



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA:

Unidad de medicina familiar numero 28, Mexicali Baja California

**Disfunción familiar y embarazo en
adolescentes en el hospital de gineco -
pediatría no. 31 del IMSS en Mexicali B.C.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Marco Antonio Loustaunau Gutiérrez

Núm. de Registro: R-2010-201-3



AUTORIZACIONES:

Dra. Mónica de Fátima Torres Aguirre
Coordinadora delegacional de enseñanza
e investigación

Dra. Alma Lilia Ibarra Romero

Jefatura de enseñanza e investigación
Unidad de medicina familiar numero 28

Dr. Arturo Landero Ruiz

Profesor del curso de investigación

Dr. Roberto Carlos González Ramos

Profesor titular de la especialidad en
Medicina familiar IMSS - UABC

Dr. Guillermo Díaz Chávez Pacheco

Asesor metodológico y temático de tesis
(Especialista en medicina familiar y
Diplomado en medicina geriátrica)

AGRADECIMIENTOS:

A mi esposa por su apoyo durante el proceso de la residencia médica y su colaboración en el desarrollo de este proyecto.

A mis padres por apoyarme en todo lo que me propongo

A mi cuñado José Ángel Aguirre Valdez por su colaboración

A mis maestros por compartir conmigo de sus conocimientos, experiencia y sabiduría.

¡Gracias!

Gracias a mi asesor Guillermo Díaz Chávez Pacheco por compartir conmigo su gusto por la medicina y sus consejos.

INDICE

Resumen	1
Capítulo 1	
1.1 Marco teórico	2
Capítulo 2	
2.1 Planteamiento del problema	7
2.2 Objetivos	7
2.2.1 Objetivo general	7
2.2.2 Objetivos específicos	7
2.3 Hipótesis	7
2.4 Justificación del estudio	8
Capítulo 3	
3.1 Material y métodos	10
3.1.1 Diseño (tipo de estudio)	10
3.1.2 Participantes	10
3.1.3 Tamaño de Muestra	10
3.1.4 Instrumento para la recolección de datos	12
3.1.5 Criterios de inclusión y exclusión	14
3.1.5.1 Criterios de inclusión para casos	14
3.1.5.2 Criterios de exclusión para casos	14
3.1.5.3 Criterios de inclusión para controles	14
3.1.5.3 Criterios de exclusión para controles	14
3.1.6 Categorización de las variables	15
3.1.6.1 Variable Dependiente	15
3.1.6.2 Variable independiente	15
3.1.7 Procesamiento y análisis de los datos	16
3.1.7.1 Abordaje de las pacientes a estudiar	17
Capítulo 4	
4.1 Cronograma de actividades	19
Capítulo 5	
5.1 Consideraciones éticas	20

Capítulo 6	
6.1 Resultados	21
6.2 Discusión y análisis	27
6.3 Conclusiones	29
Capítulo 7	
7.1 Bibliografía	30
Capítulo 8	
8.1 Anexos	32
8.1.1 Anexo 1	32
8.1.2 Anexo 2	33
8.1.3 Anexo 3	34

RESUMEN

TÍTULO: Disfunción familiar y embarazo en adolescentes en el hospital de gineco – pediatría no.31 del IMSS en Mexicali B.C.

OBJETIVO: Determinar si existe relación entre disfunción familiar y embarazo en la población adolescente del HGP no.31 del IMSS en Mexicali B.C, así como conocer las edades predominantes de disfunción familiar y su relación con la escolaridad.

MATERIAL Y METODOS: Se aplicó una ficha de identificación y el test FASES III (validado en México) para evaluar grado de disfunción familiar a 148 adolescentes, de las cuales 37 son embarazadas y 111 no embarazadas del HGP No.31 del IMSS en Mexicali B.C, con un diseño casos y controles, con una relación 3:1, para posteriormente analizar los resultados y ver si existe relación o no entre estas variables.

RESULTADOS: De las 148 pacientes evaluadas el 68.24% tuvieron familia disfuncional y el 31.76% familia funcional. Se obtuvo un OR de 0.959, un IC de 0.43 - 212 y una P de 0.9. En cuanto al grado de disfunción familiar: El 31.75% (OR: 1.04) presentaron familia funcional, 46.62% (OR: 0.95) familia con disfunción leve y 21.62% (OR: 0.97) familia con disfunción severa. La edad donde predominó la disfunción familiar en pacientes embarazadas fue a los 19 años, obteniendo un OR de 1.38. En ambas poblaciones (embarazadas y no embarazadas predominó la escolaridad secundaria.

CONCLUSIONES: No existe asociación entre disfunción familiar y embarazo en la adolescencia, en comparación con artículos consultados donde sí se encontró asociación, aunque no en todos sus aspectos. Pudiendo deberse esto a lo heterogeneo del grupo estudiado, a pesar del apego a los criterios de inclusión y exclusión. No así en la población de 19 años donde sí se encontró relación entre estas variables. Así también se identificó que la mayoría de las pacientes con disfunción familiar refirieron la secundaria como grado de estudio.

*Palabras clave: Disfunción familiar, embarazo y adolescente.

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Título:

Disfunción familiar y embarazo en adolescentes en el HGP No. 31 del IMSS en Mexicali BC.

Marco teórico:

La familia es un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla¹. Es el primer ambiente donde el hombre pertenece y aprende pautas de comportamiento, realiza funciones básicas como la de protección física y alimentación, es su responsabilidad socializar a sus miembros y modelar conductas relacionadas con la salud como el consumo de alimentos, sustancias adictivas como el tabaco, alcohol, la práctica de ejercicio y otras drogas. El desarrollo psicoemocional ocurre dentro de una atmósfera familiar determinada que influye en el estado de salud futuro. La familia es el ambiente social más íntimo, es una fuente de estrés o de ayuda social que afecta a la salud del individuo.

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en la maquinaria. En dicha composición tenemos al subsistema conyugal (padre y madre), subsistema paterno – filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que la pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino empleado o profesionalista), la Integración (integrada, semi-integrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica

familiar y que obliga a conocer la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente, negligente, indulgente, permisiva o recíproca con autoridad².

