



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3
CIUDAD VALLES, SAN LUIS POTOSÍ

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL DE CIUDAD VALLES, S. L. P. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE
SEPTIEMBRE DEL 2011 A NOVIEMBRE DEL 2011

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

MA. GUADALUPE TURRUBIATES LARA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE CIUDAD VALLES, S. L. P. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE SEPTIEMBRE DEL 2011 A NOVIEMBRE DEL 2011

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MA GUADALUPE TURRUBIATES LARA

AUTORIZACIONES:

DRA. JOVITA SALAZAR CRUZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UMF. NO. 3, CIUDAD VALLES, S.L.P

DR. OSMAN DAVID ACOSTA GARCIA

ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
PEDIATRA DEL HGZ No. 6 CDE VALLES SLP

DRA. JOVITA SALAZAR CRUZ

ASEOSOR DE TEMA DE TESIS
PROFESOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3 CD. VALLES

DR. JOSE FERNANDO VELASCO CHAVEZ

COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

CIUDAD VALLES, S.L.P.

2012

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE
CIUDAD VALLES, S. L. P. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE SEPTIEMBRE
DEL 2011 A NOVIEMBRE DEL 2011

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

MA GUADALUPE TURRUBIATES LARA

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M.

ÍNDICE

| | |
|----------------------------------------------------------------|-----------|
| Título..... | 5 |
| Antecedentes | 6 |
| Planteamiento del problema | 1 |
| Justificación..... | 16 |
| Objetivos..... | 17 |
| Hipótesis..... | 18 |
| Material y Métodos | 19 |
| Tipo de estudio..... | 19 |
| Población, lugar y tiempo de estudio..... | 19 |
| Tipo de muestra..... | 19 |
| Tamaño de muestra..... | 19 |
| Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación..... | 20 |
| Información y variables a recolectar..... | 20 |
| Método para captar información | 24 |
| Consideraciones éticas..... | 26 |
| Resultados..... | 28 |
| Tablas, cuadros y gráficas..... | 30 |
| Descripción de los resultados..... | 28 |
| Discusión..... | 36 |
| Conclusiones..... | 38 |
| Bibliografía..... | 40 |
| Anexo..... | 44 |
| Anexo I cronograma de actividades..... | 44 |
| Anexo II carta consentimiento informado..... | 45 |
| Anexo III encuesta sociodemografica..... | 46 |
| Anexo IV instrumento de evaluación familiar..... | 47 |

TITULO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE CIUDAD VALLES, S. L. P. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE SEPTIEMBRE DEL 2011 A NOVIEMBRE DEL 2011

ANTECEDENTES

Es de particular interés profesional abordar la crisis en el aspecto social que puede ocasionar el embarazo en adolescentes y de cómo se mantiene e incide en la sociedad esta condición biológica de manera que pueda llegar a explicaciones para comprender cada uno de los tantos problemas que pueden desencadenarse en el seno de la familia.

Los adolescentes se caracterizan por transitar en un proceso de cambios con efectos físicos, mentales y emocionales. Es el periodo de transición donde deja de ser niño e inicia cambios que le conducirán a la fase adulta del ciclo vital. Esta etapa de la vida se establece entre las edades de los 12 a los 19 años y en ella aparecen crisis de identidad, problemas de adaptación y de rebeldía que conducen al adolescente a buscar un lugar dentro de la sociedad ¹.

Aún dentro de esta etapa que es la adolescencia, existen diferencias de acuerdo a la madurez existente como se muestra en la siguiente clasificación:

1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el *periodo peripuberal*, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. – Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

2– Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales².

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes"².

En Argentina se realizó una investigación por parte de Auchter, Mónica - Galeano, Humberto - Zacarias, Gladys (2004), que habla sobre: Maternidad

adolescente (Estudio comparativo con madres de más edad), en la cual se estableció que la condición psicosocial de la joven se vinculó a mayor frecuencia de embarazos precoces, observándose asociación entre maternidad adolescente y el ser hija de una mujer que también fue madre adolescente. Se constataron peores niveles educativos con desgranamiento y deserción escolar definitiva, situación de soltería en la mitad de la jóvenes, tendencia a no controlarse el embarazo y dependencia familiar casi absoluta ante el inicio de una responsabilidad económica difícil de afrontar³.

Otro estudio en Guatemala se realizó en el 2009, donde encontraron que el poco conocimiento sobre métodos de planificación familiar y los factores de riesgo en los adolescentes, daba como resultado el inicio precoz de las relaciones sexuales, con una pareja inestable, los llevaba a enfrentarse muchas veces con un embarazo no deseado repercutiendo en la economía familiar⁴. En México existen otras investigaciones como la de Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M.

Y ya que la proporción de jóvenes que han iniciado una relación sexual va en aumento, la incidencia de embarazo en adolescentes es más alta, sobre todo en clases sociales menos favorecidas³, truncando sus aspiraciones y enfrentándose a una etapa de responsabilidades para la cual todavía no se encuentran ni física ni emocionalmente preparados⁵. Es una preocupación en varios sectores sociales, ya que el embarazo en adolescentes puede ser propiciada por la pérdida de valores y una comunicación inadecuada entre padres-hijos^{6,8}. Esto va en relación con el autoconcepto de sexo y sexualidad: entre más joven sean, sobre todo las mujeres, más relaciones sexuales sin protección, y al ser éstas espontáneas y no planeadas, dificulta el uso de un anticonceptivo⁶.

Todos estos acontecimientos ocurren también por la falta de información y orientación sexual adecuadas y son fácilmente inducibles a conductas equivocadas ya sea por el consumo del alcohol, uso de drogas y la influencia de amigos o compañeros con lo que se puede dar el inicio de relaciones sexuales tempranas⁹. Y si a esto le agregamos la dificultad para acceder (o atreverse a usar) métodos de

planificación familiar, o incluso por la poca o nula información acerca de los mismos ya sea por el tipo de cultura, el medio en el que se desenvuelven y la barrera de comunicación con los adultos, el problema se acrecenta^{6, 10,11}.

El embarazo en adolescentes, se da en hogares inestables u hogares monoparentales, ya que se tiende a repetir el modelo generacional de un padre ausente, vínculo ambivalente, violencia intrafamiliar o adicciones. Otros factores condicionantes son la menarquía temprana, inicio relaciones sexuales, familia disfuncional, mayor tolerancia del medio a la maternidad en adolescentes, bajo nivel educativo, controversia entre sus valores y el de sus padres, y el factor sociocultural bajo^{6, 9,11}.

Se han identificado un aumento en el porcentaje de casos de embarazos adolescentes¹¹, lo que nos lleva a tener que orientar y prevenir acerca de esta condición para crear en los jóvenes condiciones de responsabilidad frente a su sexualidad, fomentando la madurez en los jóvenes usuarios de los servicios de salud por medio de la educación¹⁰, y también al interior del seno familiar, siendo la familia como institución social, la encargada de formar individuos útiles y socialmente aceptables¹³.

La presencia de un embarazo en un miembro adolescente obliga a la familia a una re-estructuración de las funciones de sus miembros y requiere la movilización de la estructura del sistema para encontrar nuevamente la homeostasis familiar¹².

La familia, se considera funcional (si cumple con todas sus funciones como socialización, afecto, cuidado, status, reproducción¹² y de acuerdo a la capacidad para de poder enfrentar situaciones de crisis (que se dividen en normativas o paranormativas) y adaptarse a los cambios con una re-estructuración de la homeostasia familiar¹¹.

Así como se entiende que el funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se dan en cada familia, lo que les va a proporcionar identidad propia¹⁴.

La funcionalidad familiar y sus alteraciones pudieran ser consideradas como un factor de riesgo, para propiciar el adecuado manejo y adaptación en la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros, ya sea que, presente alguna incompetencia intrafamiliar, así como el incumplimiento de las funciones básicas¹¹. Lo cual se ve cuando hay sobrecarga de roles y sobreexigencias, como en el caso de los hogares monoparentales o madres adolescentes

Las familias con adolescentes se encuentran en una etapa del proceso vital de grandes cambios; de tipo biopsicosocial, tanto para las y los adolescentes que buscan su independencia e identidad; como para los padres que deberán asumir los cambios de sus hijos, incluyendo la gestación, cuando esto ocurre en esta etapa de la vida, identificando su capacidad de negociación y flexibilidad, sin perder el control y sin afectar la funcionalidad familiar; ante esto la efectividad de la funcionalidad familiar es necesaria para lograr el cumplimiento de las funciones y la satisfacción de sus integrantes, y así completar el proceso para llegar a la salud familiar a través de metas del sistema familiar¹⁴.

