



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**



SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

**JURISDICCIÓN SANITARIA NÚMERO 04
CENTRO, TABASCO**

**“Funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas en Villa Playas del
Rosario, Centro, Tabasco, 2008”**

TESIS

**Que para obtener el Diploma de
Especialista en Medicina Familiar**

PRESENTA

Mauricio Oscar Xala Méndez



Universidad Nacional
Autónoma de México



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).

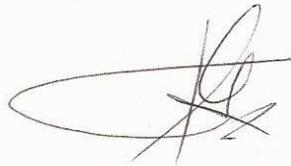
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN
VILLA PLAYAS DEL ROSARIO, CENTRO, TABASCO, 2008”**

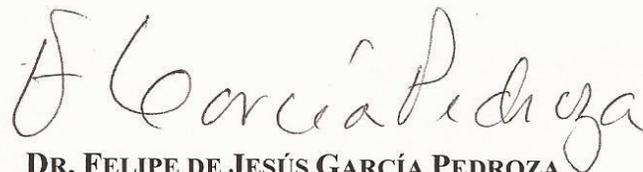
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DR. MAURICIO OSCAR XALA MÉNDEZ

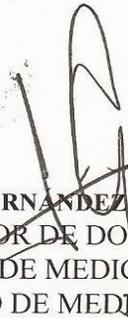
AUTORIZACIONES



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



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



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

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN
VILLA PLAYAS DEL ROSARIO, CENTRO, TABASCO, 2008”**

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

DR. MAURICIO OSCAR XALA MÈNDEZ

AUTORIZACIONES



DR. EZEQUIEL ALBERTO TOLEDO OCAMPO
SECRETARIO DE SALUD
GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO



DR. RUBÉN MARTIN ÁLVAREZ SOLÍS
DIRECTOR DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD
GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO

DEDICATORIA

A ti, insuperable, preciosa, bella amorosa mamá y a ti mi amado e inolvidable papá, por darme ambos su cariño, paciencia, apoyo, consejos y, sobretodo, valor para seguir adelante, ustedes que desvelaron días enteros sin importar el cansancio, ustedes que me dieron mi carrera a base de esfuerzos y sacrificios. Gracias por guiarme y protegerme.

A ti mi gran esposa y amor de mi vida que siempre me has apoyado en las buenas y en las malas, tu que decidiste forjar toda una vida a mi lado compartiendo metas, logros y éxitos en mi vida profesional.

A mi querido hijo, quiero dejarte la mejor herencia de un padre, una carrera y la legacia de hacer obras constructivas, quiero que tengas siempre en tu corazón la fortaleza de mirar hacia arriba y concretar sus metas.

A mis Hermanos por ser parte de mi vida por apoyarme en cada momento, por estar ahí en mis logros y fracasos, gracias por ser parte de esta comunidad médica.

A todos ellos dedico esta obra con todo mi esfuerzo, dedicación, empeño y cariño.

AGRADECIMIENTOS

Todo mi agradecimiento a aquellas personas que me brindaron su apoyo incondicional durante mi formación como médico especialista familiar en especial a mis profesores y muy especial a la Dra. Emma patricia Jiménez Hernández quien fue mi profesor titular, de igual forma agradezco a mi maestro y amigo el Dr. Julio Cecilio López quien con sus palabras me ha alentado a seguir adelante ante los problemas que se me ha suscitado en mi vida.

Agradezco a todas las personas que me brindaron su apoyo durante la inundación de Tabasco en el cual a pesar de que lo perdimos todo nos recuperamos con solidaridad, esfuerzo y corazón.

Agradezco a todos mis pacientes que se tomaron unos minutos de su tiempo y dieron su consentimiento para responder las encuestas para que se hiciera posible esta tesis.

Agradezco a todos los profesores de la UNAM que han hecho posible este curso de y a quienes han hecho posible la formación de médicos con la especialidad en medicina familiar.

RESUMEN

Título: Funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, 2008

Autor: Xala-Méndez MO

Objetivo: Evaluar APGAR familiar y FASES III en adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, en el año 2008. **Material y métodos:** Diseño: observacional, ambispectivo, transversal, descriptivo. Universo: 82 adolescentes embarazadas residentes en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, en el año 2008. Muestra y muestreo: no probabilístico por conveniencia. Criterios de selección: embarazadas de edad ≤ 19 años, residentes en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, en el año 2008, que aceptaron participar en el estudio y firmaron consentimiento informado (o su tutor en caso de ser menor de edad). Variables: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, estado civil de los padres, IVSA, número de embarazos, tipo de familia según ocupación, tipo de familia según integrantes, resultados de APGAR familiar y de FACES III. Fuente de información: expediente clínico. Instrumentos: APGAR familiar y FACES III. Análisis: tablas de distribución de frecuencias simples y cruzadas, y medidas de tendencia central y de dispersión. Software: Epi Info© versión 3.5.1 para entorno Windows©. **Resultados:** Edad media 17.3 ± 1.7 años, mediana 17 años, moda 19 años, intervalo 12-19 años. Escolaridad predominante: secundaria 46%. El estado civil predominante de los padres: unión libre 60%. Tipo de familia según ocupación: 69.5% obrera y 30.5% campesina. Tipo de familia según integrantes: 100% nuclear. Percepción de la funcionalidad familiar: funcional 18.3%, disfuncional moderada 31.7%, disfuncional severa 50.0%. Dinámica familiar: balanceada 18.3%, rango medio 48.8%, extrema 32.9%. **Conclusiones:** La frecuencia de disfunción familiar en adolescentes embarazadas en este estudio fue mayor a la reportada por otros autores nacionales.

Palabras clave: *Salud de la mujer; Embarazo adolescente; Funcionalidad familiar; Dinámica familiar*

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO.....	1
FAMILIA, INDIVIDUO Y SOCIEDAD.....	1
FUNCIONES DE LA FAMILIA.....	3
MEDICIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	5
EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
JUSTIFICACIÓN.....	13
OBJETIVOS.....	15
OBJETIVO GENERAL.....	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
TIPO DE ESTUDIO.....	16
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	16
TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	16
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	16
Criterios de inclusión.....	16
Criterios de exclusión.....	16
Criterios de eliminación.....	17
INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES).....	17
FUENTES DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	20
PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.....	22
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	23
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	23
RESULTADOS.....	24
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.....	24
ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS.....	29
TIPOLOGÍA FAMILIAR.....	31
EVALUACIÓN DEL APGAR FAMILIAR.....	32
EVALUACIÓN DEL FACES III.....	33

APGAR FAMILIAR Y FACES III	34
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXOS	42
A. APGAR FAMILIAR.....	42
B. FACES III.....	43
C. CONSENTIMIENTO INFORMADO	45

MARCO TEÓRICO

FAMILIA, INDIVIDUO Y SOCIEDAD

La familia es un grupo social organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad; responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Sistema compuesto por subsistemas como el subsistema conyugal, subsistema paterno filial y subsistema fraternal. Las características tipológicas de las familias las pueden hacer parecer distintas o similares a otras y así tenemos que de acuerdo a la composición la familia, ésta puede ser nuclear, extensa o compuesta; por el tipo de desarrollo, tradicional o moderna; por su demografía, urbana, suburbana o rural; por la ocupación, campesina, obrera, técnica o profesional; por el tipo de integración, integrada, semi-integrada o desintegrada. Además de la tipología familiar, existen otros elementos de la dinámica familiar como la jerarquía, los límites y la comunicación, indispensables para determinar el grado de funcionalidad familiar. La jerarquía, como nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar; los límites que representan reglas que delimitan las jerarquías; y la comunicación como forma de expresión entre los miembros de la familia.^{1,2}

La dinámica familiar es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conductas, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no, la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar. La importancia de conocer las características de la tipología y dinámica familiar radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, teniendo la evaluación de la función familiar el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en el que se producen los problemas de cada individuo.^{1,2}

La familia cumple importantes funciones para la sociedad y para el propio individuo, funciones que para su comprensión pueden separarse por dimensiones, pero que en la realidad se dan de forma conjunta, las cuales pueden ser: a) De reproducción, se

gesta la necesidad de la descendencia y se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de sus integrantes. b) La función económica, incluye la obtención y administración de los recursos tanto monetarios como bienes de consumo, la satisfacción de necesidades básicas tanto por la vía del abastecimiento como el mantenimiento. c) La función educativa cultural, es la influencia que ejerce la familia en sus miembros, en todo el proceso de aprendizaje individual y en el propio desarrollo familiar; es también la trasmisora de valores éticos y experiencias históricas y sociales de la vida cotidiana.³

La familia, considerada como una forma primaria de la organización humana, célula comunitaria, existente ante cualquier sociedad, primer grupo de referencia para el ser humano; por todo esto que posee la familia tiene una significancia positiva para la sociedad, en tal sentido es ella misma un valor. Eso le otorga un lugar privilegiado a la familia, una valía especial dentro del sistema de relaciones sociales.⁴

Por su esfera, a la familia se le encuentra en los más disímiles ámbitos, en los marcos de cualquier clase social, en cualquier estado o nación. Todo esto refuerza la idea del enorme papel de la familia en los marcos de cualquier tipo de sociedad y el porque debe ser considerado como poseedora en sí misma de un alto valor social.⁵

Por otro lado la OMS, reconoce la función que desempeña la familia en la salud y la enfermedad, la considera como el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento, las decisiones atinentes a la salud, donde se origina la cultura, los valores, las normas de la sociedad; además de que es la mas accesible para llevar a la practica las intervenciones preventivas y terapéuticas en el hogar. La estructura y la función de la familia influyen en la salud, a su vez la salud influye en la estructura, las relaciones y la función de la familia. Por lo que la familia debe conducir a sus miembros en un panorama social diferente que le exige una remodelación de su funcionamiento y dinámica para poder cumplir sus requerimientos como institución y como grupo social. A nivel social se produce una potenciación del papel de la comunidad y la familia, en particular como agentes socializadores portadores de gran energía para la solución de sus propios problemas. Una de las premisas básicas del modelo biopsicosocial afirma que los diversos subsistemas (el biológico, el individual, el familiar, el comunitario, etc.) mantienen una relación de influencia recíproca de tal

forma que afectan tanto a la salud como a la enfermedad. La experiencia clínica apoya la hipótesis que sostiene que, las familias influyen en la salud de sus miembros y a su vez se ven influenciadas por ellas a la vista de lo anteriormente descrito. Se podría concluir que combinando la atención individual con la familiar se actuaría de forma eficaz sobre los problemas asistenciales. Desde la perspectiva cultural es importante reconocer la función de la familia en el desarrollo de este hábito de aprendizaje, ya que es bien sabido que la educación facilita el acceso a los servicios básicos, tanto sociales como de salud.⁶

Es por ello que el principal desafío de hoy y para el mañana, es que la sociedad considere a la familia un verdadero agente activo del desarrollo social, la “célula” en la que se crea y consolida la democracia social, donde se vivencien y enfrenten las crisis sociales, donde la mayoría de los ciudadanos encuentren apoyo, afecto y especialmente seguridad.⁷

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Según Fernández, las funciones de la familia se encuadran en cuatro categorías: a) Institucionalización y canalización de la actividad sexual; b) Crianza y culturización de los jóvenes en una atmósfera de intimidad; c) Organización de la división complementaria del trabajo entre sus miembros; y d) Vinculación de cada esposo y de su descendencia dentro de la amplia red de la parentela.⁸

Las funciones de la familia se definen como “las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo”. Se reconocen las siguientes funciones: 1) Socialización, 2) Afecto, 3) Cuidado, 4) Estatus, y 5) Reproducción.⁹ La socialización consiste en la promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia. El afecto consta de la interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal. El cuidado corresponde a la protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar. El estatus consiste en la

participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad. Finalmente, la reproducción consta de la provisión de nuevos miembros a la sociedad, y del desarrollo y ejercicio de la sexualidad.⁹