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar o superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa³.

La disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas en los adolescentes, constituyendo en realidad un riesgo que se agrava si está asociado con la edad, escolaridad, ocupación, estado civil actual³. Es un factor importante que condiciona la aparición de problemas socioculturales y de salud del adolescente, como embarazo, fármaco-dependencia, enfermedades de tras-misión sexual, deserción escolar, depresión y suicidio⁴. La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, ya que es la funcionalidad familiar el factor protector esencial en torno a los comportamientos sexuales de riesgo, siendo más importante la percepción de la función familiar, que la estructura como factor de riesgo en la sexualidad de los jóvenes. Presentándose más relaciones sexuales cuando los adolescentes perciben de manera disfuncional a su familia⁵.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a ese binomio³. Cabe señalar que no es un problema propio de países en desarrollo, ya que se encontró que entre vivir en un país desarrollado y en otro en vías de desarrollo, el porcentaje de haber estado expuesto a disfunción familiar es muy similar (58.98%)⁴.

Un estudio realizado por Vargas, comparó dos grupos de adolescentes mexicanas (embarazadas y no embarazadas) con relación a su ambiente familiar basado en una entrevista estructurada y la Escala de Ambiente Familiar

de Moos y se obtuvieron perfiles familiares encontrando que sí existen diferencias en cuanto a la relación familiar percibida por las adolescentes embarazadas y no embarazadas, aunque no en todos sus aspectos⁶.

Otro estudio realizado en Nuevo León, donde se aplicó el FASES III en 79 adolescentes embarazadas, identificó 50 de ellas con disfunción familiar, concluyendo que la disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas de riesgo, entre ellas el embarazo en la adolescencia, lo cual coincide con otros estudios previos sobre el tema⁷.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la segunda etapa de la vida, es decir, la etapa que abarca edades entre los 10 y los 19 años⁸. Es una etapa de oportunidades y riesgos, donde el individuo desarrolla una serie de cambios físicos, emocionales y sexuales, siendo también altamente vulnerables. Aunque no son un grupo homogéneo, dado que sus expectativas varían de acuerdo al sexo, edad, estado civil y social, todos ellos se ven expuestos a embarazos no planeados. En México, la población adolescente se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4 % de la población nacional; hoy representa 21.3 %. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años⁹.

En el 2005 había en nuestro país 480,000 mujeres entre 12 y 19 años que ya tenían un hijo vivo (INEGI 2005). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 reporta tasas de embarazo en niñas y adolescentes de entre 12 y 19 años de 79 por cada mil mujeres. En el informe se estima que 695,100 mujeres adolescentes han estado embarazadas alguna vez, aunque cada año esta situación tiende a cambiar. La información disponible en México sobre temas concernientes al ámbito sexual y reproductivo, provienen básicamente de encuestas sociodemográficas y epidemiológicas con cierta inclinación o enfoque a algunos grupos de edad¹⁰.

Un poco más de la mitad de los jóvenes (55%) refieren que ya han tenido relaciones sexuales, y su edad de inicio se encontró en el rango de 15 a 19 años. La primera relación sexual ocurrió en su gran mayoría en un alto

porcentaje con una pareja sentimental, novio(a), o esposo(a) y este dato es congruente con respecto al número de parejas sexuales. La gran mayoría refiere haber tenido solo una pareja en el último año y menos de un 20% han tenido más de dos compañeros (as) sexuales. La actividad sexual analizada como frecuencia de contactos en los últimos tres meses indicó que, cuatro de cada diez jóvenes tienen actividad sexual entre una y tres veces por semana, aproximadamente un tercio tienen relaciones de una a tres veces en el mes, y aproximadamente casi una cuarta parte de los jóvenes declaró no haber tenido relaciones durante el último mes¹¹.

Por otro lado, un hecho significativo que determina la iniciación de las mujeres a su vida reproductiva es la edad de la menarca. Siendo la edad promedio de inicio de menstruación a los 12.1 años¹².

En el año 2006 en la región norte, donde se encuentra Baja California, se obtuvo que de las adolescentes de 12 años o más que declararon inicio de vida sexual, 65.7% ha estado embarazada¹². Incluye los estados de Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas.

Existe un grupo de población que abarca de los 12 a los 14 años de edad que forman un grupo importante dentro del grupo de las adolescentes embarazadas, pero lamentablemente no se encuentran datos suficientes lo que da lugar a sesgo estadístico.

Se conoce bien que estos embarazos traen todas las complicaciones obstétricas que podamos imaginar, desde partos pre-término, sangrados posparto, desproporción feto pélvica, aumento del número de cesáreas, infecciones puerperales, trastornos hipertensivos del embarazo, así como abortos provocados con sus secuelas de aborto séptico e infertilidad por los mismos. Entre los factores de riesgo del embarazo precoz se distinguen aspectos sociales, antropológicos y psicológicos, la disfunción familiar, la escasa autoestima, la migración de zonas rurales a urbanas, la pobreza y la deserción escolar¹³.

El patrón cultural en el caso de adolescente embarazadas como es el caso de algunas comunidades donde mujeres de 20 años que no se encuentran casadas son mal vistas, dando lugar a embarazos a los 13 y 14 años de edad. En otros casos, quienes llegan a los 25 y no han sido madres entran en una situación de crisis existencial, más si no se han casado, porque representa la única forma de valoración social, sobretodo en comunidades rurales.

Actualmente la tasa de embarazos se encuentra por encima de la de nacimientos ya que cada vez más el aborto se vuelve una práctica común y a la mano de las adolescentes, más en el caso de estados donde este tipo de prácticas es legal como lo es el estado de México.

En el año 2000 se registraron 180 muertes maternas en mujeres adolescentes, lo cual refleja la necesidad de atención especial en este grupo de edad. Estos datos revelan la necesidad de adecuar los servicios de salud reproductiva y los métodos de prevención de los embarazos no planeados a las características y necesidades propias de este grupo de la población¹⁴.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la relación entre disfunción familiar y embarazo en adolescentes en el HGP No. 31 del IMSS de Mexicali B.C?