La alteración en el funcionamiento familiar; pueden propiciar que la adolescente se embarace en forma temprana, siendo este definido como la preñez de una mujer menor de los 19 años¹⁰.

Representado un riesgo mucho más alto para la madre y su bebé(dadas las características físicas en desarrollo de la madre) se advierten mayores complicaciones y un índice alto de mortalidad, este embarazo por lo general viene de la mano de falta de educación sexual (se debe dar información sobre las funciones sexuales, la relación entre los sexos y como se previene la preñez), aun, esta información no es suficiente¹⁰, se debe de dar con valores que le den sentido y permitan construir un proyecto de vida; dentro de este se podrá decidir el sexo, matrimonio, procreación elegidos con libertad y responsabilidad ^{11,15}.

La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad del grupo de 20-34años. En

México la mortalidad en menores de 24 años es de 33% del total de las muertes maternas ¹¹.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSyN) 2006 reporta que la tasa de embarazo en niñas y adolescentes de entre 12 a 19 años fue de 79 por cada mil mujeres. En el informe se estima que 695 mil 100 adolescentes han estado embarazadas alguna vez.

Según el informe "La infancia cuenta en México 2006" de la Red por los Derechos de la Infancia en México, en el año 2000 hubo 179 mil 413 adolescentes entre 15 y 17 años de edad con al menos un hijo, y en 2005 se registraron 164 mil 108.

Con base en la estadística por entidad federativa, Quintana Roo ocupa el primer lugar con 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%^{16,17}.

En San Luis Potosí observábamos que en el año 2006 en la provincia se registraba el mayor índice de embarazo adolescente de la década, ya que el 17,2% de los 8.416 nacimientos registrados (en toda la provincia), fueron de adolescentes entre 13 y 19 años, mientras que en el 2005 fue de 16,7%, y en el 2004 de 15,8%.8 y en los últimos dos años el porcentaje de embarazo adolescente había aumentado un 5 %. (INEGI) ¹⁸.

El embarazo en adolescentes constituye un problema desde el punto de vista médico y social, los factores que contribuyen son diversos y las soluciones no parecen fáciles de resolver a corto plazo. (No incidiremos en esta generación y será a largo plazo) Por lo tanto se debe de contemplar no solo la asistencia obstétrica sino adoptar un enfoque integral que atienda las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia. Rompiendo el círculo vicioso que se perpetúa

La falta de esta información se debe a una carencia familiar, en los hogares no se adopta una actitud abierta y comprensiva con respecto al sexo, muchos padres dominados por los mitos y temores se rehúsan a formar a sus hijos en el tema del sexo. Por usos y costumbres, un embarazo en adolescentes se desarrolla con más frecuencia, en el área rural, teniendo en cuenta el rol femenino hacia el trabajo doméstico y de reproducción ^{19,20}.

Es indudable la importancia que tiene el conocer la funcionalidad familiar a fin de tener un enfoque holístico acerca del problema del embarazo adolescente. La instrumentalización del estudio de la funcionalidad familiar, cuenta con herramientas valiosas como el FACES III¹³, que es considerado como un instrumento más completo y valioso; aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por el Olson y cuyas siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en -28 Volumen 8 (1) enero-abril 2006 Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar el 2003 en México por el Gómez Clavelina e Irigoyen^{21,22}.

La instrumentalización del estudio de la funcionalidad familiar, a través del FACES III, es considerado un instrumento completo y valioso.

El FACES III, cuyos autores son Olson, Russell, & Sprenkel evalúa 3 variables o dimensiones de la dinámica familiar: cohesión, adaptabilidad, y comunicación, y surge del análisis de la teoría familiar y de la literatura acerca de la terapia familiar ¹³.

Las variables estudiadas por este instrumento se describen a continuación:

- 1) "cohesión familiar" es definida como la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Existen varios conceptos o variables específicas para diagnosticar y medir las dimensiones de cohesión familiar: ligazón emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación. Dentro de la dimensión de cohesión es posible distinguir cuatro niveles: desvinculada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada

(moderada a alta) y enmarañada (muy alta).

- 2) "adaptabilidad familiar" es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. La descripción, medición y diagnóstico de esta dimensión incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia. Los cuatro niveles de adaptabilidad que se describen son: rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada), flexible (moderada a alta) y caótica (muy alta).
- 3) La "comunicación familiar" es el tercer concepto considerado en este instrumento. Esta dimensión sin embargo, no está como entidad a estudiar de manera independiente, sino está implícita en el estudio de las dos primeras. Esto ha hecho, incluso, que este instrumento sea considerado como bidimensional y no tridimensional.^{23,24.}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un embarazo en la adolescencia pudiera cambiar la funcionalidad familiar por cuanto el adolescente es visto como un individuo en una etapa formativa y de desarrollo y esta condición puede orillarlos a asumir responsabilidades fuera del contexto de su propio desarrollo personal.

Esto pudiera traer como consecuencias conductas desadaptativas que incrementan más los problemas, muchas veces ya establecidos, de la familia del adolescente.

Los médicos de familia nos enfrentamos a la necesidad de un manejo integral que abarque no sólo el aspecto médico-biológico de la adolescente embarazada, sino el manejo de su entorno inmediato, en este caso, la familia.

Conocer con que intensidad se ve afectada la funcionalidad familiar de la adolescente embarazada nos pudiera dar la pauta de un modelo de atención integral que ayude a sobrellevar un embarazo en esta etapa, ya de por sí difícil, de un individuo en formación. De aquí que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Cd. Valles, S.L.P. durante el período comprendido de septiembre del 2011 a noviembre del 2011?

JUSTIFICACIÓN

La funcionalidad familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de las enfermedades de sus miembros. Una familia que funciona es una que cuenta con un sistema de relaciones sólido que permite a cada miembro enfrentar y superar cada una de las crisis por las que puede atravesar ¹¹.

La familia, acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros, y es el medio fundamental para transmitir a sus integrantes los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones de la sociedad ¹¹.

La presencia de un embarazo en un miembro adolescente obliga a la familia a una re-estructuración de las funciones de sus miembros y requiere la movilización de la estructura del sistema para encontrar nuevamente la homeostasis familiar ^{11,14}.

En esta crisis, la familia y sobre todo la adolescente embarazada sufren de un rechazo, muchas veces explícito, de la sociedad donde se desenvuelven y dentro de la familia existe o se percibe la decepción paterna, manifestada por recriminaciones al interior de la familia que desestabilizan la dinámica familiar e incluso la modifican.

Otra repercusión no menos importante es el autoconcepto de la propia adolescente y sobre todo la confusión de su rol dentro de la sociedad ante la inminente llegada de un nuevo ser, que la sociedad ha marcado, debe ser cuidado por su madre.

Todo esto repercute en el bienestar biopsicosocial de la joven embarazada, lo que propicia alta incidencia de morbilidad materno-fetal que pudiera en cierta medida prevenirse con un manejo integral a la adolescente ⁷.

En Cd. Valles se registró en 2010 un incremento del 25% de embarazos en adolescentes, menores de 18 años que corresponde aproximadamente a 110

embarazos de la población registrados en S.L.P. Creemos que la inexperiencia, curiosidad, falta de prevención, así como el que los padres no les hablan abiertamente sobre la sexualidad; han ocasionado que se disparen los índices de embarazos adolescentes en toda la zona huasteca, principalmente en Valles. Por lo que se ha tenido que implementar programas emergentes²⁵.

Esto último hace que el médico familiar esté obligado a indagar respecto al funcionamiento de la familia de la joven embarazada, identificar conflictos familiares y crisis paranormativas que pueden repercutir en conductas de riesgo para la adolescente y su futuro bebé.

