez, 2009).

-Variable Cualitativa y cuantitativa: Edad, ocupación, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico, método anticonceptivo.

Variables cualitativas son aquellas cuyos elementos de variación tienen un carácter cualitativo. Ejemplo: estado civil. Pueden ser nominales u ordinales. (Núñez Flores, 2007).

Variables cuantitativas, son aquellas cuyas características pueden medirse en diferentes grados e intensidad y tienen carácter numérico o cuantificable. Todas las variables cuantitativas tienen escalas de intervalo o razón. Por ejemplo: hijos, número de hijos. (Núñez Flores, 2007).

8.2 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALOR QUE ADQUIERE LA VARIABLE
ADOLESCENCIA	Período del desarrollo comprendido entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta. Inicia a los 10 años, hasta la edad de 19 años.	De los 10 a los 19 años.	Politómica	1.- Etapa Temprana de los 10 a los 13 años. 2.- Etapa Media de los 14 a los 16 años. 3.- Etapa Tardía de los 17 a los 19 años.
EMBARAZO	Proceso de gestación, que abarca el crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo dentro de una mujer, desde el momento de la concepción, a lo largo de los periodos embrionario y fetal hasta el nacimiento.	Se obtendrá con el resultado de la prueba inmunológica de embarazo en orina.	Dicotómica	1.-positiva 2.-negativa

<p>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</p>	<p>Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.</p>	<p>Aplicación de los Instrumentos de valoración APGAR y FACES III</p>	<p>Ordinal Politomica</p>	<p>Test APGAR de 1.- 7 a 10 pts. Familia funcional. 2.- 3 a 6 pts. Disfuncional moderada. 3.- 0 a 2 pts. Disfuncionalidad Grave. Test FACES III 1.- 5 opciones con vales del 1 al 5.</p>
<p>EDAD</p>	<p>Expresada como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta al momento.</p>	<p>Se obtuvo de la cartilla de salud, credencial IFE</p>	<p>Razón Determinar por rangos de edad.</p>	<p>1.- 10 a 13 años 2.- 14 a 16 años 3.- 17 a 19 años</p>

ESCOLARIDAD	El grado promedio de escolaridad nos permite conocer el nivel de educación de una población determinada.	Grado de estudios de las adolescentes	Politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Bachillerato 4.- Técnico 5.- Licenciatura
OCUPACIÓN	Actividad a la que se dedica la persona, empleo, profesión, etc.	Empleo y oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente.	Politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1.-Estudiante 2.- Empleada 3.- Ama de casa
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	Historial de eventos importantes del ciclo reproductivo de la mujer.	Antecedentes gineco-obstetricos de la adolescente embarazada.	Politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Tiempo de gestación por fecha de última menstruación. 2.- Menarca. 3.- Edad de Inicio de vida de sexual activa. 4.-Número de embarazos. 5.-partos. 6.- abortos. 7.-cesáreas.

ESTADO CIVIL	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	Condición Social de las pacientes.	Politómica	1.- Soltera. 2.- Casada. 3.- Otra.
USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	Cuando han utilizado métodos de planificación familiar.	Uso de algún método anticonceptivo de las adolescentes.	Dicotómica	1.- Sí. 2.- No.

9. ASPECTOS ÉTICOS

La Organización Mundial de la Salud ha definido la adolescencia como el periodo comprendido entre 10 y 19 años de edad. En el ámbito jurídico mexicano, no existe una figura jurídica para el adolescente como tal. Se cataloga como minoría de edad, a “la etapa de la vida de los seres humanos que comprende la gestación, el nacimiento, la primera y segunda infancia y la pubertad”; la mayoría de edad “comienza a partir de los 18 años”. Para nuestras consideraciones tomaremos la definición etaria de adolescencia que sugiere la OMS.

En la ley General de Salud de México - y ya desde Helsinki-, se inscribe, acertadamente a los adolescentes en la categoría de población vulnerable, por su “disponibilidad” en los ámbitos donde comúnmente se desenvuelven. Su condición de “sub-alternos” y de “dependencia” hacia los adultos, hace que sea fácil ejercer una presión moral sobre su aceptación en actividades y proyectos. Por ello, deben tomarse medidas que garanticen su libre consentimiento.

Se considera que un adolescente es legalmente competente para otorgar su consentimiento a partir de los 16 años de edad, siempre y cuando se encuentre emancipado de sus padres. Si no está emancipado, será necesario solicitar por escrito el consentimiento de sus padres.

Cuando la intervención es de riesgo mínimo y el adolescente puede entender, valorar y apreciar las metas de investigación, una comisión de investigación con base en criterios específicos podría determinar la participación de los adolescentes sin necesidad del consentimiento paterno.

En todos los casos, debe darse una explicación adecuada a la edad de lo que se hará en la investigación, el tiempo que durara, las molestias que causara, y deberá acordarse de que se podrá retirar del estudio en el momento que desee, sin que esto afecte la relación con el investigador o las circunstancias laborales, escolares o de servicios en la que se encuentre el adolescente.

El presente cuestionario es absolutamente anónimo y confidencial, basado en ley General de Salud y la declaración de Helsinki y sus enmiendas en materia de investigación así como los códigos y normas internacionales vigentes para la buena práctica en la investigación clínica, de acuerdo al derecho de la persona interesada en el artículo 5:

b) En todos los casos, se recabó el consentimiento previo, libre e informado de la persona interesada. Si ésta no está en condiciones de manifestarlo, el consentimiento o autorización habrá de obtenerse de conformidad con lo que estipule la ley teniendo en cuenta el interés superior del interesado.

d) En el caso de la investigación, los protocolos de investigaciones deberán someterse, además, a una evaluación previa de conformidad con las normas o directrices nacionales e internacionales aplicables en la materia.

Se envió al comité local de investigación 2501 del HGR No.1 IMSS Culiacán, Sinaloa para su evaluación y registro.

Dado que no se lesiona en ningún momento la integridad física o psicológica de los pacientes participantes en la misma y con antelación fueron informados del objetivo del instrumento y lo que se deseaba en los mismos, haciéndose notar que será completamente voluntaria la intervención de las pacientes.

Por lo cual las sustentantes consideran no infringir ninguno de los artículos que norman la investigación en seres humanos: artículos 98, 99, 100, 101, 102 y 103.

10. RESULTADOS

De las 746 adolescentes 90 estaban embarazadas, que corresponde el 12.06 % de la población total.

En cuanto a la edad se encontraron de 15 años 3 (3.33 %) pacientes embarazadas, de 16 años 12 (13.33 %), de 17 años 27 (30.00 %), de 18 años 28 (31.11 %), de 19 años 20 (22.22 %). Grafica 1.

Considerando las etapas en que se divide la adolescencia, durante la etapa temprana de los 10 a los 13 años no hubo adolescente embarazada, en la adolescencia media de los 14 a los 16 años se encontraron 15 adolescentes embarazadas (16.66 %) y en la etapa tardía de los 17 a los 19 años, se encontraron 75 adolescentes embarazadas (83.33 %). Grafica 1.

Escolaridad

Primaria 22 (24.44 %) Secundaria 27 (30.00 %) Bachillerato 29 (32.22 %)
Técnico 9 (10.00 %) Licenciatura (3.33 %). Grafica 2.

En relación a la ocupación

Estudiante 41(45.55 %) Empleada 18 (20.00 %) Ama de casa 31 (34.44 %).
Grafica 3

De acuerdo al estado civil soltera 33 (36.66 %), casada 39 (43.33 %), unión libre 18 (20.00 %). Grafica 4.

Con respecto a la edad de aparición de la menarquia se encontró una edad promedio de 11 años con un rango de 10 a 13 años. Grafica 5.

De acuerdo al tiempo de gestación al momento del estudio se encuentra que la gran mayoría de las adolescentes embarazadas se encontraban en el tercer trimestre de embarazo. Grafica No 05.

En relación a la edad de inicio de la vida sexual activa se encontró con la edad de 15 con 34 pacientes y de 16 años 37 pacientes con un rango de los 14 a los 18 años. Grafica 6.

En relación al tiempo de gestación, se encontró primer trimestre 3.3 %, segundo trimestre el 26.66 % y tercer trimestre el 70 %. Grafica 7.

En lo que se refiere a el número de gestaciones resultó con un solo embarazo 14 pacientes (15.55 %), con segunda gestación 64 (71.11 %) y con 3 gestaciones 12 (13.33 %). Grafica 8.

Utilizan método anticonceptivo 42 (46.66 %), de estas utilizan anticonceptivos orales 23 (25.55 %), preservativo 8 (8.88 %), ritmo 8 (8.88 %), parche 3 (3.33 %), no utilizan método anticonceptivo 48 (53.33 %). Grafica 11.

De las cuáles se encontró, con el instrumento de valoración de función familiar APGAR: familias normo funcionales 12 (13.33 %), familias disfunción leve 64 (71.11 %), familias con disfunción grave 14 (15.55 %). Graficas 12, 13, 14, 15, y 16.

De acuerdo con el instrumento de valoración FACES III, en relación a la cohesión: se determina familias No relacionada 26 (28.88 %), Semi-relacionada 21 (23.33 %), Relacionada 34 (37.77 %), Aglutinada 9 (10.00 %), En relación a Adaptabilidad: familias rígidas 37 (41.11 %), estructuradas 31 (34.44 %), flexibles 16 (17.77 %), caóticas 6 (6.66 %). Graficas de la 17 a la 36.

12. DISCUSION.

En cuanto a la edad encontramos que el mayor porcentaje de presentación del embarazo en la adolescente en este estudio fue a los 18 años, con el 31.11 %, en relación a la etapa de la adolescencia temprana no se presentaron casos, en adolescencia media el 16.66 %, en la adolescencia tardía se encontró el 83.33 % de los embarazos que coincide con el estudio realizado en Colombia (Plata y Ortega, 2012) donde estas se encuentran entre los 17 y 19 años con el 73 %, siendo similar a lo publicado en Perú (Urreta, 2008) determina 64 % de las adolescentes se encuentran entre los 17 y 19 años de edad.

Respecto a la menarquia se encontró que a la edad de once años se presentó en el 84.44% de las mujeres adolescentes embarazadas, con cifras similares a lo publicado en Barcelona (Dickens, 1986) así como lo publicado en Perú (Urreta, 2008) con un primera menstruación a la edad promedio de 11.3.

En relación a la edad de inicio de la vida sexual activa fue más frecuente a la edad de 16 años con 41.11%, seguida de los 15 años con el 37.77%, con un rango de los 14 a los 18 años, no coincidiendo con lo reportado en Barcelona (Dickens, 1986), reporta edad promedio a los 14 años.

En relación a la ocupación este estudio reporto que el 45.55 % eran estudiantes, ama de casa 34.44 % y empleada el 20.00 % y los resultados, lo cual no coincide con lo publicado en Barcelona (Dickens, 1986), reporta 83 % amas de casa. De acuerdo al nivel de escolaridad que reporta en este estudio; el mayor número de adolescentes embarazadas tenían como mayor grado de escolaridad el Bachillerato con 32.22 % seguido por secundaria con el 30%, primaria 24.44%, técnico 10.00% y licenciatura 3.33%, los resultados son coincidentes en forma comparativa con lo publicado en México (Rangel, 2004) donde reporta el mayor porcentaje de embarazadas cursaban el mayor nivel escolar; la preparatoria con un 42 % y secundaria 38 %.

Con respecto al estado civil de las adolescentes embarazadas en este estudio presentan un mayor número el grupo de mujeres casadas con un 43.33 %, seguidas de las solteras con 36.66 %, y por último unión libre 20.00 %, que concuerda con los estudios realizados en México (Rangel, 2004), quien reporta el 85 % casadas. No coincidiendo con lo reportado en Perú (Urreta, 2008) el 52 % son solteras.

De acuerdo al número de gestaciones que presentaron las mujeres adolescentes embarazadas al momento del estudio, refleja primigestas 15.55%, secundigestas 71.11% y multigestas (3 o más) 13.33%, coincidiendo lo publicado con El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2008) refiere 95% ocurren en países en vías de desarrollo y especifica que las mujeres adolescentes que tienen un hijo tienen 80 % más probabilidades de gestar nuevamente antes de terminar la adolescencia.

Cabe agregar que respecto a la utilización de métodos anticonceptivos en este estudio las mujeres adolescentes embarazadas utilizaban método anticonceptivo 46.66%, no utilizaban método anticonceptivo 53.33 %, no se encontraron diferencias significativas con otros estudios (León, 2008), (Muñoz, 2001).

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio según la funcionalidad con el instrumento de Apgar familiar encontramos el mayor porcentaje de mujeres adolescentes embarazadas en las familias con disfunción leve con el 71.11 %, seguido 15.55 % en familias con disfunción grave, por último 13.33 % en familias normo funcionales, lo cual coincide con lo publicado en México (Martínez, 1997) refiere existen diferencias en los entornos familiares, así como el estudio realizado en Cuba (León, 2011) donde encuentra que predomina la disfuncionalidad familiar y en forma general la disfuncionalidad fue 34%, así como lo descrito en Perú (Urreta, 2008) quien reporta el 48 % de disfuncionalidad. Y de acuerdo al estudio realizado en Colombia (Plata y Ortega, 2012) se encontró un 75.5 % de disfunción familiar.