Objetivo general:

Determinar la relación entre disfunción familiar y embarazo en adolescentes en el HGP No.31 del IMSS en Mexicali B.C.

Objetivos específicos:

1. Determinar el grado de funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas y no embarazadas.
2. Establecer las edades predominantes con disfunción familiar en la adolescente embarazada.
3. Identificar si existe diferencia en el grado de funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas y no embarazadas.
4. Identificar la relación entre el grado de escolaridad y la adolescente embarazada con disfunción familiar.

Hipótesis:

Hipótesis alterna: La disfunción familiar tiene relación directa con embarazo en la adolescencia.

Hipótesis nula: La disfunción familiar no tiene relación directa con embarazo en la adolescencia.

Justificación:

Uno de cada seis nacimientos en el país, ocurre en mujeres menores de 19 años. El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo o hija y su pareja. Aunque no se tienen cifras fidedignas, se estima que un gran porcentaje de los nacimientos que ocurren en menores de edad son embarazos no planeados y probablemente no deseados¹⁵.

Los hijos de madres adolescentes tienen mayores probabilidades de morir debido a que las madres jóvenes y pequeñas tienden a producir niños pequeños y débiles con menores probabilidades de supervivencia. Además es muy frecuente que las adolescentes con embarazos no deseados busquen el aborto como solución, aún cuando éste sea ilegal en la mayor parte de nuestro país y conlleve cierto riesgo para la salud, debido a las pobres condiciones higiénicas bajo las cuales es practicado¹⁶.

Se ha encontrado que puede existir relación entre disfunción familiar y el embarazo en adolescentes, aunque no en todos los aspectos que implica la disfunción familiar.

No se identificó ningún estudio realizado en Mexicali B.C que correlacione esta situación, mientras tanto la población adolescente embarazada continúa incrementándose y se puede ver en el Hospital de gineco-pediatría No. 31 del IMSS.

Existen estudios que correlacionan la disfunción familiar con embarazo en la adolescencia, en tanto que, en otros no se encontró diferencia significativa. Por lo que nos interesa esclarecer esta relación basándonos en una población local, en Mexicali B.C.

Aunque existen varios instrumentos para medir la disfunción familiar, se optó por utilizar el FACES III por ser un instrumento validado en México y otros países, así como su rápida aplicación ya que cuenta con 20 ítems y al ser un instrumento sencillo, fácil de comprender y contestable por el sujeto en estudio, puede ser utilizado tanto por personal médico como enfermería y trabajo social,

con la finalidad de identificar el grado de disfunción familiar y tomar medidas relacionadas con la institución donde se aplique el test. Tales medidas están relacionadas con la orientación por parte de psicólogos o terapias familiares de ser necesario.

Lo anterior justifica realizar un estudio en población adolescente embarazada con relación a la dinámica de sus familias.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño:

CASOS Y CONTROLES

Descriptivo, analítico, prospectivo, transversal y observacional.

Participantes:

De **2,942** mujeres adolescentes pertenecientes al HGP No. 31 de Mexicali B.C. **358** contaban con diagnóstico de embarazo.

Por lo tanto, basándonos en esta cifra el **12.2%** fue diagnosticada con embarazo en el año 2008.

(Cifra extraída de la pirámide de población adscrita al HGP/MF No.31 del IMSS Mexicali B.C. por grupo de edad en el censo del 29 de Abril del 2008).

Cálculo de tamaño de muestra:

P_1 : Es la frecuencia de la exposición entre los casos.

P_2 : Es la frecuencia de la exposición entre los controles.

$Z_{1-\alpha/2}$ y $Z_{1-\beta}$: Son valores que se obtienen de la distribución normal estándar

en función de la seguridad y la potencia seleccionadas para el estudio. En particular, para un nivel de seguridad de un 95 % y una potencia estadística del 80 % se tiene que:

$Z_{1-\alpha/2}$: 1.96 y $Z_{1-\beta}$: 0.84

$$n = \left[\frac{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{c p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{c(p_1 - p_2)} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{1.96 \sqrt{2 \times 0.565 \times (1 - 0.565)} + 0.84 \sqrt{0.096(1 - 0.096) + 0.4 \times (1 - 0.4)}}{(0.96 - 0.4)} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{1.96 \sqrt{2 \times 0.565 \times 0.435} + 0.84 \sqrt{0.086 + 0.4 \times 0.6}}{(-0.304)} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{1.96(0.700) + 0.84(0.570)}{(-0.304)} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{1.372 + 0.478}{(-0.304)} \right]^2$$

$$n = \left(\frac{1.85}{(-0.304)} \right)^2$$

$$n = (-6.08)^2$$

$$n = 37$$

De acuerdo al cálculo anterior obtenemos una muestra de 3:1

CONTROLES: 111

CASOS: 37

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III conocida como FACES III, instrumento desarrollado por David H. Olson y col. En 1985 y basado conceptualmente en el Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, concebido por los mismos autores. Es un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión. Fue traducido al español por Gómez-Clavelina y col. Cuenta con una escala que incluye 5 opciones (1.nunca, 2.casi nunca, 3.algunas veces, 4.casi siempre y 5.siempre) con valores del 1 al 5 (ANEXO-1)²⁰.

El cuestionario se aplica a mujeres mayores de 10 años que sean miembros de familias con hijos. Se pide a la entrevistada que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (del 1 al 5), considerando cada aseveración con relación a su familia. Se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que la entrevistada considera que su familia se relaciona en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería relacionarse. El encuestador se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona entrevistada lo haga por sí misma. No obstante, podrá aclarar las dudas que surjan con relación al significado de palabras o aseveraciones, evitando sugerir respuestas.

Las situaciones que evalúa son las siguientes:

1. Adaptabilidad: 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.
2. Cohesión: 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.
3. Comunicación: la cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos.