Conocer así mismo la magnitud de la afectación del funcionamiento familiar durante el embarazo adolescente, sería la base para la creación de un modelo de atención más integral y enfocado a resolver los conflictos intrafamiliares que repercuten finalmente en la salud del binomio.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad Valles, S. L. P. durante el periodo comprendido de septiembre del 2011 a noviembre del 2011

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Evaluar por grupos de edad, nivel socioeconómico, estado civil.
2. Evaluar la cohesión, y adaptabilidad en las embarazadas adolescentes.

HIPOTESIS

Por tratarse el presente de un estudio de prevalencia (estudio descriptivo), no cuenta con hipótesis

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

- OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO,

DISEÑO

- TRANSVERSAL, DESCRIPTIVO

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

El estudio se llevará a cabo en la consulta externa de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad Valles, S. L. P. durante el periodo comprendido de septiembre del 2011 a noviembre del 2011.

Grupo de Estudio:

Adolescentes embarazadas de 14 a 19 años, registradas en el Censo de Embarazadas de la UMF No. 3 del IMSS de Ciudad Valles SLP al inicio del estudio.

Universo de trabajo:

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3 de Ciudad Valles S. L. P.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA

La muestra está constituida por cuota en el censo de embarazadas de la U. M. F. no. 3 de Ciudad Valles S. L. P. en un período comprendido de septiembre del 2011 a noviembre del 2011 y que acuden a control prenatal.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Criterios de inclusión:

1. Adolescentes embarazadas
2. De 14 a 19 años
3. Con autorización para su participación en el estudio
4. Listadas en el censo de embarazadas de cada consultorio
5. Ambos turnos
6. Adolescentes con embarazo confirmado
7. Sin importar su estado civil

Criterios de exclusión:

- Adolescentes con algún impedimento físico que les dificulte o imposibilite la contestación de la encuesta.

Criterios de eliminación:

1. Cuestionarios incompletos
2. Pacientes quien durante el periodo de estudio presentan trabajo de parto
3. Pacientes que cursen con alguna patología derivada del embarazo o de alto riesgo que les impida contestar la encuesta

INFORMACIÓN Y VARIABLES A RECOLECTAR

Variables independientes:

- Adolescentes embarazada

Variables dependientes:

- Funcionalidad familiar

Variables de control o antecedentes

1. Edad
2. Genero
3. Estado civil
4. Ocupación
5. Escolaridad
6. Nivel socio económico

Operacionalización de Variables:

Las definiciones de variables, sus tipos y las escalas de medición, se muestran en las siguientes tablas: Tabla 1 (la Operacionalización de Variables de control) y Tabla 2 (la Operacionalización de Variables dependientes).

Tabla 1: Operacionalización de Variables de control:

| VARIABLES | Definición Conceptual | Definición Operacional | Tipo de Variable | Categorías de la Variable |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Edad | Periodo del tiempo comprendido desde el nacimiento hasta el momento actual. | Edad en años referida por la encuestada al momento de aplicar el instrumento. Pregunta No. 2 | Cuantitativa discreta | 1) 14- 16 2) 17-19 |
| Genero | Describe los comportamientos asignados socialmente a hombre y mujer. | El rol biológico referido por la encuestada. | Cualitativa nominal | 1) Masculino 2) Femenino |
| Escolaridad | Grado de instrucción realizada en educación formal por una persona. | Nivel de enseñanza escolar cursado de manera completa y que le otorga un certificado de estudios de dicho nivel. Pregunta No. 3 | Cualitativa ordinal | 1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Bachillerato |
| Estado Civil | Condición social que determina la relación de un individuo con el sexo opuesto | Es la condición social que manifiesta el encuestado en relación a su relación de convivencia con su pareja. Pregunta No. 4 | Cualitativa. Nominal | 1) Soltera 2) Casada 3) Unión libre |
| Ocupación | Actividad laboral que desempeña con respecto a su actividad productiva | Es la actividad laboral que manifiesta la adolescente, referida en el cuestionario. | Cualitativa. Nominal | 1) Estudiante 2) Empleado |
| Nivel socioeconómico | Es un atributo del hogar compartido y extensible a todos sus miembros y caracterizado por la inserción económica del hogar por el acceso potencial y la disponibilidad real de los recursos | Es la percepción de la disponibilidad de recursos dentro de la escala socio-económica y que es referida como tal, por la paciente en el cuestionario. | Cualitativo ordinal | 1) Bajo 2) Medio 3) Alta |

Tabla 2: Operacionalización de Variables Dependientes:

| VARIABLES | Definición Conceptual | Definición Operacional | Tipo de Variable | Categorías de la Variable |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Funcionalidad familiar | Es la resultante de los procesos interactivos entre los miembros de la familia. | <p>Es la que resulta de la aplicación documento FACES III para determinar funcionalidad familiar</p> <p>Cohesión familiar: Grado en el cual los miembros de la familia se sienten implicados (emocional) se ayudan y se sostienen (autonomía individual). Indicadores: - familia No relacionada, Semi-relacionada, Relacionada, Aglutinada</p> <p>Adaptabilidad familiar: Habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder (jerarquía), la relación de los roles y sus reglas de relaciones en respuesta a estrés de desarrollo o situacional. Indicadores: familia caótica – flexible – estructurada -rígida.</p> | Cualitativa Ordinal | <p>1) No relacionada: De 10 a 34</p> <p>2) Semirelacionada: De 35 a 40</p> <p>3) Relacionada: De 41 a 45</p> <p>4) Aglutinada: De 46 a 50</p> <p>5) Rígida de 10-19,</p> <p>6) Estructurada de 20-24,</p> <p>7) Flexible de 25-28,</p> <p>8) Caótica de 29-50</p> |

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:

1. Se realizó una prueba piloto para evaluar la aplicación de las encuestas, a fin de detectar las dificultades que puedan surgir en la aplicación del instrumento, redacción de los enunciados y nivel de entendimiento del instrumento y del formato de autorización.
2. Se procedió a recolectar los nombres y números de seguridad social de las 113 pacientes de 14 a 19 años que se encuentran registradas en el censo de embarazadas de todos los consultorios de medicina familiar, en ambos turnos, para tener de antemano la relación de pacientes a considerar para el estudio.
3. Se realizó a través de invitación verbal la solicitud de participación en el estudio.
4. Tras corroborar el nombre y la edad, y comprobar en el expediente el diagnóstico confirmatorio de embarazo, se procedió a explicar el motivo de la encuesta, la ausencia de riesgos para la salud de este estudio y la confidencialidad de los datos otorgados.
5. Una vez otorgada la autorización (carta de consentimiento informado) y confirmado el cumplimiento de los criterios de inclusión, se procedió a la aplicación del instrumento de recolección de datos elaborado para tal fin, indagando en principio los datos socio-demográficos y posteriormente aplicando la encuesta FACES III.
6. La encuesta fue llenada por el propio encuestado, pero en presencia del investigador, quién estuvo a disposición de cualquier duda que se presentará durante el procedimiento. Las instrucciones de la encuesta se dieron por escrito y así mismo fueron otorgadas en forma verbal por el investigador. El investigador proporcionó lápiz y papel al encuestado. Una vez completado el llenado de la encuesta, el investigador revisó la congruencia de las respuestas.
7. Si una encuesta no fue llenada en su totalidad, se pregunta al respecto al encuestado de los motivos y se dan argumentos con la intención de que sea respondida al 100% la encuesta, de persistir con la idea de no contestarla, se da por terminada la aplicación de este instrumento, y se procede con los criterios de eliminación.

Información a recolectar e Instrumento de recolección de datos:

Se aplicó una encuesta que consta de dos partes: En una primera se incluyen datos sociodemográficos de la encuestada y en la segunda parte la encuesta FACES III (consta de 20 preguntas y se aplicó a la adolescente embarazada y ambos padres) que es un instrumento para valorar la adaptabilidad y cohesión, así como la comunicación familiar. La encuesta está constituida por una serie de preguntas relativas a la cohesión familiar (a la cual corresponden 10 preguntas, siendo los cuestionamientos con número non) y a la adaptabilidad familiar (a la cual corresponden 10 preguntas, siendo los cuestionamientos con número par), cada una con cinco posibles respuestas a saber: Nunca(1), Casi nunca(2), Algunas veces(3), Casi siempre(4) y Siempre(5), según el grado en que la característica cuestionada es percibida por la embarazada adolescente y ambos padres en el seno de su propia familia. A cada opción de respuesta por tanto, se le proporciona un valor ponderal que junto con los demás es susceptible de incluirse en una sumatoria: la suma de los cuestionamientos pares, de los cuestionamientos nones, y del total de cuestionamientos, dan diversos diagnósticos en relación a la función de adaptabilidad familiar, a la función de cohesión familiar y a la funcionalidad global familiar, respectivamente, como se detalla en la Operacionalización de las variables.

