

## Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes

### *Effectiveness of family functionality in families with pregnant and non pregnant adolescents*

### *Efetividade da funcionalidade familiar no caso de famílias de adolescentes grávidas e adolescentes não grávidas*

ALEXANDRA GARCÍA RUEDA\*, CARMEN HELENA MARTÍNEZ DE ACOSTA\*\*

#### Resumen

Esta investigación tiene como objetivo comparar la evaluación de la efectividad de la funcionalidad familiar de familias con adolescentes gestantes, y no gestantes, atendidas en la Empresa Social del Estado, Instituto de Salud de Bucaramanga (ESE Isabu), durante el primer semestre de 2009. Es un estudio comparativo, transversal, cuantitativo, realizado con la participación de 77 familias con adolescentes gestantes y 104 familias con adolescentes no gestantes, en las cuales los informantes fueron de cada familia: la adolescente gestante o no gestante, y un familiar que viviera en el mismo hogar de la adolescente participante en el estudio.

---

\* Especialista en Administración de Servicios de Salud, Universidad Industrial de Santander, especialista en Auditoría en Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga, convenio Instituto de Ciencias de la Salud de Antioquia CES, magíster en Enfermería con énfasis en Salud Familiar, Universidad Nacional de Colombia, docente Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander, alexagaru@hotmail.com Bucaramanga, Colombia

\*\* Magíster en Investigación y Docencia Universitaria, Universidad Santo Tomás, magíster en Enfermería, Salud Familiar y APS, Universidad Nacional de Colombia, experta en Educación a Distancia, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España, docente de posgrados de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, chmartinezd@unal.edu.co Bogotá, Colombia

Recibido: 09-12-09

Aprobado: 06-05-11

Para la recolección de la información se utilizó el instrumento ASF-E, de María Luisa Friedemann (1), que mide el nivel de efectividad de la funcionalidad familiar por medio de las *dimensiones*: cambio, mantenimiento, individuación, coherencia, y las *metas*: espiritualidad, crecimiento, control, estabilidad del sistema familiar.

En los resultados se encontró que las familias con adolescentes gestantes presentan un nivel alto de efectividad de la funcionalidad familiar, referido por las adolescentes gestantes (49,4%) y sus familiares (54,5%); mientras que las familias con adolescentes no gestantes presentan un nivel intermedio de efectividad, referido tanto por adolescentes no gestantes como por sus familiares, con igual porcentaje: 57,7%.

En conclusión, existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de familias, sobre la efectividad de la funcionalidad familiar, identificada en la prueba T con  $p < 0,012$ . Igualmente hay diferencias en las metas de estabilidad ( $p < 0,009$ ) y control ( $p < 0,007$ ) y en las dimensiones de coherencia ( $p < 0,013$ ) y mantenimiento del sistema familiar ( $p < 0,033$ ).

*Palabras clave:* familia, embarazo, efectividad, adolescente (fuente: DeCS, Bireme)

#### Abstract

The purpose of the research is to compare the evaluation of the effectiveness of family functionality of families with pregnant and non pregnant adolescents attended in the Social State Com-

pany (Instituto de Salud) in Bucaramanga (ESE Isabu), during the first semester of 2009. It is a comparative, cross-cutting, quantitative study carried out with the participation of 77 families with pregnant adolescents and 104 families with non pregnant adolescents; being the informant in each family, either: the pregnant or non pregnant adolescent or a relative living in the same home as the adolescent participating in the study.

To collect the information, the ASF-E tool by María Luisa Friedemann (1) was used, which measures the effectiveness of family effectiveness through the following *dimensions*: change, maintenance, individualization, coherence and with the following *goals*: family system's spirituality, growth, control and stability.

Results showed that families with pregnant adolescents have a high level of family functionality effectiveness, reported by pregnant adolescents (49,4%) and their relatives (54,5%); while families with non pregnant adolescents show an intermediate level of effectiveness reported by non pregnant adolescents as well as by their relatives, with the same percentage: 57,7%

In conclusion, there are statistically significant differences between the two groups of families, regarding the effectiveness of family functionality, identified in the T test with  $p: 0,012$ . Likewise, there are differences in the stability goals ( $p 0,009$ ), control ( $p 0,007$ ), coherence ( $p 0,013$ ) and family system maintenance ( $p 0,033$ ) dimensions.

*Keywords*: family, pregnancy, effectiveness, adolescent

## Resumo

Esta pesquisa visa comparar a avaliação da efetividade da funcionalidade familiar das famílias de adolescentes grávidas e não grávidas; atendidas na Empresa Social do Estado Instituto de Saúde de Bucaramanga (ESSE Isabu), durante o primeiro semestre de 2009. Através de um levantamento comparativo, transversal, quantitativo, no qual participaram 77 famílias de adolescentes grávidas, e 104 famílias de adolescentes não grávidas. Os participantes que forneceram os dados do estudo foram: a adolescente grávida ou a não grávida, e um familiar que viesse do mesmo lar que a adolescente que participa do estudo.

Para reunir os dados, foi utilizado o instrumento ASF-E de María Friedemann (1), que mede o nível de funcionalidade familiar através das *dimensões*: mudança, manutenção, individualização, coerência; e as *metas*: espiritualidade, crescimento, controle, estabilidade do sistema familiar.

O resultado obtido foi que as famílias de adolescentes grávidas apresentam um alto nível de efetividade de funcionalidade familiar, segundo as próprias adolescentes (49,4%) e familiares dela (54,5%); por outro lado as famílias de adolescentes não grávidas apresentam um nível intermediário de efetividade, segundo as próprias adolescentes não grávidas e os familiares dela, que obtiveram a mesma percentagem: 57,7%.

