



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE MEDICINA

**PERFIL SOCIO-FAMILIAR DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA
EN LA UMF NO. 13 IMSS DELEGACIÓN QUERÉTARO**

TESIS

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE LA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA: MÉD. GRAL. ANDRÉS ROBLEDO QUINTANA

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. FEBRERO 2016

MED. GRAL. ANDRÉS ROBLEDO QUINTANA.

PERFIL SOCIO-FAMILIAR DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN LA UMF
NO. 13 IMSS DELEGACIÓN QUERÉTARO

2016



Universidad Autónoma de Querétaro
 Facultad de Medicina
 Especialidad en Medicina Familiar

PERFIL SOCIO-FAMILIAR DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN LA UMF
 No. 13 IMSS DELEGACION QUERÉTARO.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
 Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General: Andrés Robledo Quintana.

Dirigido por:

M. en C. Genaro Vega Malagón.

Co-dirigido por:

MIMEM. Lilia Susana Gallardo Vidal

SINODALES

M. en C. Genaro Vega Malagón
 Presidente

MIM. León Sánchez Fernández
 Secretario

Med. Esp. Leticia Blanco Castillo
 Vocal

MIMEM. Lilia Susana Gallardo Vidal
 Suplente

Med. Esp. Roxana Gisela Cervantes
 Becerra
 Suplente

 Firma

 Firma

 Firma

 Firma

 Firma

~~Méd. Esp. Javier Ávila Morales
 Director de la Facultad de Medicina~~

Goarrea
 Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña,
 Director de Investigación y Posgrado

RESUMEN

Introducción. El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública en Querétaro, las adolescentes embarazadas constituyen un grupo de riesgo. **Objetivo.** Describir el perfil socio familiar de la adolescente embarazada en la Unidad de Medicina Familiar No. 13 IMSS delegación Querétaro. **Material y métodos.** Estudio epidemiológico, descriptivo. Se incluyeron a pacientes embarazadas con edad menor a 20 años y que aceptaron participar en el estudio previa firma de consentimiento informado. Se excluyeron a pacientes que no sabían leer ni escribir, también a las que un familiar mayor de edad de la paciente no autorizó participar en el estudio. Se aplicó de la hoja de recolección de datos, que incluyó variables sociodemográficas, así como antecedentes gineco obstétricos. Se aplicaron instrumentos para valorar estatus socioeconómico, apoyo social, cohesión y adaptabilidad familiar, funcionalidad familiar, funcionalidad conyugal y problemas familiares. **Resultados.** Se estudiaron a 60 adolescentes embarazadas de la UMF 13 de las cuales la edad promedio es de 17.62 años, escolaridad bachillerato, estrato socioeconómico medio bajo, religión católica, ocupación estudiante, estado civil solteras y con apoyo social normal. La mayoría se encontraba cursando con su primer embarazo, inicio de vida sexual a los 15.5 años, con uso de preservativo como método de planificación familiar. De acuerdo a la tipología familiar, la conformación es nuclear simple, desarrollo moderno, con integración familiar, ocupación empleada, la mayoría con disfunción familiar, las que tenían pareja moderadamente disfuncionales y en relación a los problemas familiares con menor comunicación e integración familiar y con mayor agresión familiar. **Conclusiones.** El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública, el inicio de vida sexual continua siendo a temprana edad, aunque se utiliza el preservativo como método de planificación familiar no se hace de forma correcta, existe gran porcentaje de disfunción y problemas familiares que influyen en el embarazo en la adolescencia

Palabras clave: embarazo, adolescente, perfil, familiar.

SUMMARY

Introduction. The teenage pregnancy is a public health problem in Queretaro; pregnant adolescents are a risk group. **Objective.** Describe the family partner pregnant teenager profile in Family Medicine Unit No. 13 IMSS delegation Queretaro. **Material and methods.** Epidemiological study, descriptive. They were included pregnant patients less than 20 years old and who agreed to participate in the study after signing informed consent. We excluded patients who could not read or write, also to which an older relative age of the patient not authorized to participate in the study. It was applied to the data collection sheet, which included sociodemographic and obstetrical history gynecologists. instruments to assess socioeconomic status, social support, cohesion and family adaptability, family functioning, marital and family problems functionality were applied. **Results.** 60 pregnant teenagers FMU 13 of which the average age is 17.62 years, high school education, middle low socioeconomic status, catholic, student occupation, single marital status and normal social support were studied. Most were studying with her first pregnancy, early sexual life to 15.5 years, with condom use as a method of family planning. According to family type, conformation is nuclear simple, modern development, family integration, occupation employed, most with family dysfunction, those with moderately dysfunctional couple and in relation to family problems less communication and family integration and more familiar aggression. **Conclusions.** The teenage pregnancy is a public health problem, the onset of sexual life remains at an early age, although the condom is used as a method of family planning is not done correctly, there is a high percentage of family dysfunction and problems affecting in teen pregnancy

Keywords: pregnancy, teen, profile, familiar.

