

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA CLÍNICA
DE CONSULTA EXTERNA DE SAN MARTÍN DE LAS PIRÁMIDES**

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

PRESENTA:

**PATRICIA VERÓNICA CABRERA MENDOZA
AUTORIZACIONES**



**DRA. ASELA MARIA DEL CARMEN LUNA EMBARCADERO
DIRECTORA CENTRO MEDICO ECATEPEC
ISSEMYM**



**DR. JAIME TORAL LÓPEZ
ENCARGADO DE LA UNIDAD DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
CENTRO MEDICO ECATEPEC**

AGRADECIMIENTOS

ESTADO DE MÉXICO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA CLÍNICA
DE CONSULTA EXTERNA DE SAN MARTÍN DE LAS PIRÁMIDES**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

PATRICIA VERÓNICA CABRERA MENDOZA

AUTORIZACIONES:



DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ

DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

ISSEMYM



ING. JOANNA GALINDO MONTEAGUDO

ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

ISSEMYM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA

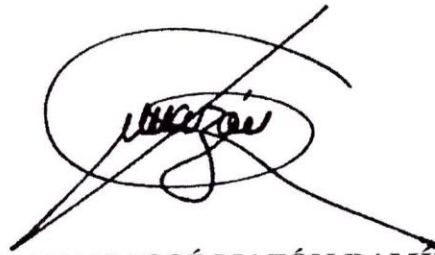
**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA DE
SAN MARTÍN DE LAS PIRÁMIDES”**

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

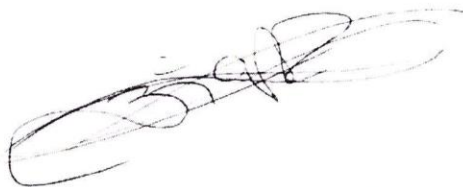
PRESENTA

DRA. PATRICIA VERÓNICA CABRERA MENDOZA

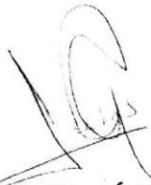
AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS
CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC
COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN

Estando reunidos en la Sala de Juntas de la Jefatura de Enseñanza del Hospital, los integrantes de la Comisión Evaluadora, Dr. Jaime Toral López, Dr. Alberto Velázquez Díaz, Dr. Carlos Hermida Escobedo, Dr. Dante Rivera Zetina, Dr. Cuauhtémoc Peláez Águila, Dr. Miguel Ángel Jiménez López, Lic en Enf. Mónica González Correa, Lic. en Admon. Carlos Hugo Camacho Gómez, Q.F.B. Ilda Cecilia Almanza Fuentes en reunión extraordinaria el día 04 de Diciembre del año dos mil diecisiete y ante la presentación de la Tesis de la C. Médico Residente **Patricia Verónica Cabrera Mendoza** de la Especialidad de Medicina Familiar, cuyo título es: **“Funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas de la clínica de consulta externa de San Martin de las pirámides”**, quién después de haber llevado a cabo las correcciones y observaciones emitidas por esta comisión, se ha decidido **APROBAR** la tesis final. -----

Se expide la presente acta en la ciudad de Ecatepec de Morelos, Estado de México, el cuatro de diciembre del año dos mil diecisiete.

DR. JAIME TORAL LÓPEZ
PRESIDENTE

DR. ALBERTO VELAZQUEZ DIAZ
SECRETARIO

DR. DANTE RIVERA ZÉTINA
VOCAL

DR. CARLOS HERMIDA ESCOBEDO
VOCAL

DR. CUAUHEMOC PELAEZ AGUILA
VOCAL

DR. MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ LÓPEZ
VOCAL

ENF. MÓNICA GONZALEZ CORREA
VOCAL

Q.F.B. ILDA CECILIA ALMANZA FUENTES
VOCAL

LIC. CARLOS HUGO CAMACHO GOMEZ



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

**UNIDAD ACADÉMICA
CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA CLÍNICA
DE CONSULTA EXTERNA DE SAN MARTÍN DE LAS PIRÁMIDES**

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

**PRESENTA:
PATRICIA VERÓNICA CABRERA MENDOZA**

**DR. MIGUEL ANGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
ASESOR DE TESIS**

ISSEMYM

ESTADO DE MÉXICO 2017

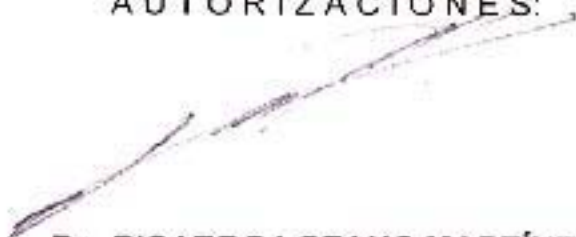
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA CLÍNICA
DE CONSULTA EXTERNA DE SAN MARTÍN DE LAS PIRÁMIDES**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

PATRICIA VERÓNICA CABRERA MENDOZA

AUTORIZACIONES:



DR. RICARDO LOZANO MARTÍNEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN
CENTRO MEDICO ECATEPEC ISSEMYM



DR. MIGUEL ANGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

ASESOR DE TESIS

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

ESTADO DE MÉXICO 2017

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la oportunidad de estudiar esta especialidad, por guiarme y acompañarme aun en las situaciones difíciles que surgieron en este camino.

A mis padres por apoyarme en mis decisiones, por la confianza brindada, apoyo, entusiasmo para poder lograr esta meta, por darme la oportunidad y facilidades para continuar con este proyecto. Gracias por la familia que formamos.

A Marco Nava mi futuro esposo, le agradezco por iniciar y terminar esta etapa juntos, por estar siempre conmigo, por estar presente en los buenos y malos momentos, por extenderme la mano para salir adelante y caminar juntos, por darme la fuerza para salir adelante. Agradezco a Dios el haberlo puesto en mi camino.

A Irán Oliva, una gran mujer y amiga a quien aprecio y admiro, por la fortaleza con la que enfrenta las situaciones, por compartirme su aprendizaje de vida, por ser mi guía y apoyo en mi crecimiento personal y profesional.

A la Dra. Asela Luna, por su confianza, apoyo y las facilidades para lograr este objetivo.

A la UNAM, mi segunda casa, por acogerme bajo sus alas brindándome las herramientas necesarias, para ser mejor profesional, sé que pertenezco a la mejor casa de estudios.

Dr. Miguel Ángel Hernández, a quien admiro por su profesionalismo, por guiarme en este proyecto, por enseñarme la importancia de la Medicina Familiar, en mi vida personal y profesional. Dios lo Bendiga.

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO	1
Definición	1
Epidemiología	2
Adolescencia y embarazo	3
Cambios en el desarrollo corporal	4
Actitud de la embarazada adolescente	5
Factores de riesgo para el embarazo adolescente	6
Complicaciones en el embarazo	7
Medidas preventivas para el embarazo adolescente	8
La familia en la adolescente	9
Dinámica familiar	11
Funcionalidad familiar	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
Pregunta de investigación	15
JUSTIFICACIÓN	16
OBJETIVOS	17
General	17
Específicos	17
METODOLOGÍA	17
Tipo de estudio	17
Población, lugar y tiempo de estudio	17
Tipo de muestra y tamaño de la muestra	18
Criterios de inclusión	18
Criterios de exclusión	18
Criterios de eliminación	18

VARIABLES	19
PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	21
CONSIDERACIONES ÉTICAS	222
RESULTADOS	233
TABLAS Y GRÁFICAS	244
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	300
AUTOCRÍTICA	300
PROPUESTAS DE MEJORA	311
REFERENCIAS	322
ANEXOS	355
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	355
DATOS GENERALES DE LA ADOLESCENTE (CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN)	366
EVALUACIÓN ESCALA DE FACE III	38

MARCO TEÓRICO

Definición

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años, con dos fases, la adolescencia temprana entre los 10 a 14 años y la adolescencia tardía entre los 15 y 19 años se caracteriza por una serie de cambios orgánicos, así como por la integración de funciones de carácter reproductivo, acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil. Muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad.¹

La adolescencia es un período difícil para la mayoría de las personas jóvenes, porque tienen que afrontar decisiones respecto al matrimonio, educación y trabajo, que determinarán el curso de sus vidas. En este período de vida ocurren comportamientos poco responsables como tener relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos, el cual puede tener efectos negativos en el ámbito social, económico y de salud porque derivan en embarazos no deseados y/o enfermedades de transmisión sexual ²

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre dentro los dos primeros años de edad ginecológica, entendiéndose por tal el tiempo transcurrido desde la menarquia y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Por lo que es una situación muy especial, pues se trata de mujeres que por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madres.