Según el Instituto Interamericano del Niño, las funciones de la familia se clasifican como: “funciones nutritivas, y funciones normativas; ubicando dentro de las nutritivas la satisfacción de necesidades primarias de supervivencia gratificantes por uno de los padres, son más estables y abdicables, pues hay permisividad y reducen la autoridad y jerarquía de los padres, mientras que en lo que respecta a las funciones normativas, éstas abarcan las necesidades secundarias, crear hábitos y autocontrol, reglas y normas, acuerdo de los padres con mutua responsabilidad, diferenciación y respeto entre los miembros por edad, funciones, ubicación, intereses”.¹⁰

Para Vargas, por su parte, el funcionamiento familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve. Estas deben de cumplir con las siguientes demandas: a) Satisfacción de necesidades biológicas y psicológicas de los hijos; b) Socialización; c) Bienestar económico; y d) Mediadora con otras estructuras sociales.¹¹

Tizón, propone que la familia cumple con ocho funciones psicosociales: 1) Cuidado y sustento corporales básicos; 2) Proporcionar funciones emocionales; 3) Proporcionar bases para la relación sujeto-objeto externa e interna; 4) Funciones de límites y contención; 5) Bases, organización y desarrollo de la conciencia moral; 6) Bases para las identidades psicosociales fundamentales; 7) Modelos de relación con el exterior; y 8) Modelos para el aprendizaje.¹² El cuidado y sustento corporales básicos, consisten en la provisión de alimento, vestido, movimiento, refugio y ternura. Las funciones emocionales, son las que dan lugar a la mente y al pensamiento, como el amor, la esperanza, la confianza y la contención. Las bases para la relación sujeto-objeto, consistente en la creación del objeto, del sujeto y del espacio mental. El desarrollo de la conciencia social, consta de la moral, la motivación, la premiación, la provisión de objetivos, valores y lealtades, y las formas de apoyo en crisis familiares

y sociales, es decir, es la formación ideal del yo. Las identidades psicosociales fundamentales corresponden a la psicosexual, la agresividad, el conocimiento y el proceso de duelo ante las pérdidas afectivas. Los modelos de relación con el exterior, se refieren a la perspectiva socio-conductual y la psicoanalítica. Mientras que finalmente, los modelos para el aprendizaje, se refieren a la secuencia placer-curiosidad-juego versus obligación-acumulación-sufrimiento-robo.¹²

Finalmente, Smilkstein, propone que las funciones básicas de la familia son adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución.¹ La adaptación es la capacidad de utilizar los recursos en función del bien común y la ayuda mutua, así como la utilización de los mismos para resolver problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado. La participación es entendida como la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, donde se comparten solidariamente los problemas y la toma de decisiones. La ganancia o crecimiento se refiere a logros de la madurez emocional y física de la autorrealización de los miembros de la familia a través del apoyo mutuo. El afecto es la relación del cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia. Mientras que finalmente, la resolución es la capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio y dinero entre los integrantes de la familia.¹

MEDICIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La funcionalidad familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad de los miembros, corresponde a la evaluación de la dinámica, evolución y las funciones que se deben de cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar.¹³ Minuchin, refiere que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquía y demarcación de los límites; adaptabilidad como: flexibilidad, versus rigidez; cohesión como: proximidad versus distancia; y estilos de comunicación. La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad.¹³

Se puede medir la funcionalidad familiar a través del APGAR familiar, creado por el Dr. Smilkstein de la Universidad de Washington, en 1978. El acrónimo APGAR hace referencia a cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, participación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Este test, ha sido ampliamente utilizado en atención primaria, puesto que es una escala con buena consistencia interna, ya que los ítems que la componen se agrupan alrededor de sólo un factor.¹⁴ También se cuenta con la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (FACES III), que es la tercera versión de *The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*, instrumento desarrollado por David H. Olson y colaboradores en 1985, basado conceptualmente en el “Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares”, concebido por los mismos autores. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Este instrumento, integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar: a) Adaptabilidad, b) Cohesión, y c) Comunicación.¹⁵ La adaptabilidad, es la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo. La cohesión, es el grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia. Mientras que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos.¹⁵ El FACES III es un instrumento auto- o heteroaplicado que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Fue traducida al español por Gómez-Clavelina y colaboradores. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) con valores de 1 a 5.¹⁶ Sin embargo, el FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad); la comunicación es la tercera dimensión del modelo y se evalúa mediante otro instrumento llamado ENRICH.¹⁴

Otro instrumento es la entrevista familiar, que facilita la interacción del médico familiar con los pacientes y su familia, con lo que se constituye en la principal herramienta técnica para el trabajo con familias y se usa como guía el modelo de

McMaster, que propone 6 áreas para evaluar la funcionalidad: 1) Técnica de solución de problemas; 2) Comunicación verbal; 3) Roles familiares; 4) Expresión afectiva; 5) Involucramiento afectivo; y 6) Control de conductas.¹⁵

EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

La OMS define a la adolescencia como el período en el desarrollo del individuo que comprende desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios entre los 10 a 12 años aproximadamente, hasta la madurez sexual que culmina a los 20 años de edad. Período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica.^{16,17}

Los adolescentes representan hasta el 25% de la población en muchos países y para 1980 habían 856 millones con incremento estimado a 1.1 millones para el 2000 con un patrón ascendente de la actividad sexual y la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.¹⁷

La adolescencia es una etapa en la que nace en los jóvenes el deseo de independencia con relación a sus padres, se consolidan cualidades necesarias para relacionarse, formar amistades e intercambiar opiniones con compañeros de la misma edad, se tienen ideas bien definidas, se incorporan principios éticos aplicables a la realidad práctica, se fomentan las capacidades intelectuales, se adquiere responsabilidad social e individual básica, y es en esta etapa, donde la sexualidad adquiere mayor intensidad. La relación sexual vista como un conjunto armónico de factores, está presente en las diferentes etapas de la vida desde la niñez a la senectud, no así las relaciones coitales consideradas una fase dentro de la relación sexual y cuyo inicio oscila entre los 12 a 18 años de edad, de acuerdo con autores de diversos países. El inicio temprano de la relación coital involucra trastornos emocionales y físicos propiciadores de situaciones no deseables como enfermedades venéreas, adicciones y el embarazo, considerado el de mayor relevancia por sus implicaciones con la salud y el desarrollo de las madres jóvenes y sus hijos, además de las consecuencias sociales y demográficas.¹⁸

El embarazo en la adolescencia surge como una preocupación social en la década de 1970's siendo incluido en la temática de la salubridad adolescente como problema en ascenso y de capital importancia para la OMS a partir de 1974, observándose variaciones importantes en las tasas de fertilidad del adolescente, dependientes del grado de desarrollo y promedio de edad al matrimonio entre los diferentes países teniendo lugar el 80% de embarazos en este grupo de edad, en los países en desarrollo.^{16,19}

El embarazo en la adolescencia se le define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendida como tal, el tiempo transcurrido desde la menarca y/o al embarazo que ocurre cuando la adolescente aún depende del núcleo familiar de origen. Anualmente más del 10% de nacimientos registrados en el mundo corresponde a madres adolescentes con 15 millones de partos equivalentes a la quinta parte del total de nacimientos. La tasa de fecundidad en el adolescente es más alta en países en desarrollo, directamente asociada al deterioro de las condiciones socioeconómicas globales. Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia presentan descenso de las tasas de embarazo en adolescentes a la par del incremento en el uso de anticonceptivos.^{17,19,20}

Estados Unidos de América presenta la mayor tasa de embarazo en adolescentes de todos los países industrializados y para 1985 el aborto representó el 42% y el matrimonio disminuyó del 51% al 36%, como resolución del embarazo, manteniéndose la tendencia actual de aumento de abortos con disminución de matrimonios. En Latinoamérica el 20% de mujeres se embaraza antes de los 18 años y 40% antes de cumplir 20 años. En el Caribe esto ocurre en el 50% de los casos antes de los 17 años. En Cuba se ha reportado uno de los índices mas altos de embarazo en adolescentes hasta de 13.2% de los cuales el 45.5% corresponde a edades entre 15 a 17 años.^{17,19,20}

En lo que respecta a México, cada año se embarazan 500,000 adolescentes que corresponde al 25% del total de embarazos registrados. En 1990 el 10.43% de mujeres entre 15 a 19 años de edad tenían hijos, incrementándose a 56.8% para 1996. Para el año 2000 el 55% de jóvenes de ambos sexos entre 15 a 29 años

tuvieron experiencias coitales y 35% han cursado con embarazo o embarazado a alguien.^{21,22}

En publicaciones de trabajos realizados en Estados de nuestro país, los resultados son similares, como el estudio sociodemográfico de 218 pacientes realizado por Padrón-Arredondo, realizado en Quintana Roo, que reporta la edad promedio de la adolescente embarazada en 17 años, registro de vida sexual activa entre 15 y 16 años, orientación sexual impartida por la madre y más del 50% de las encuestadas conocía los métodos anticonceptivos, pero sólo 8% usaba alguno. Asimismo, en el estado de Tamaulipas se registran promedios de hasta 27% de menores de 20 años de edad del total de pacientes embarazadas atendidas.^{16,23}

En la salud general se integra como parte esencial la salud sexual estando presente en la adolescencia la capacidad biológica para el ejercicio de la sexualidad, sin embargo, aún no existe un desarrollo completo biológico y psicológico que propicie relaciones responsables y planeación en salud reproductiva que evite embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, considerándose al embarazo en esta etapa como de alto riesgo, por las repercusiones inherentes para el binomio madre hijo, demostrado por las cifras de mortalidad observada en los países en desarrollo, en donde la mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años se duplica en relación al grupo de 20 a 34 años de edad.^{16,23}

La diversidad de factores que influyen en el embarazo y la fecundidad adolescente pueden concebirse como una serie de círculos concéntricos desde el más alejado, el nivel macro social que comprende las pautas culturales, la estructura socioeconómica y las políticas públicas en salud reproductiva adolescente, hasta el nivel de análisis más próximo al individuo como la conducta, o el nivel de conocimientos, actitudes y percepción individual, que determinan diversos grados de vulnerabilidad ante la fecundidad precoz. Las investigaciones publicadas sobre el embarazo en adolescentes tratan de responder a diversas interrogantes como incidencia, y repercusiones sociales, económicas, culturales y a la salud principalmente. Sin embargo, otros aspectos relacionados con este evento son escasamente abordados, entre estos, destaca el referente a la familia en la que están integradas las adolescentes que viven esta experiencia, punto crucial en la

perspectiva para evaluar los cambios no sólo en su trayectoria de vida pues existe además la vulnerabilidad de género que parte de la resolución ante la presencia del embarazo, dada la diversidad de pautas culturales. Así, tenemos que en Estados Unidos de América, la respuesta común es la interrupción y práctica de un aborto legal; en Argentina, es común que la adolescente embarazada incluyendo a su pareja continúen viviendo con la familia de origen; en México, la resolución más aceptada es el matrimonio o unión libre necesarios seguido del beneplácito de los abuelos ante el nacimiento de un nuevo miembro de la familia, lo cual nos remite a la hegemonía de género vigentes en nuestra sociedad en donde la pauta masculina es no saber o no hacerse cargo ante la vida sexual activa, mientras para la mujer está ligada a la procreación y la posibilidad de unión duradera y así, en nuestro país el 90% de los varones que iniciaron vida sexual activa se mantienen solteros y viven con su familia de origen y en contraparte las mujeres en la misma situación más del 70% están casadas o en unión libre y más de 60% viven en familias extensas con impacto de estos hechos en la escolaridad, las actividades de los adolescentes a partir de los sucesos y en el tipo de familia en el que se integran.^{20,22}