Em conclusão, existem significativas diferenças estadísticas entre ambos os grupos de famílias no referente à efetividade da funcionalidade familiar, identificada na prova T com  $p: 0,012$ . Igualmente, existem diferenças nas metas de estabilidade ( $p 0,009$ ) e de controle ( $p 0,007$ ); e nas dimensões de coerência ( $p 0,013$ ) e manutenção do sistema familiar ( $p 0,033$ ).

*Palabras clave*: família, gravidez, efetividade, adolescente

## INTRODUCCIÓN

El funcionamiento familiar se refiere al conjunto de relaciones interpersonales que se dan en cada familia, lo que les proporciona identidad propia (2). Es el proceso para llegar a la salud familiar a través de las *metas*: espiritualidad, estabilidad, crecimiento, control familiar, y las *dimensiones*: coherencia, individuación, mantenimiento y cambio del sistema familiar (3).

Según Friedemann (1), la vida humana es una lucha continua por alcanzar estas cuatro *metas* y balancearlas entre ellas y el ambiente, tanto familiar como externo; la lucha hacia estas metas se da a través de conductas y comportamientos humanos concretos necesarios, conocidos como: *dimensiones*.

La familia es un sistema conformado por diferentes miembros que se relacionan entre ellos y con otros sistemas de contacto en el ambiente (4). Las familias con adolescentes se encuentran en una etapa del proceso vital de grandes cambios, de tipo biopsicosocial, tanto para las y los adolescentes que buscan su independencia e identidad, como para los padres que deben asumir los cambios de sus hijos, incluyendo la gestación cuando ocurre en esta etapa de la vida, identificando su capacidad de negociación y flexibilidad, sin perder el control y afectar la funcionalidad familiar.

Estudios realizados en el ámbito nacional e internacional demuestran la importancia de la funcionalidad familiar en las familias con adolescentes gestantes y con adolescentes no gestantes y la manera como los problemas de estas familias pueden llevar a disfuncionalidad, caracterizada por el incumplimiento de las funciones básicas familiares, que pueden repercutir en la salud familiar; entre estos estudios se encuentran el realizado por Ávila y otros (4) sobre aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia, que revela un incremento de las familias moderadamente disfuncionales, ausencia de la figura paterna, pobre comunicación entre padres e hijos,

e inestabilidad emocional en la adolescente gestante. Rangel y otros (5), en su estudio *Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada*, identificaron disfunción familiar en el 33% de los casos; la mayor frecuencia de disfunción se presentó en los aspectos de crecimiento y afecto; esto reafirma que la disfunción familiar es un factor predisponente al desarrollo de ciertas conductas en adolescentes y constituye un riesgo que se agrava, si está asociado con la edad de la adolescente, la escolaridad, la ocupación y el estado civil actual.

Así mismo, Campo y otros (6), en los resultados de su estudio denominado *Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR* (adaptación, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución) para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria, encontraron que hay un grave problema de disfuncionalidad familiar (73,7%) asociado principalmente a: insatisfacción con el apoyo de la familia ante un problema, al emprendimiento de nuevos retos y a la expresión de sentimientos, emociones, así como el compartir espacios y tiempo en casa.

Estos estudios evidencian que diversos aspectos hacen parte de la funcionalidad familiar y, por tanto, es necesario profundizar en el conocimiento de los mismos, dando continuidad al desarrollo de investigaciones que evalúen la “efectividad de la funcionalidad familiar”, la cual es considerada como: “el nivel de capacidad de la familia para lograr el cumplimiento de las funciones y la satisfacción de sus integrantes” (7) y el “resultado del proceso para llegar a la salud familiar a través de las metas y dimensiones del sistema familiar, mencionadas anteriormente” (3).

Por tanto, la evaluación de la efectividad de la funcionalidad familiar permite dar orientación a los integrantes de la familia; en este caso, a familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes, para conservar la integridad familiar, la salud física, psicológica, la coherencia y el afecto, así como, para generar acciones tendientes a cumplir las funciones que se esperan de ella, principalmente biológica, económica y educativa-cultural (8).

Lo anterior sustenta el propósito del presente estudio de comparar la efectividad de la funcionalidad familiar, de las familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes, vinculadas a la Empresa

Social del Estado de primer nivel del Instituto de Salud de Bucaramanga (ESE Isabu), municipio de Bucaramanga. El estudio permitió, además, conocer las características sociodemográficas de estos dos grupos de familias. A partir del conocimiento de cómo funcionan las familias, el profesional de enfermería y demás profesionales de la salud podrán desarrollar estrategias de cuidado integral, que favorezcan la salud de estas y, por consiguiente, mejorar la salud de adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes.

Con el fin de lograr el objetivo del estudio, se aplicó el instrumento diseñado por María Luisa Friedemann, la Escala de evaluación de la efectividad de la funcionalidad familiar ASF-E, que se basa en la teoría de la organización sistémica. Este instrumento evalúa las dimensiones y metas del sistema familiar, las cuales determinan la efectividad de la funcionalidad familiar (1).

## METODOLOGÍA

Esta investigación, de tipo comparativo, transversal, cuantitativo, fue realizada en la ESE Isabu (en sus centros de salud y su hospital)\*, entre enero y junio de 2009. La población total estuvo constituida por 1619 familias, de las cuales, en 1381 había adolescentes no gestantes y en 238, adolescentes gestantes; estos datos de población se obtuvieron del número de consultas externas en las instituciones seleccionadas\*, a las que asistieron las adolescentes, una vez al mes, para recibir atención de salud. Con base en estos datos de población, se calculó el tamaño de la muestra con la fórmula estadística  $n = \frac{K}{1 + \frac{K}{N}}$

dando como resultado: 77 familias con adolescentes gestantes y 104 familias con adolescentes no gestantes, para un total de 181 familias participantes en el estudio. Los informantes de las familias con adolescentes gestantes fueron: la adolescente con edad entre 13 y 19 años y un familiar mayor de 20 años, que conviviera en su hogar. Los informantes de las familias con adolescentes no gestantes fueron: la adolescente no gestante con edad entre 13 y 19 años, y un familiar mayor de 20 años que viviera en el mismo hogar.