No coincidiendo con lo publicado en México (Rangel, 2004) quien encontró norma funcionalidad en el 67%, disfunción leve el 17% y disfunción grave en 6%. Referente al instrumento de evaluación FACES III se determina en forma global: de acuerdo a la cohesión 44 puntajes que equivale a una familia relacionada y en adaptabilidad en 18 puntajes que equivale a una familia rígida, siendo similar a lo publicado por Vargas (1997).

13. CONCLUSIONES

De acuerdo al presente estudio realizado en las pacientes de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 07 en Higuera de Zaragoza, Ahome, Sinaloa. Se encontró que el mayor porcentaje de mujeres adolescentes embarazadas se encuentra en las familias con disfunción leve con el 71.11 %, seguido 15.55 % en familias con disfunción grave, por último 13.33 % en familias normo funcionales, en contraparte de lo que se esperaba encontrar de que fuera en familias con disfunción grave. En la mayoría de los estudios predomina la disfuncionalidad familiar en diferentes grados. Referente al instrumento de evaluación FACES III se determina en forma global: de acuerdo a la cohesión con 44 puntos que equivale a una familia relacionada y en adaptabilidad con 18 puntos que equivale a una familia rígida. Además con el modelo circunflejo de FACES III, se concluyó que de acuerdo a las 16 posibles combinaciones, predominaba la familia relacionada y rígida, seguida de las familias no relacionadas y estructuradas.

Por lo tanto se determina que en la Unidad de Medicina Familiar No 07 en Higuera de Zaragoza, Ahome, Sinaloa. Predominaron las adolescentes embarazadas en familias con disfunción familiar leve y a su vez pertenecen a familias relacionadas y rígidas.

La edad de mayor frecuencia de adolescentes embarazadas fue a los 18 años.

En relación a que las adolescentes con más alto índice de embarazo se encuentran con nivel máximo de estudios bachillerato, se planearía impartir pláticas de planificación familiar a las estudiantes de nivel medio superior, con la finalidad de disminuir este índice de embarazos, que pueden ser un obstáculo para continuar sus estudios académicos.

14. SUGERENCIAS

De acuerdo a los resultados que arrojo nuestra investigación, proponemos algunos métodos para implementar estrategias de prevención enfocadas a factores de riesgo y dirigidos a las familias con mujeres adolescentes para impactar en la funcionalidad familiar de cada una de ellas, que fomente un desarrollo de la homeostasis funcional familiar saludable, que se vea reflejado en una disminución en el índice de embarazos en las adolescentes, así como en la demanda de atención medica por embarazo en este grupo etario, por ende influencias hacia una disminución de la morbi-mortalidad y el coste hospitalario que generan la atención prenatal, natal y postnatal en los tres niveles de atención medica del Instituto Mexicano del Seguro Social por las complicaciones que se pueden desarrollar en las adolescente embarazadas, que afectaría a su vez la funcionalidad familiar.

- Identificar pacientes índices, crisis familiares normativas y para normativas.
- Dar pláticas de asesoría en las instalaciones educativas del nivel medio superior con la finalidad de que las adolescentes conozcan los riesgos de no utilizar métodos anticonceptivos y las consecuencias que trae consigo un embarazo no deseado.
- Realizar Estudios con los instrumentos de valoración de la función familiar Apgar y FACES III a pacientes identificados.
- Apoyarse en las especialidades de Psicología y Psiquiatría con las familias con disfunción familiar.

15. BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

- Campos-Vazquez, R. (3 de febrero de 2012). *SEDESOL en línea*. Obtenido de <http://www.sedesol.gob.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/2699/1/images>
- Carlota Sampayo, E., Márquez Plancarte, T., Ortega Mendoza, E., & Salazar Campos, A. (12 de Noviembre de 2018). *EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES, UN VERDADERO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO*. Recuperado el 12 de Agosto de 2019, de <http://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2836/html2836>
- Castro Jiménez, M. Á., & Díaz Martínez, L. A. (10 de Noviembre de 2009). *Las variables en el proceso de investigación en salud*. Recuperado el 12 de Agosto de 2019, de importancia, clasificación y forma de presentación Las variables en el proceso de investigación en salud: importancia, clasificación y forma de presentación en protocolos de investigación: https://www.researchgate.net/publication/41391628_Las_variables_en_el_proceso_de_investigacion_en_salud_importancia_clasificacion_y_forma_de_presentacion_en_protocolos_de_investigacion
- Conde-Agudelo, A. B. (2004). Maternal-perinatal morbidity and mortality with adolescent pregnancy in Latin America. En C. Agudelo, *Maternal Perinatal morbidity and mortality with adolescent pregnancy* (págs. 342- 349). American Journal of Obstetric and Gynecology.
- David M. Eisenberg, M.D., Ronald C. Kessler, PH.D., Cindy Foster, MPH., Frances E. Norlock, M.P.H., David R. Calkins, M.D., M.P.P., and Thomas L. Delbanco, MD. (Jan 28, 1993). Unconventional medicine in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 246- 252.
- Dickens, H. y. (1986). *Embarazo en la s Diez años*. Barcelona: Bongiovani .
- Guridi M., F. V. (6 de Marzo de 2012). *Funcionamiento y Repercusión Familiar en Adolescentes Embarazadas*. Obtenido de Psicología de la Salud: <http://www.psicologiacientifica.com/adolescentes-embarazadas-repercusion-familiar-polclinico-calabazar/>.
- Huerta, J. L. (2005). *La familia en el proceso salud enfermedad*. San Luis Potosí: Afil.
- Issier R, J. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Postgrado de la Catedra de Medicina*, 11-23.
- Iturrieta, S. (2001). Perspectivas Teóricas de las Familias. En I. O. Sandra, *Conflictos Familiares ¿cómo resolverlos?* (pág. 82). Universidad Católica del Norte.
- León A, E. R. (2011). Percepción Familiar del Embarazo en la adolescencia. *Acta Médica del Centro*, 1.
- Leon P., M. M. (2008, Vol. 5 No. 1). Embarazo Adolescente. *Revista Pediátrica Electrónica*, 42-51.

- Loredo-Abdalá, A., Vargas-Campuzano, E., Casas-Muñoz, A., González-Corona, J., & Gutiérrez-Leyva, C. d. (20 de Noviembre de 2015). *Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada*. Recuperado el 12 de Agosto de 2019, de http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1379/2126
- Maddaleno, M. (1986). *Enfoque familiar y los problemas de salud del adolescente*. Santiago: Venturini G et al.
- Martinez, I. (2005). *La familia funcional*. Obtenido de www.sapienza.com.mx
- Martinez, M. (21 de mayo de 2006). Obtenido de bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/5/2106/27.pdf:
bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/5/2106/27.pdf
- Niño, I. I. (2005). *Instituto Interamericano del Niño*. Obtenido de Instituto Interamericano del Niño: http://www.iin.oea.org/cursos_a_distancia/lectura%2012_ut_1.pdf
- Núñez Flores, M. I. (Diciembre de 2007). *LAS VARIABLES: ESTRUCTURA Y FUNCIÓN EN LA HIPÓTESIS*. Recuperado el 19 de Agosto de 2019, de http://200.62.146.19/bibvirtualdata/publicaciones/inv_educativa/2007_n20/a12v11n20.pdf
- Pick de Weiss, S. I. (1994). Diferencias entre adolescentes embaraadas y la poblacion en general. *Revista de Psicología*, 21- 24.
- Plata G., L. S. (2012 Vol.9). Relacion entre funcionalidad Familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. *Ciencia y Cuidado*, 9-16.
- Rangel, V. P. (2004). Funcionalidad Familiar en Adolescentes Embarazadas. *UNAM*, 24-27.
- Rodrigo, M. G. (2014). *fAMILIA Y DESARROLLO HUMANO*. Alianza Editorial.
- Sanchez, C. V. (2008). La familia:Concepto, cambios y nuevos Modelos. *La revue du REDIF*, 15-22.
- Santacruz, J. (1983). La familia Unidad de Analisis. *Revista Medica del IMSS*, 15.
- Torrado, S. (1970). Estrategias Familiares de Vida en America Latina:La familia como unidad de la Investigacion censal. *CEUR*, 87-88.
- Torrado, S. (1981). Estragias familiares de vida en America latina:La familia como unidad de investigaciòn censal. *Notas de poblaciòn, Repositorio.cepal.org*, 87-88.
- Torrado, S. (1981). Estrategias familiares de vida en America latina: La familia como unidad de investigacion censal, parte 1. *Notas de poblacion* , 87-88.
- Torrado, S. (1981). Estrategias familiares de vida en America Latina:La familia como unidad de poblaciòn censal. *Notas de poblacion. Parte1*, 87-88.

- UNFPA. (2010). *UNFPA*. Obtenido de www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php
- UNICEF. (8 de Noviembre de 2015). *Embarazo en Adolescentes*. Obtenido de <http://embarazosenadolescentes53.blogspot.mx/2015/11/los-paises-con-mas-embarazos.html>
- Urreta, M. (2008). Relacion entre funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. *Facultad de Medicina Humana*.
- Valvia , C. (2008). La familia, concepto y nuevos modelos. *La Revue du RERDIF*, 15-22.
- Vargas, J. (1998). *LA FAMILIA*. Obtenido de biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13_2369.pdf:
www.opcionperu.org.pe
- Vargas, S. (1997). Adolescentes embarazadas y su entorno familiar. *Universidad Iberoamericana*.

16. ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMF NO 07 HIGUERA DE ZARAGOZA, AHOME, SINALOA.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.**

Higuera de Zaragoza a _____ del 2013

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de Investigación titulado—

**----FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN
HIGUERA DE ZARAGOZA AHOME, SINALOA.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el

Número: R-2013-2501-1.

El objetivo de este estudio es: Registrar la funcionalidad familiar de adolescentes embarazadas en Higuera de Zaragoza Ahome, Sinaloa.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en-----

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

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron 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 considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

El investigador principal 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 pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Testigo 1

Nombre, matrícula y firma
del Investigador principal.

Testigo 2.

ANEXO 2

Folio: _____

FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN HIGUERA DE ZARAGOZA AHOME, SINALOA.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Número de Afiliación: _____ Edad : _____(años).

Escolaridad: primaria () Secundaria () Bachillerato ()
Técnico () Licenciatura ()

Ocupación: Estudiante () Empleo: _____. Ama de casa ().

Estado civil: Soltera () Casada () Otra: _____.

Antecedente Gineco-obstetricos:

Tiempo de gestación: _____semanas. Menarca: _____años cumplidos

Inicio de vida sexual Activa: _____años.

Número de Embarazo: _____. Partos: _____. Abortos: _____. Cesáreas: _____.

Uso de método anticonceptivo:

Si utiliza método anticonceptivo (). ¿Y Cuál?: _____.

No utiliza método anticonceptivo ().

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

TEST APGAR DE SMILKESTEIN

(Las iniciales en inglés de cada una de las categorías determinan en nombre APGAR)

1.- ¿Está usted satisfecha con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?

- Siempre
- Algunas veces
- Casi nunca

2.- ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute los problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?

- Siempre
- Algunas veces
- Casi nunca

3.- ¿Encuentra usted que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?

- Siempre
- Algunas veces
- Casi nunca

4.- ¿Está usted satisfecho con la forma en su familia expresa el afecto y corresponde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o de malestar?

- Siempre
- Algunas veces
- Casi nunca

5.- ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?

- Siempre
- Algunas veces
- Casi nunca

ANEXO 4

Folio: _____

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

TEST FACES III OLSON Y COLS

1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

2.- En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias para resolver los problemas.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

9.- Nos gusta el tiempo libre en familia.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

11.- Nos sentimos muy unidos.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

14.- En nuestra familia las reglas cambian.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

19.- La unión familiar es muy importante.