Se interpreta de acuerdo a una tabla anexa a este documento correlacionando adaptabilidad y cohesión, de acuerdo a los valores obtenidos en las encuestas. Estos valores se interpretan como:

- Familia funcional
- Familia con disfunción leve
- Familia con disfunción

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Criterios de inclusión para casos:

1. Mujeres en rango de edad entre 10 y 19 años.
2. Cualquier estrato socioeconómico.
3. Paciente con diagnóstico confirmado de embarazo reciente o antiguo.
4. Que se les aplique el test FACES III.
5. Que cuente con carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión para casos:

1. Mujeres menores de 10 años y mayores de 19 años.
2. Que no se le aplique el test FACES III.
3. Que no cuente con carta de consentimiento informado.
4. Que no tengan antecedentes de embarazo reciente o antiguo.

Criterios de inclusión para controles:

1. Mujeres en rango de edad entre 10 y 19 años.
2. Cualquier estrato socioeconómico.
3. Mujeres no embarazadas y sin antecedente de embarazo.
4. Que se les aplique el test FACES III.
5. Que cuente con carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión para controles:

1. Mujeres menores de 10 años y mayores de 19 años.
2. Que no se les aplique el test FACES III.
3. Que no cuenten con carta de consentimiento informado
4. Que tengan o haya tenido diagnóstico de embarazo.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Variables independientes: Dinámica familiar.

Variable dependiente: Embarazo.

CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESCALA Ó DIMENSIÓN	CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	PLAN DE ANÁLISIS
Dinámica familiar	Funcionamiento integral entre los miembros a través de una red de comunicación relacional y se refleja de forma sistémica en el comportamiento colectivo familiar	Ordinal de 3 categorías	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre	Prueba de Chi cuadrada
Embarazo		Nominal dicotómica	- Embarazada - No embarazada	Intervalo de confianza

Procedimiento:

Se seleccionó la HGP (Hospital de gineco-pediatría) No.31 de Mexicali B.C. para captar a las adolescentes embarazadas, ya que al ser un hospital de concentración recibe a las pacientes embarazadas de todas las clínicas periféricas del IMSS en Mexicali B.C, población estudiante en su mayoría, las cuales se encuentran aseguradas por uno de sus padres o la institución donde realizan sus estudios, además de reunir los criterios de inclusión para el estudio.

Los controles se tomarán de las UMF (Unidades de medicina familiar) del IMSS en Mexicali B.C, ya que esta es la población equivalente de donde serán extraídos los casos.

Se capacitó a una licenciada en trabajo social titulada, con la finalidad de aplicar las encuestas FASES III en los turnos matutino y vespertino dentro de la institución (según disponibilidad de horario de la encuestadora) y logre captar a las pacientes adolescentes que se encuentren por motivo de embarazo, ya sea que se encuentren post-parto, post-cesárea o legrado por aborto así como pacientes en búsqueda de método de planificación familiar, ya que, en cualquiera de estos casos la paciente contará con los criterios de inclusión. Dado que no es una población constante se realizarán visitas de Lunes a Sábado en los pisos de ginecología del HGP No. 31.

Se solicitó autorización del director del HGP No. 31 y jefe del departamento de enseñanza, con quien se habló personalmente y ofreció su consentimiento y cooperación para tener acceso a estas pacientes. Esto con la finalidad de captar a los 83 casos del estudio en un periodo de tiempo comprendido entre el mes de Enero del 2011 al mes de Julio del 2011.

Para captar los 249 controles se contará con la cooperación del servicio de Prevenimss de las distintas UMF localizadas en Mexicali B.C, para la aplicación del test FASES III en el mismo periodo de tiempo que los casos.

ABORDAJE DE LAS PACIENTES A ESTUDIAR:

Se localizarán a las pacientes recorriendo los pisos de ginecología (primer y cuarto piso) para asegurar que se encuentren dentro de los rangos de edad a estudiar. Una vez localizadas las pacientes se les pedirá su cooperación para responder el test FASES III, previa explicación verbal del protocolo de estudio, procurando responder todas las dudas posibles que pudieran surgir en la paciente a cerca del estudio y la encuesta a responder. La participación será 100% voluntaria y se contestará con tinta (azul o negra) para evitar posteriores alteraciones en los resultados.

Las adolescentes no embarazadas se localizarán en el área de Prevenimss de las UMF de la ciudad de Mexicali B.C contando con la cooperación del personal de dichas áreas para la aplicación del test y recolección de resultados.

Se decidió tomar a la población control de las UMF y no de la misma unidad donde se localizarán los casos, para evitar el sesgo de Berkson, dado que el HGP no.31 es un hospital de concentración donde acuden pacientes asignadas a otras clínicas, además de la población afiliada a propia clínica.

El test FACES III se aplicará bajo consentimiento informado (ANEXO 2) de la paciente o de los padres o tutores en caso de ser menor de edad. Las respuestas del test FASES III deberán hacer referencia a la familia nuclear de la cual proviene la encuestada, ya que es ahí donde se desarrolla la problemática.

La encuesta incluye una ficha de identificación donde se pide el nombre, edad y escolaridad de la paciente. Se incluyó su número de seguro social en caso de contar con él y su número de teléfono, esto último en caso que se requiera localizar a la paciente.

El test incluye 20 oraciones afirmativas sobre el entorno familiar y la manera sobre cómo interactúan sus miembros entre sí. Las oraciones serán completadas sobre el espacio en blanco que se incluye al inicio de la misma, teniendo que utilizar números del 1 al 5 de acuerdo con las siguientes opciones:

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

No se aplicará la encuesta a las pacientes que no deseen participar de manera voluntaria.

En caso de ser analfabeta o tener algún impedimento físico para la contestación del test, se recurrirá a la aplicación verbal por parte de la encuestadora.