El método de muestreo utilizado fue aleatorio estratificado, aplicado a la base de datos que procedió de la población de los centros de salud y del hospital; en estos

centros se hizo un muestreo por conveniencia de donde se tomaron las familias con adolescentes gestantes y con adolescentes no gestantes que cumplieran los criterios de inclusión, hasta completar el tamaño de la muestra en cada centro. Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron: familias que por primera vez tuvieran adolescentes gestantes, cuya edad oscilara entre 13 y 19 años; que se encontraran en cualquier edad gestacional y que estuvieran recibiendo atención en la red de servicios de las instituciones de salud seleccionadas para el estudio; familias con adolescentes no gestantes, cuya edad oscilara entre 13 y 19 años; y para los dos grupos de familias se tuvo en cuenta que el familiar informante fuera mayor de 20 años y que no presentara alteraciones mentales diagnosticadas por un especialista.

La hipótesis de investigación se definió de la siguiente manera: existe diferencia significativa en los resultados de la evaluación de la efectividad de la funcionalidad familiar entre las familias con adolescentes gestantes, respecto a los resultados de las familias con adolescentes no gestantes.

Para el desarrollo del estudio se seleccionó el instrumento Escala de evaluación de la efectividad de la funcionalidad familiar ASF-E, que consta de 20 ítems, relacionados con las metas y dimensiones del sistema familiar; cada uno de los ítems consiste en tres frases que expresan características del funcionamiento familiar. Cada uno de los ítems tiene tres indicadores previamente ponderados por su autora; 1 es nivel bajo, 2 nivel intermedio y 3 nivel alto de efectividad de la funcionalidad familiar. La efectividad de la funcionalidad familiar se clasifica en tres niveles: *alto* si el puntaje final está entre 48 y 60, *intermedio* entre 34 y 47 y *bajo* entre 20 y 33. Los rangos de estos tres últimos niveles fueron actualizados por la autora del instrumento (3).

Al instrumento, según Friedemann (9), se le han realizado pruebas psicométricas que comprueban su validez de: constructo, contenido, facial (10), pruebas de confiabilidad con alfa de Cronbach: 0,81 en Miami (11) y 0,78 en este estudio, entre otros. Para la presente investigación, dicho instrumento lo ajustó el grupo de docentes y estudiantes de Investigación en Funcionalidad Familiar, de la Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Previa autorización de los comités de ética de la Universidad y de la Empresa Social del Estado donde se desarrolló el estudio, se recolectó la información con la autoaplicación del instrumento y de una ficha sociodemográfica (diligenciada por encuestadores) para identificar las características sociales y demográficas de las familias. Previa a la aplicación del instrumento, se realizó una prueba piloto que permitió mejorar su diseño general; se controlaron los riesgos y sesgos de muestreo; atrición, Hawthorne, medición, instrumentación y encuestador. Además se tuvo en cuenta el consentimiento informado, asentimiento de informantes, confiabilidad y privacidad de la información y la capacitación de tres encuestadores, para recolección de información en centros de salud y visitas domiciliarias.

Los datos obtenidos se tabularon y analizaron con el programa estadístico SPSS versión 15. Se utilizó estadística descriptiva: porcentajes, frecuencias, con tablas, diagrama de sectores, de barras y estadística inferencial: pruebas de Kolmogorov-Smirnov, T, U, Levene.

## RESULTADOS

El análisis y la presentación de los resultados comprendió dos etapas: descriptiva e inferencial. Se denominó grupo 1 a las familias con adolescentes gestantes y grupo 2 a las familias con adolescentes no gestantes.

### Etapa descriptiva

En las *características sociodemográficas* se encontró que la mayoría de las adolescentes gestantes (65%) tenían entre 17 y 19 años de edad, es decir, estaban en la adolescencia tardía. Y la mayoría de las adolescentes no gestantes (51,9%) en la adolescencia media, entre 14 y 16 años. El parentesco del informante familiar fue, en ambos grupos, en primer lugar la madre de la adolescente (48,1% grupo 1 y 64,4% grupo 2); sin embargo, en el grupo 1 fue seguido por otros parentescos (31,2%): esposo, compañero o cuñado, principalmente.

La escolaridad predominante en ambos grupos de familias fue: secundaria incompleta en el grupo 1 (48,1% de las adolescentes) y 29,9% de sus familiares; en el grupo 2, 61,5% de adolescentes y 32,7% de familiares. La ocupación de la mayoría de adolescentes gestantes fue el hogar (62,3%); y de las no gestantes, el estudio (53,8%);



y de sus familiares, el trabajo: grupo 1: 58,4% y grupo 2: 58,7%. En los dos grupos de familias predominó la religión católica (grupo 1: el 70% de adolescentes y 79,2% de familiares; en el grupo 2: 76% de adolescentes y 83,7 % de familiares).

Con relación a la familia de convivencia, el tipo de familia predominante en el grupo 1 fue el conformado por *padres e hijos* (28,6%); en el grupo 2, *padres, hijo(s) y pariente(s)*, en un 28,6%; otros miembros familiares (23,4%); *padres e hijos* (22,1%); *madre e hijos* (19,5%). Es decir que padres e hijos comparten su hogar con parientes como nietos, abuelos, yernos, nueras, tíos, etc., información relacionada con las afirmaciones de Gutiérrez (12), quien dice que la realidad cotidiana permite ver cada vez más hogares incompletos por la ausencia de un progenitor; por lo regular, el estatus de estas familias “rotas” desciende y requiere el refuerzo de la familia extensa, que vuelve a tener vigencia para favorecer el hogar incompleto de la hija, quien, ante el embarazo, es abandonada en muchas ocasiones por el padre de su hijo. Aunque en otros casos, debido a la difícil situación económica de la adolescente y de su pareja, también deciden refugiarse en el hogar de uno de los padres. El número de personas que conformaban las familias de estudio abarcaba el rango de 4 a 6 (grupo 1: 50,6% y grupo 2: 54,8%). Este dato se relaciona con la *Encuesta nacional de demografía y salud* (ENDS 2010), en la cual el tamaño promedio de los hogares es 3,8 personas (13).

