

Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud

Family dysfunction in pregnant adolescents from a health area

MsC. Iliana de la Caridad Calderón Morales,¹ MsC. Carmen Inalbis del Río Aguirre,¹ MsC. Odalys Rodríguez Zamora¹¹ y MsC. Ana Andrea Guisandes Zayas¹¹¹

¹ Policlínico Universitario "Josué País García", Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹ Policlínico Docente "30 de Noviembre", Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹¹ Dirección Provincial de Salud, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, de las 58 gestantes menores de 20 años, pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario "Josué País García" de Santiago de Cuba, de enero a diciembre del 2013, con vistas a determinar la relación entre la disfunción familiar y la presentación del embarazo en ellas, para lo cual se aplicó el instrumento de evaluación Faces III. Al efectuar el análisis estadístico se evidenció un predominio del grupo etario de 15-18 años, de la vinculación a los diferentes niveles de enseñanza en correspondencia con la edad, así como de la disfuncionalidad familiar y el tipo de familia extensa; estos 2 últimos resultados constituyeron factores predisponentes en el desarrollo de conductas de riesgo, como el embarazo precoz.

Palabras clave: disfunción familiar, familia, embarazo en adolescencia, adolescencia, sexualidad, atención primaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive, observational, cross-sectional study of the 58 pregnant adolescents under 20 years, belonging to the health area of "Josué País García" University Polyclinic in Santiago de Cuba, was carried out from January to December, 2013, aimed at determining the relation between family dysfunctions and their pregnancies, for which the evaluation instrument Faces III was applied. During the statistical analysis a prevalence of the age group 15-18 years, a link to the different teaching levels in correspondence to age were evidenced, as well as of the family dysfunctionality and the numerous members family; these 2 last results constituted predisposing factors in the development of risky behaviors, as early pregnancy.

Key words: family dysfunction, family, pregnancy in adolescence, adolescence, sexuality, primary health care.

INTRODUCCIÓN

Se ha referido,¹ conforme a lo planteado por la Organización Mundial de la Salud, que la adolescencia transcurre en el segundo decenio de la vida, desde los 10 hasta los 19 años, y se define como una época en la que el individuo progresiona, desde la aparición inicial de

las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual. Se realiza una transición del estado de dependencia social y económica a un estado de relativa independencia, como período crítico del desarrollo, rico en potencialidades de cambios y transformaciones.

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 desarrolle como personalidades maduras y estables, al satisfacer sus necesidades afectivas, de seguridad y confianza, y materiales, requeridas para su crecimiento y desarrollo.¹⁻³

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.⁴⁻⁶

El estudio de la familia como grupo social, constituye una necesidad para el profesional de la salud, por ser este el grupo que más influye en la formación de la personalidad. En la familia se adquieren las creencias, los temores y los criterios de riesgo que van a condicionar las actitudes de sus integrantes ante el proceso salud-enfermedad. El funcionamiento familiar puede ser causa de estrés para sus miembros; por otro lado, la familia constituye el sistema de apoyo social más utilizado en situaciones estresantes, como la pérdida de un ser querido, el padecimiento de una enfermedad, entre otros. En cuanto al aspecto funcional del sistema, la familia cumple con determinadas funciones como grupo: la biosocial, la económica y la cultural-espiritual; estas son el resultado del funcionamiento de sus miembros. El papel que desempeña la familia en la determinación de la salud constituye un tema al que bien vale la pena prestarle especial atención, considerando que el Sistema de Salud cubano está sustentado en la práctica de la medicina familiar.⁷⁻⁹

En diferentes programas docentes, como las especialidades en Medicina General Integral y Psicología de la Salud, así como la licenciatura en Enfermería, se considera la familia como uno de los ejes del diseño curricular. Los perfiles profesionales del equipo de salud de la atención primaria contemplan objetivos y acciones relacionados con el diagnóstico y la intervención familiar, así como el análisis de la situación de salud de la familia; aspecto que implica la consideración de la familia como unidad básica para la atención de salud individual y comunitaria.