DEDICATORIAS

A mis queridos padres, Miguel y Laura, por todo su cariño, su esfuerzo y por lo que han sacrificado para hacer posible que yo haya logrado estar en donde estoy, por darme los principios, valores y las mejores enseñanzas, que son la mejor herramienta para la vida, ustedes son mi mayor ejemplo.

A la mujer de mi vida, Jessica, por estar a mi lado siempre, por todo el amor que me da y por enseñarme a ser una mejor persona. Te amo.

A mi hijo Santiago, por llenarme de ánimo y fuerza, ser mi mayor logro y mi motivación para seguir adelante.

A mi hermano Humberto por su gran apoyo incondicional y su cariño.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por la oportunidad que me ha brindado para la realización plena de mi curso de especialización en medicina familiar.

A la Dra. Leticia Blanco, la Dra. Susana Gallardo y el Dr. Genaro Vega Malagón, por su paciencia y su tiempo dedicado a la culminación de este proyecto.

A todos mis maestros, compañeros y amigos, por todas las enseñanzas que me han dado.

A todas las pacientes que aceptaron participar en este proyecto, sin las cuales no hubiera sido posible.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
I.1 OBJETIVO GENERAL	3
I.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	4
II.1 Adolescencia	4
II.2 Etapas de la adolescencia	4
II.2.1. Adolescencia temprana	4
II.2.2. Adolescencia media	4
II.2.3. Adolescencia tardía	4
II.3 Salud sexual y reproductiva del adolescente	5
II.4 Panorámica del embarazo en adolescentes	5
II.5 El embarazo en la adolescencia y problemas sociofamiliares	7
II.6 Causas del embarazo en la adolescencia	10
II.7 Consecuencias de un embarazo temprano	10
II.8 Familia	11
II.9 Funcionalidad familiar	13
II.10 Funcionalidad conyugal	14
II.11 Apoyo social	14
II.12 Satisfacción familiar	15
II.13 Problemas familiares	16
III. METODOLOGIA	18
III.1 Diseño de la investigación	18
III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición	19

III.3 Procedimiento o estrategia	21
III.4 Consideraciones éticas	22
III.5 Análisis estadístico	22
IV. RESULTADOS	24
V. DISCUSIÓN	34
VI. CONCLUSIONES	38
VII. PROPUESTAS	39
VIII. LITERATURA CITADA	40
IX. ANEXOS	43
Anexo 1 Carta de consentimiento informado	43
Anexo 2 Hoja de recolección de datos	44
Anexo 3 Método de Graffar	45
Anexo 4 Cuestionario de Duke UNC 11	46
Anexo 5 Test de percepción de funcionamiento familiar FFSIL	47
Anexo 6 Evaluación de sistema conyugal	49
Anexo 7 Faces III	51
Anexo 8 Instrumento de problemas familiares	52

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
IV.1	Perfil sociodemográfico	26
IV.2	Perfil Gineco Obstetrico	27
IV.3	Tipología familiar	28
IV.4	Apoyo social	29
IV.5	Funcionalidad familiar	30
IV.6	Funcionalidad conyugal	31
IV.7	Faces III	32
IV.8	Problemas familiares	33

I. INTRODUCCIÓN

Las adolescentes embarazadas son consideradas como un grupo de alto riesgo reproductivo, no solo porque físicamente su cuerpo aún está en proceso de formación, sino también por las implicaciones sociales y psicológicas de la gestación y que no solo afecta a la joven madre sino que tiene consecuencias en el padre, el producto, en los familiares y en la sociedad en general.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año alrededor de 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz, lo cual representa aproximadamente el 11% de todos los nacidos en el mundo. El 80% de los nacimientos tienen lugar en los países en desarrollo (OMS 2013).