Una alta tasa de embarazos durante la adolescencia trae como consecuencia el aumento poblacional y la posibilidad de una alta tasa global de fecundidad, lo cual repercutirá en el desarrollo de sus hijos y en muchos casos frustra sus aspiraciones profesionales. De modo que trae consigo riesgos tanto para la madre como para el producto, por lo que ha sido considerado en la región como un problema prevalente. ³

Epidemiología

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años (Stern, 1997). A nivel mundial, cada año nacen 15 millones de niños(as) de mujeres menores de 20 años, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados. De ellos, aproximadamente el 60% no son planeados (IPAS, 1999). Este hecho es motivo de preocupación de varios sectores e interés de diversos investigadores, debido a los riesgos biopsicosociales a que conlleva (Villar y Cols, 1992).

En México el número de mujeres adolescentes se incrementó de manera importante durante los últimos treinta años. En 1970 había aproximadamente 5.7 millones, para el año 2000 esta población casi se duplicó al llegar a 10.7 millones. En contraste, durante éste mismo periodo la tasa de nacimientos en madres adolescentes descendió de forma considerable, mientras que en 1970 había 58 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes, para el año de 1998 se redujo a 36 nacimientos por cada mil (CONAPO, 1998).

De acuerdo con las proyecciones de población elaboradas hasta el año 2050 por el Consejo Nacional de Población (1999), se estima que la población entre 10 y 19 años, debido al peso de la inercia demográfica, continuará aumentando hasta el año 2006 con un máximo histórico de 21.8 millones, y entonces empezará a reducir su tamaño para alcanzar 13.5 millones en el año 2050.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado al embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes porque repercute en la salud de la madre y en la del niño.

La mortalidad de mujeres de 15 a 19 años en los países en desarrollo se duplica en comparación con la tasa de mortalidad del grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres de 24 años corresponde a 33% del total.⁴

La mitad de los jóvenes y adolescentes (49.9%) se concentran en solo 7 de las 32 entidades federativas: Estado de México (13.3%), Distrito Federal (8.4%), Veracruz (7.0%), Jalisco (6.6%), Puebla (5.1%), Guanajuato (5.1%) y Michoacán (4.4%). En el grupo de edad de 15 a 24 años, 74 % viven en áreas urbanas y el 26 % viven en áreas rurales. La presente generación adolescente tiene acceso a más y mejores oportunidades de desarrollo que las generaciones previas, el perfil social es más urbano y ha aumentado el nivel promedio de escolaridad. Más de la mitad (59%) ha completado la educación secundaria, lo que significa mayor capacidad para acceder a la información y a la tecnología moderna, una mayor socialización entre los géneros y un cambio en los patrones de relación entre hombres y mujeres. ⁴

ENSANUT 2012 reporta 37 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes entre los 12 y 19 años, 962 mil 556 mujeres adolescentes reportaron tener un hijo o más, es decir, 6.74 % del total de adolescentes del país. Hasta 2010, existían 4.1 millones de mujeres mexiquenses de todas las edades con un hijo o más.⁵

Sin embargo, a pesar de estos cambios, el nivel educativo sigue siendo bajo en comparación con las exigencias de calificación en el mercado de trabajo. Se sabe, además, que hay una asociación estadística entre maternidad temprana y baja escolaridad. ⁶

Adolescencia y embarazo

La adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades, pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas. La adolescencia también puede ser considerada como el tiempo transcurrido desde la menarquía en la mujer y la polución nocturna en el hombre, edad en la que se alcanza la madurez sexual en ambos.⁷

La adolescencia es la etapa durante la cual se producen cambios fisiológicos, mentales, afectivos y sociales profundos. En esa etapa de transición, los cambios ocurren con rapidez y son necesarias continuas readaptaciones; los jóvenes se hacen más autónomos de su

familia, de las instituciones educativas, de la moral y en general de la influencia de los adultos.⁸

El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasa o suspende los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo. Si bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, este debe de hacerse con responsabilidad para uno mismo, la pareja y los hijos presentes y futuros.⁹

Cambios en el desarrollo corporal

El crecimiento de un individuo, a partir de la niñez, es tan rápido y desconcertante, que atraviesa las diferentes fases sin mostrar una naturaleza fija. Pueden distinguirse dos periodos la pubertad y la adolescencia.

Si se compara la pubertad con la adolescencia se encontrará que el primer periodo hace referencia más directamente al aspecto fisiológico, caracterizado por la transformación “físico-sexual” del individuo y que se define por la aptitud para la procreación.

El segundo periodo se centra en la aparición de características y fenómenos afectivos que determinan cambios en toda su personalidad, y se manifiesta en las niñas con la aparición de la primera menarquia y en los niños por las primeras eyaculaciones.

La adolescencia constituye una “época” que abarca varios años. Adolescencia viene del latín *adolescencia* y de su raíz *adolecere*, falta, carencia.

Los adolescentes adolecen de una parte importante del conocimiento, viven una etapa de transición en la que comienzan a adquirir experiencia y a aprender de sus errores.

La adolescencia constituye la transición hacia la vida adulta, ser mujer implica la asignación sociocultural de los papeles de esposa y madre.

La adolescencia es fundamentalmente una etapa de rápido e intenso crecimiento físico, acompañado de profundos cambios en el cuerpo.

Se manifiesta como un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta; comienza con la pubertad y se extiende desde los 13 o 14 a los 18 años en la mujer, y desde los 13 o 14 a los 20 años, aproximadamente, en los hombres.

A partir de la pubertad comienza el proceso de cambios físicos que convierte a la niña en un adulto capaz de reproducirse sexualmente. Esto no quiere decir que la niña esté preparada para ser madre. Las consecuencias negativas a largo plazo del embarazo en la adolescente pueden resumirse en dos grandes rubros, las que repercuten en la salud y el crecimiento del niño, y las que corresponden al desarrollo personal y vida futura de la propia adolescente.¹⁰

Actitud de la embarazada adolescente

Se ha reportado que el embarazo en la adolescente está relacionado con otras conductas antisociales, como el consumo excesivo de drogas y alcohol, y los actos delictivos, lo que refleja su bajo nivel de aceptación de las normas de conducta de la sociedad.

Con respecto al estado anímico y ajuste personal, algunos autores sugieren que el embarazo en la adolescente surge a raíz de sentimientos de rechazo, abandono y soledad, a veces crónicos y en otros casos aparentemente vinculados con una pérdida (real o percibida) o la enfermedad crónica de un ser querido.

Las actitudes y expectativas que tiene una madre adolescente en cuanto al rol materno y la crianza de los hijos contribuyen, en cierta medida, a la calidad de la relación que establece con su hijo. También en este aspecto tiene desventaja en comparación con las madres en edad adulta.

En algunos estudios se ha demostrado que las madres adolescentes tienen escaso conocimiento del desarrollo del niño, expectativas menos realistas en cuanto a la conducta infantil, actitudes más punitivas y menor sensibilidad a las necesidades del niño.

Estas diferencias parecen ser menores en los primeros meses posparto y en las adolescentes que reciben apoyo por parte de su familia que en las adolescentes que son rechazadas en su núcleo familiar.¹⁰

Factores de riesgo para el embarazo adolescente

Los estudios realizados a nivel mundial asocian el embarazo adolescente con estas causas:

Factores estructurales:

- Situación de conflicto armado, violencia urbana y desplazamiento: contribuye a la mayor vulnerabilidad en poblaciones afectadas y presiona formas de relación de los adolescentes con los diferentes actores armados que comprometen su sexualidad y reproducción.
- Situación de exclusión social de los adolescentes en relación con los servicios de educación, salud y el empleo: las ofertas institucionales no discriminan de manera positiva a la población adolescente y muchos de ellos y ellas son expulsados de la escuela y presionados a ingresar al mundo laboral por la situación de pobreza.
- Situaciones y grupos de riesgo: mujeres y hombres en prostitución, prostitución infantil y otras formas de explotación sexual. También se ha reportado que los adolescentes de sexo masculino con historia de abuso físico.

Factores individuales

- Correr riesgos voluntariamente forma parte del crecimiento y desarrollo de la población de menor edad. Los ayuda a probar fuerzas y capacidades para enfrentarse al mundo. Desafortunadamente, en ocasiones, los jóvenes homologan los comportamientos de riesgo con muestras de madurez. Nuestras sociedades, en vertiginoso y a veces caótico cambio, ofrecen cada vez más oportunidades de aventura y vértigo a los jóvenes, que pueden conducir a efectos colaterales negativos para la salud.
- Creencias y prácticas asociadas a la maternidad y a la paternidad, a la feminidad y masculinidad como asuntos centrales de los proyectos de vida de los adolescentes y únicos destinos de realización personal.
- Búsqueda de reconocimiento, afirmación social y de afectividad por la vía de la maternidad, personalidades dependientes de la aprobación masculina que presiona ejercicios de la sexualidad temprana, el embarazo y la maternidad.