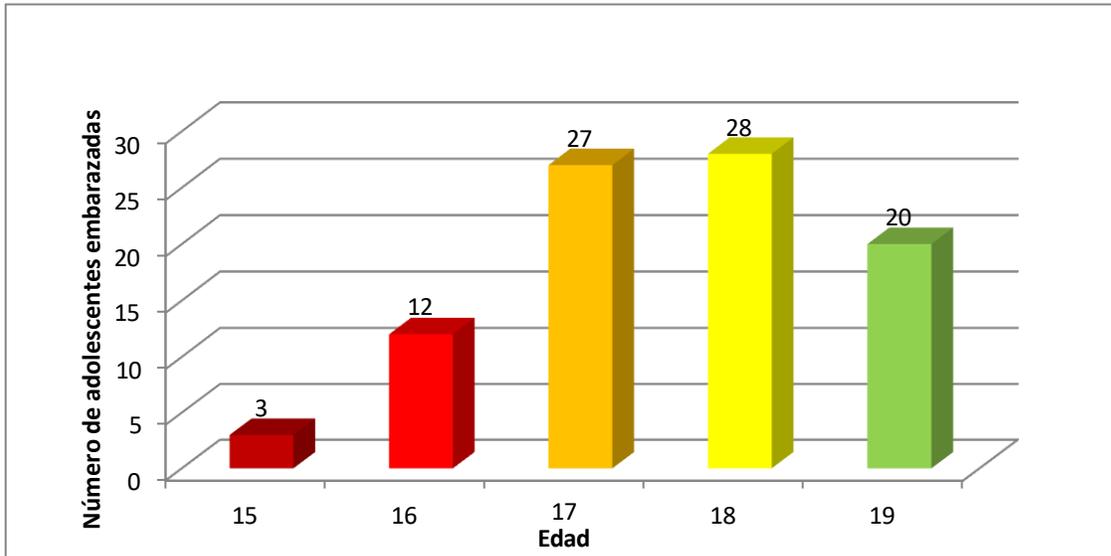
- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

20.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

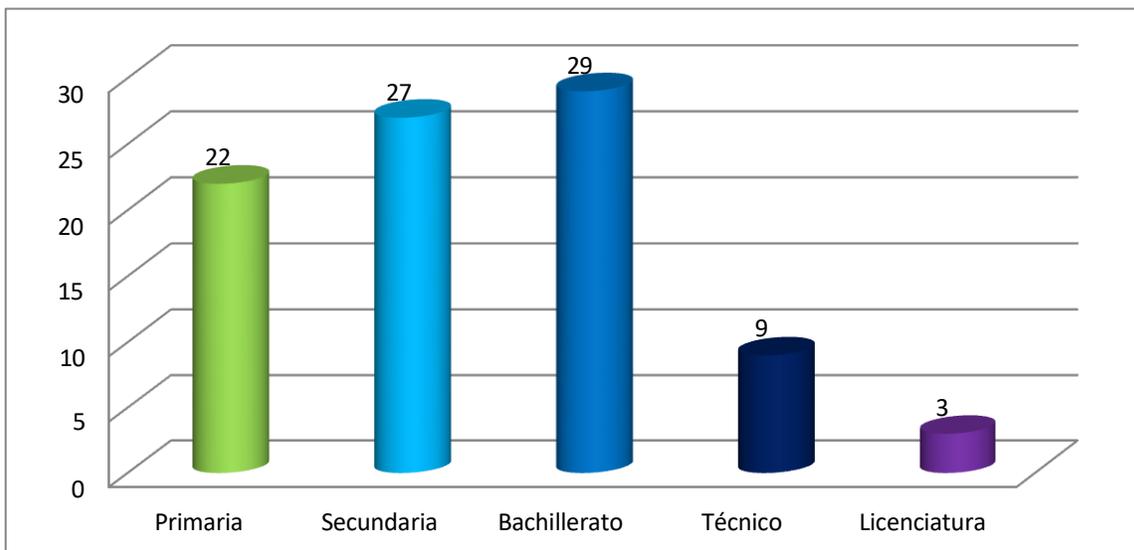
ANEXO 5

GRÁFICA No. 1 Edad de las pacientes Embarazadas.



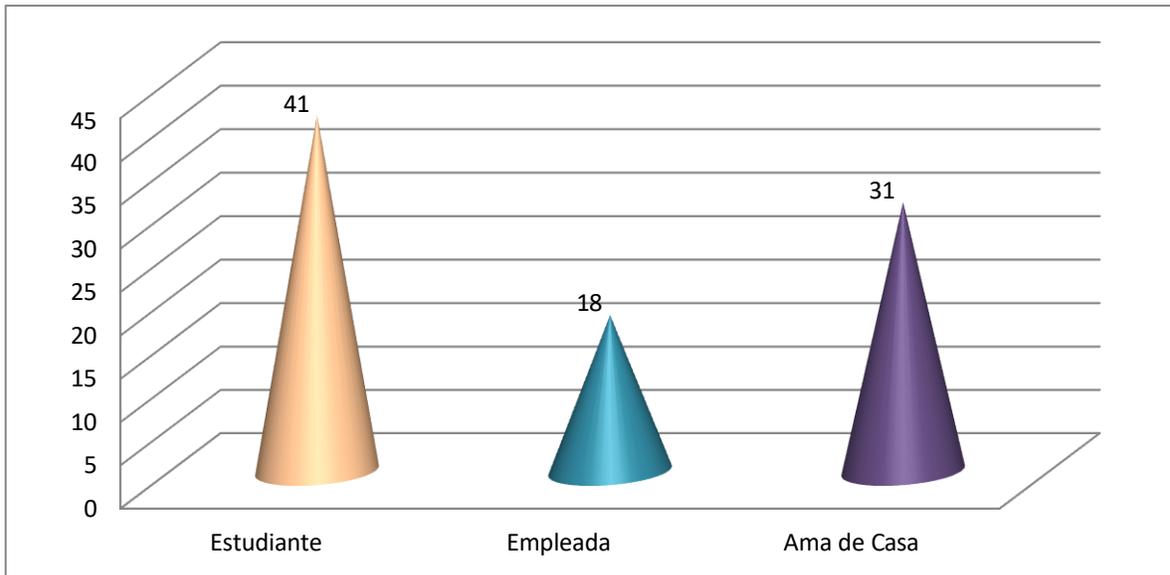
Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

GRÁFICA No. 2 Escolaridad de las Adolescentes Embarazadas.



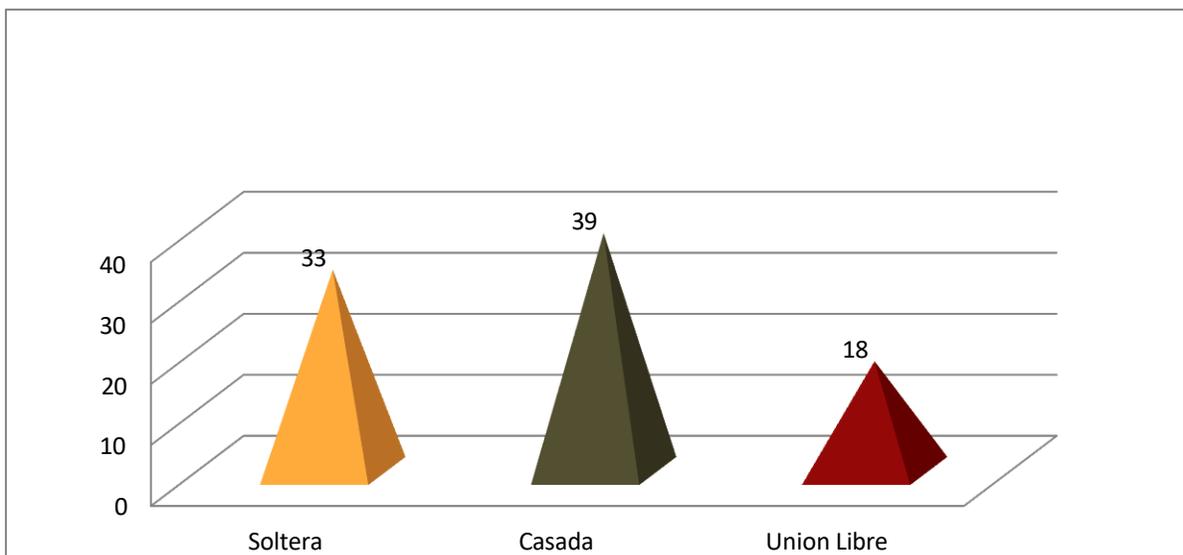
Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

GRÁFICA No. 3 Ocupación de las Adolescentes Embarazadas.



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

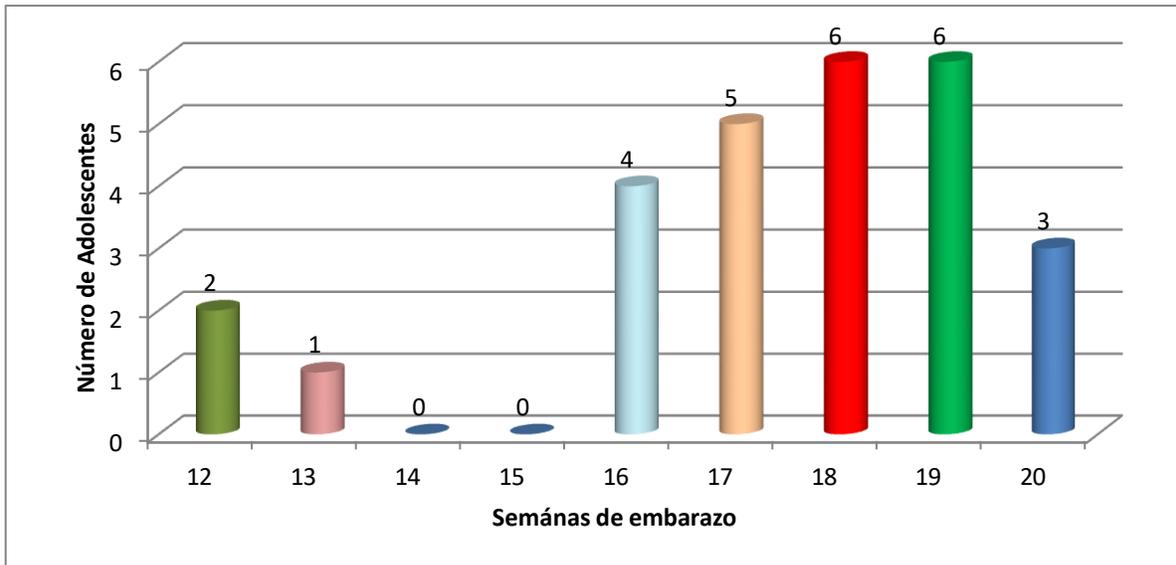
GRÁFICA No. 4 Estado Civil de las Adolescentes Embarazadas.



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

GRÁFICA No. 5

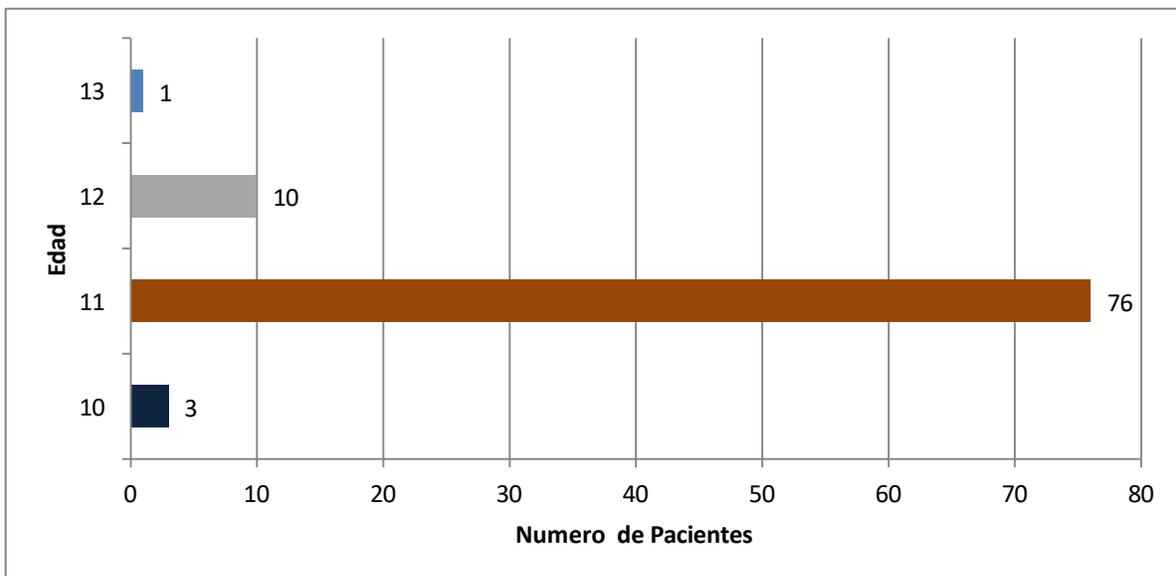
Antecedentes Ginecológicos.



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

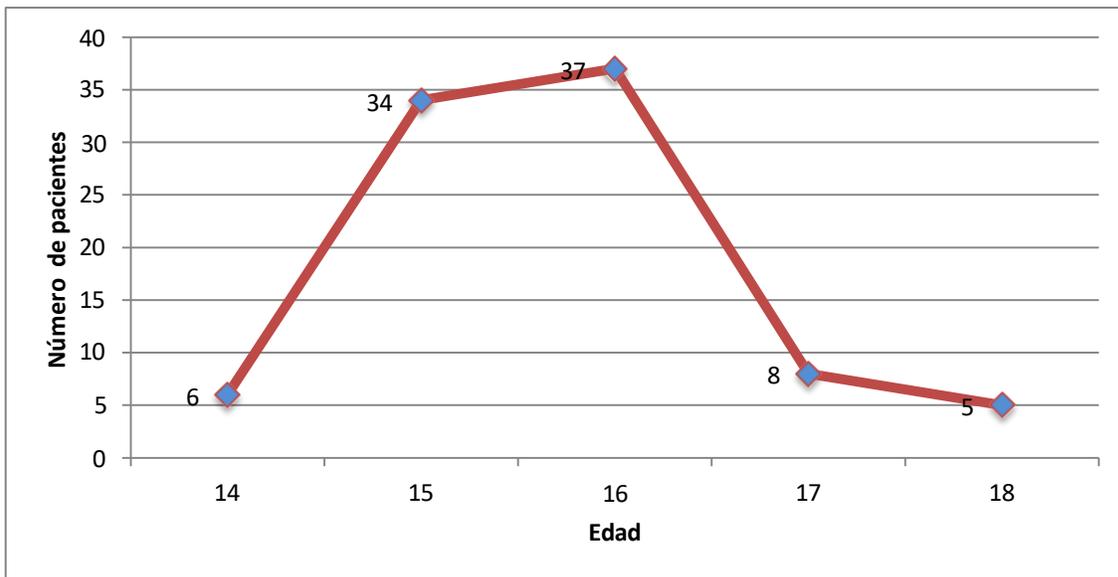
GRÁFICA No. 6

Menarca.