El tipo de unión de las parejas fue: en el grupo 1, unión libre (51,9%); grupo 2: 47,1%, dato que contribuye a comprobar el aumento de población en este estado conyugal, a nivel del país; según refiere la ENDS 2010, representado por 33%, el cual es mayor en 3 puntos, con relación a los resultados de la ENDS 2005 (13).

La etapa del ciclo vital familiar predominante fue familia con hijos adolescentes (40,3%).

El 42,86% de las familias del grupo 1 tiene un promedio de ingresos mensuales de un salario mínimo, similar al encontrado en el grupo 2 (39,4%), lo cual se puede relacionar con el predominio de familias extensas, teniendo en cuenta que la muestra del estudio son familias de estrato bajo y medio y que, según Ordóñez (14), las condiciones económicas de la población han hecho que este tipo de familia haya sido adoptado como estrategia de supervivencia y mejoramiento de las condiciones de

vida de las personas y familias, procurando compartir espacios con padres, hermanos e incluso con personas sin nexos de parentesco. Se encontró además que las personas cabeza de familia de los grupos 1 y 2 se dedican al empleo informal: 55,8% y 39,4% respectivamente.

### Etapa inferencial

Con el fin de complementar la anterior descripción de los datos y dar respuesta a la pregunta de investigación y a la comprobación de la hipótesis del estudio, se aplicó la estadística inferencial a partir de los datos obtenidos de la muestra.

Para identificar si existen diferencias significativas en la evaluación de la efectividad de la funcionalidad familiar en cuanto a las metas y las dimensiones de las familias, que conformaron los grupos 1 y 2, inicialmente se determinó si cada grupo tenía o no distribución normal. La prueba estadística utilizada para resolver esta pregunta fue la de Kolmogórov-Smirnov (15).

Cuando las dos muestras tuvieron distribución normal, se utilizó la prueba T para medir la diferencia entre dos promedios de muestras independientes o correlacionadas –*dependientes*–, con muestras pequeñas (16). En el caso en que se llevó a cabo la prueba T, adicionalmente se hizo la prueba de Levene, que trata sobre la *homogeneidad de varianzas*. Cuando la distribución no fue normal, se aplicó la prueba no paramétrica U. En el estudio se utilizó nivel de significancia del 0,05 (5%), un nivel de confianza del 95%.

### ¿Existe diferencia significativa entre la evaluación de efectividad de la funcionalidad familiar (EFF) del grupo 1 y del grupo 2?

Los resultados identificaron que existe una diferencia significativa del 5% entre las familias del grupo 1 con respecto a las del grupo 2 en cuanto a la efectividad de la funcionalidad familiar, usando la prueba T con un p valor 0,012 (tabla 1). Estas divergencias se presentaron por las diferencias de opinión entre las adolescentes de ambos grupos, con prueba T y un p 0,022. No hubo diferencias de opinión, según prueba T, entre las adolescentes y familiares de cada grupo (1, p: 1,0 y 2, p: 0,19); tampoco entre los familiares de ambos grupos (p: 0,22). Datos

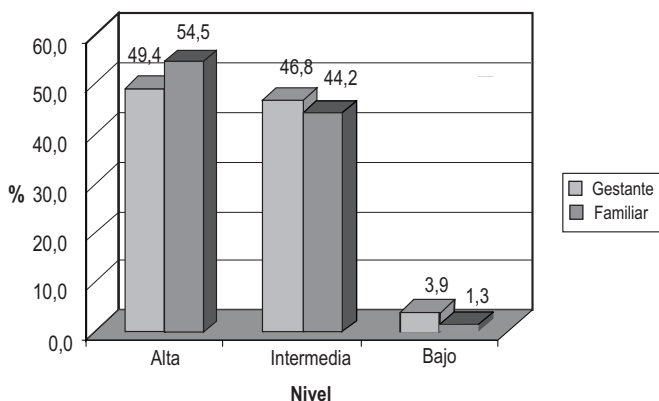
complementados con la información descriptiva reflejada en las gráficas 1 y 2, respectivamente, en las cuales se observa que el mayor porcentaje de EFF fue dado por el nivel alto, referido por las familias del grupo 1, así: 54,5% por los familiares y 49,4% por las adolescentes gestantes, mientras que en las familias del grupo 2 predominó el nivel intermedio de efectividad, con un porcentaje similar (57,7%) tanto por las adolescentes no gestantes como por sus familiares. El tercer lugar del nivel de efectividad en las familias de los grupos 1 y 2 fue bajo, con porcentajes muy parecidos.

**Tabla 1.** P valor según prueba T sobre la diferencia de promedios entre los grupos de familias

	<b>Efectividad de la funcionalidad familiar</b>
Prueba	T
P valor	0,012

**Fuente:** datos correspondientes al instrumento ASF-E aplicado a informantes de la muestra del presente estudio.

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS CON ADOLESCENTES GESTANTES