La autoestima se considera un factor protector que ayuda a las personas jóvenes a superar situaciones difíciles. Por el contrario, la baja autoestima está asociada a problemas de salud tales como depresión, suicidio, anorexia nerviosa, delincuencia, conducta de riesgo sexual y otros problemas de ajuste.

- Afán de compartir y de experimentar la sexualidad y el cuerpo, vinculados al reconocimiento por parte del otro y de los grupos de amigos.

Factores institucionales

- Marginalidad femenina y masculina de los servicios de salud, la escuela o del colegio y otros servicios sociales.

- Déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva; prevención para la población adolescente incluida la anticoncepción y educación sexual y falta de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos. Cuando los servicios se prestan, en ocasiones son rechazados por los adolescentes por motivos de actitudes de juzgamiento y falta de apoyo del personal de salud, denotando falta de preparación para la prestación del servicio.

- Horarios de prestación de servicios inadecuados para las personas jóvenes que estudian y/o trabajan.

- Desconocimiento de los derechos en salud y bajo acceso a los recursos institucionales de justicia y protección.¹¹

Complicaciones en el embarazo

En el desarrollo de la preeclampsia, entre otros cuadros clínicos, se invoca una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped. El feto, por tener el 50 % de su estructura antigénica de origen paterno viene a ser una especie de injerto. El fallo del mecanismo inmunológico adaptativo se ha relacionado con factores tales como la inmadurez del sistema inmunológico materno o, con una alteración funcional, que en parte podría estar asociada con una condición de mala nutrición materna, muy común en gestantes adolescentes.

En cuanto a los factores que aumentan el riesgo, se han identificado la primigestación, edades maternas extremas, exposición limitada al esperma.

La preeclampsia no es sólo una hipertensión inducida por el embarazo, sino es secundaria a interacciones que provienen de una perfusión placentaria disminuida, así como de la alteración en la función endotelial. Parte de la respuesta a la disminución de la perfusión placentaria puede ser por adaptación del feto a la menor cantidad de nutrientes recibidos.

Wallemburg describe un “síndrome de mala adaptación circulatoria” por un inadecuado funcionamiento de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria durante el embarazo, que tiende a ocasionar:

Hipertensión arterial materna

Prematuridad

Retardo del crecimiento intrauterino

Desprendimiento prematuro de la placenta

Se ha postulado una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal.¹²

En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto por la desproporción cefalopélvica; distocias que provocan mayor uso de fórceps y ejecución de cesáreas que predisponen a sepsis y otras complicaciones, desgarros, hemorragias e infecciones secundarias por la difícil manipulación, debido a la estrechez del canal y el desarrollo incompleto de la pelvis, favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas, así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas.¹³

Medidas preventivas para el embarazo adolescente

Considerando el impacto de esta condición, es importante en primer lugar disminuir la incidencia del embarazo en este grupo poblacional, tomando medidas de prevención a través de campañas que proporcionen información calificada y veraz sobre educación y

salud sexual y reproductiva que incluya el uso adecuado de los anticonceptivos y los testimonios de pares.

Estas campañas de prevención deben, además, promover entre los y las jóvenes una reflexión sincera e informada, que les permita descubrir sus miedos y sus deseos inconscientes y traerlos a la conciencia para poder trabajarlos desde la objetividad que les ofrece la información sobre sus consecuencias y riesgos.

En segundo lugar, hay que insistir en una atención temprana del embarazo de estas jóvenes mediante un control prenatal adecuado, llevado a cabo por personal profesional entrenado en la atención de adolescentes para disminuir el riesgo biológico, tanto para la madre como para el producto.

Como tercer punto, es fundamental el abordaje integral que incluya la atención psicológica a la adolescente, al padre del bebe y a la familia de ambos, durante y después del embarazo, con el objetivo de atenuar el impacto de esta situación en todos ellos, ya que puede considerarse también de alto riesgo biopsicosocial.

Se puede decir que el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública de origen multifactorial, que como tal amerita una atención especializada de estrategias preventivas, que lo aborden de manera interdisciplinaria e intersectorial.

Por lo tanto, al contemplar el grave problema que representa el embarazo adolescente en nuestro país, es fundamental que los responsables de tomar las decisiones promuevan e impulsen políticas públicas de salud, que incluyan el tema de la educación sexual y reproductiva.¹⁴

La familia en la adolescente

La familia constituye el primer grupo al cual pertenece el ser humano; en ella se modelan sus primeros sentimientos y vivencias, y se incorporan las principales pautas de comportamiento; por tanto, es en el hogar donde se dan las condiciones para que el niño o

la niña, mientras crecen, se desarrollen como personalidades maduras y estables, al satisfacer sus necesidades afectivas, de seguridad y confianza, y materiales, requeridas para su crecimiento y desarrollo.

Así, la adolescencia de un miembro de la familia es considerada como una crisis familiar normativa o ligada al ciclo vital de esta. Los cambios y las transformaciones que se dan en la adolescencia tienen implicaciones en el sistema familiar, y a la vez están impregnados de las pautas y normas de convivencia que se van desarrollando desde la más temprana infancia, en el seno de la familia, la cual es vista como uno de los enfoques integradores que debe ser aplicado como estrategia de atención, y uno de los microambientes promotores de salud, desarrollo y bienestar.¹⁵

El embarazo temprano incrementa las dificultades para manejar situaciones tanto cotidianas como eventuales, como aquéllas vinculadas con el desarrollo escolar y futuro laboral.

Dicha condición agudiza las inequidades de género y precariedad, particularmente para las mujeres. La expectativa social de la adolescencia es que esta es una etapa en la que los individuos se preparan para la vida y adquieren habilidades para desarrollarse con plenitud¹⁶ es a través de ella como el adolescente trata de reconocerse a sí mismo y apropiarse de su proyecto de vida; de manera tal que cualquier suceso que altere la dinámica familiar puede obstaculizar el sano desarrollo de los adolescentes.¹⁷

Este hecho genera un conflicto familiar en el que los padres sienten frustración por no haber impartido suficientes valores morales a su hija, obligando en muchas ocasiones a formalizar relaciones conyugales entre adolescentes que a futuro serán temporales.

Por todo ello se considera importante el apoyo social y familiar ante esta situación, para que la adolescente comience a ser plenamente responsable y se fortalezcan los lazos filiales.¹⁸

Dinámica familiar

La dinámica familiar se define como el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales e intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación y dotación) al que se atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar.

Estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y determinan el buen o mal funcionamiento de la familia, lo cual es un factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad.

Es el conjunto de pautas transaccionales que establecen de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo a la etapa del ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia.¹⁹

Cuando la dinámica familiar es funcional hablamos de una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre los miembros de la familia que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás.

En la familia funcional existe sinergia, que crea elementos originales combinados sin que pierdan su identidad.²⁰

Funcionalidad familiar

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

La familia acorde a sus posibilidades debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.²¹

Existen diversas escalas o instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar, entre ellos se encuentran: Índice de función familiar de Pless y Satterwhite, la Escala de evaluación familiar de Beavers y Timberlawn, la Clasificación triaxial de la familia de Tseng y McDermott, la Escala de eventos críticos de Thomas Holmes, el Modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar de Salinas y col, la Escala de funcionamiento familiar de Espejel y col, el Apgar familiar de Gabriel Smilkstein, el Círculo familiar de Thrower, Bruce y Walton, el FACES de David H. Olson, la Evaluación del subsistema conyugal de Olson .²²

Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el modelo circunflejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979).

El modelo circunflejo inicialmente constaba únicamente de dos dimensiones, cohesión y adaptabilidad, aunque posteriormente Olson, Russell y Sprenkle (1983) incorporaron una tercera dimensión, la comunicación, como una dimensión facilitadora.