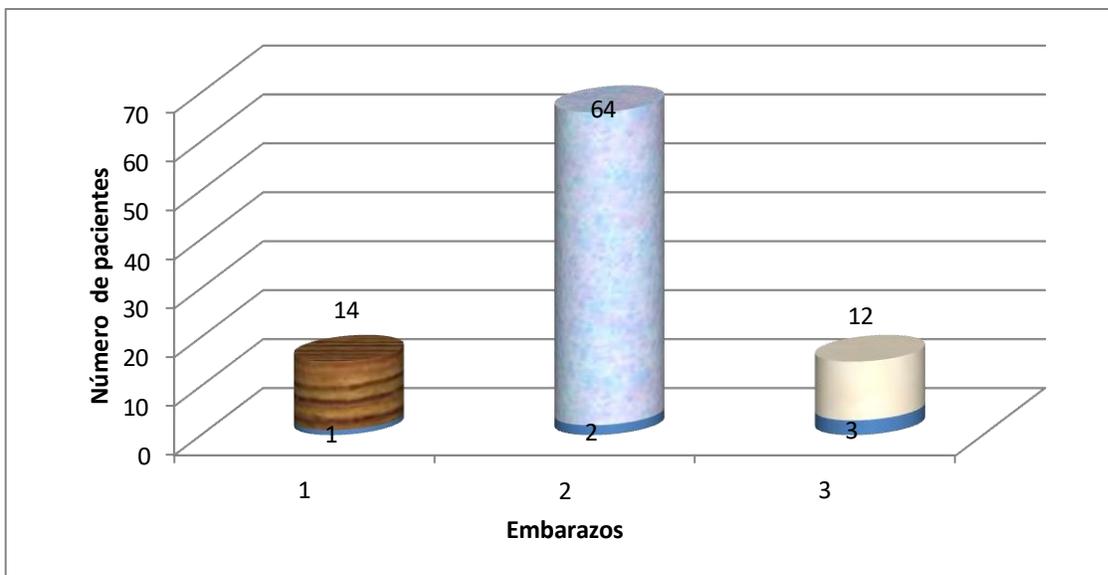
Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

GRÁFICA No. 7 Inicio de Vida Sexual Activa.



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

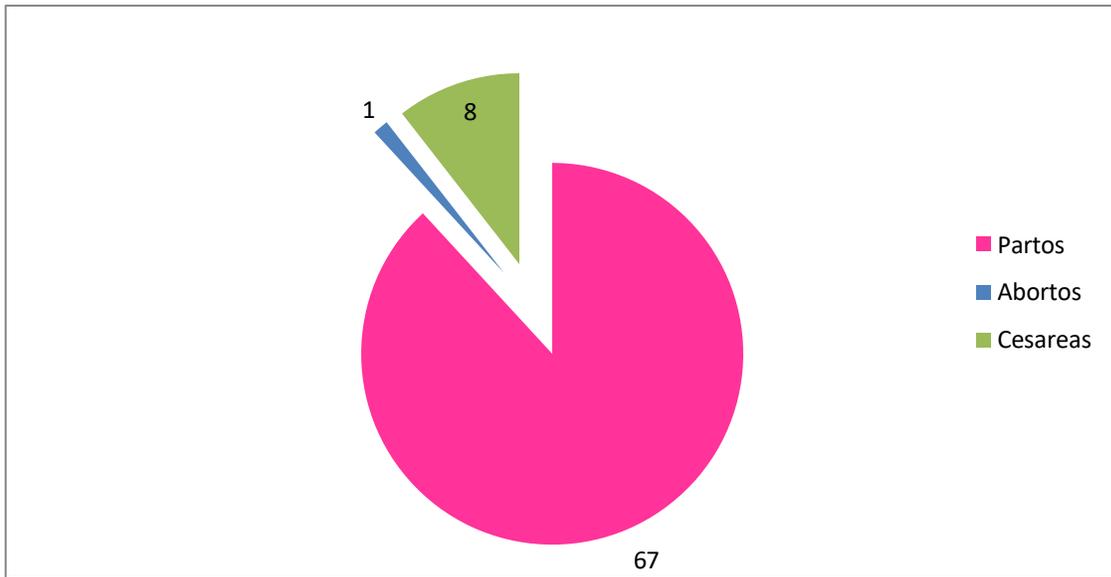
GRÁFICA No. 8 Número de Embarazos.



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

GRÁFICA No. 9

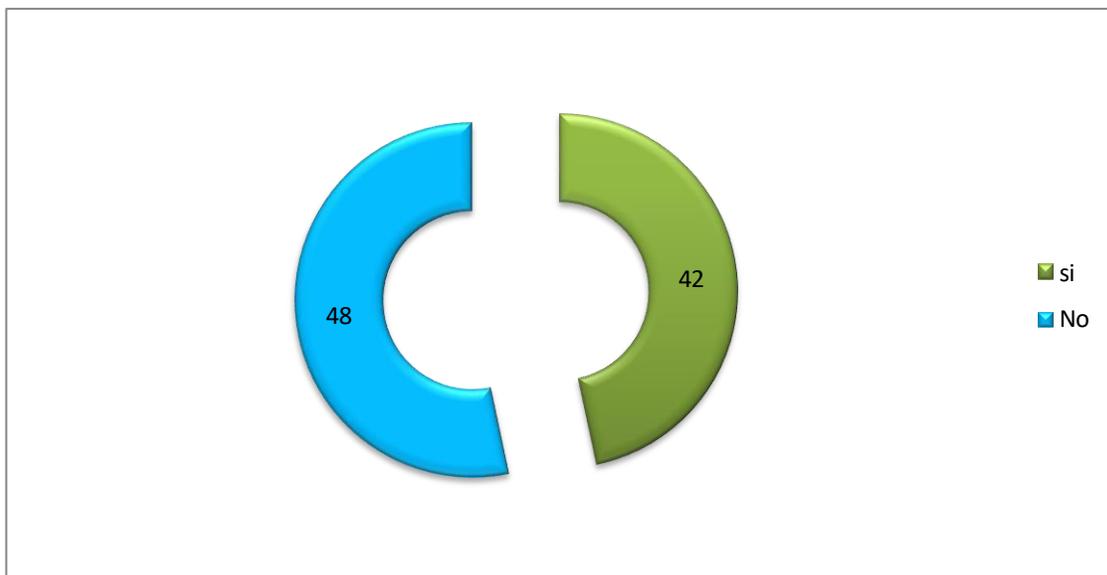
Antecedentes Obstétricos.



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

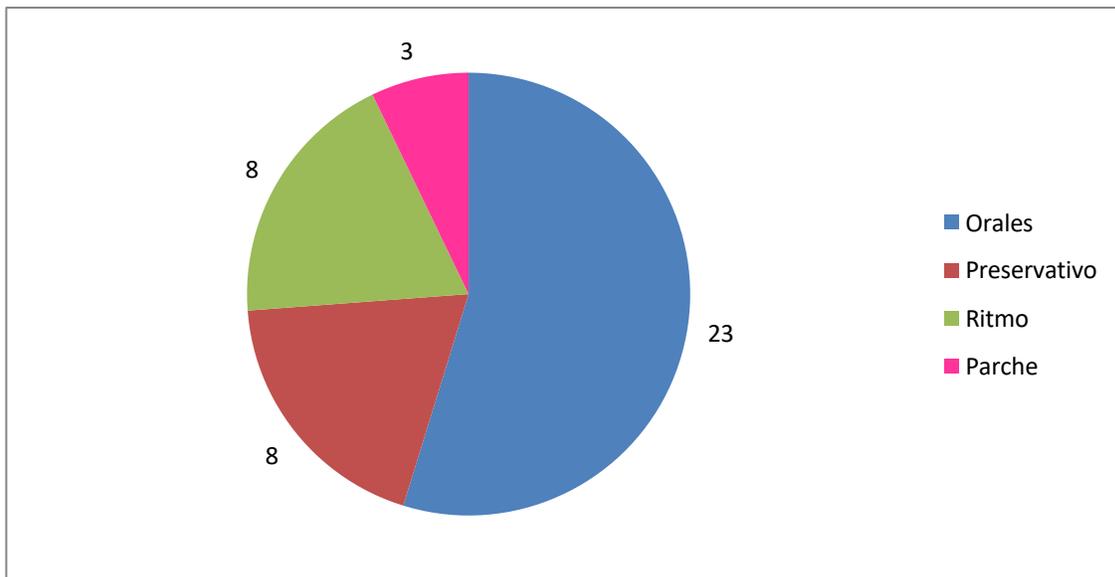
GRÁFICA No. 10

Uso del Método Anticonceptivo.



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

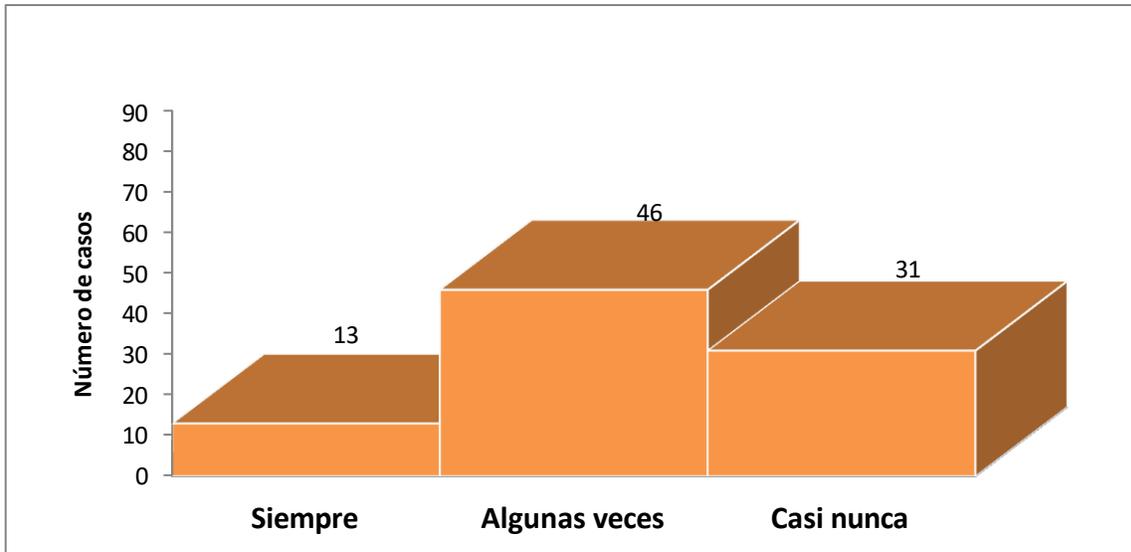
GRÁFICA No. 11 Tipo de Método



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

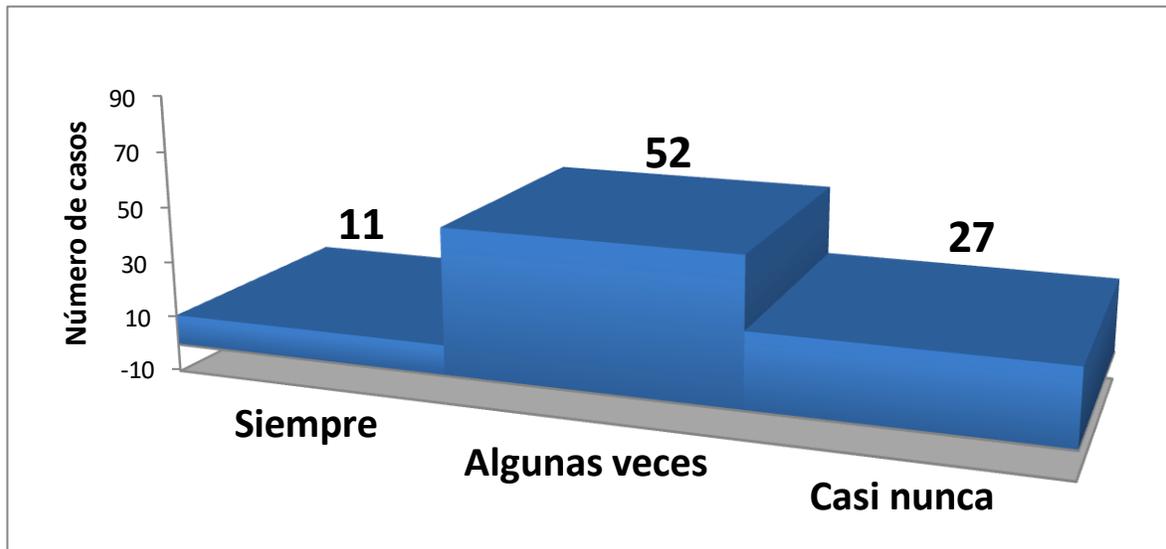
RESULTADOS DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR EL INSTRUMENTO DE APGAR

GRAFICA No. 12 ¿Está usted satisfecha con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?