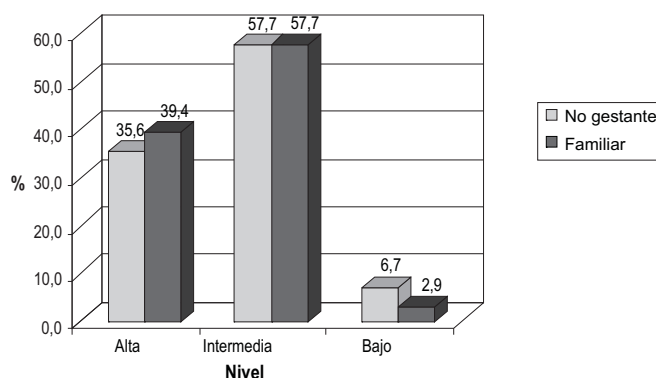


**Gráfica 1.** EFF en familias grupo 1.

**Fuente:** dato correspondiente al instrumento ASF-E aplicado a informantes de la muestra del presente estudio.

Se hubiera esperado que estos porcentajes fueran lo contrario; es decir, mayores dentro de los niveles intermedio y bajo de efectividad en las familias grupo 1; que estas familias tuvieran una EFF más baja, dados los problemas de ira, culpabilidad, negociación, frustración (17),

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS CON ADOLESCENTES NO GESTANTES



**Gráfica 2.** EFF en familias grupo 2.

**Fuente:** dato correspondiente al instrumento ASF-E aplicado a informantes de la muestra del presente estudio.

que genera la gestación de las adolescentes, adicionales a los conflictos de la adolescencia.

Los resultados indican que las familias del grupo 1, dentro de su nivel alto de efectividad, le dan más valor a la familia; aunque hay mayor dependencia familiar, hay percepción de apoyo y afecto, sobre todo por el futuro bebé. Como afirma Kano (18), se da un proceso de negociación y aceptación en el cual los miembros de la familia tratan de cuidar al hijo y a la adolescente; y ella se compromete a trabajar, estudiar y a ayudar económicamente a la familia; se resigna a cambiar de vida y se somete a las nuevas reglas. A través de este proceso se identifica un apoyo familiar, verificable con el mayor porcentaje del tipo de familia extensa, en comparación con el tipo de familia nuclear de las adolescentes no gestantes.

Los resultados del nivel alto en familias del grupo 1 se parecen a los resultados del estudio de Rangel y otros (5), en el cual el 67% de las familias presentó funcionalidad normal.

El mayor porcentaje de nivel intermedio de efectividad de la funcionalidad familiar que presentaron las familias del grupo 2, comparado con el nivel alto, obtenido por las familias del grupo 1, se puede relacionar con que las primeras familias se encuentran en la etapa media de la adolescencia, la cual, según el Ministerio de la Protección Social et ál. (19), se caracteriza por cambios de tipo biológico, cambios psicosociales y cognitivos, en los que las adolescentes están en búsqueda de su identidad, les

gusta la controversia, son más críticas y hay mayor riesgo de distanciamiento afectivo con los padres. Estos datos del grupo 2 se parecieron al estudio de Campo et ál. (6), en cuyos resultados hallaron: familia funcional 26,4%, disfunción leve 37,4%, moderada 16,5%, y severa 19,8%. Se identifica que los dos estudios coinciden en que las familias con adolescentes no gestantes, como las del grupo 2, tienen cierto grado de disfuncionalidad, el cual es más significativo en el estudio de Campos porque el porcentaje de disfuncionalidad severa fue mayor, que el de baja efectividad de este estudio (6,7% adolescentes y 2,9% familiares).

Teniendo en cuenta que la interrelación de las metas y dimensiones del sistema familiar conducen a evaluar el nivel de efectividad de la funcionalidad familiar, fue necesario comparar cada una de estas entre los dos grupos de familias, para lo cual planteamos el interrogante ¿existen diferencias significativas entre las familias de los grupos 1 y 2 sobre las metas del sistema familiar?, cuya respuesta se expone a continuación.

Con relación a la existencia de diferencias significativas entre las familias de los grupos 1 y 2 sobre las metas

del sistema: estabilidad, espiritualidad, control y crecimiento, se identificó que:

**Estabilidad:** incluye creencias y actitudes; se relaciona con el carácter o personalidad, la imagen corporal y la autoestima y permite la flexibilidad al cambio, si hay necesidad en la familia; determina las tradiciones y patrones comunes de comportamiento, basados en valores básicos y en creencias culturales” (7); sigue una serie de valores familiares con un sentido de pertenencia y seguridad; orgullo familiar.

La tabla 2 muestra que hay diferencias de estabilidad entre los grupos 1 y 2 (prueba T con p: 0,009), dadas principalmente por las adolescentes de ambos grupos. Los datos descriptivos lo complementan porque en las familias del grupo 1 el 51,9% de las adolescentes gestantes refieren un nivel alto de estabilidad, mientras que en el grupo 2 las adolescentes no gestantes y sus familiares (45,2%) refieren un nivel intermedio; es decir, en familias del grupo 1 hay más unión para enfrentar los problemas, saben cuándo le está pasando algo a algún miembro de la familia, se sienten más seguros y probablemente más orgullosos de su identidad familiar, que las familias del grupo 2.

**Tabla 2.** P valores según prueba T o U sobre la diferencia de promedios entre los informantes, de acuerdo con las metas del sistema familiar

Relación familiar	Prueba/ diferencia	Metas			
		Espiritualidad	Estabilidad	Control	Crecimiento
Adolescente gestante y familiar de adolescente gestante	P valor	0,937	0,986	0,951	0,974
	Conclusión	No	No	No	No
Adolescente no gestante y familiar de adolescente no gestante	P valor	0,313	0,100	0,185	1,0
	Conclusión	No	No	No	No
Adolescente gestante y adolescente no gestante	P valor	0,083	0,009	0,019	0,344
	Conclusión	No	Si	Si	No
Familiar de adolescente gestante y familiar de adolescente no gestante	P valor	0,279	0,286	0,256	0,325
	Conclusión	No	No	No	No
Grupo 1 y grupo 2	P valor	0,062	0,009	0,007	0,163
	Conclusión	No	Si	Si	No

**Fuente:** dato correspondiente al instrumento ASF-E aplicado a informantes de la muestra del presente estudio.

Se identificó que, en los niveles bajos de las cuatro metas, la estabilidad tiene el mayor porcentaje, en familias del grupo 2, con un nivel bajo de estabilidad del 17,3%, el cual es referido por las adolescentes, quienes prefieren estar alejadas de la familia, no se preocupan el uno por el otro, no tienen fechas especiales para celebrar y consideran que otras familias son más unidas que las suyas.