El FACES III es Instrumento de evaluación ,sobre funcionalidad familiar, la cual evalúa dos principales campos: cohesión y adaptabilidad, mediante 20 reactivos, divididos en 10 para adaptabilidad y 10 para cohesión, cuenta con una escala que incluye cinco opciones nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre con puntuaciones del 1 al 5, cada aseveración debe ser contestada en relación a la forma en que reacciona su familia antes las situaciones habituales de la vida y no de la manera en que le gustaría que reaccionara.²²

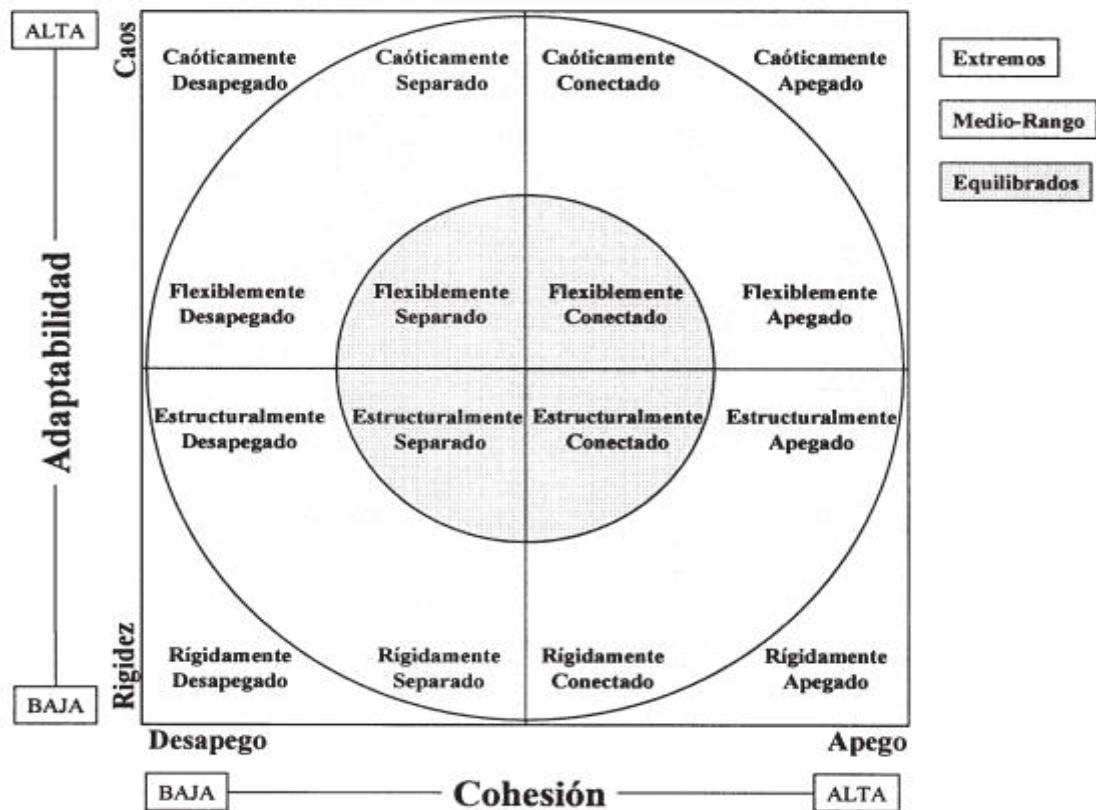
La cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia, en nuestro caso) tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar.

Cada una de estas dimensiones está compuesta por diferentes variables que contribuyen a su comprensión (Olson, 1988).

Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas.

Inicialmente, en las primeras versiones del modelo (Olson, Russell y Sprenkle, 1980) también se incluyeron en esta dimensión el asertividad, el control o el feedback. Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar.

Es por ello por lo que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles.



En el caso de la cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias desapegadas (cohesión baja).

La adaptabilidad, por su parte, constituye los siguientes tipos de familias: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta).

La comunicación es una dimensión facilitadora, cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal; es decir, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar.

Entre los conceptos considerados se encuentran: empatía y escucha activa por parte del receptor, habilidades del emisor, libertad de expresión, claridad de expresión, continuidad y respeto y consideración. ²³

En México, se concluye que la prueba es relativamente confiable y válida, realizando un análisis factorial confirmatorio y estableciendo los coeficientes de confiabilidad para cada factor. ²⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

He observado durante las diferentes etapas dentro del hospital, en las rotaciones realizadas por el servicio de Ginecología y Obstetricia me he dado cuenta que día a día está en aumento la prevalencia de adolescentes embarazadas, a pesar que en la actualidad se tiene acceso a información sobre el uso de métodos anticonceptivos, mayor difusión sobre la prevención de embarazos no deseados en este grupo de edad, hoy en día las adolescentes tienen muchas facilidades en obtener un método de planificación familiar, el cual no les genera costo alguno; a pesar de los esfuerzos empleados por la autoridades sanitarias, sigue en aumento ya que se considera un problema de salud por las complicaciones que llegan a presentar ya que por la edad es un embarazo de alto riesgo. En la mayoría de los casos esta situación genera una crisis no normativa por lo que la familia debe de adaptarse a esta situación tratando de resolverla de la mejor manera, ya que la aparición de un embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de cada miembro, ya que se crean necesidades en torno al binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas que acuden a la Clínica de Consulta Externa de San Martín de las Pirámides, del 01 de abril al 30 de septiembre de 2016?

JUSTIFICACIÓN

La OMS ⁴ reporta a nivel mundial 16 millones de mujeres embarazadas entre 15 y 19 años y aproximadamente 1 millón de mujeres menores de 15 años, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos, ENSANUT ⁵ 2012 reporta 37 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes entre los 12 y 19 años, 962 mil 556 mujeres adolescentes reportaron tener un hijo o más, es decir, 6.74 % del total de adolescentes del país. Hasta 2010, existían 4.1 millones de mujeres mexiquenses de todas las edades con un hijo o más. De este universo, 139 mil 674 eran mujeres adolescentes. 12 de cada 100 adolescentes en el Estado de México tenían al menos un hijo o más.

Actualmente en esta unidad no se cuenta con estudios relacionados en el tema.

El hecho de desarrollar este proyecto de investigación, es para evaluar la importancia de la funcionalidad familiar en la adolescente embarazada e identificar si la función familiar y/o disfunción familiar son una de las causas por la que los adolescentes se embarazan en esta etapa del ciclo vital individual, logrando entender esta crisis normativa que es la adolescencia, reducir los gastos económicos que genera para el instituto el manejo de un embarazo de alto riesgo en una adolescente, para mi es importante este estudio ya que podré obtener el grado de especialista en medicina familiar, teniendo una mejor preparación y experiencia médica, para contribuir a las soluciones de los problemas de salud que hoy en día enfrentamos, y contribuir en el conocimiento de los médicos especialistas en medicina familiar.

Este problema se puede modificar a través de trabajar con un equipo multidisciplinario, donde se otorguen diferentes tipos de pláticas a las adolescentes para lograr una integralidad, continuidad, mejorar la capacidad de la familia para enfrentar crisis no normativas, reforzar los sistemas de apoyo.

Fue factible realizar este estudio dentro de la unidad médica, se contó con el apoyo de las autoridades directivas y administrativas, quienes otorgaron las facilidades necesarias; la utilización de recursos materiales, papelería, apoyo del personal de enfermería para

capturar a las pacientes embarazadas y la disponibilidad y actitud de su servidora para poder llevar a cabo esta investigación.

OBJETIVOS

General:

Evaluar la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas que acuden a la Clínica de Consulta Externa de San Martín de las Pirámides del 01 de abril al 30 de noviembre de 2016.

Específicos:

De las adolescentes embarazadas

- a) Clasificar por Edad, escolaridad, estado civil, ocupación y religión.
- b) Clasificar a las familias de acuerdo con el FACES III; Cohesión y adaptabilidad

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, transversal.

Población, lugar y tiempo de estudio

Actualmente la Clínica de Consulta externa de San Martín de las Pirámides cuenta con más de 14,000 derechohabientes de los cuales 2590 corresponden a adolescentes entre los 10 y 19 años, de los cuales 1324 corresponde a mujeres, actualmente se cuenta con un censo general de 157 embarazadas.

La clínica está localizada en calle Ascensión Álvarez sin número Colonia Primavera San Martín de las Pirámides Estado de México, en los turnos matutino, vespertino y especial, que acuden a control prenatal del 01 de abril al 30 de noviembre de 2016.

Tipo de muestra y tamaño de la muestra

No probabilística por conveniencia

Criterios de inclusión:

- a) Adolescente derechohabiente embarazada
- b) Que desee participar en el proyecto
- c) Firme el consentimiento debidamente informado
- d) En compañía de un adulto responsable de ella
- e) Que sepa leer y escribir

Criterios de exclusión:

- a) Adolescente embarazada no derechohabiente
- b) Embarazadas que no cumplan con la edad para este grupo de estudio
- c) Que no sepa leer y escribir

Criterios de eliminación:

- a) Cuestionarios mal contestados
- b) Cuestionarios incompletos

VARIABLES

Variable	Definición	Tipo de variable	Escala
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Cuantitativa continua	10 a 19 años
Escolaridad	Espacio de tiempo en que dura la enseñanza obligatoria.	Cualitativa ordinal	1.Analfabeta 2.Primaria completa 3.Primaria incompleta 4.Secundaria completa 5.Secundaria incompleta 6.Bachillerato completo 7.Bachillerato incompleto 8.Otro
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa	Cualitativa nominal	1.Hogar 2.Estudiante 3.Trabaja Que: _____
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Cualitativa nominal	1.Soltera 2.Unión libre 3.Casada 4.Divorciada 5.Viuda