El instrumento FACES III es una encuesta creada por Olson, Russel y Sprenkel²⁴ y ha sido validada en diversos estudios de la dinámica familiar^{9,11}.

ANALISIS DE DATOS

La captura se llevo a cabo en el programa Excel de Microsoft Office® versión 2003 para entorno Windows®; para su validación mediante las funciones de filtrado y sumatorias con las que cuenta este programa.

Cuando la base de datos se encontró validada y aprobada por el equipo de investigadores, se exportó la base de datos al programa Epi Info® versión v. 6.04d (distribuido por el Center of Disease Control and Prevention [CDC] de E.U.A., a través de <http://www.cdc.gov>).

Los datos fueron analizados mediante el cálculo de prevalencias (tasas porcentuales) con IC al 95%. Se calculó la prevalencia de disfunción familiar entre el total de embarazos adolescentes y de acuerdo a edad, genero, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, funcionalidad familiar. También se calculó prevalencias del nivel de cohesión y nivel de adaptabilidad de las familias, como dos aspectos diferentes de la funcionalidad familiar, a fin de determinar cual de estos dos aspectos prevalece en las familias de embarazadas adolescentes.

Se utilizó la prueba de χ^2 con corrección de Yates para la comparación de categorías para el cálculo de diferencias en las prevalencias de varios subgrupos comparables, tales como embarazadas con disfuncionalidad familiar por falta de cohesión contra las embarazadas con disfuncionalidad por falta de adaptabilidad, considerándose una significancia estadística si el IC a 95% excluye la unidad y el valor de p es < 0.05 .

Para la presentación de los resultados se usaron tablas en donde se muestran las prevalencias calculadas, según lo referido en los párrafos anteriores y se utilizaron tablas, así como gráficas de barras y de correlación, para aquellas prevalencias cuya diferencia entre subgrupos resulta significativa.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE BIOSEGURIDAD:

El presente trabajo cumple con lo estipulado en la Ley General de Salud, según sus últimas reformas (DOF-30-12-2009), en el Título Segundo “Sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, en su capítulo I, artículos 13 a 18 y artículos 20 a 23; Título Cuarto “Recursos Humanos para los Servicios de Salud”, Capítulo I “Profesionales, Técnicos y Auxiliares”, Artículo 79; y del Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100; Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100, que establece las bases para la investigación en seres humanos.

También está en concordancia con lo estipulado en el Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki cuyo principio básico es el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a

tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación.

El presente estudio es una investigación “sin riesgo” para la integridad física, psicológica y social de los participantes.

La información recolectada se manejará de forma no nominal, para garantizar la preservación del anonimato de los participantes.

La recolección de datos se hará previa autorización por escrito de los participantes. No se recolectarán datos si los sujetos de estudio no proporcionan su autorización por escrito.

RESULTADOS

Para la investigación que se describe se tuvo una población de 113 mujeres embarazadas de entre 14 a 19 años, las registradas en el censo de embarazadas de la consulta externa de la UMF No. 3. Para el presente estudio, se incluyó al total de dichas pacientes; de las cuales 110 pacientes fueron localizadas y entrevistadas durante alguna de las visitas a control prenatal durante el período de estudio y sólo 3 de ellas requirieron de ser localizadas vía telefónica para citarse a la consulta, acudiendo días después de la llamada a la unidad comentada, quedando finalmente entrevistado el total de la población en estudio. Todas las pacientes dieron su autorización para participar en el estudio.

El promedio de edad de las pacientes embarazadas fue de 17.7 años (IC95% = 17.4 - 17.9 años). El 83.2% de todas ellas (n = 94), tenían 17 años o más (Gráfico 1).

La totalidad de las pacientes refirieron ser estudiantes y ninguna refirió efectuar un trabajo remunerado. En relación a su escolaridad, el 80.5 % dijeron cursar estudios de bachillerato (n = 91) y el 19.5% restante (n = 22) refirió estar en secundaria. En cuanto al Estado Civil de la adolescente embarazada, sólo 8 respondieron estar casadas (7.1%) y 105 pacientes mencionaron ser solteras (92.9%) (Gráfico 1).

En relación al nivel socio-económico, 53 pacientes refirieron pertenecer a un estrato bajo (46.9%) y 60 a un estrato medio (53.1%). Ninguna dijo pertenecer al estrato alto (Gráfico 1).

Los resultados de la aplicación de la encuesta FACES III se encuentran en la Tabla 1 y en el Gráfico 2. Cuando se consideran de manera conjunta las dos dimensiones de la funcionalidad familiar estudiadas por la encuesta, es decir, las diferentes combinaciones entre los niveles de cohesión y de adaptabilidad y se agrupan en tres tipos de familias según dicha funcionalidad se obtienen una prevalencia de familias balanceadas del 38.1% (IC95% 29.1 –

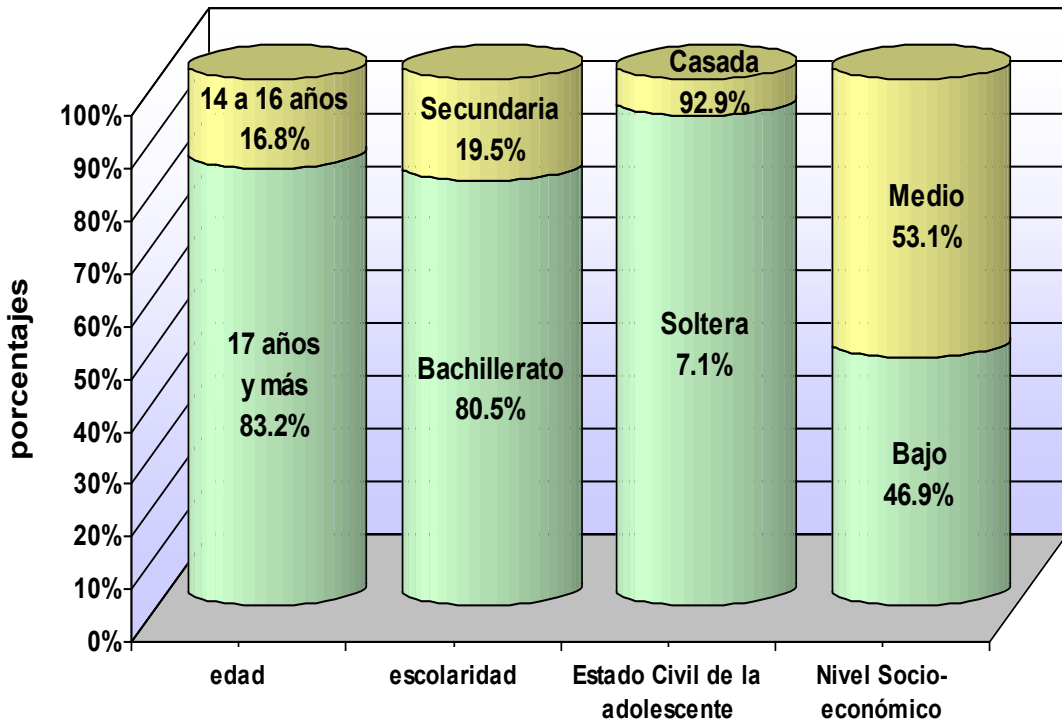
47.7; n = 43) y de familias en rangos medios del 45.1% (IC95% 35.8 – 54.8; n = 51). Las familias extremas constituyeron el 16.8% (IC95% 10.4 – 25.0; n = 19) (Tabla 1, Gráfico 2).