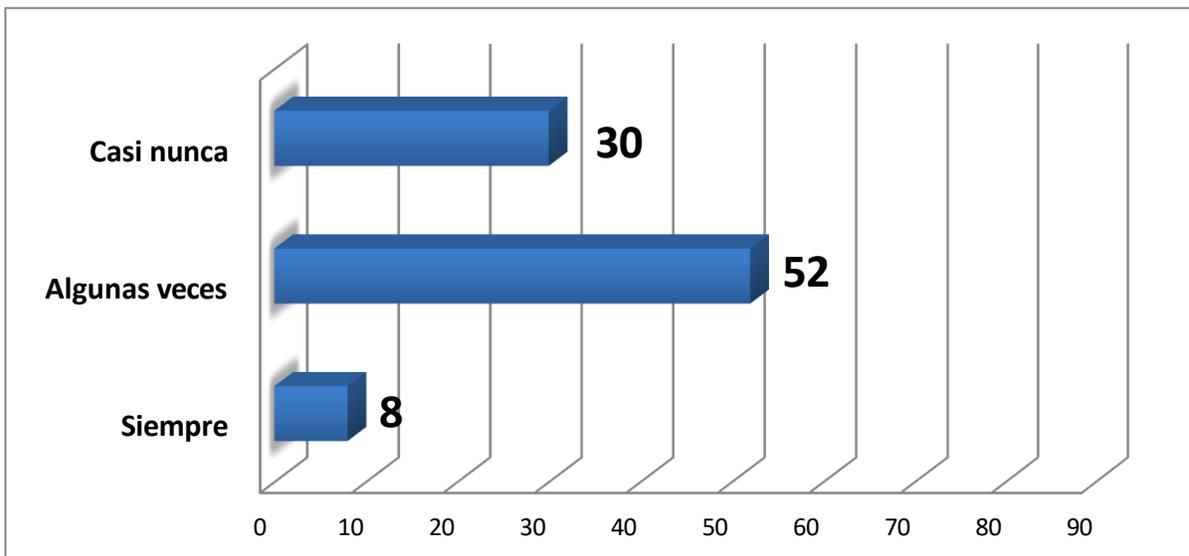
Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

Grafica No. 13 ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute los problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?



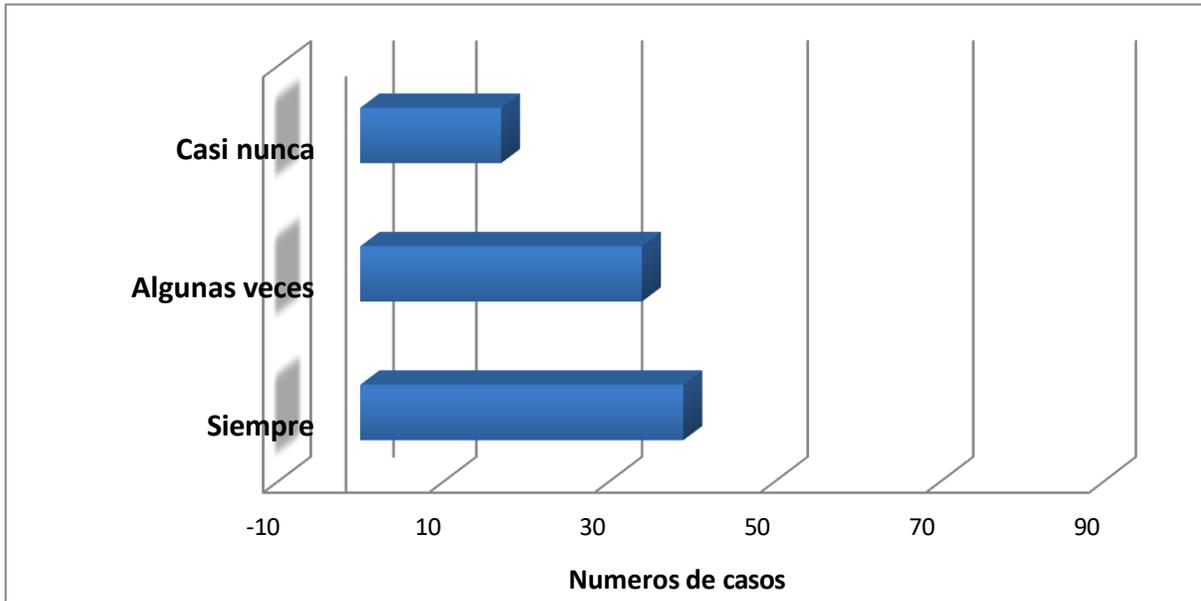
Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

Grafica No. 14 ¿Encuentra usted que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?



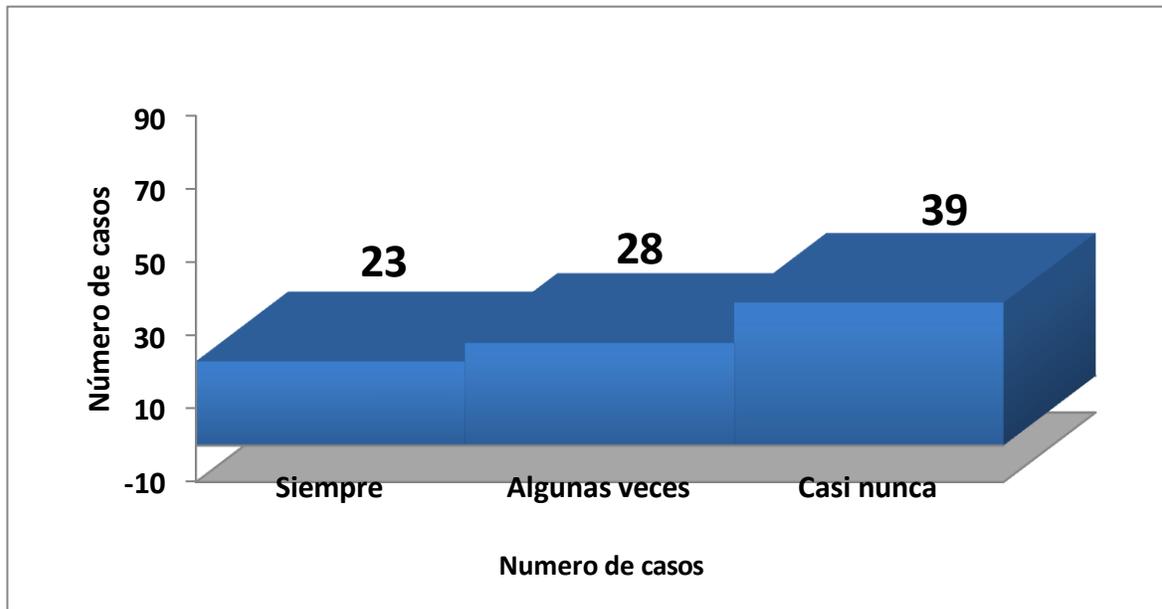
Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

Grafica No. 15 ¿Está usted satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y corresponde a sus sentimientos ya sea de bienestar o de malestar?



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

Grafica No. 16 ¿Le satisface la calidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes

RESULTADOS DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA APLICACIÓN DEL FACES III.

Grafica No. 17 ¿Los miembros de las familias se dan apoyo entre sí?

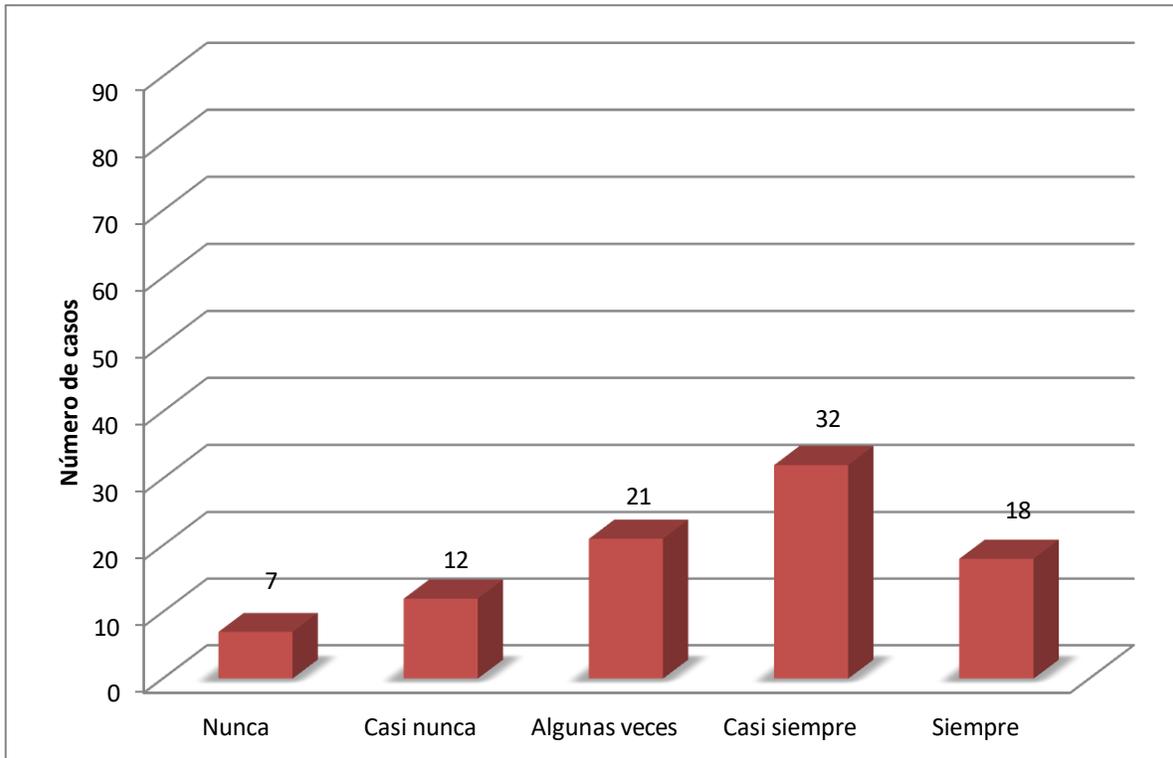
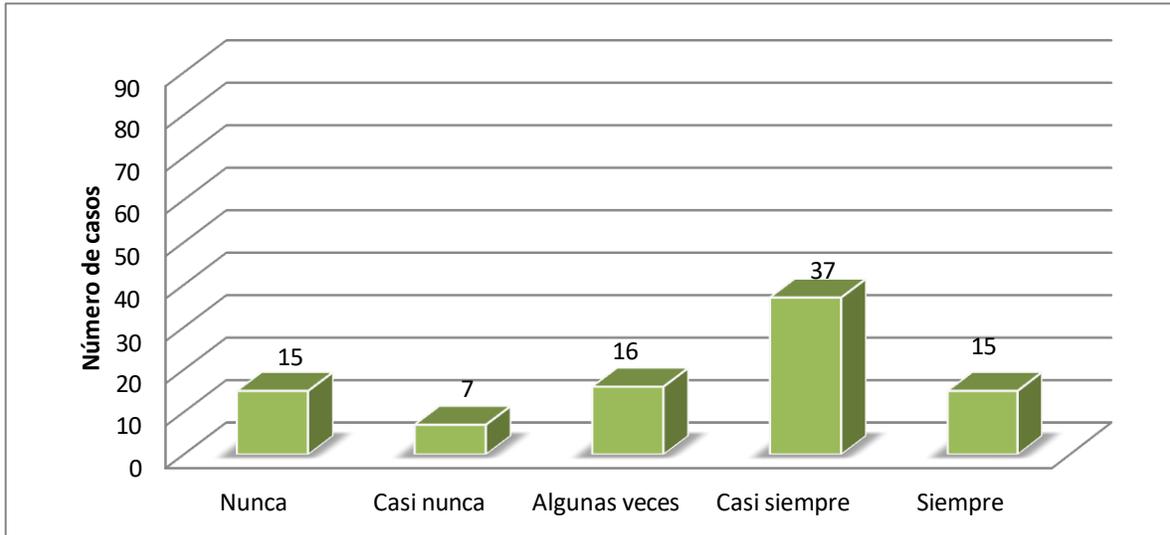
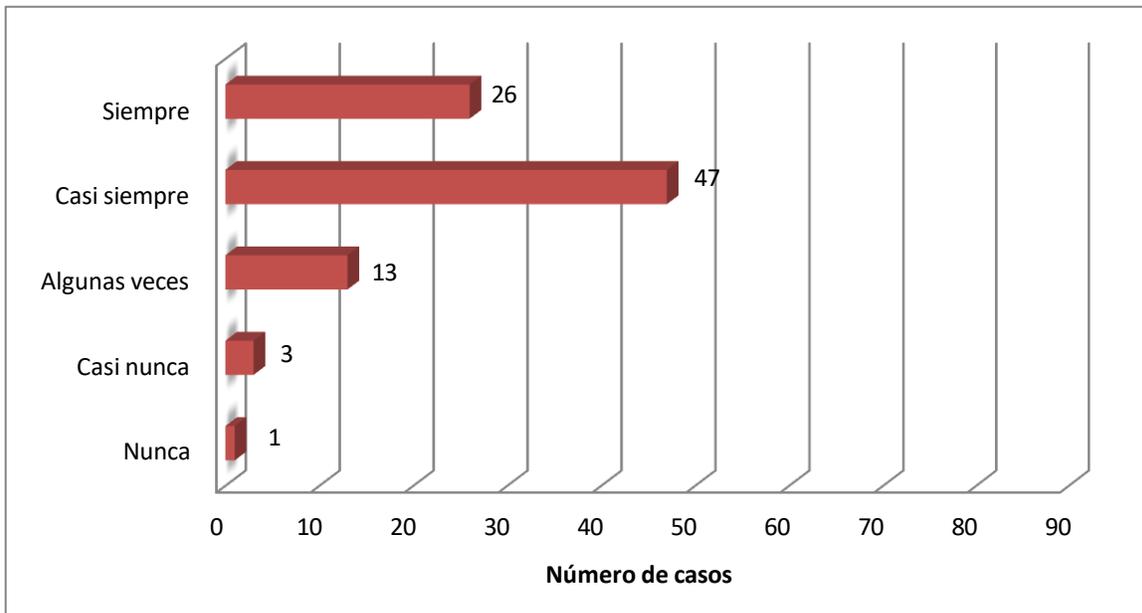


Grafico No. 18 ¿En nuestra familia, se toma en cuenta las sugerencias para resolver los problemas?