Religión	Conjunto de creencias y comportamientos de un grupo determinado de personas donde el hombre reconoce una relación con la divinidad.	Cualitativa	1. Católica 2. Cristiana 3. Testigo de Jehová 4. Otra _____																		
Funcionalidad Familiar	Funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Cualitativa ordinal	<p>Cohesión:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: right;">Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No relacionada</td> <td style="text-align: right;">10-34</td> </tr> <tr> <td>Semirelacionada</td> <td style="text-align: right;">35-40</td> </tr> <tr> <td>Relacionada</td> <td style="text-align: right;">41-45</td> </tr> <tr> <td>Aglutinada</td> <td style="text-align: right;">46-50</td> </tr> </tbody> </table> <p>Adaptabilidad:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tbody> <tr> <td>Rígida</td> <td style="text-align: right;">10-19</td> </tr> <tr> <td>Estructurada</td> <td style="text-align: right;">20-24</td> </tr> <tr> <td>Flexible</td> <td style="text-align: right;">25-28</td> </tr> <tr> <td>Caótica</td> <td style="text-align: right;">29-50</td> </tr> </tbody> </table>		Puntos	No relacionada	10-34	Semirelacionada	35-40	Relacionada	41-45	Aglutinada	46-50	Rígida	10-19	Estructurada	20-24	Flexible	25-28	Caótica	29-50
	Puntos																				
No relacionada	10-34																				
Semirelacionada	35-40																				
Relacionada	41-45																				
Aglutinada	46-50																				
Rígida	10-19																				
Estructurada	20-24																				
Flexible	25-28																				
Caótica	29-50																				

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Una vez definido el tema del proyecto de investigación y aceptado por parte del asesor del proyecto, se procedió a realizar las gestiones ante el jefe de enseñanza e investigación de la Unidad Médica de San Martín de las Pirámides, con la finalidad de que se obtuvieran las facilidades necesarias para que se llevara a cabo las entrevistas.

Se captaron a las adolescentes embarazadas que acudieron a control prenatal, se les explicó de forma amplia y detallada el protocolo de investigación a cada una de ellas y al familiar que las acompañaba, las implicaciones y los posibles riesgos que representa, permitiéndole exponer sus inquietudes y dudas.

Se les proporcionó el consentimiento debidamente informado, el cual tuvieron que leer y firmar en la parte inferior el familiar responsable y/o adulto, para participar en el proyecto.

A la adolescente, se les proporcionó un cuestionario, el cual contaba con dos apartados, el primero con datos sociodemográficos: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, religión.

En el segundo apartado: Instrumento de evaluación FACES III, sobre funcionalidad familiar, la cual evalúa dos principales campos: cohesión y adaptabilidad, mediante 20 reactivos, divididos en 10 para adaptabilidad y 10 para cohesión, cuenta con una escala que incluye cinco opciones nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre con puntuaciones del 1 al 5, cada aseveración debe ser contestada en relación a la forma en que reacciona su familia antes las situaciones habituales de la vida y no de la manera en que le gustaría que reaccionara.

Una vez concluida la recolección de datos se procedió a la evaluación de las dos dimensiones de la funcionalidad familiar, cohesión la cual es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones, puntaje 10 a 34 no relacionada, 35 a 40 semirrelacionada, 41 a 45 relacionada y 46 a 50 aglutinada. Adaptabilidad lo es a la suma de los ítems pares, puntaje 10-19 rígida, 20-24 estructurada, 25-28 flexible, 29-50 caótica. Se clasificó a cada una de las familias de las adolescentes embarazadas posteriormente se realizó la relatoría

de resultados, utilizando estadística descriptiva, se continuó con la discusión y finalmente la elaboración de conclusiones y propuestas de mejora al problema estudiado.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio es sin riesgos y se apega a la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial que establece la investigación ética que establece a sujetos humanos, Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975 , 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 , 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000 Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002 , Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 , 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.

De acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su Título Segundo, que establece los aspectos éticos de investigación en seres humanos, Capítulo I, artículo 17; esta investigación es considerada como una Investigación de Riesgo Mínimo; y de acuerdo con el artículo 23 en caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito. No obstante, lo anterior, en la presente investigación consideramos la solicitud de consentimiento informado por escrito.

RESULTADOS

Aceptaron participar en el estudio, un total de 54 pacientes, de las cuales, se excluyeron 17; 13 (24%) pacientes por no cumplir con la edad establecida; 1 (1.8%) por no ser derechohabiente. Se eliminaron 3 (5.5%) por cuestionarios mal contestados. Quedando 37 (100%) pacientes que cumplieron con los criterios establecidos. Ver Tabla 1.

De las 37 pacientes embarazadas, el rango de edad fue de los 14 hasta los 19 años, hay 2 (5.4%) pacientes de 14 años, 9 (24.3%) de 15 años, 10 (27%) de 16 años, 12 (32.4%) de 17 años, 2 (5.4%) de 18 años y 2 (5.4%) de 19 años. Ver figura 1

Con una media de edad de 17 años, una moda de 17 años y un promedio de 16.2 años.

Referente al grado de escolaridad, se encontraron 2 (5.4%) pacientes con educación secundaria incompleta, seguido de 15 (40.5%) con secundaria completa, 8 (21.6%) con preparatoria incompleta, 9 (24.3%) con preparatoria completa y 3 (8.1%) con primeros semestres de la licenciatura. Ver figura 2.

En relación con la ocupación, se encontró lo siguiente: 13 (35.1%) pacientes se dedican al hogar, 20 (54%) son estudiantes, 4 (10.8%) son empleadas comerciantes, meseras, etc. Ver figura 3.

En cuanto al estado civil, se encontró lo siguiente: 14 (37.8%) son solteras, 21 (56.7%) en unión libre, 2 (5.4%) son casadas. Ver gráfica 1.

La religión que prevalece en los pacientes es la cristiana con 14 (37.8%) adeptos, católicos 11 (29.7%), testigos de Jehová 8 (21.6%) y "otros" (10.8%) donde se incluye: creyentes, mormones y ateos. Ver figura 4.

De las 37 pacientes evaluadas, se clasificaron en los siguientes tipos de familia: rígida 12 (32.4%), estructurada 7 (18.9%), flexible 7 (18.9%), caótica 11 (29.7%), No relacionada 8 (21.6%), Semirrelacionada 15 (40.5%), Relacionada 6 (16.6%) y Aglutinada 8 (21.6%).

Ver gráfica 2 y 3.

Se encontraron 13 (35.1%) pacientes con Funcionalidad familiar y 24 (64.8%) con Disfunción familiar. Ver gráfica 4.

TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Total, de pacientes evaluadas/aceptadas.

Evaluadas	54 pacientes	
Excluidas	14 pacientes	
Eliminadas	3 pacientes	
Aceptadas	37 pacientes	100 %

Fuente: Encuestas.

Figura 1. Clasificación por edad.