En México, los factores asociados al embarazo en adolescentes, son similares a los países en vías de desarrollo asociándose algunas variables relacionadas con las características de la familia como la deficiente comunicación intrafamiliar, el nivel socioeconómico bajo, y características individuales como autoestima y escolaridad baja. Según Gutiérrez¹⁷ e Issler¹⁸, entre otros, la conducta del adolescente es influenciada por diversos grupos sociales y en este sentido el tipo de familia en la que el adolescente ha sido socializado es fundamental sobre la conducta sexual y reproductiva. En las familias bien constituidas, con la presencia de ambos padres biológicos, se espera un ámbito protector y los adolescentes en esas familias tendrían menor probabilidad de adoptar conductas de riesgo. Estudios realizados en Estados Unidos de América, demuestran la relación entre la estructura familiar y las conductas reproductivas, no así en América Latina, en donde la evidencia es escasa, sin embargo, encuestas publicadas revelan que la mujer que no convive con el padre ni la madre registra mayor frecuencia de conductas de riesgo, observándose hasta en un 83% inicio de la actividad sexual en comparación con el 55% de las que viven

con un solo padre y 40% de las que viven con ambos. Di Silvestre, coincide en señalar la importancia de la presencia de los padres en el hogar, afirmando en su estudio que "las adolescentes no embarazadas viven con mayor frecuencia en familias intactas y menos probablemente en familias uniparentales que las adolescentes embarazadas". Las familias disfuncionales uniparentales o con conductas promiscuas ponen de manifiesto la necesidad de protección y el diálogo de padres e hijos, cuya ausencia genera carencias afectivas que lleva a la adolescente a relaciones sexuales producto del sometimiento más que genuino al vínculo de amor, con consecuencias psicosociales negativas no menores que las biológicas, entre las que destaca la violencia doméstica.^{15,17-19}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es un grupo social organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad; responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Sistema compuesto por subsistemas como el subsistema conyugal, subsistema paterno filial y subsistema fraternal. Las características tipológicas de las familias las pueden hacer parecer distintas o similares a otras. Además de la tipología familiar, existen otros elementos de la dinámica familiar como la jerarquía, los límites y la comunicación, indispensables para determinar el grado de funcionalidad familiar.^{1,2}

El embarazo en la adolescente es una crisis sobrepuesta a la crisis de la adolescencia, comprendiendo profundos cambios individuales somáticos y psicosociales, generalmente no planeado, encontrándose dentro de los factores asociados, variables relacionadas con las características familiares, la comunicación intrafamiliar deficiente, el nivel socioeconómico, una autoestima y escolaridad baja, además de desinformación y deficiente educación sexual.¹⁷⁻¹⁹ Por ello, durante las últimas tres décadas, el gobierno mexicano ha destinado mayores recursos para la prevención y atención de los problemas vinculados con este fenómeno. La SEP ha intervenido con los contenidos de educación sexual en los libros de texto gratuitos, la SS y el IMSS han incorporado en sus programas de planificación familiar y salud reproductiva a la población adolescente.

En Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, el embarazo en el adolescente es uno de los problemas más frecuentes, encontrándose entre sus estadísticas más recientes, que en el año 2007 hubo 91 adolescentes embarazadas.²⁴ Situación que evidencia un problema médico-social de la comunidad, considerando los antecedentes expuestos.

Derivado del planteamiento descrito, surgió la pregunta ¿Cuál es la evaluación de APGAR familiar y FASES III en adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, en el año 2008?

JUSTIFICACIÓN

A nivel nacional, son escasas las referencias que abordan la temática de la familia de la adolescente embarazada. Tema que tal como se ha expuesto ampliamente en apartados anteriores, es especialmente relevante por sus implicaciones tanto en la salud de las propias adolescentes, como en la salud de la familia. Las pocas referencias existentes, corresponden a reportes de Estado Mexicanos del Centro, Occidente y Norte de la República, cuyas características sociodemográficas y económicas son diferentes a las de los habitantes de la Región Sur y Sureste, como lo es el Estado de Tabasco, y más específicamente, comunidades como Villa Playas del Rosario, lugares pobres. Por ello, el presente trabajo es trascendente para el estado de la ciencia, al aportar conocimientos respecto al tema, en regiones en las que no ha sido estudiado, y que por tanto, podrían aportar información novedosa.

Asimismo, el estudio es factible, ya que dada la reducida cantidad de la población a estudiar, de modo que los recursos necesarios para llevar a cabo la investigación, se encuentran al alcance de los investigadores, sin necesidad de recurrir a la gestión de financiamiento parcial o total de parte de instituciones u organismos de carácter público o privado. Además, dado el carácter del estudio y sus implicaciones éticas de bajo riesgo para sus participantes, así como la disponibilidad de las autoridades institucionales, la investigación es viable, al no enfrentar obstáculos legales, éticos, políticos ni institucionales.

Finalmente, dado que todo problema es susceptible de ser solucionado, una vez identificadas sus causas y factores implicados, la evaluación de la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas de Villa Playas del Rosario, es un primer paso hacia la resolución de los múltiples problemas a los que éste fenómeno se integra, tales como el riesgo ginecobstétrico de la adolescente y la alteración de la homeostasis familiar de la que procede (en caso de ésta existiese) que se pueden ver evidenciados parcialmente ante el hallazgo de núcleos familiares disfuncionales. De tal modo, que el obtener conocimiento de la funcionalidad familiar, proporciona un punto de partida para abordar un problema sistémico, sobre el que se puede incidir a través de terapia familiar. Así pues, el problema a investigar, es un problema que

puede ser vulnerable ante los resultados obtenidos de la investigación. En tanto que al disminuir indirectamente los costos de atención para la institución, al cambiar la inversión en medicina asistencial cara, por inversión en medicina preventiva de costo significativamente menor, queda en evidencia, sumado a los párrafos precedentes, la conveniencia social de realizar el presente estudio.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar APGAR familiar y FACES III en adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, en el año 2008.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características demográficas de las adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, en el año 2008.
- Describir los antecedentes ginecobstétricos de las adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, en el año 2008.
- Describir el tipo de familia de origen de las adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, en el año 2008, según su ocupación e integrantes.
- Evaluar APGAR familiar en adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, en el año 2008.
- Evaluar FACES III en adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, en el año 2008.
- Estratificar los resultados de APGAR familiar en función de los de FACES III, en adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, en el año 2008.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación con metodología cuantitativa, empleando un diseño de tipo observacional, ambispectivo, transversal y descriptivo.^{25,26}

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

La población objeto de estudio estuvo constituida por 82 adolescentes embarazadas residentes en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, en el año 2008, según el censo de embarazadas del CSC Villa Playas del Rosario.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estudió una muestra no probabilística por conveniencia, en la que se incluyeron a todas las adolescentes embarazadas que cumplieron con los criterios de selección definidos para la presente investigación.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

Se incluyeron a las embarazadas de edad ≤ 19 años, residentes en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, en el año 2008, que aceptaron participar en el estudio y firmaron consentimiento informado (o su tutor en caso de ser menores de edad).

Criterios de exclusión

Se excluyeron las embarazadas fuera del rango de edad objeto de estudio, las que emigraron de Villa Playas del Rosario pese a estar incluidas en el censo del CSC Villa Playas del Rosario, o que rechazaron participar en el estudio negándose a firmar consentimiento informado (o su tutor en caso de ser menores de edad).

Criterios de eliminación

Se eliminaron las adolescentes embarazadas que una vez incluidas en el estudio, decidieron retirarse del mismo por cualquier motivo y/o que respondieron de forma incompleta los instrumentos aplicados.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES)

Se incluyeron las variables: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, estado civil de los padres, IVSA, número de embarazos, tipo de familia según ocupación, tipo de familia según integrantes, resultado de APGAR familiar y FACES III. Dado el diseño descriptivo del presente estudio, todas las variables incluidas fueron consideradas descriptoras de la población. Las definiciones de estas variables, se muestran en el Cuadro I.

Cuadro I. Definición de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida
Edad	Número de años cumplidos por la adolescente al momento del embarazo actual	Obtención mediante anamnesis a la adolescente y/o revisión de su expediente clínico	Cuantitativa discontinua	Años
Escolaridad	Máximo grado de estudios cursado por la adolescente al momento del embarazo actual; concluidos o inconclusos	Obtención mediante anamnesis a la adolescente y/o revisión de su expediente clínico	Cualitativa ordinal	Analfabeta Alfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Postgrado
Estado civil	Estado de unión marital de la adolescente al momento del embarazo actual	Obtención mediante anamnesis a la adolescente y/o revisión de su expediente clínico	Cualitativa nominal	Casada Divorciada Separada Soltera Unión libre Viuda

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida
Ocupación	Denominación del conjunto de actividades realizadas por la adolescente durante la mayor parte de su período de vigilia al momento del embarazo actual	Obtención mediante anamnesis a la adolescente y/o revisión de su expediente clínico	Cualitativa nominal	Ama de casa Estudiante Trabajadora Estudiante y trabajadora
Estado civil de los padres	Estado de unión marital de los padres de la adolescente al momento del embarazo actual	Obtención mediante anamnesis a la adolescente y/o revisión de su expediente clínico	Cualitativa nominal	Casados Divorciados Separados Solteros Unión libre Viudos
IVSA	Edad en años cumplidos a la que la adolescente sostuvo su primera relación sexual coital	Obtención mediante anamnesis a la adolescente y/o revisión de su expediente clínico	Cuantitativa discontinua	Años
Número de embarazos	Número de embarazos cursados por la adolescente, incluido el actual, contando abortos	Obtención mediante anamnesis a la adolescente y/o revisión de su expediente clínico	Cuantitativa discontinua	Número
Tipo de familia según ocupación	Clasificación del núcleo familiar de origen de la adolescente embarazada, según la ocupación del jefe de familia	Obtención mediante anamnesis a la adolescente	Cualitativa nominal	Campesina Comerciante Empresaria Obrera Oficinista Pescadora Profesionista Otro

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida
Tipo de familia según integrantes	Clasificación del núcleo familiar de origen de la adolescente embarazada, según el parentesco de los integrantes que lo componen	Obtención mediante anamnesis a la adolescente	Cualitativa nominal	Nuclear clásica Nuclear monoparental Extensa clásica Extensa monoparental Compuesta clásica Compuesta monoparental
Resultado de APGAR familiar	Percepción del funcionamiento del núcleo familiar de la adolescente embarazada, con base en la satisfacción de ésta con las funciones del mismo al momento del embarazo	Evaluación mediante aplicación del test APGAR familia a la adolescente	Cualitativa ordinal	Funcional Disfunción moderada Disfunción severa

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida
Resultado de FACES III	Funcionamiento del núcleo familiar de la adolescente embarazada, con base en la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de liderazgo y su papel en las relaciones y las reglas de sus relaciones en situaciones estresantes, y los lazos emocionales entre sus miembros	Evaluación mediante aplicación del test FACES III a la adolescente	Cualitativa ordinal	Balanceada Rango medio Extrema

FUENTES DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

La información correspondiente a las variables demográficas (edad, escolaridad, estado civil, ocupación, estado civil de los padres) y ginecobstétricas (IVSA, número de embarazos), fue obtenida del expediente clínico de las adolescentes embarazadas. En los casos en los que alguno de los datos estuvo ausente en dicho documento, se obtuvo mediante anamnesis a la adolescente embarazada durante su siguiente consulta de control prenatal en el CSC Villa Playas del Rosario, para ser registrada en su expediente.

Los datos correspondientes al tipo de familia según ocupación y tipo de familia según integrantes, fueron obtenidos mediante anamnesis a la adolescente embarazada durante su consulta de control prenatal en el CSC Villa Playas del Rosario, para ser registrada en su expediente clínico.