Una vez obtenida la información se reunirá y se sumará para obtener el puntaje tanto para adaptabilidad y cohesión, puntaje que se interpretará en base a una tabla anexa a este documento (ANEXO 2), con la finalidad de identificar las siguientes categorías:

- Familia funcional
- Familia con disfunción leve
- Familia con disfunción severa

En caso de aceptarse la hipótesis alterna, se dará por enterado (verbal y por escrito) a los directores de las unidades de medicina familiar de Mexicali, a cerca del estudio y sus resultados, esto con la intención de que tomen en consideración el estudio, para realizar modificaciones en sus protocolos de estudio de pacientes adolescentes con embarazo, todo esto a criterio del director a cargo de cada unidad médica familiar.

Cronograma de actividades:

1	Introducción al curso para la elaboración de protocolo	2 de Marzo 2009
2	Determinación del problema de investigación.	Abril 2009
3	Ubicación del problema de investigación en el contexto de su problemática.	Mayo 2009
4	Elaboración de la INTRODUCCIÓN.	Mayo 2009
5	Selección de los elementos necesarios al Marco teórico.	Junio 2009
6	Elaboración del Marco teórico y Justificación.	Junio 2009
7	Formulación de los objetivos (generales y específicos).	Julio 2009
8	Elaboración de la hipótesis. Definición conceptual y operacional.	Agosto 2009
9	Selección del DISPOSITIVO DE PRUEBA: tipo de investigación y diseño. Sujetos, criterio de selección de la muestra y muestra definitiva).	Septiembre 2009
10	Seleccionar instrumento de investigación en relación con sus objetivos y unidades de estudio.	Noviembre 2009
11	Ajustar el instrumento de trabajo	Abril 2010
12	Aplicación de los instrumentos (recolección de información).	Mayo 2010
13	Revisión gramatical de la narración del protocolo	Julio 2010
14	Se envía proyecto a comité local de investigación (SIRELSIS)	19 Agosto 2010
15	Prueba piloto	Diciembre 2010
16	Aplicación de encuestas	Enero 2011 – Julio 2011
17	Recolección de resultados (trabajo de campo)	Enero 2011 – Julio 2011
18	Ordenamiento de datos	Agosto 2011
19	Análisis de datos	Agosto 2011 – Septiembre 2011
20	Revisión final de protocolo	Septiembre 2011
21	Impresión y encuadernado de protocolo	Septiembre 2011
22	Entrega de la versión final de la Tesis (empastada y en formato PDF en CD)..	Octubre 2011

Consideraciones éticas:

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos de investigación y cuestiones éticas que se encuentran aceptadas en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), revisada en Tokio en 1975, en Venecia 1983 y en Hong Kong 1989, así como al artículo 13 de la Ley General de Salud en México.

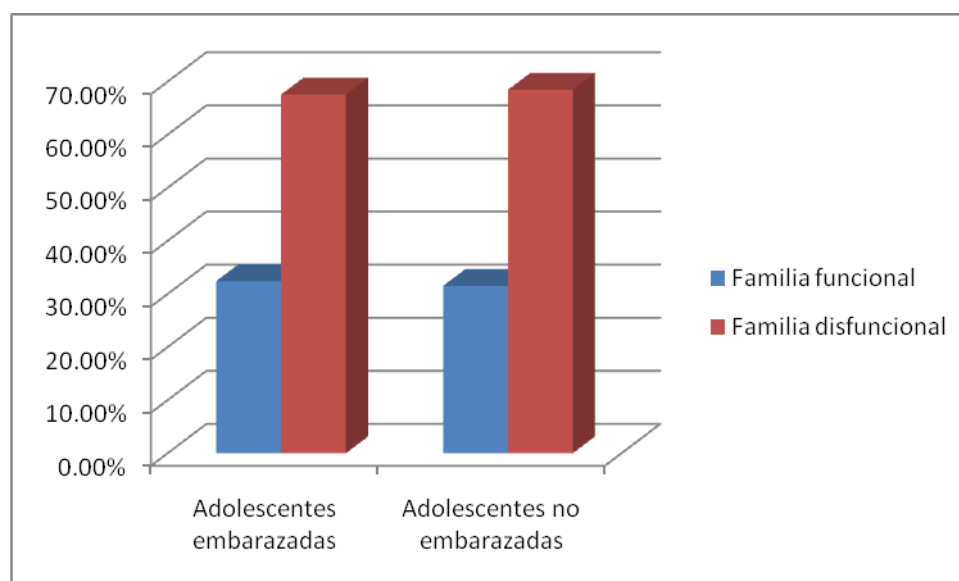
Se pedirá autorización al padre, madre, esposo o tutor de la adolescente para la aplicación de los test ya que por definición un adolescente es un menor de edad y para fines legales requiere autorización de un adulto que lo respalde, por lo que se tomará en cuenta únicamente adolescentes que cumplan con este requisito legal.

RESULTADOS:

Se recabaron 148 encuestas en total, encontrando que 101 (68.24%) de las pacientes evaluadas corresponden a familia disfuncional y 47 (31.76%) a familia funcional, con la siguiente distribución: De las adolescentes con embarazo, 25 (67.56%) corresponden a familia disfuncional y 12 (32.43%) a familia funcional y de las adolescentes sin embarazo, 76 (68.46%) corresponden a familia disfuncional y 35 (31.53%) a familia funcional.