Cuando se consideran las dimensiones de la funcionalidad familiar por separado, es decir, las diferentes categorías de familias según su nivel de cohesión, se encontraron que en términos de la adaptabilidad, las familias aceptablemente balanceadas las constituyeron las familias estructuradas (31.0%, IC95% 22.6 – 40.4; n = 35) y las familias flexibles (19.5%, IC95% 12.6 – 28.0; n = 22), que en conjunto tienen una proporción de 50.4% familias (IC95% 40.9 – 60.0; n = 57) (Tabla 1, Gráfico 2). Similarmente y en términos de la cohesión las familias aceptablemente balanceadas son las familias relacionadas (33.6%, IC95% 25.0 – 43.1; n = 38) y las familias semi-relacionadas (37.2%, IC95% 28.3 – 46.8; n = 42), que sumadas dan una proporción de 70.8% de familias (IC95% 61.5 – 79.0; n = 80) (Tabla 1, Gráfico 2). El coeficiente de Correlación de Pearson entre adaptabilidad y cohesión demuestra una discreta o escasa correlación positiva con una $r = 0.3$ ($r^2 = 0.09$; IC95% $-0.10 < r^2 < 0.27$) (Gráfico 3).

La Tabla 2 muestra la relación entre las variables estudiadas y los resultados de la encuesta FACES III, encontrándose que no existen diferencias significativas entre las categorías de casi todas las variables. Así se tiene que para la funcionalidad familiar, la cohesión y la adaptabilidad, no existen diferencias significativas entre rango de edad ($p = 0.70$, 0.89 y 0.59 respectivamente), el Estado Civil de la embarazada ($p = 0.61$, 0.36 y 0.55 respectivamente), y el nivel socioeconómico ($p = 0.89$, 0.55 y 0.79 respectivamente) (Tabla 2). En relación a la escolaridad no se encontraron diferencias significativas en la funcionalidad y en la adaptabilidad ($p = 0.71$ y 0.11 , respectivamente), pero sí en la cohesión ($p = 0.04$), siendo las familias No Relacionadas y Semirelacionadas más frecuentes entre las adolescentes de secundaria, mientras que las familias Relacionadas y Aglutinadas fueron más frecuentes entre las adolescentes que cursan el bachillerato (Tabla 2).

ANEXOS:

Gráfico 1: Características Socio-económicas de las embarazadas adolescentes en control prenatal en la UMF No. 3 de Ciudad Valles SLP






Fuente: Encuesta adolescentes embarazadas, Ciudad Valles, 2011

Tabla 1: Proporción de familias de Embarazadas adolescentes de la UMF No. 3 de Ciudad Valles SLP según su Cohesión y Adaptabilidad como dimensiones de la Funcionalidad.

| | | COHESION | | | | TOTAL |
|---------------|---------------|-----------------|-------------------|--------------|------------|------------|
| | | No Relacionada* | Semi-relacionada* | Relacionada* | Aglutinada | |
| ADAPTABILIDAD | Caótica* | 4 (3.5%) | 4 (3.5%) | 14 (12.4%) | 6 (5.3%) | 28 (24.8%) |
| | Flexible | 3 (2.7%) | 8 (7.1%) | 7 (6.2%) | 4 (3.5%) | 22 (19.5%) |
| | Estructurada* | 7 (6.2%) | 15 (13.3%) | 13 (11.5%) | 0 (0%) | 35 (31.0%) |
| | Rígida* | 7 (6.2%) | 15 (13.3%) | 4 (3.5%) | 2 (1.8%) | 28 (24.8%) |
| TOTAL | | 21 (18.6%) | 42 (37.2%) | 38 (33.6%) | 12 (10.6%) | 113 (100%) |

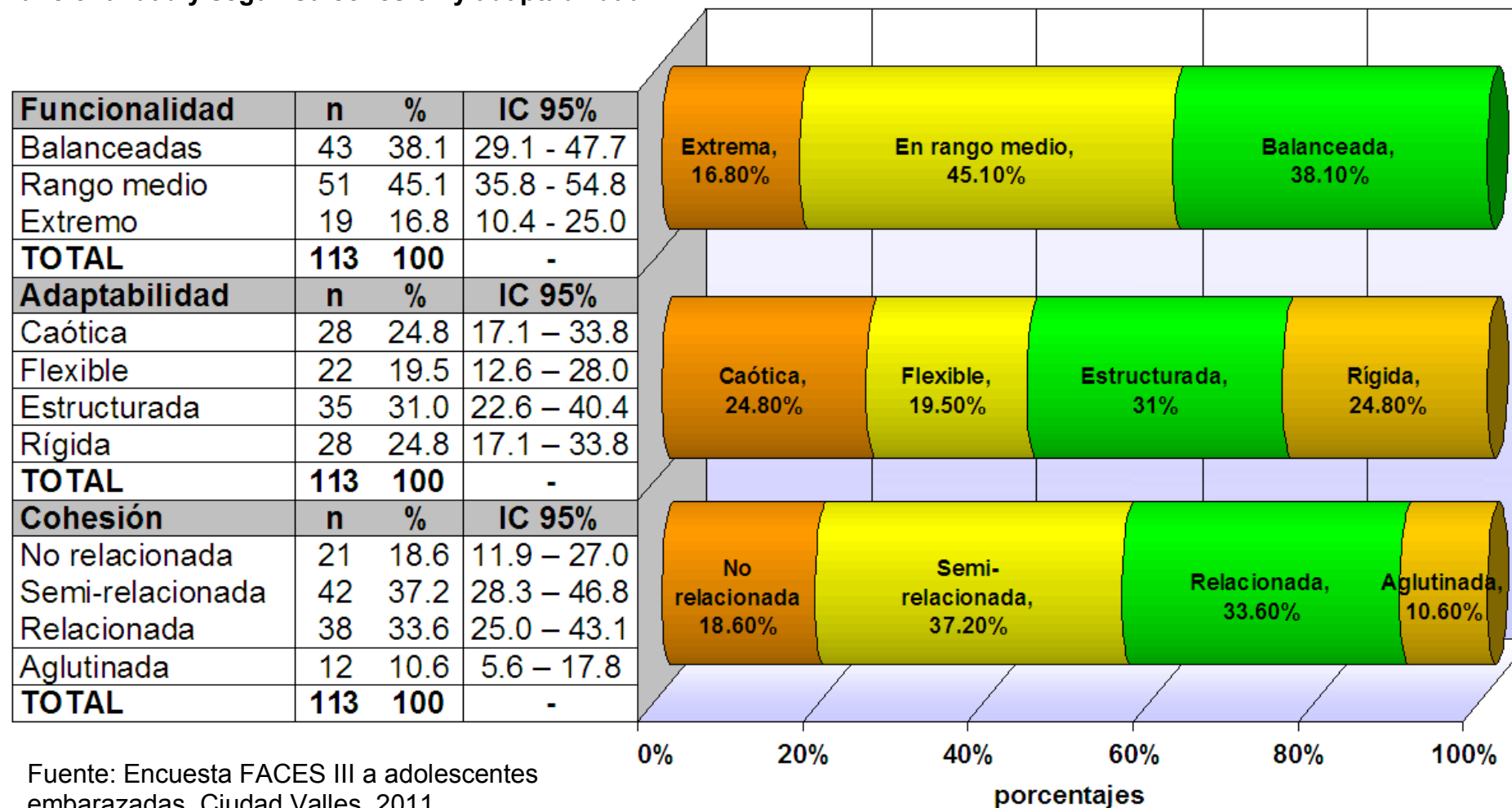
* $p < 0.05$

Tipos de familias según su Funcionalidad:

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|  | Familias Balanceadas |
|  | Familias en Rango medio |
|  | Familias Extremas |