Se aplicó el test APGAR Familiar (Anexo A). El Test APGAR Familiar, evalúa el funcionamiento sistémico de la familia, en función de la percepción del individuo sobre si ésta puede considerarse un recurso o si por el contrario influye negativamente sobre su persona. Está integrado por cinco componentes de la

función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Para la evaluación, se solicita al miembro de la familia que evalúe su satisfacción con cada parámetro, a través de cinco ítems en una escala de 0-2, o bien, un médico formula las preguntas de forma dirigida con la intención de realizar la evaluación; de tal modo, que el rango de puntuación oscila entre un mínimo de 0 y un máximo de 10 puntos: una puntuación de ≤ 3 sugiere que la familia no funciona con respecto al individuo en cuestión, una puntuación de 4-6 sugiere que la disfunción familiar es moderada, y una puntuación ≥ 7 que la familia es funcional. La validación de este instrumento, ha reportado una fiabilidad de hasta 80% ($\alpha=0.8$).²⁷⁻³² Finalmente, se usó el instrumento FACES III (Anexo B). El instrumento *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* (FACES), fue creado en la Universidad de Minnesota por Olson, Sprenkle y Russell en el año de 1979 como parte del modelo circunflejo, considera que una familia es satisfactoria en la medida que establece vínculos afectivos entre sus miembros y promueva el desarrollo progresivo en la autonomía (cohesión), además de ser capaz de cambiar su estructura para superar las dificultades evolutivas (adaptabilidad).¹⁹ Se compone de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan la cohesión y otros 10 la adaptabilidad mediante una escala tipo Likert de cinco puntuaciones. Las mismas veinte afirmaciones que sirven para evaluar como la familia es percibida en ese momento (“familia real”), sirven para evaluar como le gustaría que la misma fuese (“familia ideal”) alterándose para ello la consigna inicial.³³ Es la tercera versión de un instrumento desarrollado por Olson y colaboradores en la década de los ochenta y que en los últimos 20 años ha venido modificándose hasta lograr su adaptación en español con una fiabilidad del 70%, determinado mediante el coeficiente alfa de Cronbach.³³⁻³⁵ Este instrumento considera que existen 2 niveles que explican la satisfacción familiar, están son:³⁵

- Adaptabilidad. Hace referencia al grado de plasticidad que el sujeto considera que posee su familia para adecuarse a estresores tanto internos como externos, manifestándose en aspectos como el liderazgo, la disciplina, los roles, reglas y las decisiones.

- **Cohesión.** Hace referencia al grado de unión emocional percibida por el sujeto respecto a su familia, considerando entre otros aspectos la “unión emocional”, las relaciones padre-hijo, y las fronteras internas y externas de la familia.

Con los resultados obtenidos de la adaptabilidad y cohesión familiar, se clasifica a las familias dentro de una de tres posibles categorías de taxonomía familiar que clasifica a los sistemas familiares de acuerdo a su dinámica en: balanceada, rango medio y extrema. La taxonomía familiar se expone en el Cuadro II.³³⁻³⁵

Cuadro II. Taxonomía familiar

COHESIÓN ADAPTABILIDAD		Baja	Moderada		Alta
		NO RELACIONADA	SEMI RELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA
Alta	CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
Moderada	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
Baja	RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Previa autorización del protocolo de estudio por el Comité Local de Investigación en Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 4 de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, se procedió a recopilar la información.

Durante el período Enero-Diciembre de 2008, se realizó anamnesis y se aplicaron los instrumentos descritos a las adolescentes embarazadas residentes en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, para lo cual se realizó un censo al inicio de cada mes con la colaboración del personal de enfermería del CSC Villa Playas del Rosario, durante el cual se citó a las adolescentes en cuestión al CSC para ser informadas sobre el estudio y solicitar su consentimiento informado o de sus padres cuando éstas fueron menores de edad.

La información recopilada según el procedimiento descrito en el párrafo anterior, fue sistematizada en una base de datos diseñada para tal fin empleando el software Epi

Info© versión 3.5.1 para entorno Windows©, con el que se realizó el análisis estadístico correspondiente.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos recabados fueron analizados por medio de tablas de distribución de frecuencias simples y cruzadas, y medidas de tendencia central y de dispersión, que fueron expresadas mediante gráficas de barras según fue requerido, para facilitar su análisis y discusión.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

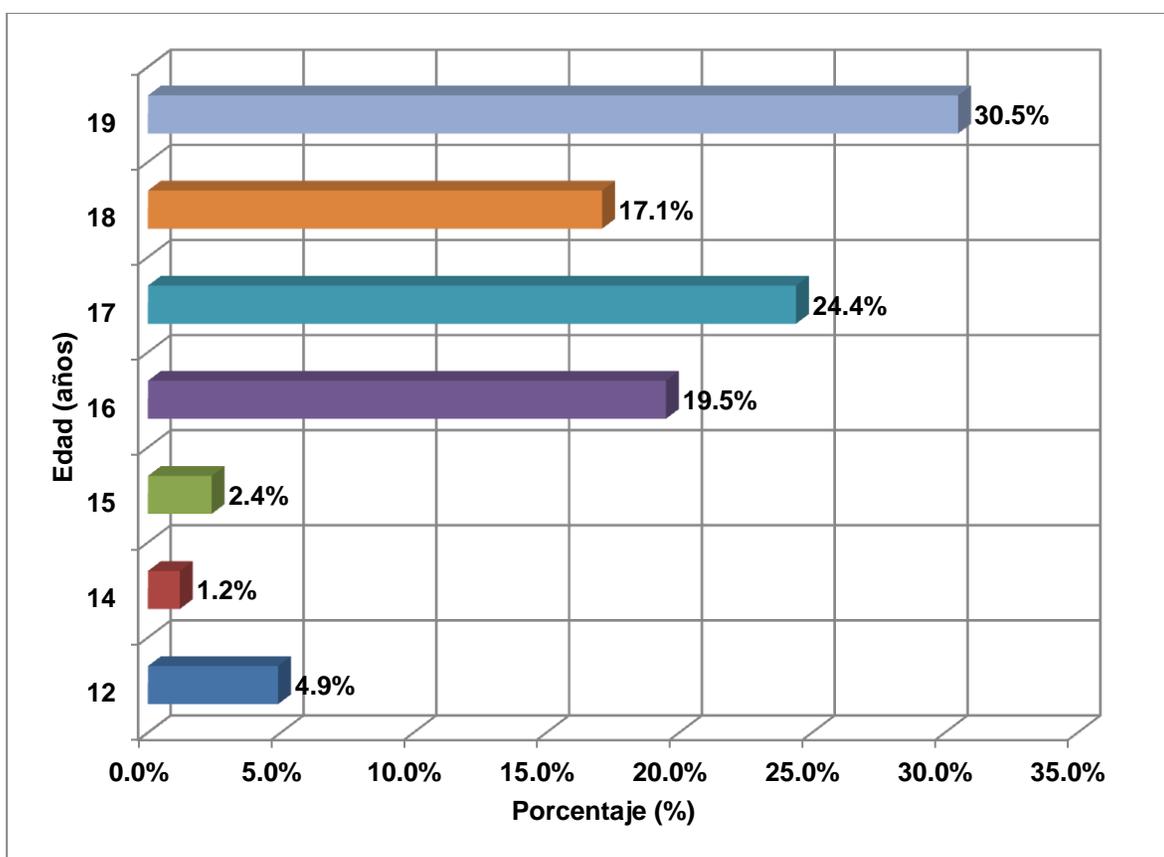
El presente trabajo de investigación se realizó con base en los preceptos éticos y legales que protegen la integridad física y/o emocional de los participantes, según lo normado por el Código de Nüremberg,³⁶ la Declaración de Helsinki,³⁷ y la Ley General de Salud³⁸. Atendiendo a lo dictado por las normas señaladas, el estudio fue clasificado como “investigación sin riesgo”, en tanto que no implicó riesgo potencial para la integridad física y/o moral de las participantes, en tanto que no se intervino sobre ellas como procedimiento de investigación. Asimismo, con base en estos mismos preceptos éticos y legales, se preservó el anonimato de los participantes, lo cual les fue garantizado por medio de consentimiento informado (Anexo C).

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Se estudiaron 82 adolescentes embarazadas con una edad media de 17.3 ± 1.7 años, una mediana de 17 años y una moda de 19 años, dentro de un intervalo de 12-19 años. La distribución de frecuencias de la edad, se expone en la Gráfica 1.

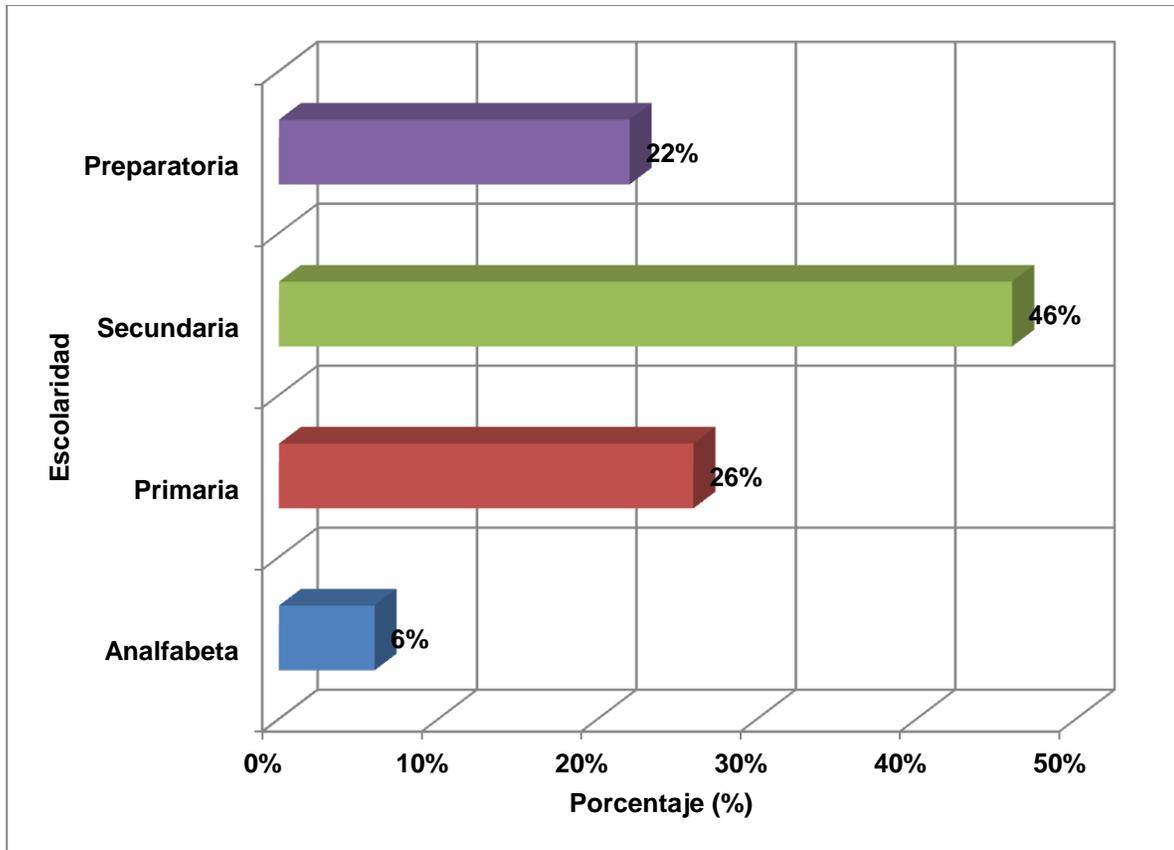
Gráfica 1. Distribución de frecuencias de edad



Fuente: Expedientes clínicos

La escolaridad predominante de las adolescentes embarazadas fue secundaria, que estuvo presente en el 46% (n=38). La distribución de frecuencias de la escolaridad, se expone en la Gráfica 2.