	Familia funcional	Familia disfuncional
Adolescentes embarazadas	32.43%	67.56%
Adolescentes no embarazadas	31.53%	68.46%

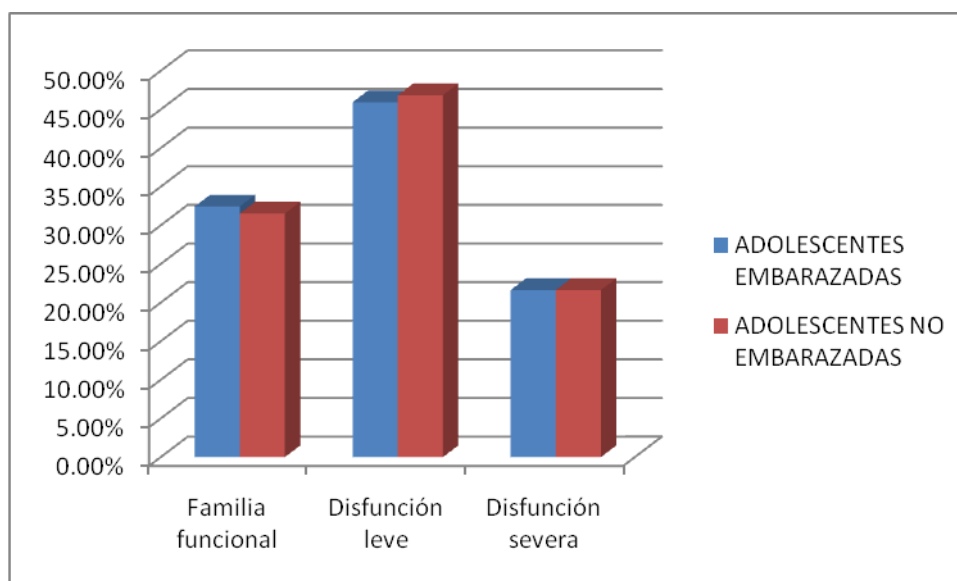
Porcentaje de adolescentes de acuerdo al tipo de familia (funcional ó disfuncional) en población embarazada y no embarazada:



El grado de disfunción familiar en la población de adolescentes embarazadas y no embarazadas presentó la siguiente distribución:

	ADOLESCENTES EMBARAZADAS	ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS
Familia funcional	12 (32.43%)	35 (31.53%)
Disfunción leve	17 (45.94%)	52 (46.84%)
Disfunción severa	8 (21.62%)	24 (21.62%)

Porcentaje de adolescentes de acuerdo al grado de disfunción familiar en población embarazada y no embarazada:



Se calculó el OR resultando 0.959, con un IC (0.43 a 2.12) y una P de 0.9.

Al evaluar el grado de disfunción familiar tomando en cuenta el total de pacientes evaluadas (embarazadas y no embarazadas) encontramos la siguiente distribución:

47 (31.75%) pacientes con familia funcional (OR: 1.042)

69 (46.62%) pacientes con disfunción leve (OR: 0.953)

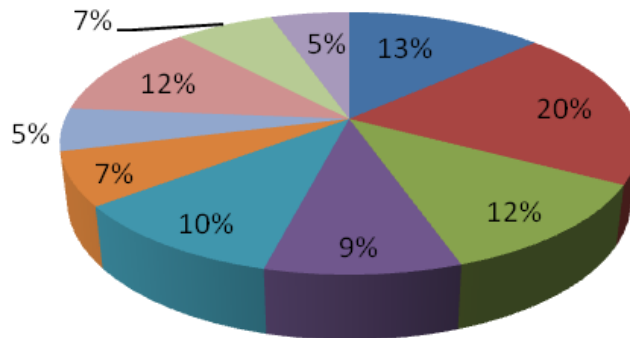
32 (21.62%) pacientes con disfunción severa (OR: 0.972)

El porcentaje de disfunción familiar en relación a la edad en población no embarazada, presentó la siguiente distribución:

NO EMBARAZADAS		
EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
19 años	10	13.15%
18 años	15	19.73%
17 años	9	11.84%
16 años	7	9.21%
15 años	8	10.52%
14 años	5	6.57%
13 años	4	5.26%
12 años	9	11.84%
11 años	5	6.57%
10 años	4	5.26%

NO EMBARAZADAS CON DISFUNCIÓN FAMILIAR

■ 19 años ■ 18 años ■ 17 años ■ 16 años
■ 15 años ■ 14 años ■ 13 años ■ 12 años
■ 11 años ■ 10 años

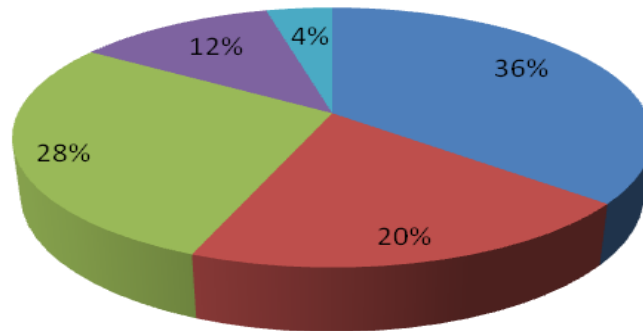


El porcentaje de disfunción familiar en relación a la edad en adolescentes embarazadas, presentó la siguiente distribución:

EMBARAZADAS		
EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
19 años	9	36%
18 años	5	20%
17 años	7	28%
16 años	3	12%
15 años	1	4%

EMBARAZADAS CON DISFUNCIÓN FAMILIAR

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

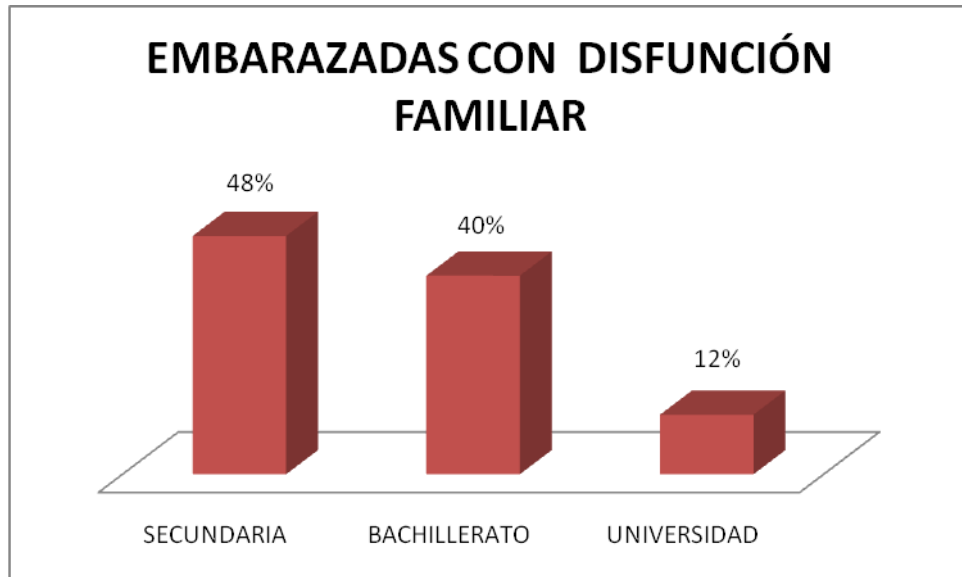


Se desarrolló Chí cuadrada en la población de embarazadas de 19 años, dado que es la edad donde predominó la disfunción familiar, encontrando un OR de 1.38.