En 2012, en México, ocurrieron 2.2 millones de nacimientos, de los cuales, 72.9% son de madres de 15 a 29 años. Un aspecto que llama la atención es que uno de cada seis nacimientos (16.4%) son de madres adolescentes de 15 a 19 años de edad. Particularmente en el estado de Querétaro, en 2012 ocurrieron 37 mil 564 nacimientos, de los cuales, 14.4% son de madres adolescentes de 15 a 19 años de edad (Beltrán M.L. 2013).

Existen evidencias de que el embarazo en las adolescentes puede representar un riesgo biopsicosocial para la madre y el recién nacido, el riesgo de muerte materna en adolescentes es el doble que en el resto de las mujeres de edad fértil, y cuatro veces mayor cuando se trata de menores de 15 años. También puede conducir a menores oportunidades para mejorar la calidad de vida de las madres adolescentes y de sus hijos. Además, la preocupación sobre estos embarazos aumenta debido a que una parte importante de ellos son no deseados y que una cierta proporción, cuyo monto se desconoce, termina en abortos que en muchas ocasiones se llevan a cabo en condiciones poco saludables (Gamboa M.C. 2013).

Se han identificado múltiples factores de riesgo, en los cuales se pueden mencionar los de tipo biológico y psicosociales; el inicio de la vida sexual cada vez

más temprana en los jóvenes, la mala utilización de los métodos de planificación familiar, aunada a situaciones de pobreza, fracaso escolar, problemas de comportamiento y disfuncionalidad familiar, son factores importantes que influyen para que este problema social aumente cada vez más en nuestro entorno (Alarcón A.R. 2009).

Hasta el mes de Octubre de 2013 en la UMF # 13 delegación Querétaro se contaba con una población total de embarazadas de 1570, de las cuales 70 tenían una edad de 19 años o menos, lo cual la coloca como la UMF con mayor problemática en este aspecto de la delegación.

En el presente estudio se profundiza sobre los determinantes socios demográficos del embarazo en las adolescentes y se da a conocer un panorama en cuanto al entorno socio-familiar; de esta manera hemos obtenido una perspectiva más clara de este problema en la delegación a partir de la cual se pueden buscar estrategias para poder intervenir adecuadamente para resolverlo.

I.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el perfil socio familiar de la adolescente embarazada en la UMF No. 13 IMSS delegación Querétaro.

I.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.-Describir el perfil socio demográfico (edad, estado civil, escolaridad, religión, ocupación, estrato socio económico)
- 2.-Describir el perfil gineco obstétrico (número de embarazos, partos, cesáreas, abortos, inicio de vida sexual activa, método de planificación familiar).
- 3.-Describir el perfil familiar (tipología familiar, apoyo social, funcionalidad familiar, funcionalidad conyugal, cohesión familiar, adaptabilidad familiar, problemas familiares).

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

II.1 Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" (Gamboa M.C, 2013).

II.2 Etapas de la adolescencia

II.2.1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

II.2.2. – Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

II.2.3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales (Issler J.R, 2001).

El comienzo de dicha etapa viene marcado por la aparición de la pubertad (momento en que se produce la maduración sexual) pero debemos diferenciarla de esta ya que la adolescencia va más allá del mismo desarrollo fisiológico. Todo ello hace que el final de dicha etapa de la vida no sea fácilmente identificado y que ello dependa de múltiples factores (Castro E.M, 1998).

II.3 Salud sexual y reproductiva del adolescente

En la ENSANUT 2012 se señala que la salud sexual y reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad en todas las cuestiones relativas al aparato reproductor y sus funciones y procesos; es un componente esencial de la capacidad de los adolescentes para transformarse en personas equilibradas, responsables y productivas dentro de la sociedad (ENSANUT, 2012).

II.4 Panorámica del embarazo en adolescentes

De acuerdo con la OMS anualmente alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz, lo que representa aproximadamente el 11% de todos los nacidos en el mundo y para reducir el número de embarazos precoces recomienda contar con leyes y actividades comunitarias que apoyen la edad mínima para contraer matrimonio, así como un mejor acceso a la anticoncepción (OMS, 2013).

En México, en 2012 ocurrieron 2.2 millones de nacimientos, de los cuales, 72.9% son de madres de 15 a 29 años. Un aspecto que resulta importante

destacar es que uno de cada seis nacimientos (16.4%) son de madres adolescentes de 15 a 19 años de edad. En Querétaro en ese mismo año ocurrieron 37 mil 564 nacimientos, de los cuales el 14.4% son de madres adolescentes; especialistas en la materia señalan que “el embarazo a esta edad no sólo representa un problema de salud para ella y su producto, sino que también tiene una repercusión económica para la madre, ya que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de sus estudios, aspectos que contribuyen a generar un contexto de exclusión y de desigualdad de género (Beltrán M.L. 2013).