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

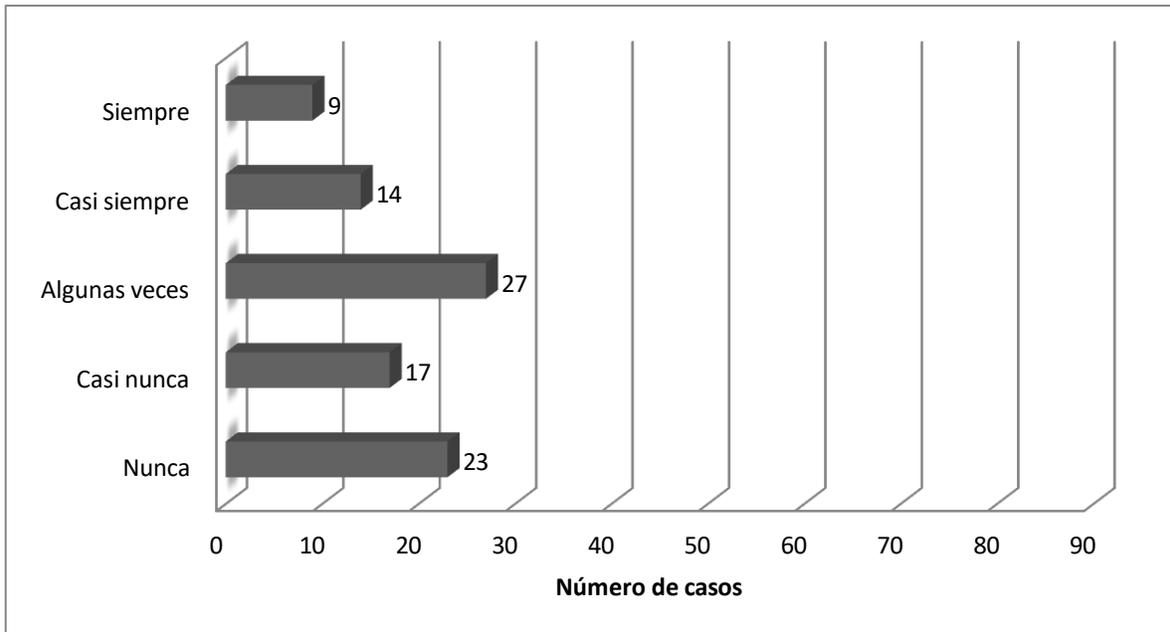
Grafica No. 19 ¿Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia?



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

Grafica No. 20

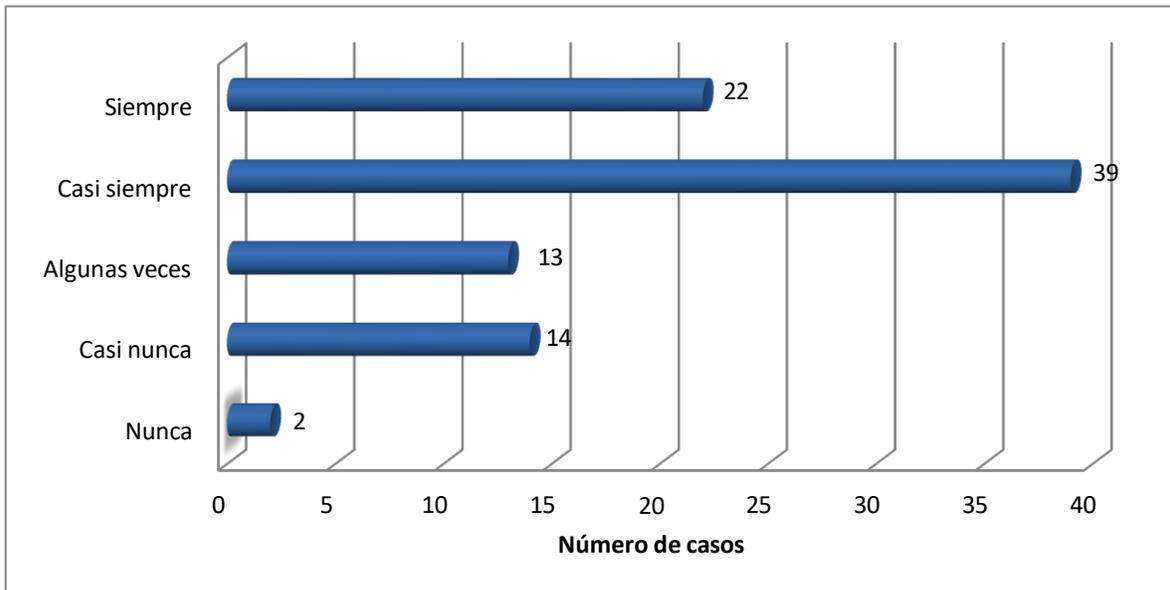
¿Los hijos pueden opinar en cuanto a disciplina?



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

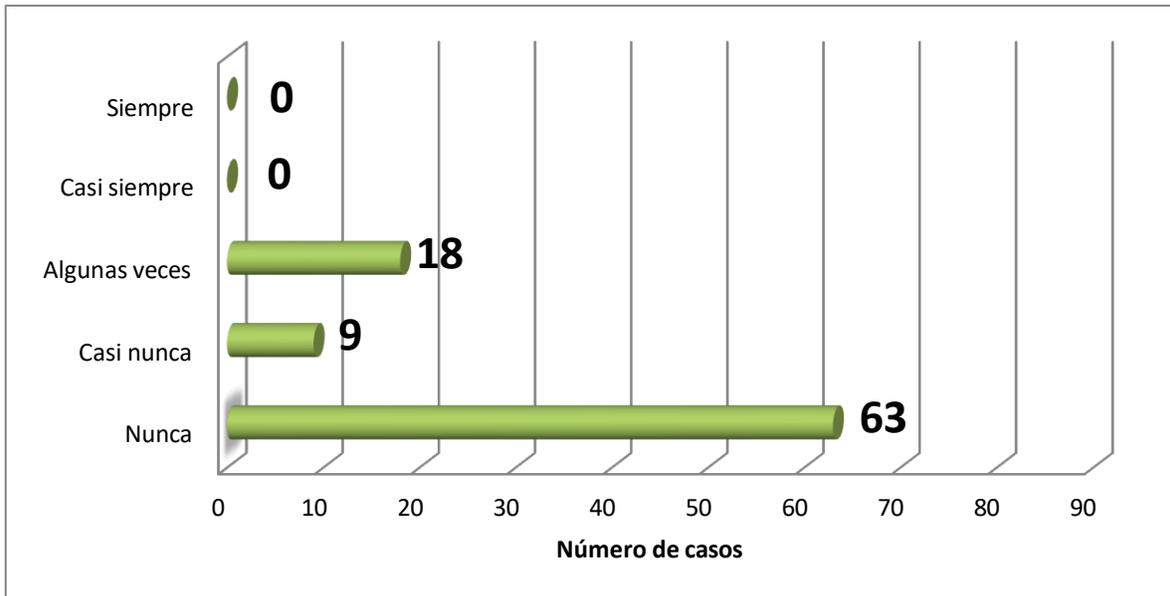
Grafica No. 21

¿Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos?



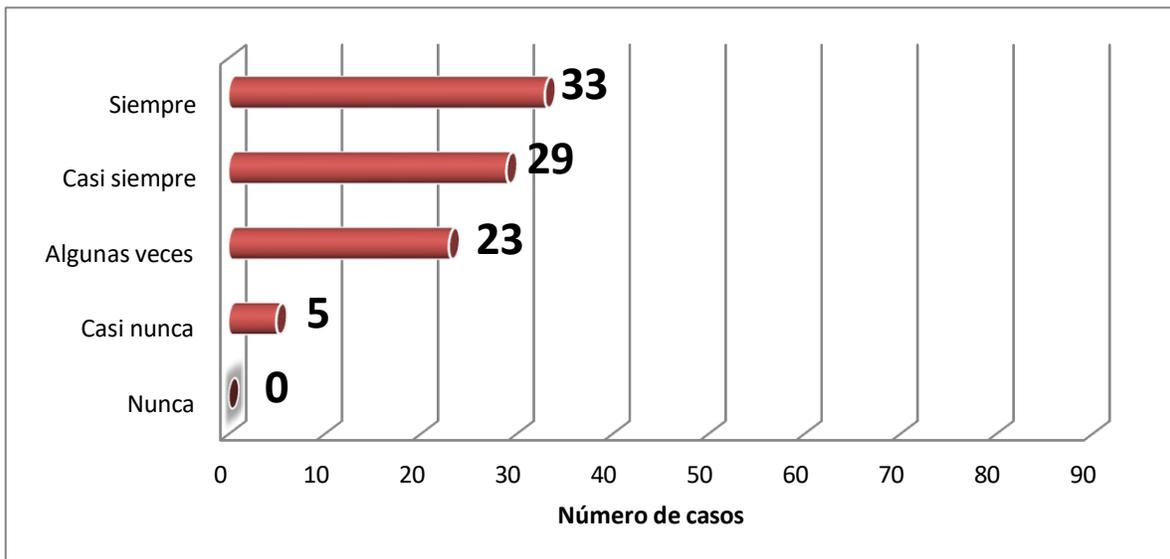
Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

Grafica No. 22 ¿Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad?



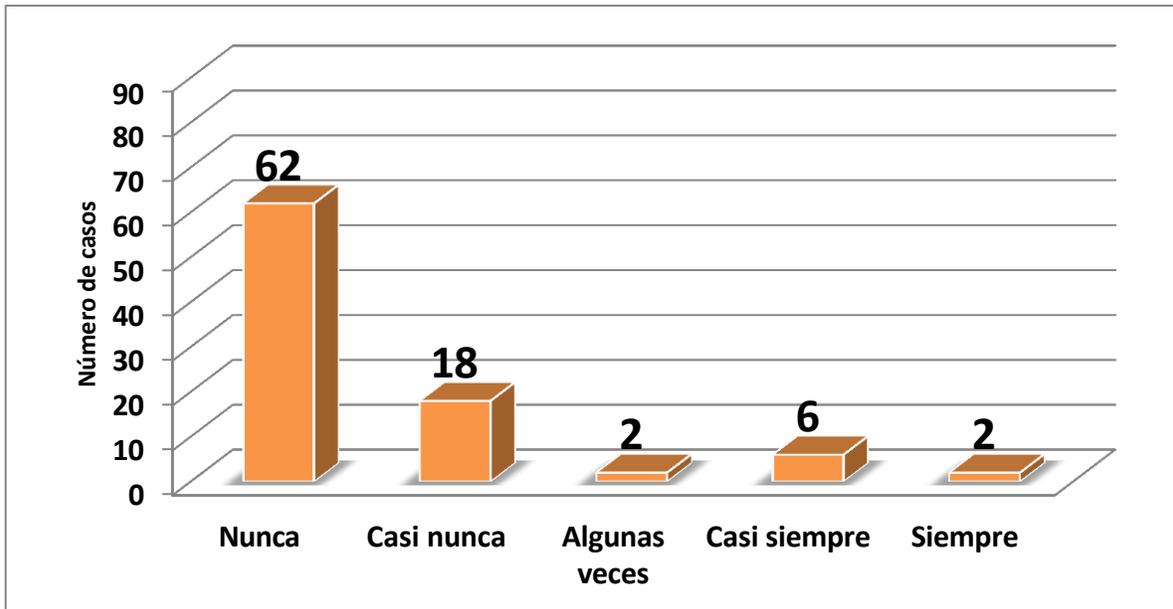
Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

Grafica No. 23 ¿Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia?



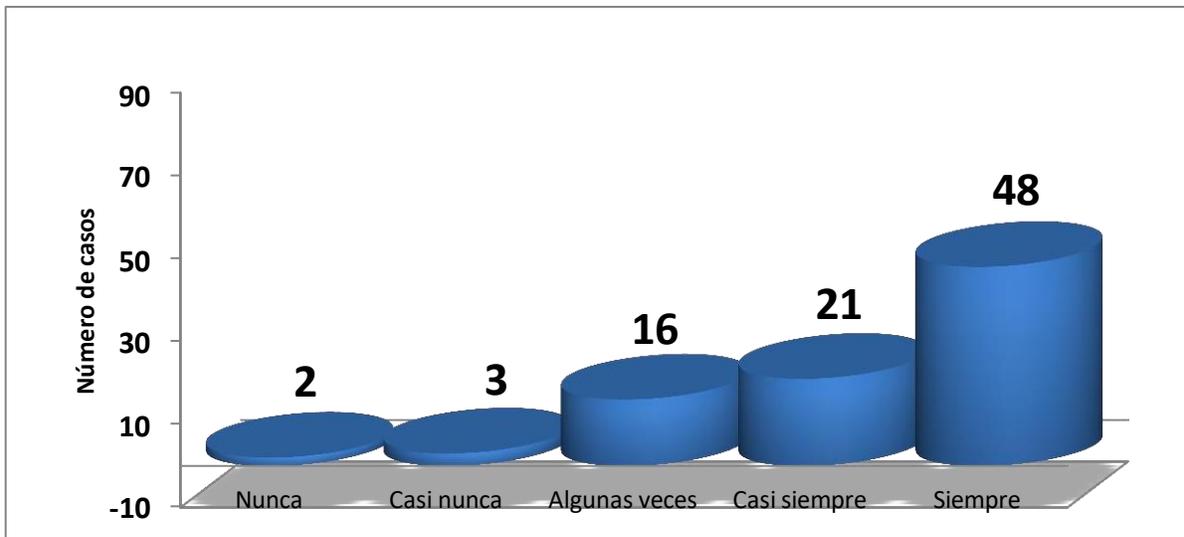
Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

Grafica No. 24 ¿Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas?