■ 14 años ■ 15 años ■ 16 años ■ 17 años ■ 18 años ■ 19 años

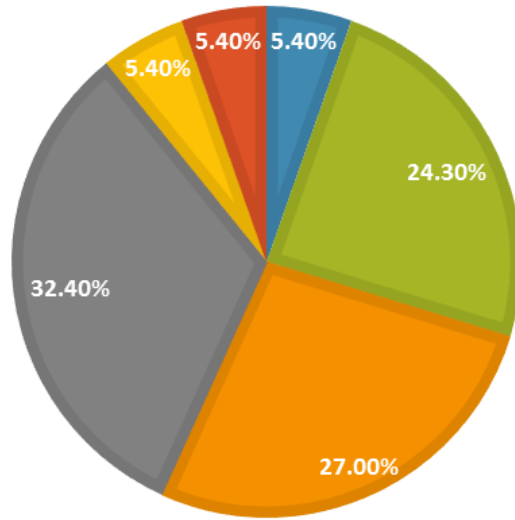
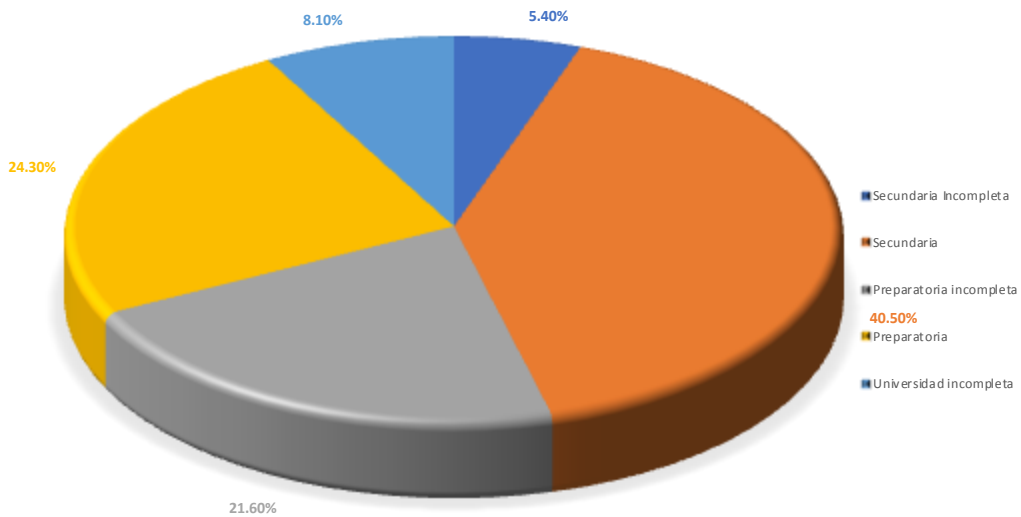
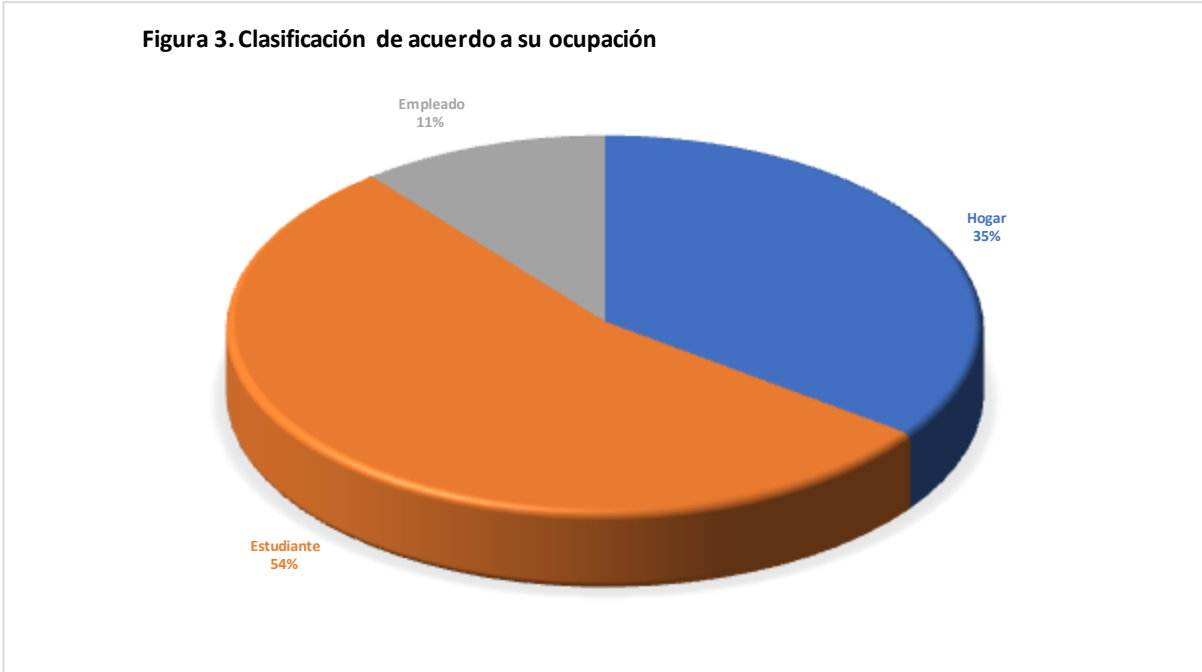


Figura 2. Clasificación según la escolaridad



Fuente: Encuesta



Fuente: Encuesta

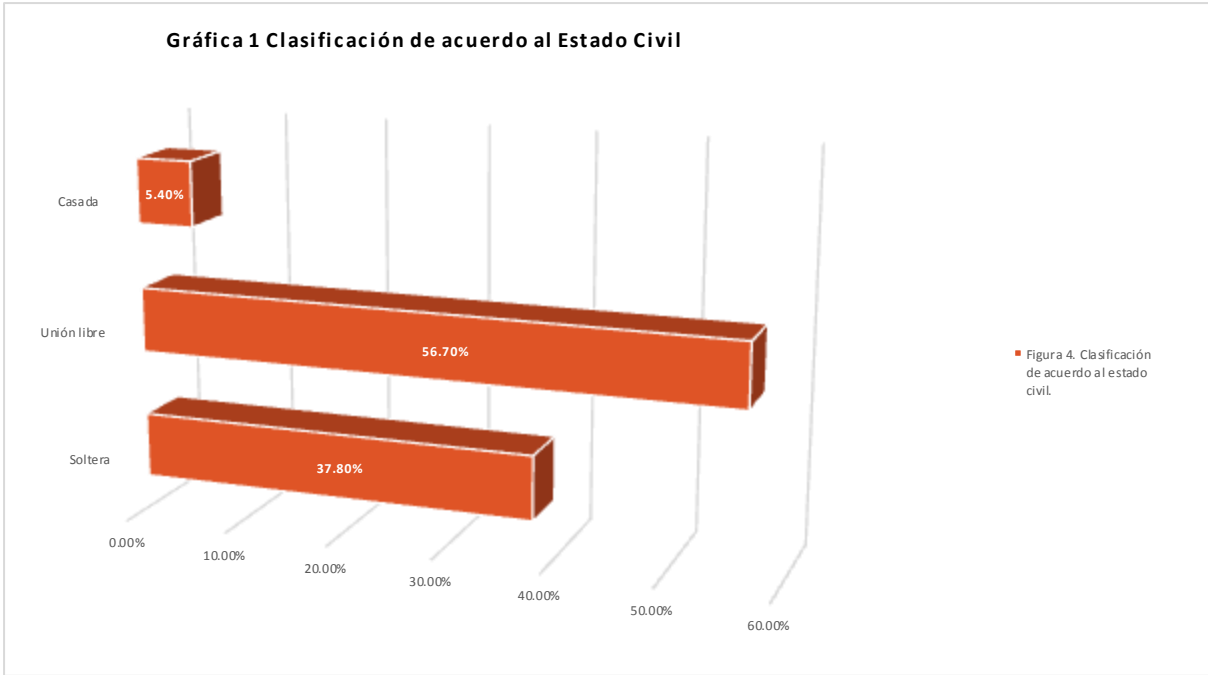
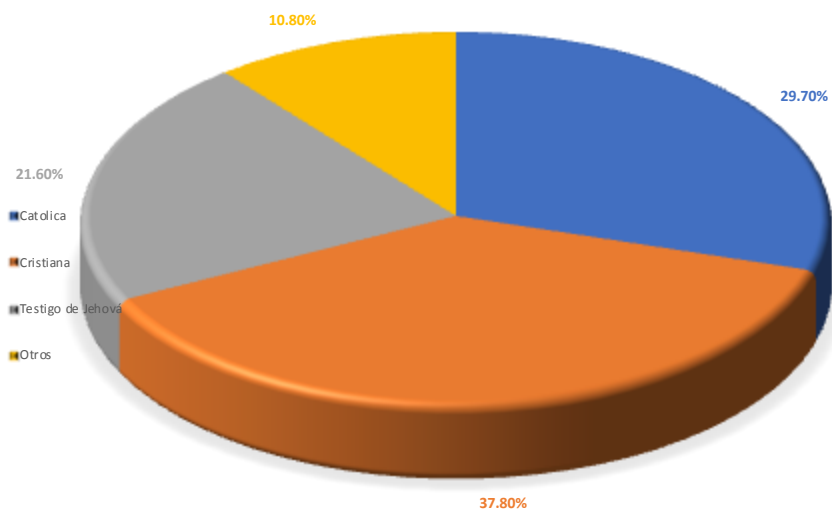


Figura 4. Clasificación de acuerdo al estado civil.