En las adolescentes, el inicio temprano de las relaciones sexuales sin la debida protección las expone a enfermedades de transmisión sexual o a embarazos de alto riesgo. De acuerdo con la ENSANUT 2012, la proporción de adolescentes (12 a 19 años) que han iniciado vida sexual alcanza 23%, en los varones es mayor (25.5%) que en las mujeres (20.5 por ciento). Estas cifras son superiores a las reportadas en la ENSANUT 2006, donde 15% de los adolescentes habían iniciado vida sexual (17% entre los hombres y 14% entre las mujeres), en 2012, del total de adolescentes sexualmente activos 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual (ENSANUT, 2012).

Con respecto a la incidencia o tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) ofrece las siguientes cifras:

Entidad Federativa	%
Aguascalientes	59.90
Baja California	59.99
Baja California Sur	61.39
Campeche	58.11
Chiapas	66.79
Chihuahua	72.47
Coahuila	72.67
Colima	44.53
Distrito Federal	36.39
Durango	79.56
Guanajuato	50.32
Guerrero	69.18
Hidalgo	58.32
Jalisco	50.21
México	54.55
Michoacán	54.48
Morelos	54.22
Nayarit	73.90
Nuevo León	59.45
Oaxaca	50.22
Puebla	56.54
Querétaro	44.45
Quintana Roo	60.66
San Luis Potosí	48.90
Sinaloa	74.92
Sonora	64.77
Tabasco	60.72
Tamaulipas	64.31
Tlaxcala	50.27
Veracruz	59.25
Yucatán	48.79
Zacatecas	56.69

(INEGI, 2013).

II.5 El embarazo en la adolescencia y problemas sociofamiliares

El embarazo en la adolescencia continua siendo un problema de salud pública a nivel global, se estima que cada año 14 millones de adolescentes (mujeres de entre 10 y 19 años) dan a luz en el mundo, lo cual representa poco más del 10% del total de nacimientos. El 80% de los nacimientos tienen lugar en los países en desarrollo (UNFPA, 2004).

Esta concepción del embarazo se asocia con problemas de salud en la gestación y el parto, que repercuten en la salud y el desarrollo de los hijos e hijas, en la suspensión prematura de la escolaridad, en el subempleo de las mujeres jóvenes, en la maternidad solitaria y en una menor estabilidad en las relaciones de pareja. Desde esta concepción se han generado estrategias de intervención

centradas particularmente en la prevención de los embarazos que enfatizan el ejercicio de la sexualidad responsable (Cunnil, 2008). En atención a que esta situación continúa aumentando a pesar de los esfuerzos preventivos mencionados, recientemente se han construido miradas nuevas sobre la adolescencia que la ubican como una situación de la subjetividad femenina. En esta visión, el embarazo en situación de adolescencia pasa a ser considerado una manifestación del riesgo propio del acontecer actual de la humanidad, con un impacto importante en la subjetividad femenina (Sevilla, 2008).

Se reconoce que en América Latina el embarazo de las adolescentes es más frecuente entre los grupos más desfavorecidos, independientemente del criterio de estratificación socioeconómica utilizado zona de residencia, nivel educativo o nivel de riqueza del hogar, se aprecia una relación negativa entre las tasas de fecundidad adolescente y el nivel socioeconómico (Guzmán et al., 2000).

En consecuencia, se tiende a afirmar que las adolescentes de estratos bajos tienen una mayor probabilidad de ser madres. Existen diversas posturas acerca de las relaciones entre pobreza y gestación precoz. Algunas argumentan que ésta contribuye a la reproducción de la pobreza porque obstaculiza el desarrollo, trunca procesos educativos, limita la formación de capital humano y genera en el futuro próximo bajos niveles de ingreso y desempeño en el mercado laboral. Otras posiciones afirman que los efectos negativos de la fecundidad adolescente se deben en gran parte a sesgos en el tipo de información que se utiliza en los análisis (Hotz, et al., 2005).