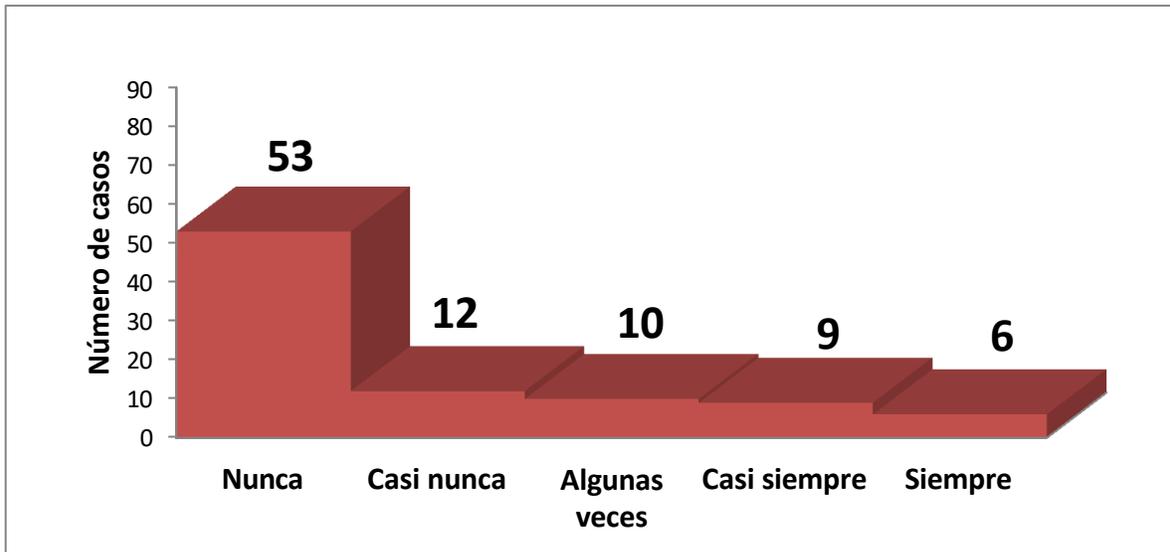
Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

Grafica No. 25 ¿Nos gusta el tiempo libre en familia?



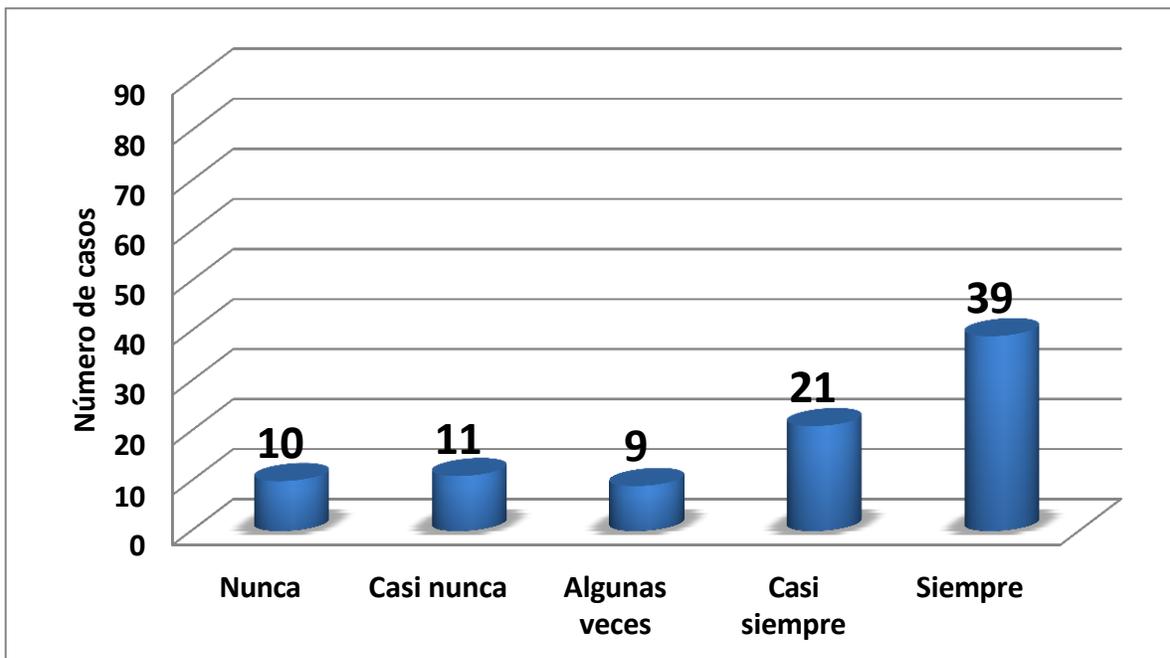
Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

Grafica No. 26 ¿Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos?



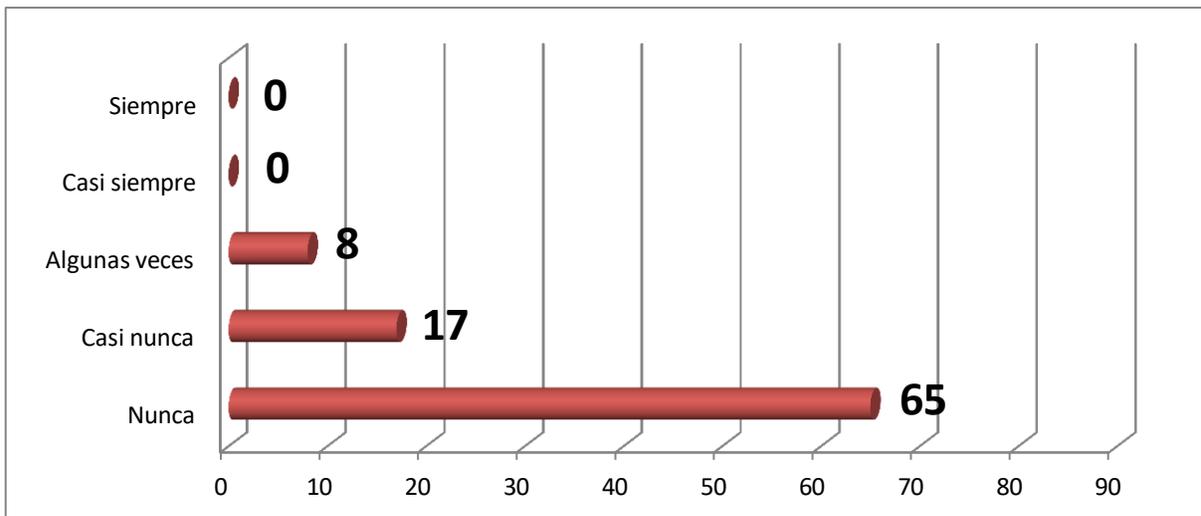
Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

Grafica No. 27 ¿Nos sentimos muy unidos?



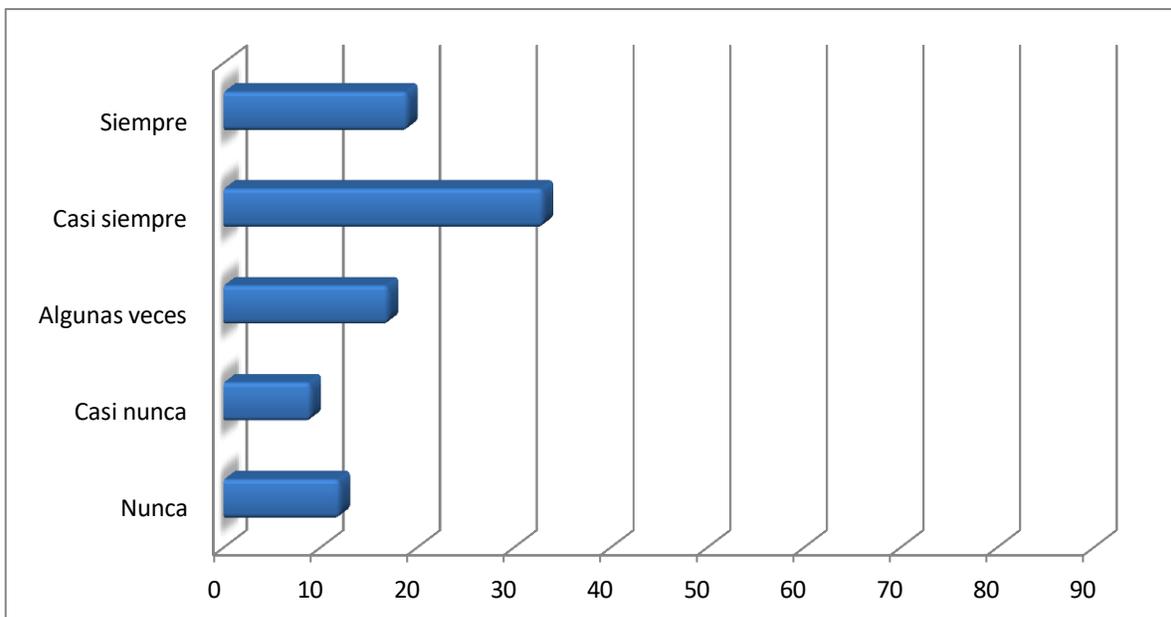
Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

Grafica No. 28 ¿En nuestra familia los hijos toman las decisiones?



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

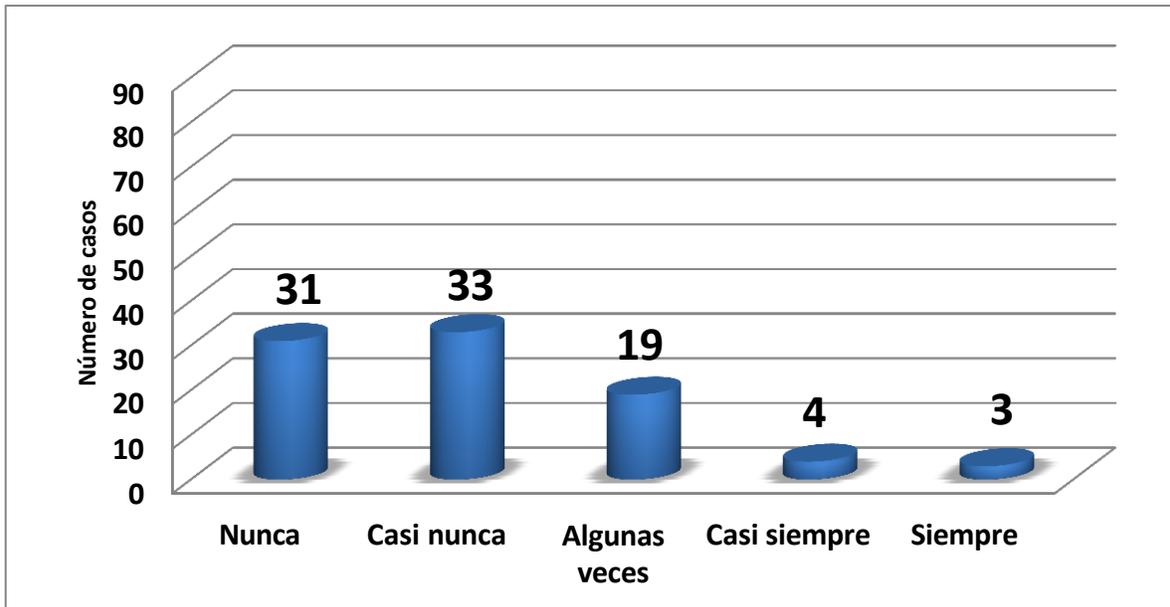
Grafica No. 29 ¿Cuándo se toma una decisión importante, toda la familia está presente?



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

Grafica No. 30

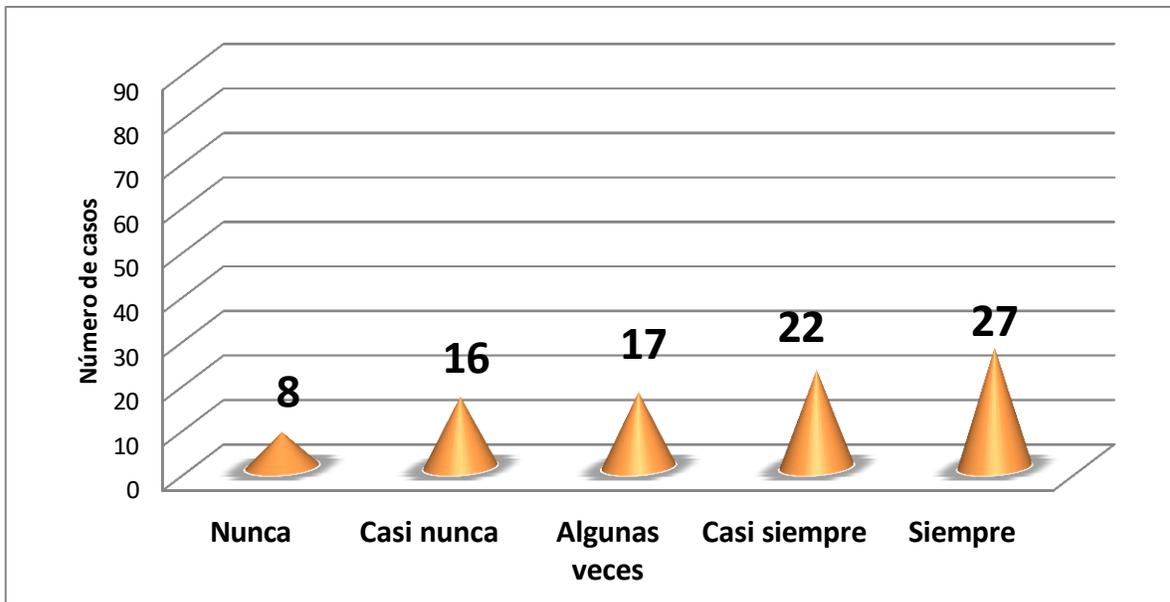
¿En nuestra familia las reglas cambian?