**Control:** sirve para reducir la ansiedad que surge de una sensación de vulnerabilidad e impotencia; a través del control, los seres humanos mantienen el sistema sin cambios o canalizan la información para producir los cambios deseados; el control se logra a través de acciones relacionadas con el mantenimiento y cambio del sistema familiar (7). De acuerdo con la información recolectada, entre los grupos 1 y 2 existe diferencia sobre esta meta (con prueba U,  $p: 0,007$ ); en la tabla 2, se observa mayor diferencia entre las adolescentes gestantes y las no gestantes (prueba T y  $p: 0,019$ ).

Los datos inferenciales contrastan con los datos de la etapa descriptiva del estudio porque, en esta, en el grupo 1, predominó un nivel alto de control familiar, expresado principalmente por adolescentes gestantes (59,7%), mientras que en el grupo 2, predominó el nivel intermedio de control, dado en su mayoría por las adolescentes no gestantes (53,8%). Estas diferencias se dan porque en las familias del grupo 1 se establecen reglas, pero hay mayor flexibilidad de normas y es posible un proceso de negociación de las mismas. Por ejemplo, en familias colombianas se está produciendo una alteración de la estructura familiar; aunque “continúa la primacía de familia nuclear, la familia extensa está en aumento debido a la situación socioeconómica” (14), que ha exigido el cambio de determinadas normas sociales (se acepta más fácilmente que un(a) hijo(a) viva con su pareja en el hogar paterno (20), sobre todo si está embarazada), exigiendo una modificación en el sistema intrafamiliar de reglas, con nuevos roles.

En las familias del grupo 2, padres y madres establecen nuevas reglas, roles, actitudes y creencias que en muchas ocasiones se confrontan con cambios externos y normas sociales, lo cual ocasiona en estos una percepción en las alteraciones del control familiar, sobre todo por las características vulnerables que representa la

adolescencia, lo cual influye en el resultado intermedio de control.

**Crecimiento:** permite a los miembros de la familia obtener nuevas ideas, conocimientos y realizaciones a través de sus roles dentro de otros sistemas, que van a influenciarlos a cambiar su sistema personal (7). Se requiere cuando la estabilidad personal es incongruente con el ambiente y se hace necesario asumir otros comportamientos. Esta meta requiere reorganización básica de valores y prioridades.

Según la tabla 2, no existen diferencias significativas entre los promedios de los dos grupos con relación a esta meta, ni entre los informantes de cada grupo (prueba U con  $p: 0,163$ ).

Igualmente, en los datos descriptivos del estudio no hay diferencias porque en ambos grupos de familias sobresalió el nivel intermedio de crecimiento. En el grupo 1, referido por 59,7% de adolescentes no gestantes y 51,9% de sus familiares; en el grupo 2 llamó la atención que sus dos informantes tuvieron el mismo porcentaje (61,5%).

Los resultados indican que los dos grupos de familias permiten cierta reorganización de valores y prioridades, de acuerdo con necesidades generadas por cambios que surgen en relación con otros sistemas, como el trabajo, la iglesia y el colegio, así como con la adolescencia y la gestación, a través de los cuales adquiere nuevas ideas y conocimientos que pueden influenciar el sistema personal y familiar.

**Espiritualidad:** se considera como todo lo que emocionalmente une a los miembros de la familia (7); les facilita reducir sus miedos, se sienten unidos y encuentran comodidad, ayuda en tiempos difíciles.

Los resultados de la tabla 2 muestran que no hay diferencia significativa entre los promedios de la espiritualidad de las familias de los grupos 1 y 2 (con prueba U,  $p: 0,062$ ), que coinciden con los datos descriptivos del estudio, que presentan un nivel intermedio de espiritualidad, con un 55,8% de adolescentes gestantes, 58,4% de sus familiares, un 51,9% por adolescentes no gestantes y 61,5% por sus respectivos familiares. Dato similar a los estudios realizados por Galán (21), en el cual las familias tuvieron un nivel intermedio de espiritualidad (60,8%), y por Cogollo (22), con el mismo nivel intermedio (63%) de espiritualidad. La espiritualidad en estas familias puede ser



inestable, porque se les dificulta lograr la congruencia o armonía familiar, no expresan sentimientos, prefieren tener cuidado al opinar, aunque las ha ayudado en momentos difíciles de la gestación.

Las metas mencionadas anteriormente “son alcanzadas con comportamientos dentro de las cuatro dimensiones de proceso familiar: mantenimiento, cambio, coherencia, e individuación del sistema familiar” (7), por lo cual fue necesario presentar y analizar, en la tabla 3, la existencia de diferencias significativas entre las familias de los grupos 1 y 2 sobre estas dimensiones, en las cuales se encontró lo siguiente:

**Mantenimiento:** se refiere al cumplimiento de acciones por la familia (7), que suplen las necesidades de tipo físico, emocional y social, como descansar, dormir, comer, trabajar, disfrutar actividades recreativas, compartiendo ideas y patrones de comunicación, que contribuyen a la salud, a satisfacer necesidades de sus miembros y al mantenimiento del sistema familiar.

Se evidenciaron diferencias sobre esta dimensión entre las familias de los grupos 1 y 2 (prueba U con  $p: 0,033$ ) por la opinión de las adolescentes (prueba T,  $p: 0,026$ ) (tabla 3), lo cual coincide con los datos

descriptivos porque, aunque en ambos grupos predominó el nivel alto de mantenimiento, fue mayor en familias del grupo 1, según la opinión de las adolescentes (57,1%). Las adolescentes del grupo 2 refirieron mayores porcentajes en los niveles intermedio (44,2%) y bajo (11,5%). Datos similares a los encontrados en el estudio de Cogo-llo (22) con resultados de nivel alto de mantenimiento (64,5%).