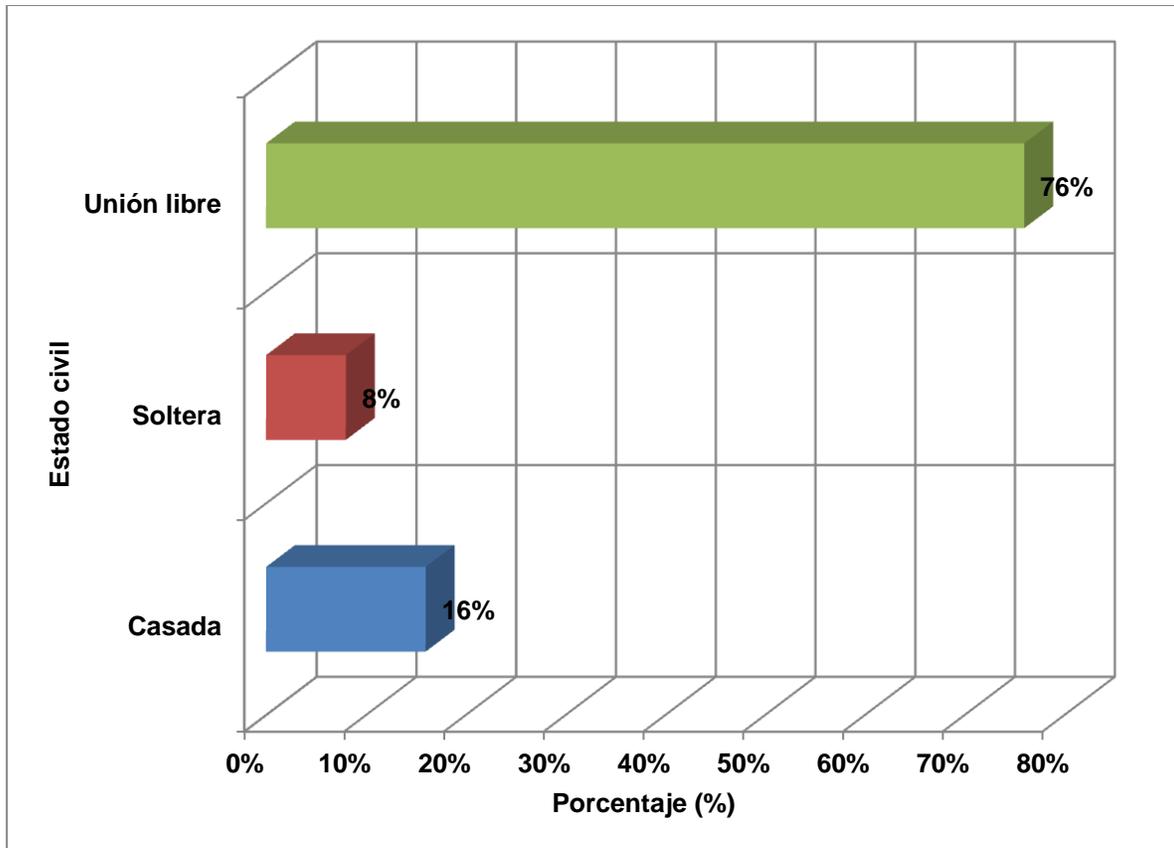
Gráfica 2. Distribución de frecuencias de escolaridad



Fuente: Expedientes clínicos

El estado civil predominante de las adolescentes embarazadas fue unión libre, que estuvo presente en el 76% (n=62). La distribución de frecuencias del estado civil, se expone en la Gráfica 3.

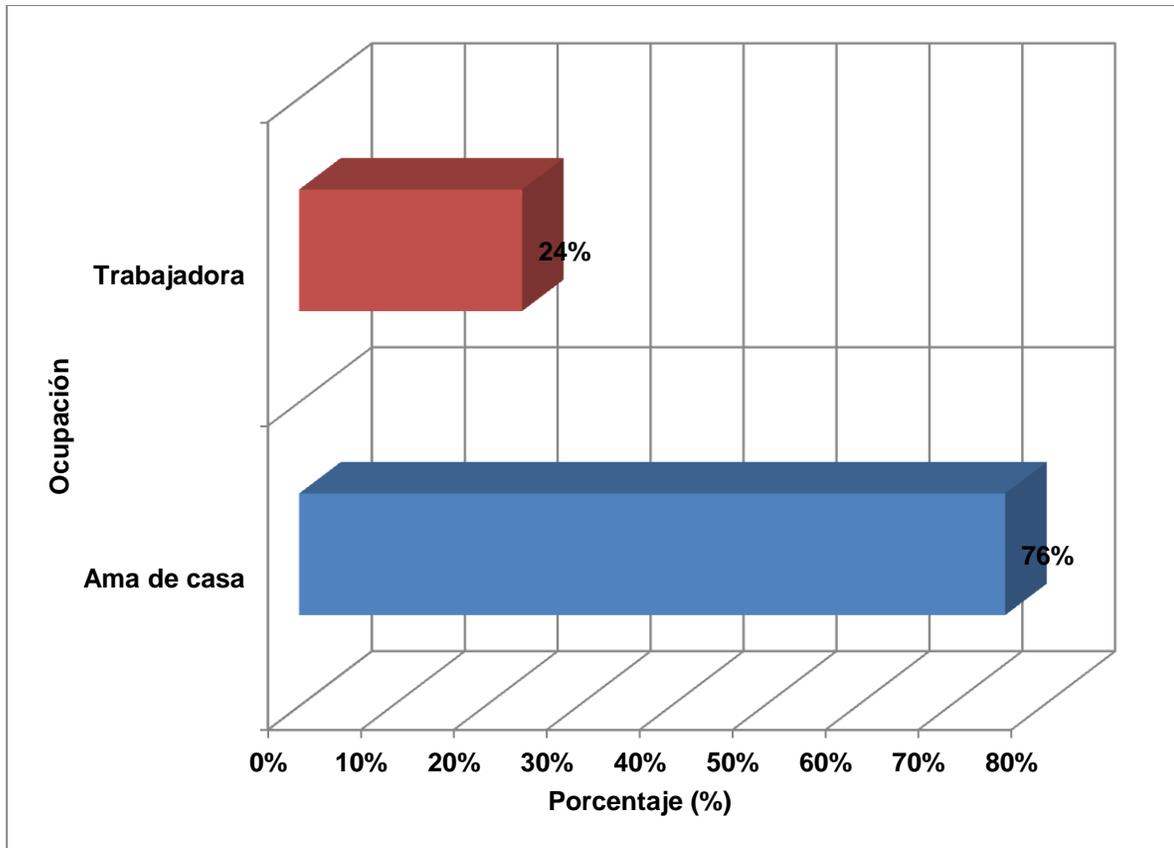
Gráfica 3. Distribución de frecuencias del estado civil



Fuente: Expedientes clínicos

La ocupación predominante de las adolescentes embarazadas fue ama de casa, que estuvo presente en el 76% (n=62). La distribución de frecuencias de la ocupación, se expone en la Gráfica 4.

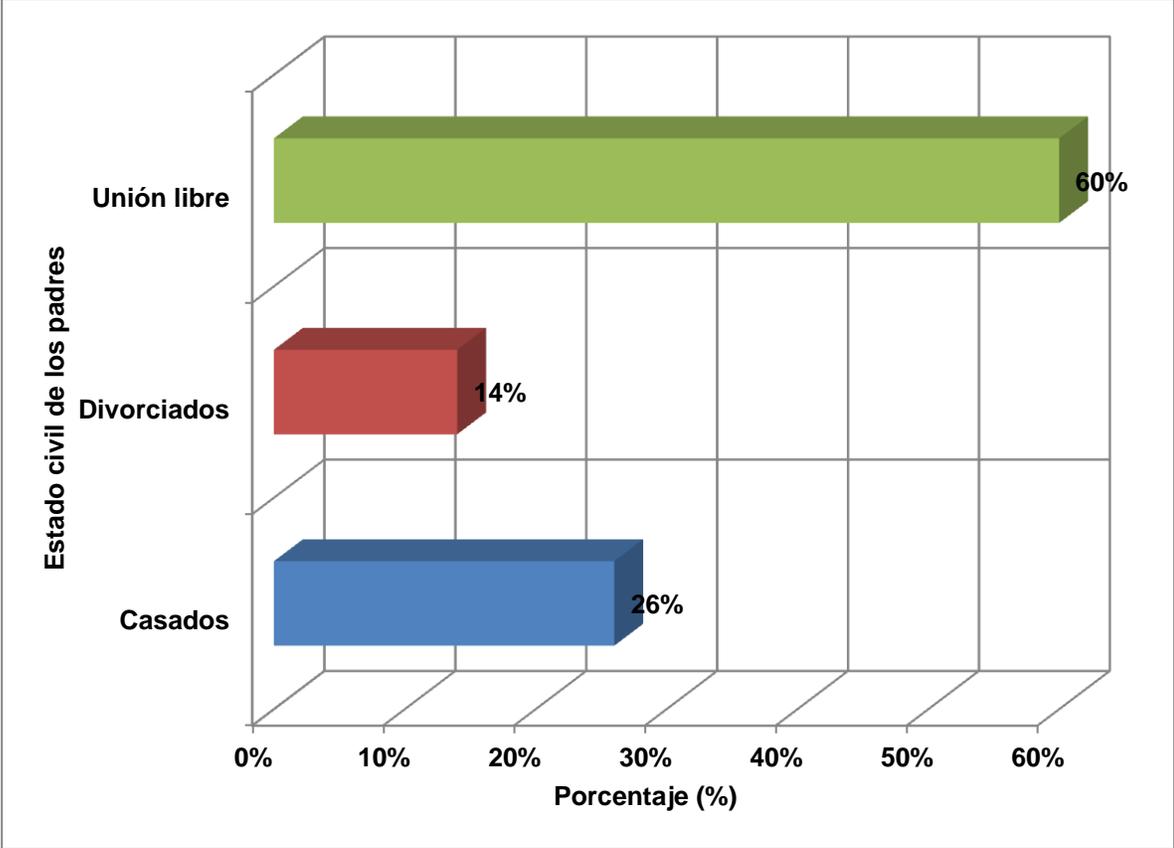
Gráfica 4. Distribución de frecuencias de la ocupación



Fuente: Expedientes clínicos

El estado civil predominante de los padres de las adolescentes embarazadas fue unión libre, que estuvo presente en el 60% (n=49). La distribución de frecuencias del estado civil de los padres, se expone en la Gráfica 5.

Gráfica 5. Distribución de frecuencias del estado civil de los padres

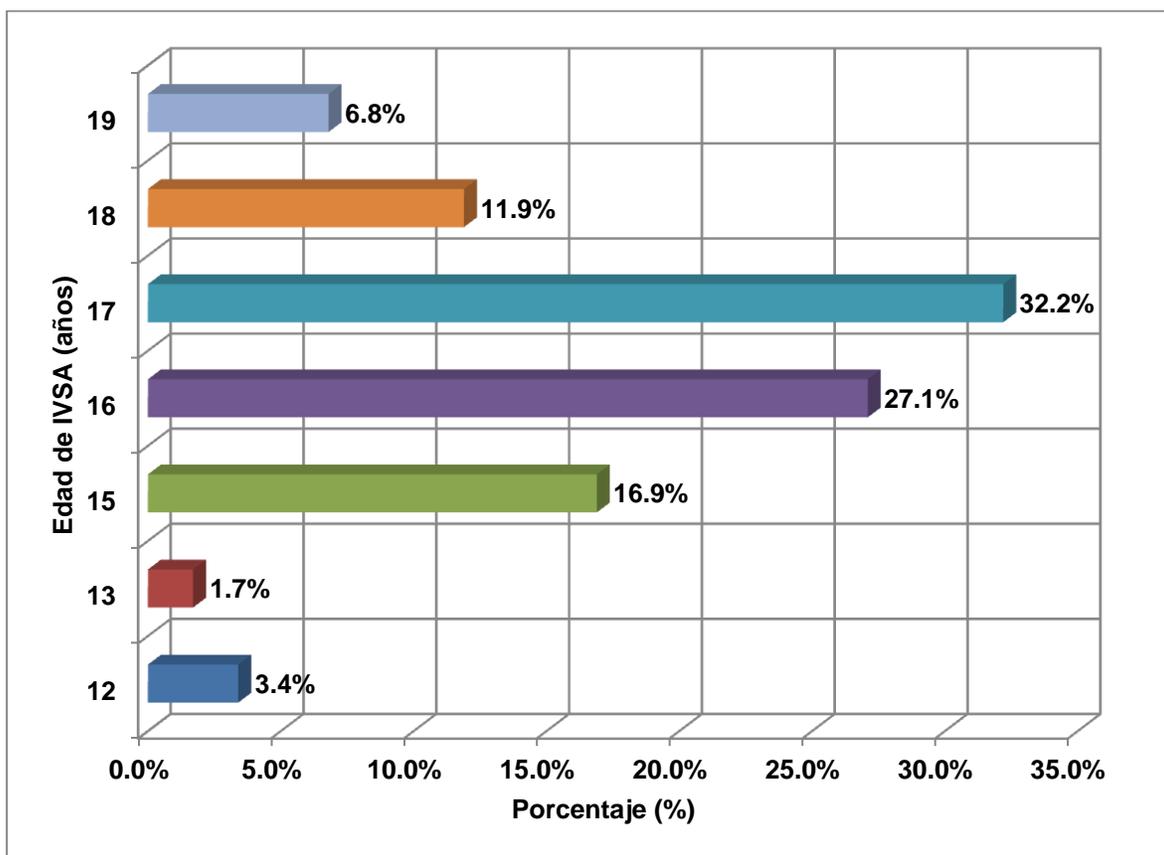


Fuente: Expedientes clínicos

ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

La edad de IVSA predominante de las adolescentes embarazadas fue 17 años, que fue referida por el 32.2% (n=26), seguida por los 16 años, que fueron referidos por el 27.1% (n=22). La distribución de frecuencias de la edad de IVSA, se expone en la Gráfica 6.