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

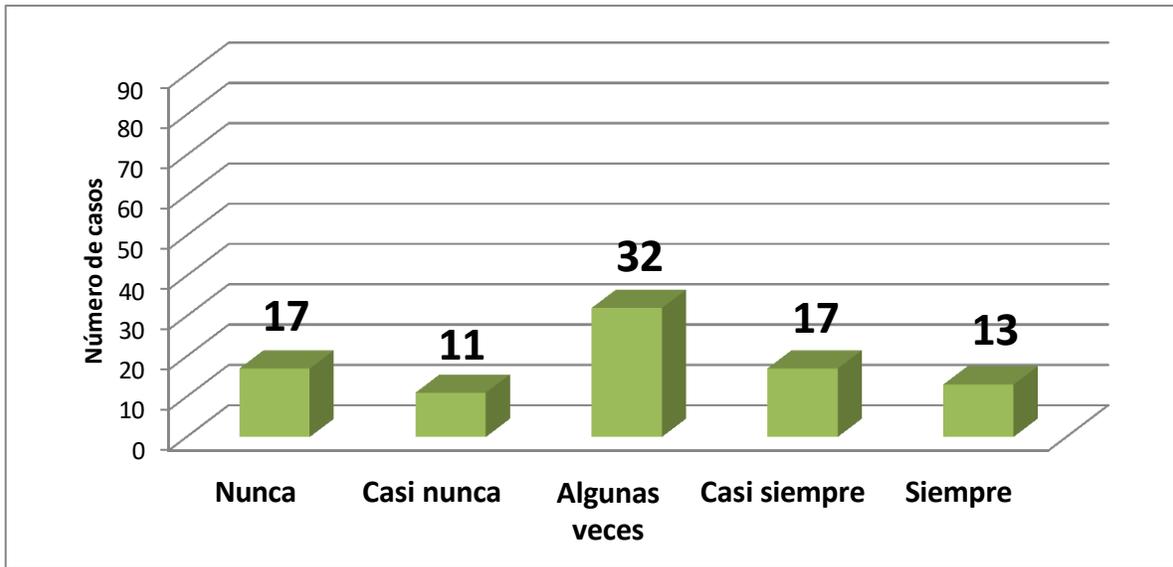
Grafica No. 31

¿Con facilidad podemos planear actividades en familia?



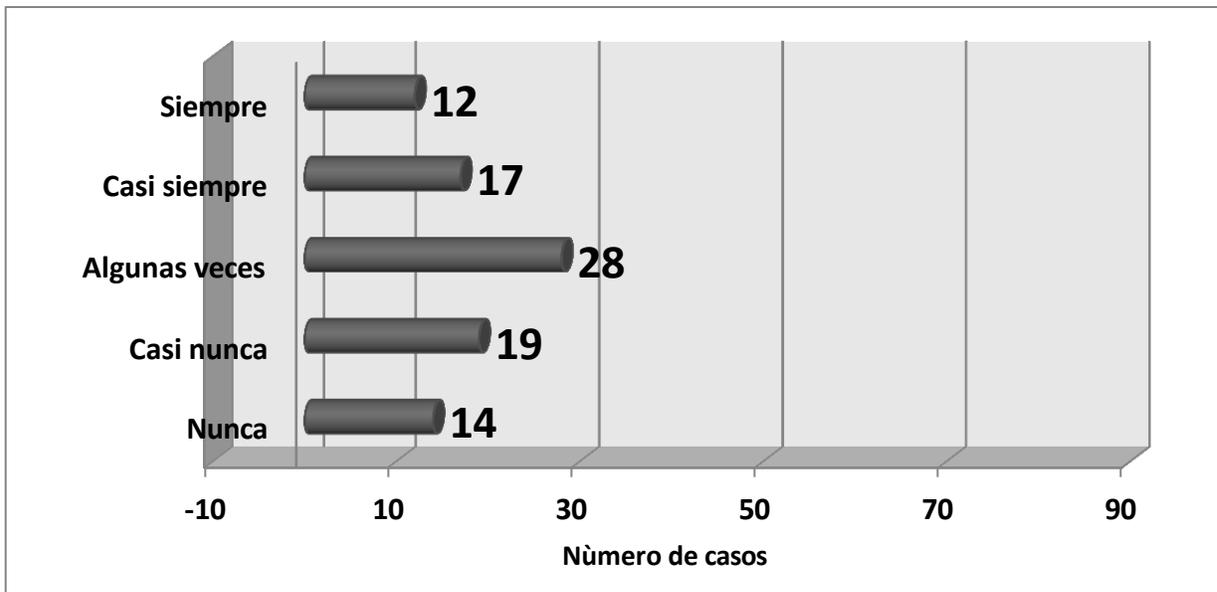
Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

Grafica No. 32 ¿Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros?



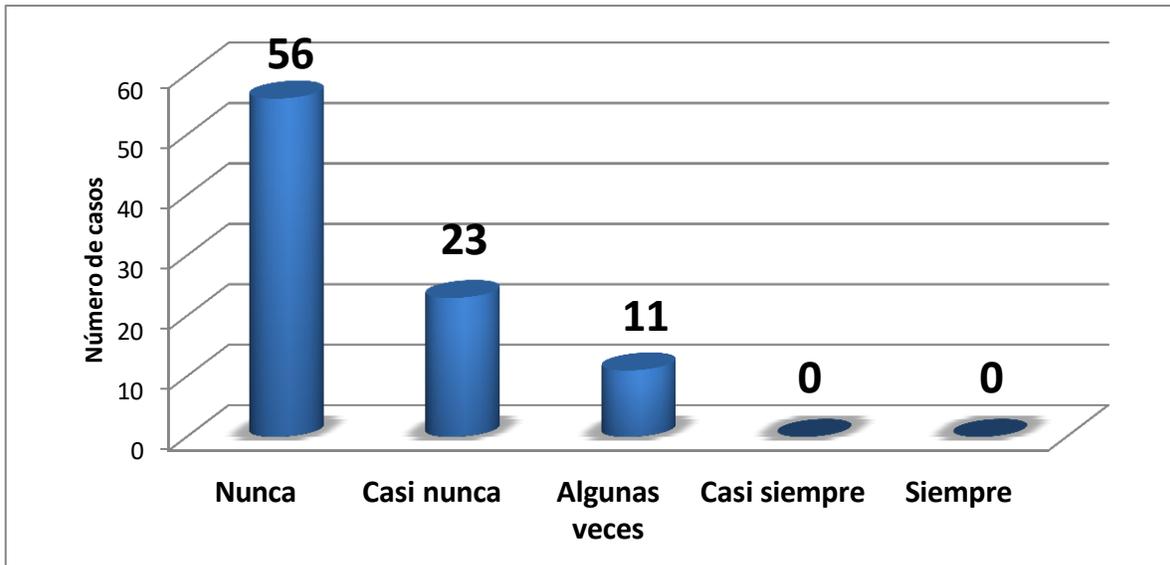
Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

Grafica No. 33 ¿Consultamos unos con otros para tomar decisiones?



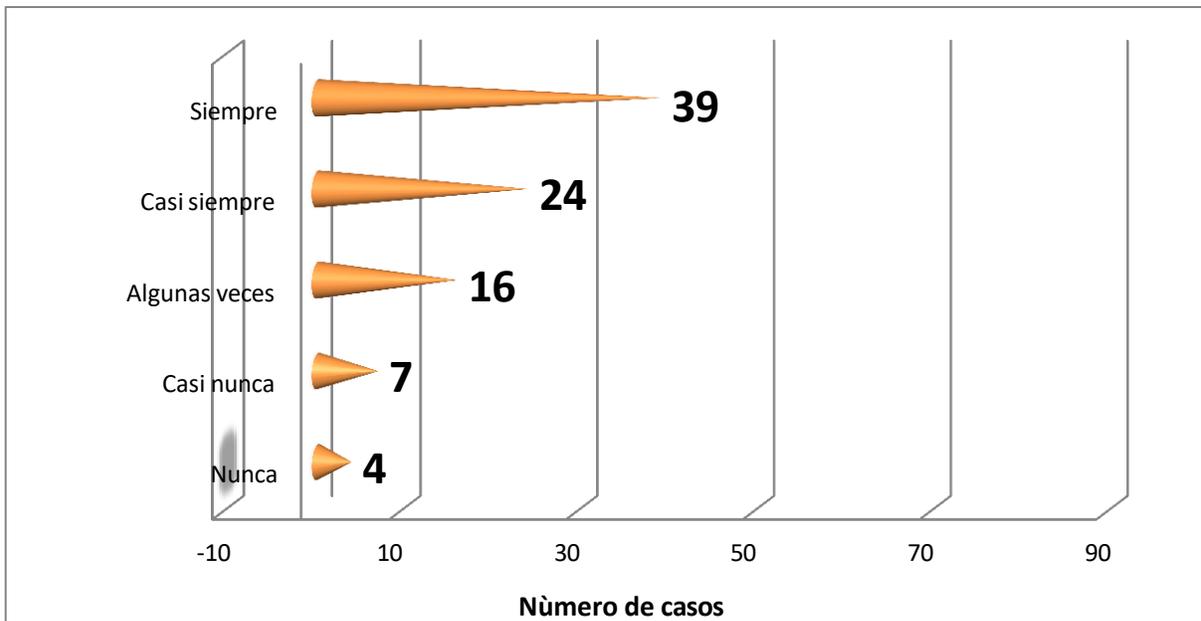
Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

Grafica No. 34 ¿En nuestra familia es fácil identificar quien tiene la autoridad?



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

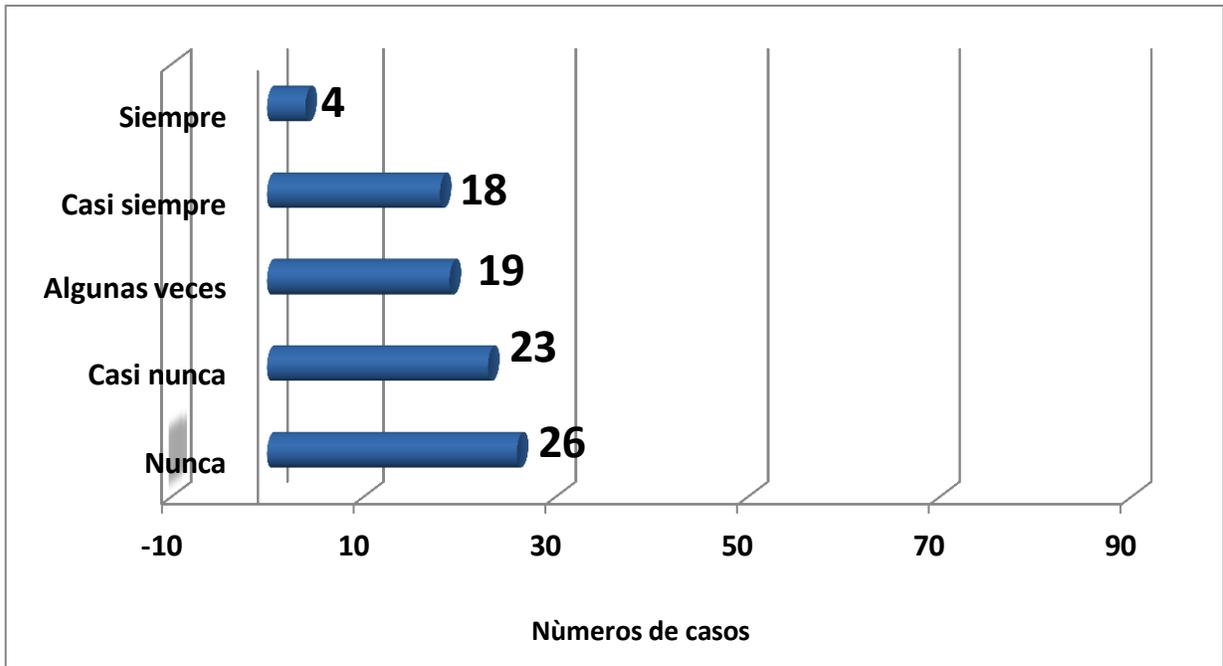
Grafica No. 35 ¿La unión familiar es importante?



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.

Grafica No. 36

¿Es difícil decir quien hace las labores del hogar?



Fuente: La información se obtuvo de las encuestas aplicadas a las pacientes.