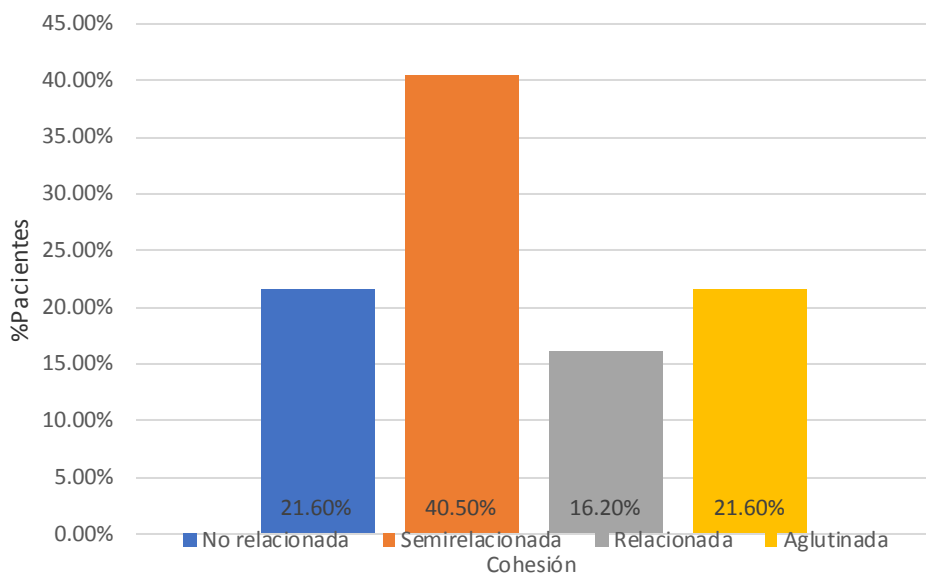
Fuente: Encuesta

Figura 4. Clasificación según la religión

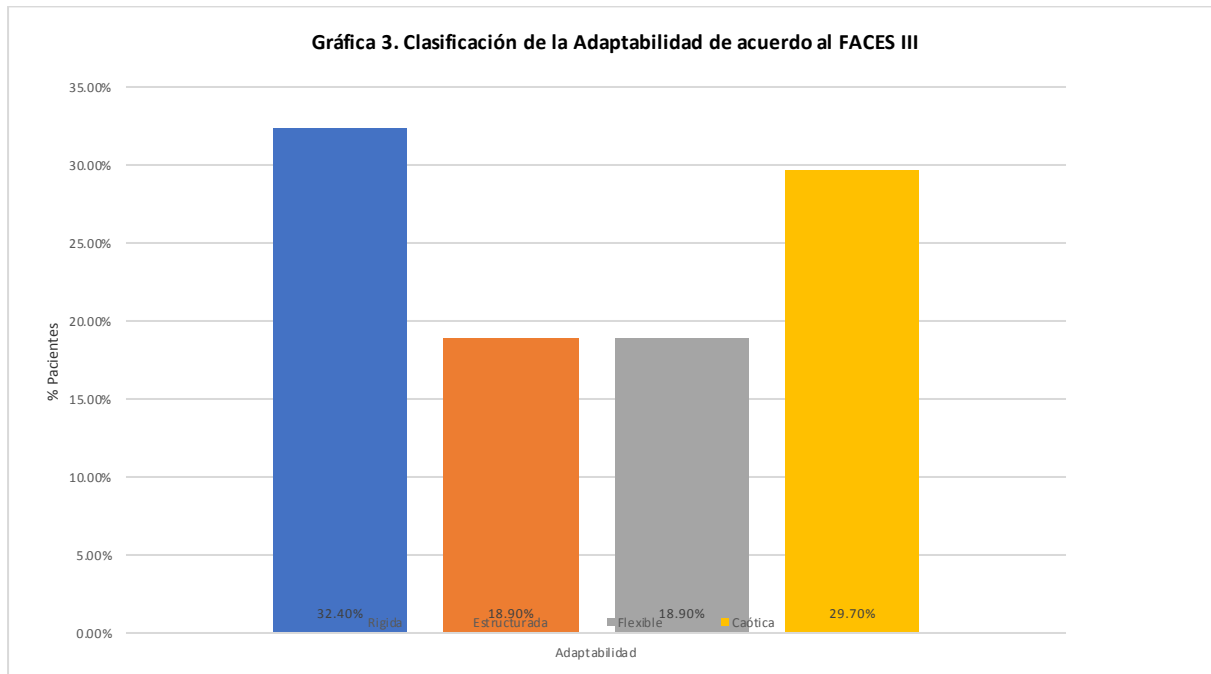


Fuente: Encuesta

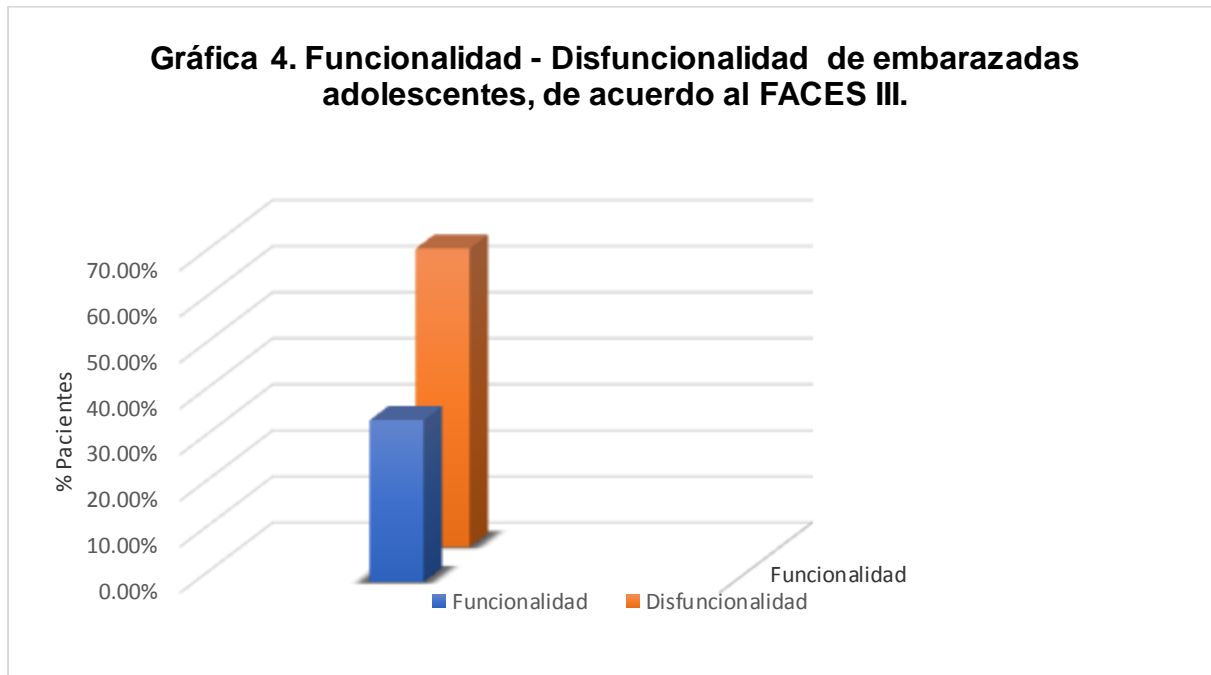
Gráfica 2 . Clasificación de Cohesión de acuerdo al FACES III



Fuente: FACES III



Fuente: Faces III



Fuente: FACES III

DISCUSIÓN

En el presente estudio se investigó la funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas de la Clínica de Consulta Externa San Martín de las Pirámides, por el momento no existen estudios previos que se hayan realizado en esta unidad.

En este estudio se estudió la funcionalidad familiar de acuerdo al FACES III encontrando que el mayor porcentaje fueron familias disfuncionales en un 64.8% y funcionales en un 35%, siendo muy parecidos los resultados al estudio realizado por Calderón M y cols.¹⁴ en el 2014; encontrando disfuncionalidad 65,5 % y familias funcionales en un 34,5 %, solo que ellos utilizaron el Apgar familiar, el cual evalúa la percepción de la satisfacción familiar, mientras que en nuestro estudio el FACES III es más específico para evaluar cohesión y adaptabilidad.

En nuestro estudio la media de edad de las adolescentes embarazadas fue de 17 años, edad muy semejante a la reportada por Aliaga Chávez en el 2002 siendo una media de 16 años, si se suman los porcentajes de las embarazadas de 15,16 y 17 años da un total de 84% resultado parecido al artículo de Aremis Villalobos¹⁵ con un 80% de 15 a 17 años.

Al comparar la Funcionalidad familiar medida con el FACES III, se obtuvo hasta un 64% de disfuncionalidad, cifra muy semejante a la reportada por Calderon M y Cols¹⁴ con un 66%.

En cuanto a la escolaridad se observó que el nivel escolar más frecuente es de secundaria con un 40.5%, porcentaje muy parecido a lo que reporta Rangel y Cols¹⁹ en el 2004 con un 50%.

En cuanto al estado civil la mayor frecuencia la obtuvo la unión libre en un 57%, seguido de la soltería con un 38%, resultado muy semejantes a lo que reporta Zambrano Plata y Cols¹⁷ en el 2012; el 60% de embarazadas en unión libre y 35% solteras.

De acuerdo con la ocupación se observó que el menor porcentaje son trabajadoras con un 11%, el 54% lo ocupan las estudiantes, al hogar 35%, distinto a lo reportado por Arias Trujillo¹⁶ en el 2012 donde encontraron que el mayor porcentaje se dedican al hogar en un 76.7%.

CONCLUSIONES

De las 37 pacientes embarazadas se encontró que el 65% sus familias fueron disfuncionales, con relación a la dimensión de cohesión, la familia semirelacionada se obtuvo hasta en un 40.5% y en la dimensión de adaptabilidad, la familia rígida se presentó en un 32%. La edad más frecuente de embarazo es de 17 años y con secundaria concluida el 40.5% , siendo en menor porcentaje 5.40% con secundaria incompleta, seguida de los primeros semestres de licenciatura 8.1%. En escolaridad, al sumar secundaria completa y preparatoria completa se obtuvo un 65%, de total de encuestadas.