Los resultados indican que hay una serie de valores y creencias que influyen en la salud y hay orientación hacia la flexibilidad y las tradiciones. El nivel bajo en los dos grupos indica problemas de estabilidad y control, y es más representativo en las familias del grupo 2.

**Cambio:** se relaciona con alteraciones significativas del sistema familiar, ocasionadas por situaciones de infelicidad, angustia, preocupación, estrés, enfermedades, problemas económicos o laborales, entre otros, que requieren la cooperación y el acuerdo de todos los miembros (7). El cambio es frecuente en familias con adolescentes por incorporación de nuevas conductas y prioridades, debido a los cambios biopsicosociales propios de los adolescentes, que deben asumir sus familias.

**Tabla 3.** P valores según prueba T o U sobre la diferencia de promedios entre los informantes, de acuerdo con las dimensiones del sistema familiar

Relación familiar	Prueba/ diferencia	Dimensiones			
		Mantenimiento	Cambio	Individuación	Coherencia
Adolescente gestante y familiar de adolescente gestante	P valor	0,848	0,666	0,468	0,678
	Conclusión	No	No	No	No
Adolescente no gestante y familiar de adolescente no gestante	P valor	0,094	0,849	0,92	0,245
	Conclusión	No	No	No	No
Adolescente gestante y adolescente no gestante	P valor	0,026	0,161	0,763	0,015
	Conclusión	Si	No	No	Si
Familiar de adolescente gestante y familiar de adolescente no gestante	P valor	0,375	0,48	0,579	0,292
	Conclusión	No	No	No	No
Grupo 1 y grupo 2	P valor	0,033	0,142	0,866	0,013
	Conclusión	Si	No	No	Si

**Fuente:** dato correspondiente al instrumento ASF-E aplicado a informantes de la muestra del presente estudio. Nivel de significancia 0,05.

Entre estos dos grupos de familias no hubo diferencias significativas sobre el cambio (prueba U,  $p: 0,142$ ). Comparado con los datos descriptivos, se observó que son muy parecidos porque en ambos grupos, dio un nivel intermedio de cambio; grupo 1: adolescentes, 58,4%; familiares, 59,7%; grupo 2: adolescentes, 64,4%; familiares, 55,8%. Algunas de las características de las familias en este nivel son: les gustaría tener más libertad, piden aprobación familiar para decisiones personales, no pueden cambiarse de barrio, en el que no quieren estar, porque son inseguros y los ingresos no facilitan el cambio del barrio, lo cual está relacionado con los estratos socioeconómicos bajo y medio de las familias.

**Individuación:** permite a la familia recordar que todas las personas son diferentes; la familia que acentúa la individuación anima a sus miembros a adquirir nuevos conocimientos, a experimentar el crecimiento personal, les deja expresar sus iras, alegrías, seleccionar sus propios amigos, practicar los deportes favoritos y estudiar o trabajar en lo que les guste.

Según los resultados, entre las familias de los grupos 1 y 2 no hay diferencia significativa de individuación (prueba U,  $p: 0,866\%$ ). Esta información se complementa con los datos descriptivos, en los cuales dio el mismo nivel intermedio: grupo 1: 50,6% adolescentes y 59,7% familiares; grupo 2: 43,3% adolescentes y 45,2% familiares. Se esperaba que los porcentajes de niveles intermedio y alto de individuación fueran menores en las familias del grupo 2; según Issler (23), la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia, se cohibe la expresión y hay limitaciones para trabajar o estudiar. Los datos coinciden con el estudio de Galán (21), en el que se encontró un nivel intermedio de individuación de 44,1%.

El nivel intermedio de los resultados evidencia que las familias “participan en actividades de la comunidad y la escuela cuando son invitados, lo que les beneficia; pelean por sus derechos en los sitios de trabajo y escuela” (24); les falta mejorar en cuanto a las relaciones con otros sistemas, fortalecer la expresión de su personalidad y procurar mayor búsqueda de sus propios intereses.

**Coherencia:** significa la unión de los subsistemas de una persona como un *todo unificado* y la expresión de los comportamientos necesarios para mantener la unidad, como compartir experiencias, sentimientos, ayuda

mutua, dando importancia a la comunicación, pertenencia y compromiso con el sistema familiar (7). Se presentaron diferencias significativas entre los dos grupos de familias en cuanto a la coherencia (prueba U,  $p: 0,013$ ), por opiniones de las adolescentes (prueba U,  $p: 0,015$ ) (tabla 3). Aunque en la etapa descriptiva prima el nivel intermedio, el porcentaje es mayor en el grupo 1 (adolescentes 46,8%, familiares 59,3%) que en el grupo 2 (46,2% adolescentes, 51,9% familiares). Se identificó que, en el nivel alto las adolescentes gestantes (40,3%) dieron mayor porcentaje que las no gestantes (26%), lo cual significa que las primeras, valoran más el afecto, apoyo y cuidado familiar que reciben por su gestación.

Al comparar el bajo nivel de las cuatro dimensiones, la coherencia tuvo mayor porcentaje, lo cual se asocia a que “la gente joven que carece de coherencia es impresionada fácilmente y persigue ideologías de poder, riqueza material y se rebela contra valores familiares” (7). Hay una lucha por mantener la coherencia familiar; los jóvenes reclaman autonomía, independencia y los padres tienen temor a perder la estabilidad y la unidad familiar.

## CONCLUSIONES

Las familias con adolescentes gestantes y las familias con adolescentes no gestantes mantienen su funcionalidad en forma satisfactoria, la cual es mayor en familias con adolescentes gestantes.