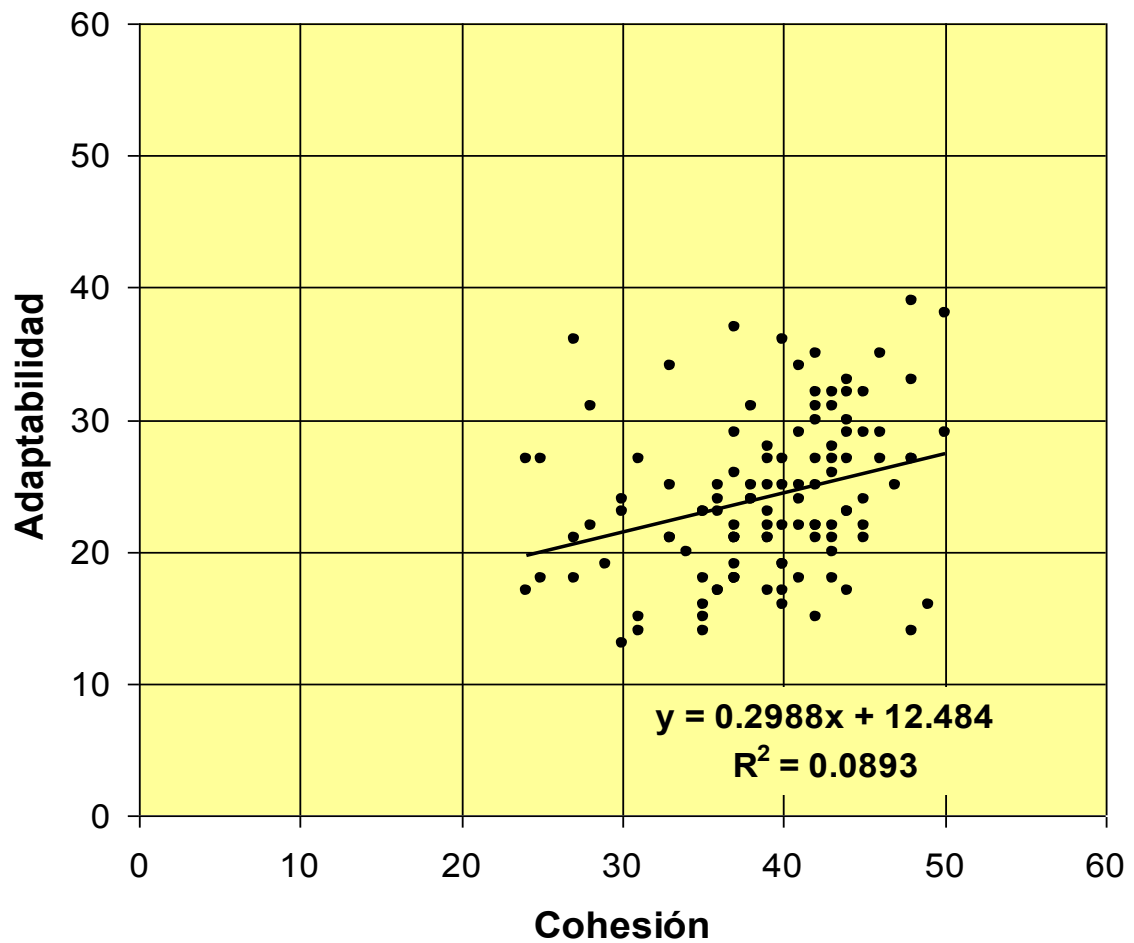
Fuente: Encuesta FACES III a adolescentes embarazadas, Ciudad Valles, 2011

Gráfico 2. Prevalencias de familias de embarazadas adolescentes de la UMF NO. 3 de Ciudad Valles SLP, según su funcionalidad y según su cohesión y adaptabilidad.



Fuente: Encuesta FACES III a adolescentes embarazadas, Ciudad Valles, 2011

Grafico 3: Correlación entre Adaptabilidad y Cohesión de las familias de adolescentes embarazadas de la UMF No. 3, Ciudad Valles, SLP; 2011.



Fuente: Encuesta FACES III a adolescentes embarazadas, Ciudad Valles, 2011

Tabla 2 (parte1). Funcionalidad, cohesión y adaptabilidad de las familias de embarazadas adolescentes de la UMF NO. 3 de Ciudad Valles SLP, según variables de estudio.

| | GRUPO DE EDAD N=113 | | | | | | ESCOLARIDAD N=113 | | | | | |
|----------------------|------------------------|------|-----------|-----------------------|------|-----------|----------------------|------|-----------|----------------------|------|-----------|
| | 14 a 16 años N=94 | | | 17 años y más N=19 | | | Secundaria N=22 | | | Bachillerato N=91 | | |
| | n | % | IC95% | n | % | IC95% | n | % | IC95% | n | % | IC95% |
| FUNCIONALIDAD | | | | | | | | | | | | |
| Balanceada | 8 | 42.1 | 20.3-66.5 | 35 | 37.2 | 27.5-47.8 | 8 | 36.4 | 17.2-59.3 | 35 | 38.5 | 28.4-49.2 |
| Media | 7 | 36.8 | 16.3-61.6 | 44 | 46.8 | 36.4-57.4 | 9 | 40.9 | 20.7-63.6 | 42 | 46.2 | 35.6-56.9 |
| Extrema | 4 | 21.1 | 6.1-45.6 | 15 | 16.0 | 9.2-25.0 | 5 | 22.7 | 7.8-45.4 | 14 | 15.4 | 8.7-24.5 |
| COHESION | | | | | | | | | | | | |
| No relacionada | 4 | 21.1 | 6.1-45.6 | 17 | 18.1 | 10.9-27.4 | 7* | 31.8 | 13.9-54.9 | 14* | 15.4 | 8.7-24.5 |
| Semirelacionada | 6 | 31.6 | 12.6-56.6 | 36 | 38.3 | 28.5-48.9 | 11* | 50.0 | 28.2-71.8 | 31* | 34.1 | 24.5-44.7 |
| Relacionada | 7 | 36.8 | 16.3-61.6 | 31 | 33.0 | 23.6-43.4 | 3* | 13.6 | 2.9-34.9 | 35* | 38.5 | 28.4-49.2 |
| Aglutinada | 2 | 10.5 | 1.3-33.1 | 10 | 10.6 | 5.2-18.7 | 1* | 4.5 | 0.1-22.8 | 11* | 12.2 | 6.2-20.6 |
| ADAPTABILIDAD | | | | | | | | | | | | |
| Caótica | 3 | 15.8 | 3.4-39.6 | 25 | 26.6 | 18.0-36.7 | 2 | 9.1 | 1.1-29.2 | 26 | 28.6 | 19.6-39.0 |
| Flexible | 3 | 15.8 | 3.4-39.6 | 19 | 20.2 | 12.6-29.8 | 5 | 22.7 | 7.8-45.4 | 17 | 18.7 | 11.3-28.2 |
| Estructurada | 7 | 36.8 | 16.3-61.6 | 28 | 29.8 | 20.8-40.1 | 6 | 27.3 | 10.7-50.2 | 29 | 31.9 | 22.5-42.5 |
| Rígida | 6 | 31.6 | 12.6-56.6 | 22 | 23.4 | 15.3-33.3 | 9 | 40.9 | 20.7-63.6 | 19 | 20.9 | 13.1-30.7 |

* $p < 0.05$

Fuente: Encuesta adolescentes embarazadas, Ciudad Valles, 2011

Tabla 2 (parte2). Funcionalidad, cohesión y adaptabilidad de las familias de embarazadas adolescentes de la UMF NO. 3 de Ciudad Valles SLP, según variables de estudio.