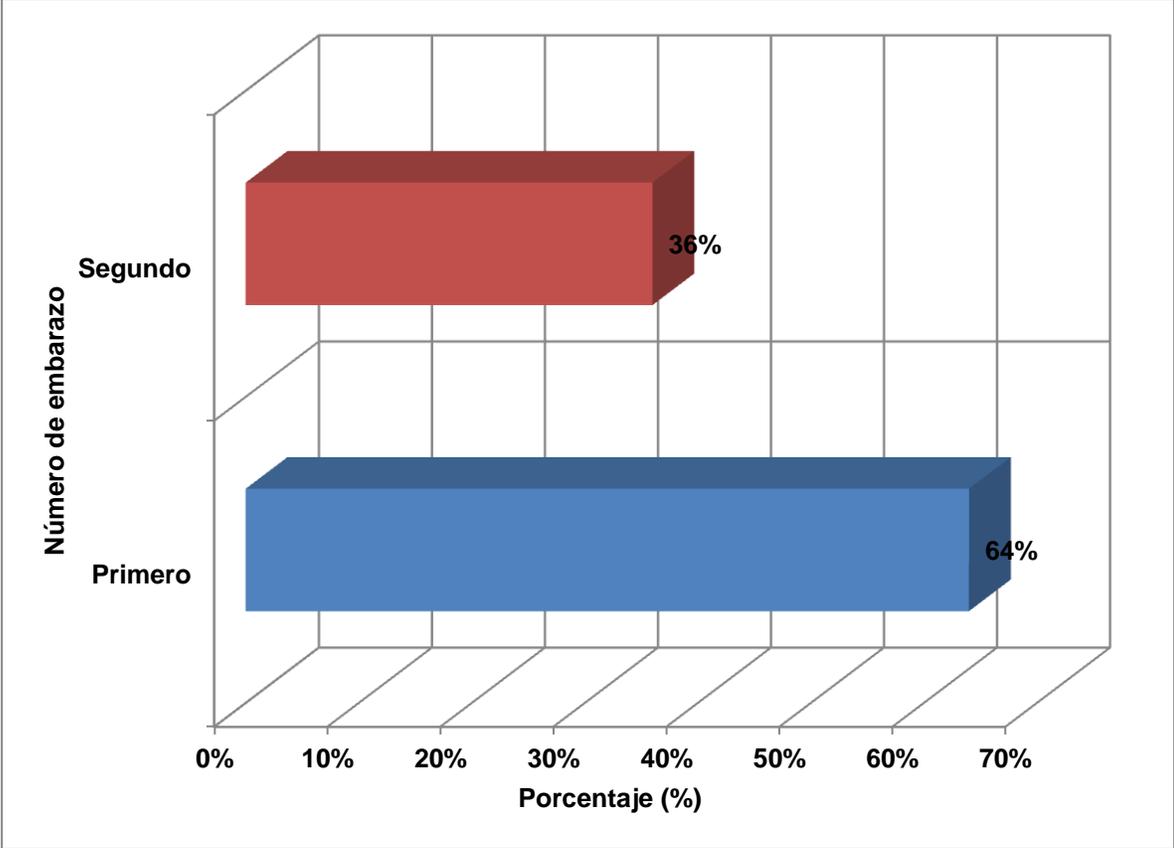
Gráfica 6. Distribución de frecuencias de la edad de IVSA



Fuente: Expedientes clínicos

El número de embarazo predominante de las adolescentes embarazadas fue el primero, que fue referido por el 64% (n=52). La distribución de frecuencias del número de embarazo, se expone en la Gráfica 7.

Gráfica 7. Distribución de frecuencias del número de embarazo

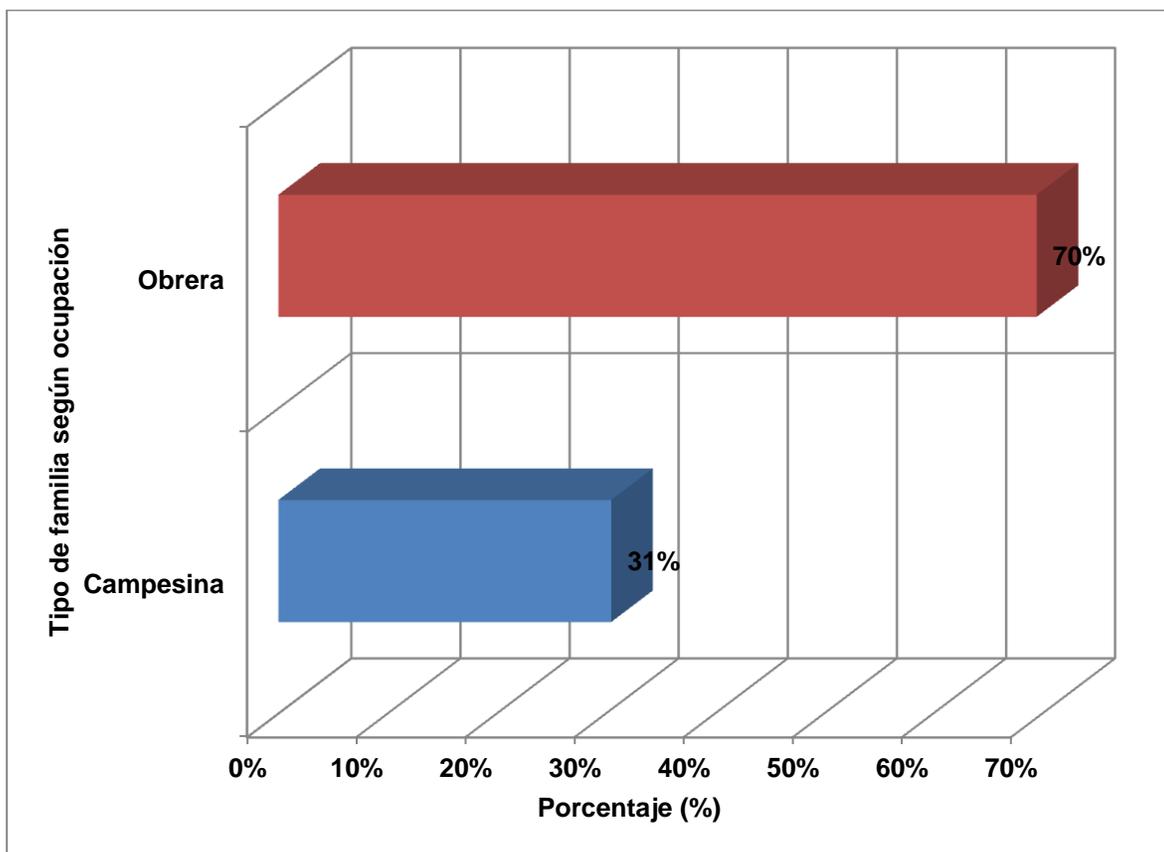


Fuente: Expedientes clínicos

TIPOLOGÍA FAMILIAR

El tipo de familia de origen de las adolescentes embarazadas según su ocupación fue el predominantemente obrera, que fue referido por el 70% (n=57). La distribución de frecuencias del tipo de familia según ocupación, se expone en la Gráfica 8.

Gráfica 8. Distribución de frecuencias del tipo de familia según ocupación



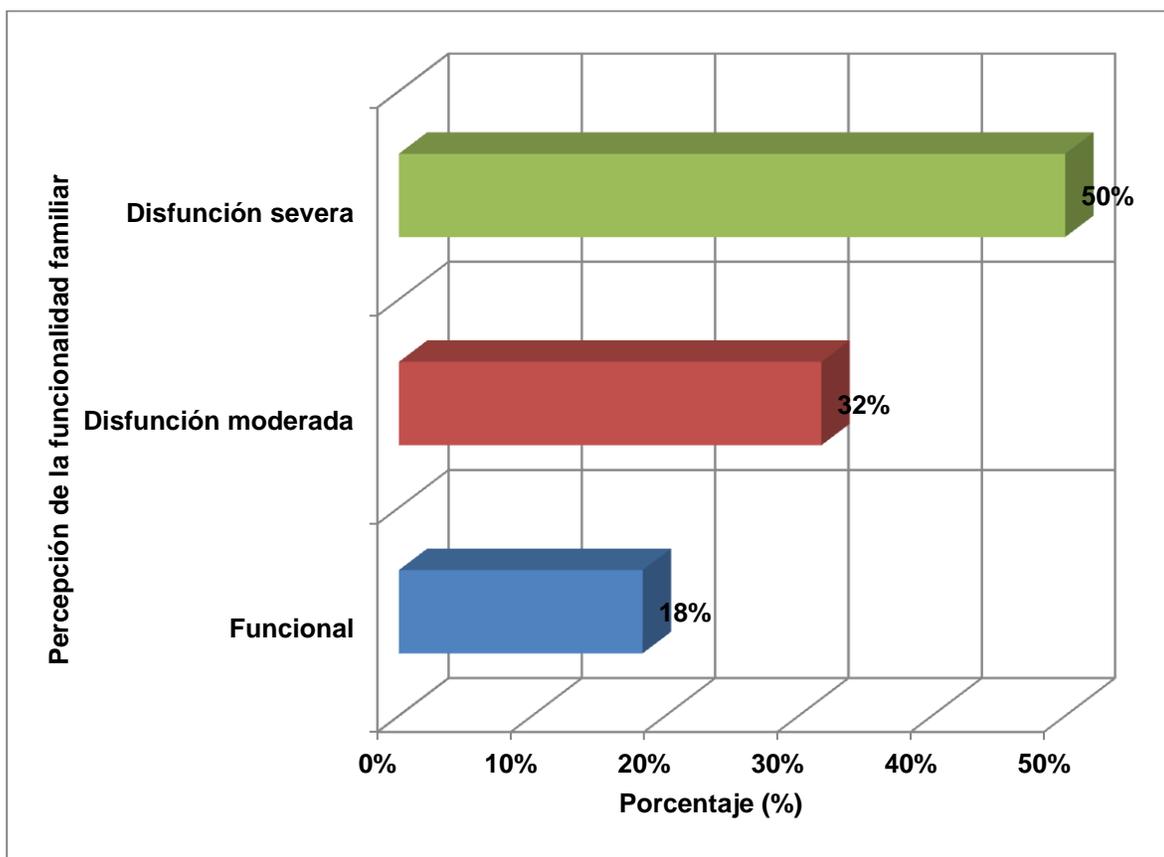
Fuente: Anamnesis

El tipo de familia de origen de las adolescentes embarazadas según sus integrantes fue 100% nuclear clásica (n=82).