Sin embargo, aún son insuficientes los fundamentos teóricos que contribuyan a considerar la familia como elemento que participa en la determinación de la salud, a fin de concebirla como grupo de atención y análisis, y no como la vía o el lugar para la organización de las acciones.¹⁰⁻¹⁶

Durante la etapa de la adolescencia ocurren cambios importantes, reflejados en la esfera biopsicosocial del individuo, los cuales causan tensiones que alteran, de alguna manera, el ingreso a la sociedad donde se desarrollan. Esta etapa es considerada, desde el punto de vista sociológico, como un período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma. Por ello, la disfunción familiar es un factor predisponente en la aparición de trastornos emocionales psicológicos, expresados muchos de ellos en

conductas dañinas para el adolescente, como la farmacodependencia, el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual, la deserción escolar, la depresión, el suicidio, entre otros.^{17,18}

Sobre la base de las ideas anteriores, se valoró que en el área de salud del Policlínico Universitario "Josué País García", ubicado en el Centro Urbano "Abel Santamaría Cuadrado" de la ciudad de Santiago de Cuba, se contaba con una población adolescente femenina de 1 570 en el año 2013; de esta, 58 jóvenes quedaron embarazadas, que representó 3,69 %, lo que resultó una cifra no despreciable si se tiene en cuenta que se realizaron 61 regulaciones menstruales (3,9 %) y 59 abortos (3,7 %). Tal situación estadística indicó la necesidad de estudiar el problema de salud desde una perspectiva familiar, considerando su papel determinante en la aparición de procesos dañinos en la salud de la adolescente.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, de las 58 gestantes menores de 20 años, pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario "Josué País García" de Santiago de Cuba, durante el periodo comprendido desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2013, con vistas a determinar la relación entre la disfunción familiar y la presentación del embarazo en ellas, para lo cual se aplicó el instrumento de evaluación Faces III (siglas del inglés *Family adaptability and cohesion evaluation scales* que equivale a Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar).

El dato primario fue recogido por las investigadoras, lo que permitió una mayor uniformidad y, por tanto, una disminución del sesgo del observador. La información fue procesada estadísticamente con el empleo de porcentaje como medida de resumen, y se realizó el análisis descriptivo a través de la prueba no paramétrica de la χ^2 , en la cual se rechazaba H_0 , si $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se observó un predominio del grupo etario de 15-18 años, con 36 pacientes (62,0 %), seguido de la edad de 19 años, con 20 adolescentes (34,5 %), y por último, del grupo de 12-14 años, que contó con 2 féminas, para 3,4 %.

Según la vinculación a los estudios, se obtuvo una mayor frecuencia de las estudiantes, con 45 de ellas, para 77,5 % del total, mientras 13 jóvenes no estudiaban (22,5 %).

Al analizar el tipo de familia, se evidenció una primacía de las familias extensas, con 28 de estas, para 48,3 % (tabla).

Tabla. Adolescentes embarazadas según tipos de familias

Tipos de familias	Adolescentes No.	Adolescentes %
Extensa	28	48,3
Ampliada	16	27,6
Completa	2	3,4
Incompleta	12	20,7
Total	58	100,0

En la evaluación del funcionamiento familiar con el cuestionario Apgar familiar, se puso de manifiesto la presencia de la disfuncionalidad en 38 familias, para 65,5 %; no obstante, 20 familias eran funcionales, para 34,5 %. Por tanto, se obtuvo una significación estadística $p<0,001$.

Fue evaluada la estructura del sistema familiar con el instrumento Faces III en la dimensión de lo percibido, y se halló que todas las familias disfuncionales eran disgregadas, con un nivel bajo de cohesión familiar, en comparación con las familias de funcionamiento normal, en las que no se mostró este nivel.

También se evaluó el sistema familiar con el instrumento Faces III en la dimensión de lo que las familias consideraban como ideal, y se obtuvo que 94,6 % de las que resultaron disfuncionales, deseaban pertenecer a una familia con mayores posibilidades de cohesión entre sus miembros, en comparación con las de funcionamiento familiar normal, donde se observó que solamente 6,6 % deseaban ese cambio ($p<0,05$).

Igualmente, 95,3 % de las familias disfuncionales anhelaban mejorar la capacidad de adaptabilidad para enfrentar las condiciones de estrés situacional, mientras que 5,6 % de las que presentaban adecuado funcionamiento familiar, también deseaban perfeccionar la capacidad de adaptabilidad con el mismo objetivo ($p<0,05$).

DISCUSIÓN

En la serie se evidenció una preponderancia del grupo de las adolescentes de 15-18 años, lo que indica la posibilidad real de aumento de los conflictos familiares asociados a los cambios puberales y la búsqueda de autonomía en esas edades. Estas jóvenes se encontraban vinculadas a los niveles educacionales correspondientes con su edad, pertenecían a familias extensas y presentaban un funcionamiento familiar inadecuado. Al comparar estos resultados con los de investigaciones nacionales y extranjeras,¹³⁻¹⁷ no se encontraron diferencias.

Asimismo, se observó una mayor frecuencia de las estudiantes. Tal resultado denota los esfuerzos que realiza el Sistema de Salud cubano para mantener esta condición en la población adolescente.