En cuanto a la escolaridad de las adolescentes embarazadas con disfunción familiar se encontró la siguiente distribución:

ESCOLARIDAD	EMBARAZADAS CON DISFUNCIÓN FAMILIAR
SECUNDARIA	48%
BACHILLERATO	40 %
UNIVERSIDAD	12 %

Porcentaje de pacientes embarazadas con disfunción familiar de acuerdo a el grado de escolaridad:



Se encontró que la mayoría de las embarazadas con disfunción familiar cuentan con secundaria (completa ó incompleta) dentro de su escolaridad, correspondiendo al 48 %.

DISCUSIÓN:

Al analizar la tabla de Chí cuadrada observamos que en ambas poblaciones adolescentes (embarazadas y no embarazadas) predomina la disfunción familiar con 68.24%, en tanto que el porcentaje con familia funcional fue de 31.76%. Sin embargo en el análisis estadístico no muestra asociación (OR: 0.959) en disfunción leve ni en disfunción severa, por lo tanto: se acepta la hipótesis nula.

Esto puede estar motivado por el tamaño de muestra, además de que se trata de un grupo muy heterogéneo por lo que será conveniente en futuros estudios dividir la población en grupos independientes, pudiendo ser un grupo de 10 a 14 años y otro grupo de 15 a 19 años, dado que en la población comprendida entre los 10 y los 14 años se logró identificar que, aunque aceptaban contestar el test de manera voluntaria, era notable que la decisión de participar o no en el estudio pertenecía a los padres de la menor, esto a su vez puede generar que no se preste la seriedad debida al momento de contestar.

De las adolescentes con embarazo, la mayoría corresponden a familia disfuncional con 67.56% y solo 32.43% a familia funcional. De las adolescentes sin embarazo, la mayoría (68.46%) corresponden a familia disfuncional y solo 31.53% a familia funcional. Coincidiendo en ambas poblaciones la misma situación.

La mayoría de las adolescentes (embarazadas y no embarazadas) con disfunción familiar presentaron disfunción leve (69 pacientes) y en menor proporción disfunción severa (32 pacientes).

Se buscaron las edades predominantes con disfunción familiar en la población evaluada, encontrando que: De las adolescentes embarazadas el 36% tenían 19 años y de las no embarazadas 20% tenían 18 años. Siendo a los 17, 18 y 19 años las edades donde predomina el embarazo. No es raro encontrar que los 19 años sea la edad donde predominaron los embarazos, ya que se

caracteriza por ser una edad de mayor independencia y por lo tanto con mayor libertad sexual.

Al analizar Chí cuadrada en las adolescentes de 19 años sí se encontró asociación entre embarazo y disfunción familiar (OR: 1.38), no así en población más joven localizada entre los 10 y 15 años.

En ambas poblaciones (embarazadas y no embarazadas) coincidió que la secundaria fue el grado de estudio donde se encontraban la mayoría de las pacientes con disfunción familiar, correspondiendo al 48 % en el caso de pacientes con embarazo, siendo la educación un parámetro a considerar en este tema ya que una adolescente con más preparación académica disminuye la posibilidad de embarazos al distribuir su tiempo con prioridad al estudio y al futuro que le espera.

CONCLUSIONES:

Los datos encontrados sugieren que la disfunción familiar no es condicionante para embarazo en adolescentes, ya que existen múltiples factores que intervienen para que se desarrolle la disfunción familiar como son: la edad, escolaridad, ocupación, estado civil actual y por supuesto el tipo de familia.

Aunque se han encontrado perfiles familiares donde sí existen diferencias en cuanto a la disfunción familiar percibida por las adolescentes y embarazo, en este estudio se deja ver que no existe dicha relación, en contraste se encontró que a los 19 años sí están relacionadas estas dos variables. Esto es comprensible dado que un poco más de la mitad de los jóvenes (55%) refieren que ya han tenido relaciones sexuales, y su edad de inicio se encontró en el rango de 15 a 19 años. Presentándose más relaciones sexuales cuando los adolescentes perciben de manera disfuncional a su familia.

Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años' por lo que creemos importante atender a este grupo de edad apoyándolos con sesiones orientadas a detectar disfunción familiar u otros factores de riesgo para embarazo, especialmente en adolescentes de 19 años, ya que fue en este grupo de edad donde se encontró la asociación entre disfunción familiar y embarazo.

Actualmente el IMSS cuenta con "juvenimss", quien imparte cursos como salud reproductiva, obesidad, accidentes por consumo de alcohol, prevención de adicciones, embarazos no planeados, enfermedades de transmisión sexual, entre otros temas que por su desconocimiento afectan a jóvenes de nuestra jurisdicción. Dicho programa puede ser aprovechado para canalizar a jóvenes a la consulta del médico familiar para identificar disfunción familiar y valorar intervención con un estudio de salud familiar.

El estudio permite darnos cuenta de que la disfunción familiar no guarda relación con embarazos de la población adolescentes, dado que hay otros factores que influyen conjuntamente sobre esta problemática, por lo que es importante fomentar la comunicación entre los miembros de la familia a intervenir. De esta manera podremos influir en los aspectos de adaptabilidad y cohesión, sobre todo en las pacientes de más riesgo, como son, las de 17, 18 y 19 años.