EVALUACIÓN DEL APGAR FAMILIAR

La percepción de la funcionalidad familiar de la familia de origen de las adolescentes embarazadas fue predominantemente de disfunción severa, que se observó en el 50% (n=41). La distribución de frecuencias la percepción de la funcionalidad familiar de la familia de origen, se expone en la Gráfica 9.

Gráfica 9. Distribución de frecuencias la percepción de la funcionalidad familiar

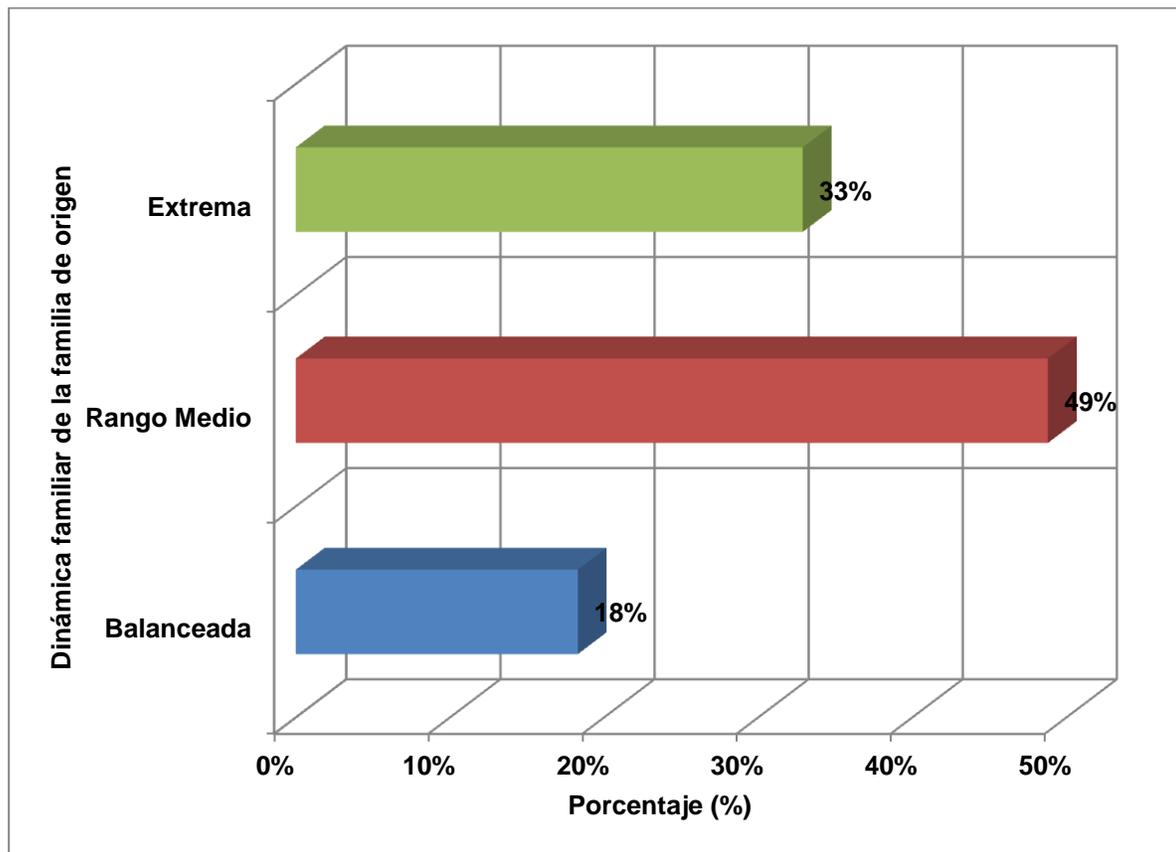


Fuente: APGAR Familiar aplicado

EVALUACIÓN DEL FACES III

La dinámica familiar de la familia de origen de las adolescentes embarazadas fue predominantemente rango medio, que se observó en el 49% (n=40). La distribución de frecuencias la dinámica familiar de la familia de origen, se expone en la Gráfica 10.

Gráfica 10. Distribución de frecuencias la dinámica familiar de la familia de origen

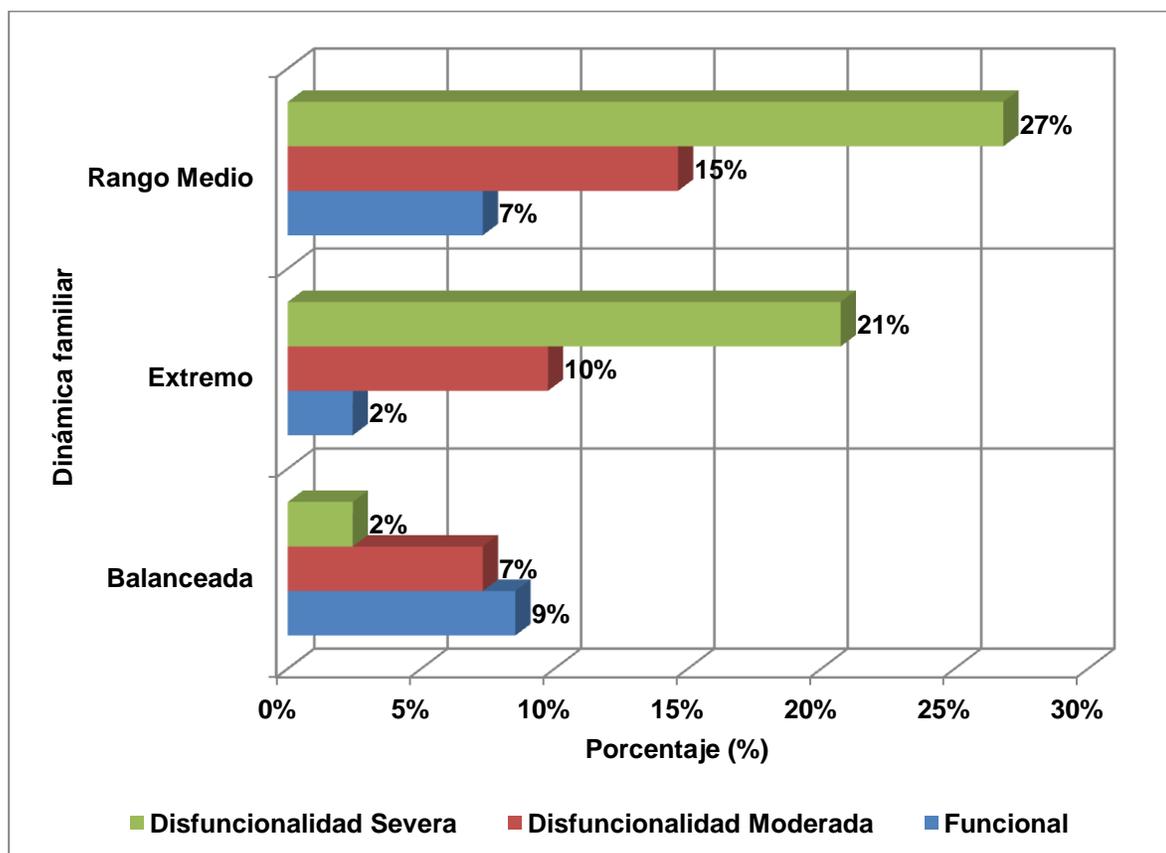


Fuente: FACES III aplicado

APGAR FAMILIAR Y FACES III

Al estratificar la percepción del funcionamiento familiar de la familia de origen de las adolescentes embarazadas en función de la dinámica de la misma, se observó que la frecuencia de percepción funcional fue más frecuente en las familias balanceadas, en donde se presentó en 9% (n=7), mientras que la percepción de disfunción moderada fue más frecuente en las familias de rango medio, en donde se presentó en 15% (n=12), al igual que la disfunción severa, que se presentó en 27% (n=22). La distribución de frecuencias la percepción de la funcionalidad familiar de la familia de origen según la dinámica familiar de la misma, se expone en la Gráfica 11.

Gráfica 11. Distribución de frecuencias de la percepción de la funcionalidad familiar de la familia de origen de las adolescentes embarazadas según su dinámica



Fuente: APGAR Familiar y FACES III aplicado

DISCUSIÓN

Con respecto al perfil demográfico de la adolescente embarazada, en esta serie, el perfil corresponde a una adolescente con una edad promedio de 17 años, con escolaridad secundaria, dedicada a las labores del hogar, la cual suele estar en unión libre durante el embarazo. Tal resultado corresponde con lo informado por Padrón-Arredondo,²³ y por Vázquez-Ríos y cols.,³⁹ quienes informan la misma media de edad. Por otra parte, en relación al perfil ginecobstétrico de la adolescente embarazada, que en esta serie corresponde a una adolescente que inició su actividad sexual entre los 16 y 17 años. Los resultados difieren con los reportados por Isuza y cols.,¹⁶ Padrón-Arredondo,²³ y Vázquez-Ríos y cols.,³⁹ quienes informan edades más tempranas de inicio de la vida sexual, que van de 13 a 14 años.

Con respecto a la tipología familiar, en este estudio, el embarazo adolescente ocurrió más frecuentemente en las familias nucleares y de clase obrera y campesina. Estos resultados, concuerdan con lo informado por Vázquez-Ríos y cols.,³⁹ en los que se señalan estos tipos de familias como aquellas en las que ocurre con mayor frecuencia el embarazo adolescente.

Por último, en relación a los resultados de la evaluación del APGAR familiar y el FACES III respecto a la familia de origen, en esta investigación, el embarazo adolescente ocurrió predominantemente en familias disfuncionales y de rango medio. Resultados que contrastan con lo informado por Vázquez-Ríos y cols.,³⁹ quienes reportan que la dinámica familiar de su población estudiada es extrema. Estas diferencias regionales deberán ser abordadas en estudios posteriores de carácter multicéntrico, idealmente de forma longitudinal.

CONCLUSIONES

En función de los resultados expuestos y las diferencias y similitudes encontradas con los estudios consultados, y en respuesta a los objetivos específicos planteados en el presente estudio, se concluye que:

- A) Demográficamente, el perfil de las adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, es una adolescente de 17.3 ± 1.7 años, generalmente de 19 años, de escolaridad secundaria, que vive en unión libre, es ama de casa, y sus padres están en unión libre.
- B) Ginecobstétricamente, las adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, inician su vida sexual entre los 16 y 17 años de edad, y suelen cursar con su primer embarazo.
- C) En cuanto a la tipología familiar, las adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, provienen de familias nucleares clásicas, generalmente obreras.
- D) El 82% de las adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, perciben como disfuncional su núcleo familiar de procedencia.
- E) La dinámica familiar de la familia de origen de las adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, es disfuncional en el 33% de los casos.
- F) La percepción de la funcionalidad de la familia de origen de las adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, es disfuncional aun cuando la dinámica de la misma es en apariencia funcional.
- G) Considerando el tamaño limitado de la muestra, en virtud de haber sido seleccionada por conveniencia, puede no ser representativa del universo al que pertenece, no obstante, dado el carácter de primera aproximación al problema, los resultados pueden ser considerados como pauta para recomendaciones puntuales para el desarrollo de futuras investigaciones, e incluso, como una visión relativamente “subestimada” del problema en su totalidad.
- H) Pueden existir variables no contempladas en el estudio que puedan tener efecto sobre las variables estudiadas, alterando en alguna medida los resultados, sin embargo, este sesgo es derivado de la falta de control de los investigadores

sobre el medio en el que se desarrolla el fenómeno de estudio, y de la exclusión intencionada de variables que no tienen relación directa con el objetivo de la investigación.