Determinar las características sociodemográficas abre una ventana al conocimiento en el desarrollo de programas acordes con las realidades de la familia.

Las diferencias entre las familias de los grupos 1 y 2, dadas por las dimensiones de mantenimiento y coherencia, permiten identificar que las del grupo 1 son más unidas, promueven altruismo y autocuidado. Hay mejor comunicación, compromiso e identidad familiar.

Las diferencias entre las familias de los grupos 1 y 2, dadas por las metas de estabilidad y control, permiten identificar que en el grupo 1 hay mejor pertenencia, transmisión de valores y realización de cambios; tienen menos ansiedad, mejores relaciones con otros sistemas y toma de decisiones. Las familias de los grupos 1 y 2, aunque no tienen mayores porcentajes con bajos niveles de efectividad de la funcionalidad familiar, pueden estar en riesgo de tenerlos, porque la familia es un sistema en

continuo movimiento y la adolescencia tiene grandes cambios, que requieren de apoyo permanente.

Este estudio permitió profundizar en el conocimiento de la *efectividad de la funcionalidad familiar* de las familias de los grupos 1 y 2. Igualmente, la información de dos miembros de cada familia estudiada permitió evidenciar la perspectiva de cada uno, dando insumos para la proyección de estrategias de intervención que permitan recuperar, mantener o fortalecer la unidad familiar. Además, le facilita a enfermería profundizar en el conocimiento de la familia, no como la suma de partes, sino como una unidad de análisis, ofreciéndole bases para realizar intervenciones y brindar el cuidado a las familias en una forma holística.

El estudio permitió continuar el desarrollo de investigaciones en la familia, que contribuyan al fortalecimiento de la línea de investigación en Familia y en Funcionalidad Familiar, para establecer en un futuro estrategias de intervención que apoyen la salud de la familia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Friedemann ML. Instrumento de aplicación escala de evaluación de la funcionalidad familiar, versión revisada. Bogotá: Grupo de Investigación Funcionalidad Familiar, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2008. pp. 1-3.
- (2) Louro I. Modelo de salud del grupo familiar. Rev. Cuba. Salud Pública. 2005; 31(4):3.
- (3) Friedemann ML. Reunión de asesoramiento con docentes y estudiantes de Maestría en Enfermería con Énfasis en Salud Familiar. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; agosto 6 de 2009.
- (4) Ávila E, Cid M, García I, González A, Rodríguez P. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Rev cuba pediatr. 2002; 74(4):3-4.
- (5) Rangel J, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Fac Med UNAM. 2004; 47(1):2-3 [consultado 31 de julio de 2009]. En: <http://www.revistafacmed.com/2004/EneroFebrero/uno041g.pdf>
- (6) Campo A, Forero L, Avendaño M, Duarte Z. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. Rev Colomb Psiquiatr. 2006; 35(1):25.
- (7) Friedemann ML. The framework of systemic organization. A conceptual approach to families and nursing. California: Thousand Oaks; 1995. p. 11-81.
- (8) Valladares A. La familia: una mirada desde la psicología. Rev. Cienfuegos (CTS). 2008; 6(1):8 [consultado el 8 de septiembre de 2009]. En: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/.../402/3801>
- (9) Friedemann ML. An instrument to evaluate effectiveness in family functioning. West J Nursing Res. 1991; 13(2):226.
- (10) Grupo de Investigación en Funcionalidad Familiar, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. En: Cogollo R. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes del barrio Edmundo López, Montería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2006. p. 90.
- (11) Friedemann ML. Validación del instrumento ASF-E Testing the Finnish (1998-2001). México: Universidad de Nuevo León; 2000 [consultado el 3 de septiembre de 2009]. En: <http://www.fiu.edu/~friedemm/>
- (12) Gutiérrez V. La familia en Colombia. Proyecciones sobre salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Departamento de Antropología; 1996. p. 134.
- (13) Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud (ENDS) [consultado el 27 de abril de 2011]. En: [http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=44&Itemid=72](http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=72)
- (14) Ordóñez M. El cambio en Colombia y sus repercusiones en la familia; antología. Área de énfasis II. [Tesis de maestría en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 5.
- (15) Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6a. ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2005. p. 666.
- (16) Pardo G, Cedeño M. Investigación en salud, factores sociales. Cali: McGraw-Hill; 1998. p. 140.
- (17) Torres C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas: un estudio epidemiológico en dos hospitales de Lima. Rev La Ventana. 2002; (16):117.
- (18) Kano ME. El proceso de enfrentar el embarazo en la adolescencia: ajustando la identidad. Rev Invest educ enferm. 1999; 17(1):35.
- (19) Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa), Instituto Programas Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (Proinapsa UIS). Servicios de salud amigables para jóvenes y adolescentes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de los jóvenes de Colombia. 2.ª ed. Bogotá: Taller Creativo de Aleida Sánchez B.; 2007. p. 20-21.

(20) De La Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. España: Facultad de Medicina de Granada, Doyma; 1994. p. 12.

(21) Galán E. Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias con adolescentes escolarizados en el municipio de Paipa. [Tesis de Maestría en Enfermería con énfasis en Salud Familiar]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2008. p. 10-86.

(22) Cogollo R. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes del barrio Edmundo López, Montería. [Tesis de maestría en Enfermería con énfasis en Salud

Familiar]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2006. p. 125.

(23) Issler J. Embarazo en la adolescencia. Rev Cátedra VIA Medicina. 2001; 19(107):11-23 [consultado el 6 de agosto de 2009]. En: [http://www.med.unne.edu.ar/.../emb\\_adolescencia.html](http://www.med.unne.edu.ar/.../emb_adolescencia.html)

(24) Friedemann ML. Instrumento evaluativo con puntuación. Versión revisada: Grupo de Investigación Funcionalidad Familiar. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2008. p. 1-3.