| | ESTADO CIVIL DE LA ADOLESCENTE N=113 | | | | | | NIVEL SOCIOECONOMICO N=113 | | | | | |
|------------------------|-----------------------------------------|------|-----------|------------------|------|-----------|-------------------------------|------|-----------|---------------|------|-----------|
| | Casada N=8 | | | Soltera N=105 | | | Bajo N=53 | | | Medio N=60 | | |
| | n | % | IC95% | n | % | IC95% | n | % | IC95% | n | % | IC95% |
| FUNCIONALIDAD | | | | | | | | | | | | |
| Balanceada | 4 | 50.0 | 15.7-84.3 | 39 | 37.1 | 27.9-47.1 | 21 | 39.6 | 26.5-54.0 | 22 | 36.7 | 24.6-50.1 |
| Media | 3 | 37.5 | 8.5-75.5 | 48 | 45.7 | 36.0-55.7 | 23 | 43.4 | 29.8-57.7 | 28 | 46.7 | 33.7-60.0 |
| Extrema | 1 | 12.5 | 0.3-52.7 | 18 | 17.1 | 10.5-25.7 | 9 | 17.0 | 8.1-29.8 | 10 | 16.7 | 8.3-28.5 |
| COHESION | | | | | | | | | | | | |
| No relacionada | 1 | 12.5 | 0.3-52.7 | 20 | 19.0 | 12.0-27.9 | 10 | 18.9 | 9.4-32.0 | 11 | 18.3 | 9.5-30.4 |
| Semirelacionada | 3 | 37.5 | 8.5-75.5 | 39 | 37.1 | 27.9-47.1 | 17 | 32.1 | 19.9-46.3 | 25 | 41.7 | 29.1-55.1 |
| Relacionada | 4 | 50.0 | 15.7-84.3 | 34 | 32.4 | 23.6-42.2 | 21 | 39.6 | 26.5-54.0 | 17 | 28.3 | 17.5-41.4 |
| Aglutinada | 0 | 0 | 0 | 12 | 11.4 | 6.0-19.1 | 5 | 9.4 | 3.1-20.7 | 7 | 11.7 | 4.8-22.6 |
| ADAPTABILIDAD | | | | | | | | | | | | |
| Caótica | 3 | 37.5 | 8.5-75.5 | 25 | 23.8 | 16.0-33.1 | 12 | 22.6 | 12.3-36.2 | 16 | 26.7 | 16.1-39.7 |
| Flexible | 1 | 12.5 | 0.3-52.7 | 21 | 20.0 | 12.8-28.9 | 9 | 17.0 | 8.1-29.8 | 13 | 21.7 | 12.1-34.2 |
| Estructurada | 3 | 37.5 | 8.5-75.5 | 32 | 30.5 | 21.9-40.2 | 18 | 34.0 | 21.5-48.3 | 17 | 28.3 | 17.5-41.4 |
| Rígida | 1 | 12.5 | 0.3-52.7 | 27 | 25.7 | 17.7-35.2 | 14 | 26.4 | 15.3-40.3 | 14 | 23.3 | 13.4-36.0 |

Fuente: Encuesta adolescentes embarazadas, Ciudad Valles, 2011

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue identificar la funcionalidad o disfuncionalidad familiar en familias de adolescentes embarazadas, utilizando el instrumento FACES III, en el cual se observó una prevalencia familias balanceadas en el 38.1% (n-43), y moderadamente disfuncionales 45.1%(n-51), y las extremas en 16.8% (n-19) lo cual es un indicativo del porqué se encuentran en la situación de tener una adolescente embarazada, aun cuando las características identificadas en el estudio socio-demográfico no influyen de manera directa, ya que se observa en los resultados obtenidos, una tendencia de que se embarazan mayormente las adolescentes con edad superior a los 17 años, de igual forma se muestra en el estudio que un alto porcentaje de las adolescentes embarazadas son solteras, con un estrato socioeconómico medio y con escolaridad de bachillerato. (Paula León, 2008) en el estudio realizado reportó que se encontraron una mayor incidencia de adolescentes embarazadas dentro del estrato socioeconómico bajo y con edades inferiores a los 15 años en Chile. Por otro lado se encuentra el estudio de (Jose Luis Rangel, 2004) el cual fue realizado en México, en el estado de Guanajuato, donde se muestran variantes con respecto al estado civil, en éste predominan las casadas a diferencia de la presente investigación, donde las solteras son mayoría.

En la tabla 1 se observa, dentro de las familias balanceadas un mayor porcentaje de las estructuradas/semi-relacionadas 13.3% (n-15), y el menor fueron flexibles/-relacionadas 6.2% (n-7). Considerando las familias en rango medio se tuvieron el mismo porcentaje que las balanceadas, pero dentro del binomio rígida/semi-relacionada 13.3% (n-15), y un porcentaje bajo se ubicó en la flexible/ no relacionada 2.7% (n-3). Como familia extrema fueron rígida/no relacionada 6.2% (n-7) el que tuvo un mayor porcentaje, y el menor porcentaje se encontró en rígida/aglutinada 1.8% (n-2).

Con respecto al tipo de funcionamiento familiar, el elemento cohesión indicó que las familias aglutinadas fue característico del 10.6%(n-12) de los casos, mientras que las familias semi-relacionadas se presentaron en 37.2% (n-42). En cuanto a la adaptabilidad familias estructuradas representó 31.2% (n-35) y las familias caóticas 24.8% (n-28) y rígidas 24.8% (n-28).

En la Gráfica 3 se tiene identificada una correlación positiva discreta, lo cual permite identificar que existe poca dependencia entre la adaptabilidad y la cohesión, dentro del grupo de estudio.

Se observo una mejor funcionalidad familiar considerando los siguientes rubros:

- por rango de edad: las adolescentes con edades de 14 a 16 años.
- por escolaridad: se identifico en las estudiantes de bachillerato.
- por estado civil: se observo en las casadas
- por estrato socio-económico: en el estrato socioeconómico bajo.

CONCLUSIONES

1. Las familias balanceadas fueron un 38.1%, seguidas de las familias en rangos medios de 45.1% y familias extremas de 16.8%
2. En general, existió mayor cohesión entre las familias, encontrándose 37.2% de familias Semirelacionadas y 33.6% de familias relacionadas que en conjunto suman 70.8%.
3. La adaptabilidad estuvo representada por 19.5% de familias flexibles y 31.0% de familias estructuradas, que en conjunto suman 52.5%% de familias con adecuada adaptabilidad.
4. Existió correlación discretamente positiva entre la adaptabilidad y la Cohesión
5. No existió diferencias significativas en la funcionalidad, la cohesión y la adaptabilidad según la edad, el estado civil de la adolescente y el nivel socio-económico de la adolescente.
6. Existieron diferencias significativas entre la cohesión de las adolescentes que van a la secundaria en comparación a las que estaban en bachillerato. No así para la adaptabilidad y la funcionalidad.

El embarazo en adolescentes continua siendo un problema de salud pública, donde se encuentran implicados factores socioculturales, y económicos, como se describe en este estudio, en el cual se aprecia una mayor prevalencia de porcentaje de familias moderadamente disfuncionales y extremas, por lo que se sugiere implementar acciones que contribuyan a mejorar la comunicación de padres-hijos y que fomenten las actividades en familia.

Acudir a las consultas siempre acompañados de uno de los padres, y propiciar dentro de esta adicional a la situación médica que se atienda el involucrar a ambos padres en la salud sexual de sus hijos (ya que por estadística es el padre el que no acude regularmente).

Apoyo del departamento de psicología a los padres que lo soliciten, en caso manifiesto de no poder controlar la situación con hijos adolescentes.

Continuar concientizando a los adolescentes de que asuman la sexualidad con responsabilidad dentro de la institución médica y en centro educativos (nivel secundaria y bachillerato).

Continuar fomentando los métodos de planificación familiar en cada visita al consultorio con la autorización de los padres.

En el caso de que una familia tenga una adolescente embarazada, realizar pláticas con ambos padres y la hija, para que esta reciba el apoyo por parte de la familia, motivarle a no dejar sus estudios. A los padres sugerirles realizar negociaciones que permitan equilibrar la situación, sin perder el control y no afectando la funcionalidad familiar.

Formar grupos de apoyo con adolescentes (embarazadas y no embarazadas), y realizar pláticas donde participen las mismas o algunas que hayan pasado por la misma situación dando su testimonio, generando situaciones de reflexión ante esta problemática.

BIBLIOGRAFIA

1.- Morales Castillo M. Adolescentes, atención primaria de la salud,. En: Gámez Eternod, Juan; Palacios Treviño, Jaime L. Introducción a la Pediatría, Editorial Méndez Cervantes, México, D.F. 5ª. Edición. 71: 769-774

2.- Issler J R. Embarazo en la Adolescencia Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Medicina No. 107 agosto 2001: 11-23.

3.-Auchter M, Galeano H, Zacarías G. Maternidad Adolescente. Estudio comparativo con madres de más edad. Universidad Nacional del Nordeste.2004, Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2004, M-095

4.- *Llanes Rodríguez A, Quevedo Arnaiz N V , Ferrer Herrera I, Carmona A P, Sardiñas Montes de Oca O. Embarazo en la adolescencia. Intervención educativa. Revista Archivo Médico de Camagüey. AMC 2009; 13(1)*

5.- Utanowicz M G , Parra KE , Wendler GE, Tisiana Monzón L. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista Postgrado de la Cátedra Vía Medicina No. 103 enero 2006: 13-17.