BIBLIOGRAFIA

1. Lauro Bernal, Isabel [y otros]. Manual para la intervención en la salud familiar. Editorial Ciencias Médicas; 2002. Pág. 11.
2. Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina FJ. Fundamentos de Medicina Familiar. 7^a ed. México: *Medicina Familiar Mexicana*. 2000. p. 103-140 Organización Panamericana de la Salud. Salud de los adolescentes. Washington, DC: OPS/OMS; 1995.
3. Rangel, José L; J Patiño, Valerio; García, M. Funcionalidad familiar en la paciente embarazada. *Rev. Fac. Med. UNAM*, 47 (2004): 24-26.
4. León Sánchez, Daniel; Camacho Delgado, Ramón; Valencia Ortiz, María; Rodríguez-Orozco, Alain R. Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior. (2008).
5. González, Juan C. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar. *Rev. Salud pública*. 11 (2009): 14-26.
6. Vargas, S. (1997). Adolescentes embarazadas y su entorno familiar. México: Universidad Iberoamericana.
7. Luna Navarro A., Gómez Soto V. Disfunción familiar en adolescentes embarazadas. *Revista Salud Pública y Nutrición*. Edición especial (2) Febrero 2003
8. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los adolescentes. Washington, DC: OPS/OMS; 1995.
9. Programa Nacional de Población 2001-2006. México, D.F.: Consejo Nacional de Población; 2001. pp. 61-63.
10. González-Garza C, Rosalba Rojas-Martínez, María I Hernández-Serrato, Gustavo Olaiz-Fernández. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Publica de México* 2005; 47:209-218
11. Encuesta Nacional de Juventud 2000. Secretaría de Educación Pública. México, D.F.: Instituto Mexicano de la Juventud; 2001.
12. Encuesta nacional de salud y nutrición 2006.

13. Dr. Frank Espino "Embarazos en Adolescentes: Una problemática Médica, Social y Política". Ex-Presidente de la Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología.
14. Díaz Sanchez, V. (2008) *El embarazo de las adolescentes en México* http://www.mexfam.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=65:el-embarazo-de-las-adolescentes-en-mexico&catid=50:blog-direccion-general&Itemid=81 (22 Jul 2009).
15. Marín Foucher, Laurie R; Villafañe Gurza, Ana. La Relación Familiar como un factor que predice el Embarazo Adolescente. Vol. 5 No. 25.
16. Encuesta Gente Joven 1999. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam); 2000
17. Juárez F. Salud Reproductiva de los jóvenes: teorías y evidencia. Rabell C, Zavala de Cosío E, ed. La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión internacional. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México, 2002.
18. Carreón-Vásquez J, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C, Gil-Alfaro I, Soler-Huerta E, González-Solís R. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. *Archivos en Medicina Familiar*. Septiembre-Diciembre 2004; Vol. 6 Núm. 3 pp. 70-73.
19. Huerta-Martínez N; Valdés-Rivas B; Sánchez-Escobar L; Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la Cd. de México. *Arch.Med.Fam.* 2001; 3(4): 95-98.
20. E.R. Ponce Rosas, F.J. Gómez Clavelina, M. Terán Trillo, A.E. Irigoyen Coria y S. Landgrave Ibáñez; Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria*; Diciembre 2002, 30(10): 624-630.

Anexo 1

Ficha de identificación:

Nombre: _____ Edad: _____ Teléfono: _____
Escolaridad: _____ NSS: _____ Embarazada: _____

INSTRUCCIONES:

1. Favor de contestar las siguientes oraciones utilizando números del 1 al 5, según corresponda.
2. Seleccionar la respuesta que más se adecúe a su familia.
3. Colocar el número seleccionado sobre el espacio libre al comienzo de la oración.

Opciones de respuesta:

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

Describe a su familia:

- ____ 1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí.
- ____ 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- ____ 3. Aceptamos las amistades de todos los 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 suele cambiar 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. Nos 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.

Anexo 2

CALIFICACION

La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes de los ítems nones y la de adaptabilidad a la de los ítems pares, calificándolas según la siguiente tabla:

		↓ Cohesión ↑			
		Disgregada 10 a 34	Semirrelacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
Adaptabilidad	↓ Caótica 29 a 50	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	Flexible 25 a 28	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	Estructurada 20 a 24	Estructuralmen te disgregada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructural-mente aglutinada
	↑ Rígida 10 a 19	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada

En esta tabla los espacios en gris oscuro se toman como familias con disfunción grave, los espacios en gris claro como disfunción leve y los espacios en blanco son familias funcionales.

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del protocolo: Disfunción familiar y embarazo en adolescentes en el HGP No. 31 del IMSS en Mexicali B.C.

Investigador principal: Médico Residente de Medicina Familiar Dr. Marco Antonio Loustaunau Gutiérrez.

Donde se realizará el estudio: HGP No.31 del IMSS Mexicali B.C.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento informado.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO. La adolescente embarazada es un problema social que se presenta cada vez con más frecuencia. Se ha encontrado en otros estudios que puede estar relacionado el tipo de familia con el embarazo en la población adolescente. Por lo que este estudio está enfocado a encontrar, si el tipo de familia a la que pertenecen las adolescentes en la clínica No. 31 del IMSS se encuentra relacionada con el embarazo a esta edad.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

1. Conocer que tanta relación existe entre la adolescente embarazada y la manera en que funciona su familia.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

- Con este estudio conocerá de manera clara si la disfunción familiar tiene relación con las adolescentes embarazadas en la clínica 31 del IMSS en Mexicali B.C.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se realizará una encuesta a la menor de edad, sobre su familia y la manera en que esta funciona desde su punto de vista. Tal encuesta es la FASES III, llamada así por sus siglas en ingles (Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III) con la cual se evalúa la forma en que interactúa la familia entre sus miembros. Una vez terminado será evaluado por un comité de ética que determinará la validez del estudio y la posibilidad futura de publicarlo con fines científicos.

RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

Este estudio no cuenta con ninguna clase de riesgo para la paciente adolescente o su familia.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma de la paciente: _____

Firma del padre o tutor de la menor de edad (en caso necesario): _____