Concebir la familia como sistema, implica que ella constituye una unidad, una integridad; por lo que no puede ser reducida a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no puede ser apreciada como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) y ello constituye un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas se deben precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. Entonces, el funcionamiento familiar debe considerarse de manera circular: lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia, y viceversa.

El enfoque sistémico permite sustituir el análisis causa-efecto por el de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que permitirá llegar al centro de los conflictos familiares y, por tanto, a las causas de la disfunción familiar.

Respecto al nivel de adaptabilidad de las familias ante eventos de estrés situacional, fue rígido, pues la mayoría de las familias disfuncionales deseaban progresar en dicho aspecto y algunas familias con adecuado funcionamiento familiar, también deseaban mejorar la capacidad de adaptabilidad para enfrentar las mismas condiciones.

Al evaluar la comunicación del sistema familiar con el instrumento Faces III se encontró que la comunicación en las familias con disfunción tenía una puntuación negativa y en las familias con funcionamiento normal la puntuación fue positiva, lo cual concordó con los hallazgos de estudios similares.^{18,19}

A modo de conclusión, en esta investigación se confirmó que las familias extensas y la disfunción familiar resultaron factores predisponentes para el desarrollo de conductas de riesgo en los adolescentes, como lo es el embarazo precoz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guridi González MZ, Franco Pedraza V, Guridi Lueges YA, Cabana Pérez D, Piroska Fernández Bekos A. Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar [citado 27 Abr 2013].
2. Alvaré Alvaré LE. Conversando íntimamente con los adolescentes. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2004.
3. De la Cruz Martín Romo C. Educación sexual: las familias tienen mucho que hacer. Sexología y Sociedad. 2008; 14(36): 9-17.
4. Puentes Rodríguez Y. La familia en la educación de la sexualidad: un enfoque filosófico. Sexología y Sociedad. 2009; 15(39): 9-12.
5. Ortega Blanco M, Castro Espin M, Rodríguez Lara MI, Santana Espinosa MC, Pérez Xiques T, Oliva Rodríguez, et al. Maternidad y paternidad responsables: una metodología para la acción integral. La Habana: MINSAP; 2003.
6. Monroy De Velazco A. Salud, sexualidad y adolescencia. Guía práctica para integrar la orientación sexual en la atención de salud a adolescentes. México, D.F.: Editorial Pax; 1985.
7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2006. Excluidos e invisibles. Nueva York: UNICEF; 2005.
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia: Conmemoración de los 20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York: UNICEF; 2009.
9. Del Valle Medina B. Acerca de la sexualidad y la personalidad. Algunas consideraciones [monografía en CD-ROM]. La Habana: MINED [citado 27 Abr 2013]; 2005.
10. Martín Alfonso L, Reyes Díaz Z. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2003; 29(2): 183-7.

11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo es tu familia? Escala Breve para adolescentes. En: Familias latinas y jóvenes: un compendio de herramientas de evaluación. Washington, D.C.: OPS; 1990-1992.
12. Herrera Santí PM. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997 [citado 27 Abr 2013]; 13(6).
13. Marcas Vila A, Mariscal Labrador E, Muñoz Pérez MA, Olid Cobos F, Pardo Remesal MJ, Rubio Simón E, et al. La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental. ¿Existe tal asociación? Atención Primaria. 2000; 26(7): 453-7.
14. Ortega Alvelay A, Fernández Vila AT. Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003 [citado 27 Abr 2013]; 19(4).
15. Ortega Alvelay A, Osorio Pagola MF, Fernández Vila AT. Diagnóstico del funcionamiento familiar en un consultorio del médico y enfermera de la familia. Rev Med Gen Integr. 2003 [citado 27 Abr 2013]; 19(2).
16. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM. 2004 [citado 27 Abr 2013]; 47(1).
17. Krauskopf D, Abramo HW, Paciello A, Dávila O, Rodríguez E. La condición juvenil y su inclusión en políticas públicas. En: Políticas de juventud en Latinoamérica. Buenos Aires: Fundación Friedrich Ebert; 2004.
18. Olson DH, Sprenkle DH, Russel CS. Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. Fam Proc. 1979; 18(1): 3-28.
19. Arias L, Herrera JA. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colomb Med. 1994; 25(1): 26-8.

Recibido: 5 de febrero de 2014.

Aprobado: 17 de abril de 2014.

Iliana de la Caridad Calderón Morales. Policlínico Universitario “Josué País García”, Micro 3, Centro Urbano “Abel Santamaría Cuadrado”, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: icalderon@medired.scu.sld.cu