6.- Lasa I L; de Pablo Lozano J L; Martínez Arévalo C, Parrilla Parici J J. Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. Embarazos en la Adolescencia, 26: 817-835.

http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/26%20Salud%20reproductiva%20e.pdf

7.- Romero Pérez I; Sánchez Miranda G, Romero López E, Chávez Courtis M. Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores socioculturales. Perinatología y Reproducción Humana. 2010; 24(1):42-50.

8.- Calderón J, Alzamora de los Godos L. Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. Rev Perú Med Exp Salud Pública 2006; 23(4); 247-251

9.- Romero M. Embarazo en la adolescencia. Curso salud y desarrollo del adolescente, modulo 3, lección 15.

10.- Cruz Márquez M. Embarazo de adolescente y comunicación familiar. Margen 61, 2011: 1-3

11.- Rangel JL; Valerio L. Funcionalidad Familiar en la adolescente embarazada. Rev. Fac Med UNAM 2004; 47(1): 24-27.

12.- León P, Minassian M, Borgoño R; Bustamante F. Embarazo Adolescente. Revista Pediatría Electrónica (Internet).

Accesado 20 noviembre 2011. Disponible en:

http://www.revista_pediatría.cl/vol5num1/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf

13.- Huerta González JL. Medicina Familia, Introducción a los estudios.1ª edición, Editorial Alfil, 2005;2: 59-79-98-103,185.

14.- García Rueda A, Martínez de Acosta C E. Efectividad de la Funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes.2011 av. enferm., XXIX (1):75-86.

15.- Baeza B, Póo A M, Vásquez O, Muñoz S, Vallejos C. Protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72(2):76-81

16.- Guía juvenil.com México registra altos porcentajes de embarazos adolescentes.

<http://guiajuvenil.com/educacion-sexual/mexico-registra-altos-porcentajes-de-embarazos-en-adolesce.html>

17.- Consejo Nacional de Población. Principales Indicadores de Salud Reproductiva (ENADID 2009). Revisado el 22 de Noviembre del 2011. Disponible en:

http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=455&Itemid=15

18.- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI) Cifras en S.L.P de embarazo adolescente.

19.- Cordón Colchón J. Mitos y creencias sexuales de una población de Almendralejo. Matronas Prof. 2008; 9(3):6-12

20.- Jones D E. Diálogos entre padres y adolescentes sobre sexualidad: discursos morales y médicos en la reproducción de las desigualdades de género. Interface (Botucatu) Jan-Mar. 2010; 14 (32)

21.- Ponce Rosas E.R., Gómez Clavelina F.J., Terán Trillo M, Irigoyen A.E. Coria, Landgrave Ibáñez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria 2002; (10): 624-630

22.- Zegers B; Larraín M E; Polaino Larente, 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. Neuro-psiquiatr.2003; 41(1): 39-54

23.-Schmidt V, Barreyro J P, Maglio A L,. Escala de evaluación del funcionamiento FACES III ¿Modelo de dos o tres factores? Escritos de Psicología 2010; 3 (2):30-36.

24.- Mendoza Solís LA; Soler Huerta, E, Sainz Vázquez, Gil Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez Hernández C. Archivos de medicina familiar AC. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar, en atención primaria, México, 2006; 8(1):27-32.

25.-Tinajero Amador O. Revista/diario digital emsavalles.com revisado 22 octubre 2010. Disponible en:

<http://www.emsavalles.com/leer.php?l=NL12632>[http://www.emsavalles.com/leer.php?](http://www.emsavalles.com/leer.php?l=NL12632)

l=NL12632sado revisado 22 octubre 2010

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES | MESES 2010-2011 | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | A | S | O | N | D | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N |
| <i>Asesoría metodológica</i> | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | |
| <i>Recopilación de información bibliográfica</i> | | | | X | X | X | X | | | | | | | | | |
| <i>Diseño del proyecto</i> | | | | | | | | X | X | | | | | | | |
| <i>Registro del protocolo ante el comité de investigación local</i> | | | | | | | | | | X | X | X | | | | |
| <i>Recolección de información</i> | | | | | | | | | | | | | X | | | |
| <i>Captura de datos</i> | | | | | | | | | | | | | X | X | X | |
| <i>Análisis de datos</i> | | | | | | | | | | | | | | X | X | |
| <i>Elaboración de resultados</i> | | | | | | | | | | | | | | | | X |
| <i>Elaboración de discusión</i> | | | | | | | | | | | | | | | | X |
| <i>Elaboración de conclusiones</i> | | | | | | | | | | | | | | | | X |
| <i>Integración de trabajo final</i> | | | | | | | | | | | | | | | | X |
| <i>Presentación a la UNAM</i> | | | | | | | | | | | | | | | | X |

Anexo 2: Carta Consentimiento.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.**



Lugar y fecha _____

Por medio de la presente, **acepto** participar en el protocolo de investigación titulado: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE CIUDAD VALLES, S. L. P. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE SEPTIEMBRE DEL 2011 A NOVIEMBRE DEL 2011**

Registrado ante el comité local de Investigación No. 2402.

El objetivo del estudio es: identificar la prevalencia de disfunción en familias de embarazadas adolescentes.

Se me ha explicado que mi participación consiste en: Dar información de mi familia

“Declaro que se me ha explicado ampliamente sobre los riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son: Hablar de mi familia, y los riesgos no existen. 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 cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo”.

| | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Nombre y firma de la paciente y/o tutor responsable | Nombre y firma del investigador <u>Ma. Guadalupe Turrubiates Lara</u> |
| Nombre y firma de testigo | Nombre y firma de testigo |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Anexo 3: Encuesta primera parte.



FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE CIUDAD VALLES, S. L. P. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE SEPTIEMBRE DEL 2011 A NOVIEMBRE DEL 2011

Lee cuidadosamente las preguntas y contéstalas escribiendo la respuesta dentro del rectángulo o eligiendo la mejor respuesta si se te dan opciones.

¿Cuál es tu nombre completo? Si lo prefieres puedes omitirlo o poner tus iniciales. Recuerda que cuidaremos tus datos y tu confidencialidad.

| |
|--|
| |
|--|

1. ¿Cuántos años cumplidos tienes?

| |
|--|
| |
|--|

2. ¿Hasta dónde llegaste estudiando?

| |
|--|
| |
|--|

3. ¿Cuál es tu estado civil?

| |
|--|
| |
|--|

4. ¿En qué trabaja tú?

| |
|--|
| |
|--|

5. ¿con quién o quienes vives?

| |
|--|
| |
|--|

7. En base a tu modo de vida, tus necesidades económicas y lo que puedes comprar, ¿Cuál consideras que es tu nivel socio-económico?

| |
|--|
| |
|--|

Anexo 4: Encuesta segunda parte.



ESTUDIO: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE CIUDAD VALLES, S. L. P. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE SEPTIEMBRE DEL 2011 A NOVIEMBRE DEL 2011
ENCUESTA DE ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR FACES III

Señala con una X la opción que, según tu apreciación, refleje la frecuencia con la que encuentras cada característica dentro de tu familia

| | Describe a su familia | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | casi siempre | siempre |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|---------------|--------------|---------|
| 1 | Los miembros de la familia se dan apoyo entre si | | | | | |
| 2 | En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los 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 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 decisiones | | | | | |
| 13 | Cuando 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 la toma de 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. | | | | | |

Nunca (1 punto), Casi nunca (2 puntos), Algunas veces (3 puntos), Casi siempre (4 puntos), Siempre (5 puntos)

Anexo 5: Tabla de Validación de resultados



ESTUDIO: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE CIUDAD VALLES, S. L. P. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE SEPTIEMBRE DEL 2011 A NOVIEMBRE DEL 2011

INSTRUMENTO DE VALIDACION DE ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR FACES III

TABLA DE VALIDACION DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA FACES III

| Suma de cuestiones con número non COHESION: | Suma de cuestiones con número par ADAPTABILIDAD: |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| No relacionada 10-34, Semi-relacionada 35-40, Relacionada 41-45, Aglutinada 46-50. | Rígida 10-19, Estructurada 20-24, Flexible 25-28, Caótica 29-50. |