En relación a la ocupación al momento del embarazo el 54% eran estudiantes, seguidas de las dedicadas al hogar en un 35%, la religión más frecuente son cristianas con 38% , seguidas de las católicas con 30% , de acuerdo al estado civil hasta un 57% se encontraban en unión libre y un 38% solteras.

AUTOCRÍTICA

Éste estudio no se puede generalizar ya que se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia y en una sola clínica, por lo que se propone en futuras investigaciones utilizar una muestra probabilística que abarque al cien por ciento de las unidades médicas del ISSEMYM, además de aplicar el FACES III a todos los integrantes de la familia, ya que esto nos daría una mejor evaluación de la familia.

Se puede utilizar otros instrumentos, como la Escala de evaluación familiar Beavers, Modelo familiar de Moos, la Escala de eventos críticos de Thomas Holmes, el Modelo de Mc Master, entre otros, incluso realizar genogramas donde se identifiquen clasificaciones de familia, pautas de interacción, factores de riesgo biológico e incluso psicosociales, además de crisis normativas y no normativas, etc.

PROPUESTAS DE MEJORA

Otorgar una atención temprana del embarazo a las adolescentes, mediante un control prenatal adecuado, llevado a cabo por personal profesional para disminuir los riesgos biológicos, tanto para la madre como para el producto.

Realizar medidas de prevención del embarazo, a través de campañas que proporcionen información veraz sobre planificación familiar oportuna y de salud reproductiva.

Abordaje integral que incluya la atención psicológica a la adolescente, al padre del producto y a la familia de ambos, durante y después del embarazo, con el objetivo de atenuar el impacto de esta situación en todos ellos, ya que puede considerarse también de alto riesgo.

Formar grupos de embarazadas para que se les brinde orientación sobre los cambios fisiológicos que van a presentar durante la maternidad.

Invitarlas a que acudan a las pláticas de lactancia materna para que conozcan los beneficios que esta proporciona y las técnicas correctas para lograr una lactancia exitosa.

Realizar un curso- taller sobre crecimiento y desarrollo en el adolescente, orientado en la prevención del embarazo a esta edad.

REFERENCIAS

1. Frenk M, Secretaria de Salud de México, Prevención del embarazo no planeado en la adolescencia, segunda edición, 2002,pág 13
2. Gonzales G, La adolescencia en el Perú, Instituto de investigaciones de la Altura, OMS, Primera edición, Lima, 1994.
3. Romero M, Embarazo en la Adolescencia, Chile , 2001.
4. Díaz V. El embarazo de las adolescentes en México, Gaceta Med Méx 2003; Vol.139,Suplemento No1:23-28.
5. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición , URL: <http://www.ensanut.insp.mx>
6. Stern C. Embarazo adolescente; significados e implicaciones para distintos grupos sociales. Demos, Carta demográfica de México 1995
7. Cruells J. Prevención del embarazo adolescente, Editorial Alfil, México, primera impresión, 2004.
8. Cueva V, Olvera J, Chumacera R. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Revista Médica IMSS 2005.
9. Díaz V. El embarazo de las adolescentes en México. Gaceta Med México 2003; Vol. 14, Suplemento No 1.
10. Mora C, Hernández V. , Embarazo en la adolescencia, Ginecología Obstetricia México, Volumen 83, Núm. 5, Mayo, 2015

11. Rodríguez G, Factores de riesgo para embarazo adolescente, Medicina UPB, Vol. 27, núm. 1, Enero-Junio, 2008, pp. 47-58
12. Vallejo B, embarazo en adolescentes complicaciones, revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXX, 65-69, 2013.
13. Issler J. Embarazo en la adolescencia, "Posgrado de la cátedra VI medicina" 2001.
14. Blázquez M, Embarazo adolescente, revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad, Vol. 3, No 1, Septiembre-Diciembre 2012.
15. Calderón M, Rodríguez Z. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud, 2014.
16. Villabos A, Campero L, Suarez L, Atienzo E, Estrada F. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis en una encuesta nacional en México, Salud pública de México, Vol. 57, no.2, Marzo – Abril de 2015.
17. Arias T, Carmona S, Castaño C, Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de Salud, Colombia, Archivos de Medicina ,Vol.13, núm 2, Julio-Diciembre 2013, pp142-159
18. Zambrano P, Vera L, Flóres O, Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas, Vol. 9, No 2, Diciembre 2012.
19. Huerta J. La familia en el proceso salud-enfermedad, México, Editorial Alfil, 2005 pág. 34-40 y 87-89.
20. Lauro I, La familia en la determinación de la salud. Revista Cubana Salud Pública 2003.

21. Rangel J, Valerio L, Patiño J, García M. , Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada, Rev Fac Med UNAM , Vol. 47 No 1 , Enero – Febrero 2004.
22. Anzures C, Medicina Familiar, Colegio Mexicano de Medicina Familiar, Primera edición 2008 , pág. 227-281.
23. Martínez P, Ioseba I, Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): Desarrollo de una versión de 20 ítems en español, Vol. 6, Nº 2, 2006.
24. Schmidt, Vanina, Barreyro, Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III, Escritos de Psicología, Psychological Writings, Vol. 3, núm. 2, Abril 2010, pp 30-36.



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA SAN MARTÍN DE LAS PIRÁMIDES

FECHA: _____

Por medio de la presente autorizo: Para participar en el proyecto de investigación título **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA SAN MARTIN DE LAS PIRAMIDES ”**

Registrada y aprobada por el comité local de investigación. El objetivo de este estudio es determinar cuáles es la funcionalidad más frecuente asociados a la presencia de embarazo en adolescentes.

Se me ha explicado que mi participación consiste en la aplicación de una encuesta.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre la participación en este estudio, que tiene una duración aproximada de 20 minutos, que no intervendrá con mi consulta y que no recibiré ninguna remuneración económica.

El investigador se ha comprometido a darme información y a aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de justicia, de no maleficencia, de respeto y de beneficencia.

El derecho de poder retirarme del estudio en cualquier momento en lo que considere conveniente, sin que ello se vea afectada la asistencia médica que recibo en el instituto.

El investigador me ha dado la seguridad y confianza de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio y de que los datos relacionados serán manejados en forma confidencial. Cabe mencionar que se ha informado previamente a los padres de las adolescentes sobre su participación en este estudio y una vez que han dado su consentimiento se ha proporcionado esta carta de consentimiento informado a la adolescente.

FIRMA DEL PACIENTE _____

FIRMA DEL TESISTA _____



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA SAN MARTÍN DE LAS PIRÁMIDES

El presente cuestionario es anónimo y tiene como finalidad estudiar la funcionalidad en la presencia de embarazo en adolescentes para así poder contribuir a crear estrategias de intervención ante este problema de Salud Pública.

Tiene una duración aproximada de 20 minutos.

INSTRUCCIONES

A continuación te presentamos una serie de preguntas, las cuales deberás por favor:

- Leer detenidamente y responder todas las preguntas.
- Escribir claramente en los espacios en blanco de modo que sea posible leerlas
- Marcar con una "X" una sola respuesta por pregunta (salvo excepciones, que se indican claramente en el cuestionario).

A. DATOS GENERALES DE LA ADOLESCENTE (CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN)

1. ¿Cuántos años cumplidos tienes actualmente?

- 1) De 10 a 13 años ()
- 2) De 14 a 16 años ()
- 3) De 17 a 19 años ()

2. ¿Qué escolaridad tienes?

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| 1) Analfabeta () | 5) Secundaria incompleta () |
| 2) Primaria completa () | 6) Bachillerato completo () |
| 3) Primaria incompleta () | 7) Bachillerato incompleto () |
| 4) Secundaria completa () | 8) Otro _____ |

3. ¿Cuál es tu estado civil?

- 1) Soltera ()
- 2) Unión libre ()
- 3) Casada ()
- 4) Divorciada ()
- 5) Viuda ()

4.- ¿Cuál es tu ocupación actual?

- 1) Hogar ()
- 2) Estudiante ()
- 3) Trabajas (si) en que:_____ (no)

5.- ¿Cuál es tu religión?

- 1) Católica ()
- 2) Cristiana ()
- 3) Testigo de Jehová ()
- 4) Otra: _____

ESCALA DE FACE III

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

1 Casi nunca 2 De vez en cuando 3 Algunas veces 4 Frecuentemente 5 Casi siempre

	Describa su familia:	
1	Los miembros de nuestra 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 más cercanos	
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad	
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas	
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	

11	Nos sentimos muy unidos	
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones	
13	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 quien tiene la autoridad	
19	La unión familiar es muy importante	
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar	
	Total de Cohesión	
	Total de Adaptabilidad	

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!