Se sugiere realizar estudios de seguimiento posteriores para investigar la evolución del problema incluyendo otras variables como violencia intrafamiliar, estudios de corte analítico para identificar factores asociados, y estudios de cohorte para evaluar la perpetuación y transmisibilidad de la disfunción familiar en las familias integradas por mujeres cuyo primer embarazo sucede durante su adolescencia. Se recomienda establecer un programa permanente de terapia familiar en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, considerando la elevada prevalencia de disfunción familiar percibida por las adolescentes embarazadas, que repercutirá en la dinámica y función de los núcleos familiares que éstas conformen posterior a su embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández MA, Gómez FJ, Irigoyen-Coria AE, y cols. Conceptos básicos para el estudio de las familias. 1ª Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. Archivos en Medicina Familiar. 2005;7(Supl 1):S15-9.
2. Mendoza LA, Soler E, Sainz L, Gil A, Mendoza HF, Pérez C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar. 2006;8:27-32.
3. Lauro BI. Fragmento del Capítulo 5. Atención Familiar. Temas de Medicina General Integral. Vol. 1. Salud y Medicina. México D.F.: Ecimed, 2002.
4. Ramón FC. Los valores y la familia. En: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Los valores y los desafíos actuales. Puebla: BUAP, 2001.
5. Fabelo JR. Los valores y los desafíos actuales. En: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Los valores y los desafíos actuales. Puebla: BUAP, 2001.
6. Organización Mundial de la Salud. La Familia y la Salud. 132ª Sesión del Comité Ejecutivo. Washington D.C.: OMS, 2003.
7. Martínez CS. Valoración epidemiológica de las actividades de atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003;19(1):33-42.
8. Valdivia-Sánchez C. La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. La Revue du REDIF [serie en Internet]. 2008;1:15-22 [consultado, diciembre 2012]. Disponible en <http://www.upcomillas.es/redif/revista/Deusto.pdf>
9. Archivos de medicina familiar, Conceptos básicos para el estudio de las familias [artículo en línea], 2005;7(1):15-9 [consultado diciembre 2012]. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>
10. Instituto Interamericano del Niño [en línea], [consultado, diciembre 2012]. Disponible en http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2012_UT_1.PDF
11. Vargas I. Familia y ciclo vital familiar [monografía en Internet] México: UNAM, 2010 [consultado, diciembre 2012]. Disponible en

<http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/4.1%20CICLO%20VITAL%20DE%20LA%20FAMILIA.pdf>

12. Tizón JL. Funciones psicosociales de la familia y cuidados tempranos de la infancia [monografía en Internet]. España: Institut Catalá de la Salut, 2011 [consultado, diciembre 2012]. Disponible en http://cg2010.espanet-spain.net/gest/sites/default/files/panel6/3/Ponencia/1/funciones_de_la_familia_y_cuidados_tempranos_cop_31002.pdf
13. Ramírez-Lumbreas C. E., Méndez-Espinosa E., Barrón-Garza F., Riquelme-Heras H., Cantú-Leyva R., Funcionalidad familiar y enfermedad crónica infantil [en línea], México [consultado, diciembre 2012]. Disponible en <http://www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/funcionalidadfamiliar.pdf>
14. Taborda-Restrepo PA., Pérez-Cano ME., Barbesi-Fernández DY., Funcionalidad familiar, seguridad alimentaria y estado nutricional de niños del Programa Departamental de Complementación Alimentaria de Antioquia. CES Medicina [serie en Internet]. 2011;25(1):6-19 [consultado, diciembre 2012]. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2611/261119568002.pdf>
15. Martínez-García YJ. Instrumentos para valorar la funcionalidad familiar [monografía en Internet]. España: Scribd, 2010 [consultado, diciembre 2012]. Disponible en <http://es.scribd.com/doc/46349228/Instrumentos-Para-Valorar-La-Funcionalidad-Familiar-2003>
16. Garza-Garza L. La familia como objeto de estudio [monografía en Internet] México: Sociedad Neolonesa de Medicina Familiar, 2011 [consultado, diciembre 2012]. Disponible en http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0CGcQFjAH&url=http%3A%2F%2Fwww.medicinafamiliarnl.com.mx%2Ffam2010%2FFAM_OBJETO.ppt&ei=UpQFUMGdAoO18AGo6KWGBw&usq=AFQjCNG_4pD_FIK_5KzrqyJVnnpZfl6dZEg&sig2=A5T_KdwE9EE73_9FgoDV3w
17. Gutiérrez T, Pascacio E, De la Cruz AA, Carrasco EV. Situación socio familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente. Revista de Enfermería IMSS. 2002;10(1):21-5.

18. Issler R. Embarazo en la Adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina. 2001;107:11-23.
19. López I, Lugones M, Valdespino L, Ambrosio S. Experiencias Médicas: Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2005;21:3-4.
20. Pantélides A. Aspectos Sociales del Embarazo y la Fecundidad Adolescente en América Latina. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Buenos Aires; Centro de Estudios de Población de Argentina, 2004.
21. Alonso RM, Campo A, González A, Rodríguez B, Medina L. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. Revista Cubana de Medicina General Integral [serie en internet]. 2005;21(5). [consultado, junio 2012]. Disponible en <http://www.infomed.sl.cu/medgralint/2005/21-5.pdf>
22. Tuñón E. Embarazo en Adolescentes del Sureste de México. Papeles de Población. CIEAP/UAEM. 2006;48:141-54.
23. Padrón G. Embarazo en adolescentes. Estudio sociodemográfico de 218 pacientes. Revista Médica Hospital General México. 2005;68(1):13-9.
24. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Diagnóstico de Salud de Villa Playas del Rosario. Centro, Tabasco: Secretaría de Salud. 2007.
25. Hernández-Ávila M. Epidemiología: Diseño y análisis de estudios. 1ª Edición. Cuernavaca, México: Editorial Médica Panamericana - Instituto Nacional de Salud Pública. 2007.
26. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación. 5ª edición. México D.F., México: McGraw Hill. 2010.
27. Smilkstein G. The family Apgar: a proposal of a family function test and its use by physicians. J Fam Pract. 1978;6:1231-9.
28. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family Apgar as a test of family function. J Fam Pract. 1982;15:303-11.
29. Arias L, Herrera A. El Apgar familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica. 1994;25:26-8.
30. Bellón AS, Delgado S. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar Familiar. Aten Primaria. 1996;18(6):289-96.

31. Gómez FJ, Irigoyen AE, Ponce ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam. 1999;1(2):45-57.
32. Barón-López de Roda A., Sánchez-Moreno E. Estructura social, apoyo social y salud mental. Psicothema. 2001;13(1):17-23.
33. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ, Terán-Trillo M, Irigoyen-Coria AE. Validez de constructo de cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria. 2002;30:624-30.
34. Martínez-Pampliega A, Galindez E, Sanz M. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale FACES: Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. Intern Journ Clin Health Psych. 2006;6(2):317-38.
35. Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria AE. FACES III: Alcances y limitaciones. Aten Fam. 2005;12(1):89-94.
36. Código de Nüremberg [monografía en Internet]. Barcelona: UB, 2007 [consultado, junio 2012]. Disponible en <http://www.bioeticayderecho.ub.es>
37. Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Edimburgo, Escocia: 52ª Asamblea Médica Mundial, 2000.
38. Cámara de Diputados del Heroico Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Última Reforma DOF-30-04-2012. México D.F., México: Diario Oficial de la Federación, 2012.
39. Vázquez-Ríos EM, Espejo-Romero P, Castro-Ramírez A. Dinámica y tipología familiar en adolescentes embarazadas de nivel socioeconómico medio, de Nuevo Laredo, Tamaulipas [Tesis]. Nuevo Laredo (Tamaulipas, México): Universidad Autónoma de Tamaulipas, 2009.

ANEXOS

A. APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Marcar con una 'X' según corresponda, sólo una respuesta para cada pregunta. Valores asignados a las respuestas: casi nunca = 0, a veces = 1, casi siempre = 2. Realizar sumatoria al terminar la aplicación del cuestionario.

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando algo le preocupa?

Casi nunca A veces Casi siempre

2. ¿Está satisfecho con el modo en que su familia discute los asuntos y problemas de la casa con usted?

Casi nunca A veces Casi siempre

3. ¿Encuentra que su familia acepta sus deseos de iniciar nuevas actividades y realizar cambios en su estilo de vida?

Casi nunca A veces Casi siempre

4. ¿Está satisfecho con el modo en que su familia le expresa su afecto y responde a sus sentimientos de ira, tristeza y amor?

Casi nunca A veces Casi siempre

5. ¿Está satisfecho con la forma en que su familia y usted comparten el tiempo juntos?, ¿siente que su familia lo quiere?

Casi nunca A veces Casi siempre

Calificación:

Evaluación:

00 – 03 Puntos = Disfunción familiar severa.

04 – 06 Puntos = Disfunción familiar moderada.

07 – 10 Puntos = Familia funcional.

B. FACES III

Instrucciones: Después de leer detenidamente cada pregunta, elija la respuesta de lo que usted crea que pasa en la familia de sus padres o en la familia donde creció y vivió hasta su primer embarazo, y márkelas con una "X".

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí					
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 más cercanos					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos					
11. Nos sentimos muy unidos					
12. En nuestra familia los hijos toman las 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 tomar decisiones					
18. En nuestra familia es difícil identificar que tiene la autoridad					
19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar					
Cohesión					
Adaptabilidad					

Puntuación:

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

Evaluación de la cohesión:

Sumatoria de las respuestas de las preguntas nones:

10 – 34 Puntos = No relacionada.

35 – 40 Puntos = Semi-relacionada.

41 – 45 Puntos = Relacionada.

46 – 60 Puntos = Aglutinada.

Evaluación de la adaptabilidad:

Sumatoria de las respuestas de las preguntas pares:

10 – 19 Puntos = Rígida.

20 – 24 Puntos = Estructurada.

25 – 28 Puntos = Flexible.

29 – 50 Puntos = Caótica.

C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco a de de 200

Por medio de la presente manifiesto que acepto ser "Participante" en el trabajo de investigación "Funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, 2008". El cual es llevado a cabo por el Médico Cirujano, Mauricio Oscar Xala Méndez, Médico Adscrito al Centro de Salud Comunitario Villa Playas del Rosario de Centro, Tabasco, como Tesis para obtener el Diploma de Especialista en Medicina Familiar, en lo sucesivo el "Investigador Responsable".

Hago constar que el "Investigador Responsable" ha hecho de mi conocimiento que el objetivo general de este estudio es:

- Evaluar la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco, en el año 2008

Reitero que acepto participar en el trabajo de investigación referido, en calidad de "Participante", y declaro que de forma previa a mi autorización de participación en el mismo, el "Investigador Responsable", ha hecho de mi conocimiento hasta la lograr mi absoluta comprensión lo siguiente:

- Mi participación consiste en responder a dos cuestionarios. Esto con el fin de evaluar la percepción del funcionamiento del núcleo familiar de procedencia y la dinámica familiar del mismo.
- Los riesgos a los que me enfrento al participar en esta investigación son:
 1. Divulgación accidental de la información, con posibilidad de afectación de la integridad moral, si se considera "sensible" la información proporcionada.
- La información que proporcione al "Investigador Responsable" será manejada confidencialmente, mi nombre y los datos que permiten identificarme sólo serán empleados única y exclusivamente en caso de que se detecte disfunción familiar; con la finalidad de informarme el resultado y ofertarme el tratamiento correspondiente.
- El "Investigador Responsable" del trabajo de investigación en cuestión, me ha dado la seguridad de que responderá a cualquier duda que me surja en torno al tema y a mi participación en la investigación.
- Entiendo que en mi calidad de "Participante" conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, aun cuando he autorizado por escrito mi participación en el mismo, sin que ello afecte la atención que recibo el Centro de Salud Comunitario Villa Playas del Rosario de Centro, Tabasco.

El "Investigador Responsable" y el "Participante", firman este Consentimiento Informado, en presencia de un "Testigo", aceptando que no hay dolo ni mala fe, en Villa Playas del Rosario, Centro, Tabasco a de de 200.

Participante, Padre o Tutor
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

Dr. Mauricio Oscar Xala Méndez
Investigador responsable