Otros planteamientos consideran que el embarazo en la adolescencia se relaciona con el efecto de condiciones desfavorables preexistentes, y que una parte considerable de estos embarazos reflejan las circunstancias vitales de las jóvenes antes de ser madres, como son: la pobreza, el fracaso escolar, problemas de comportamiento y disfuncionalidad familiar. El embarazo en la adolescencia, además de constituir un riesgo médico elevado, lleva aparejado dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo, lo que se conoce como el

"Síndrome del fracaso". Es por tanto la etapa que puede determinar el sentido de la vida y el bienestar futuro (Davis Ivey. Ch, 1998).

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja entre otros (Alarcón A.R, 2009).

El embarazo temprano se encuentra asociado a problemáticas en las cuales los eventos genésicos limitan el desarrollo personal de las jóvenes, influyen sobre la formación y la estabilidad de las uniones, impactan la salud de la mujer y el resultado del propio embarazo y el desarrollo de los hijos de las madres adolescentes. Además, la fecundidad adolescente impacta a nivel agregado el crecimiento de la población en la medida en que las mujeres que inician su historia genésica antes de los 20 años, tienen al final de su periodo reproductivo un número de hijos significativamente mayor que las mujeres que tienen su primer hijo a edades mayores. En México, hasta los 10 años, la gran mayoría de los niños asisten todavía a la escuela, y en los años que siguen, su futuro toma generalmente dos caminos: el trabajo o la escuela. Si cualquiera de estas dos opciones resultan productivas, es decir, le son útiles para su desarrollo, le significarán aprovechar oportunidades de crecimiento personal que de otra manera tendrán que ser sustituidas por roles que les permitan adquirir un status en la sociedad a través del cual se les reconozca. Es en este escenario donde las relaciones sexuales pueden cancelar el recorrido por los dos caminos mencionados al dar lugar a un embarazo no deseado, o ser la única opción que tiene la mujer para ser reconocida socialmente al convertirse en "adulto visible" a través de la maternidad (Welti C.C, 2000).

Considerar el embarazo adolescente como un problema, y suponer que "el embarazo de la adolescente puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola y un problema social en una sociedad industrializada" es relativizar en extremo los orígenes y consecuencias de las conductas demográficas. Esta posición sería tanto como aceptar que la mortalidad infantil entre los grupos

sociales es un problema para las clases altas pero no para los pobres, porque éstos de todas maneras van a tener una existencia tan llena de limitaciones que no vale la pena sobrevivir para llegar a la edad adulta (Silber *et al*, 1995).

II.6 Causas del embarazo en la adolescencia

Ya como una problemática social, entre las causas del embarazo en la adolescencia, que en general manejan tanto las dependencias que están atendiendo este fenómeno social, así como los diversos estudios que al respecto se han hecho se encuentran las siguientes: el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, la práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos, la presión de los compañeros que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales, el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada, carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición y la falta de una buena educación sexual (Gamboa M.C, 2013).

II.7 Consecuencias de un embarazo temprano

A su vez, respecto a las consecuencias y efectos negativos que se derivan de un embarazo temprano, desde el punto de vista médico, la joven corre el riesgo de experimentar anemia, preeclampsia, complicaciones en el parto y enfermedades de transmisión sexual, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo, los bebés de madres adolescentes tiene una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Desde el punto de vista psicológico, la reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede

traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como “factores suicidógenos circunstanciales”, la situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar (Gamboa M.C, 2013).

Visto desde el contexto social destacan las escasas oportunidades de proseguir con su escolarización, las dificultades para su inserción en el mercado de trabajo, su desarrollo social y cultural y la formación de una familia y su estabilidad (Ehrenfeld L. N, 1999).

II.8 Familia

Por familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre si, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio (Bronfinan M. 2000).

Se ve a la familia como el grupo que en la mayoría debe predominar dentro de la sociedad, y que cada uno de los roles de cada uno de los integrantes está determinado según la estructura y conformación de la misma (Membrillo A. 2008).

Es posible encontrar diversas clasificaciones de la familia, las cuales principalmente se fundamentan en el tipo de cultura, el número de sus componentes, la dinámica familiar y de algunos otros elementos que pueden ser susceptibles de tomar en cuenta para su clasificación (Membrillo A. 2008).

De acuerdo a su composición la familia su puede clasificar en: nuclear (padre y madre con uno a 3 hijos), seminuclear (padre o madre con hijos), extensa

padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco), o compuesta (padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco). Por su desarrollo en: moderna (rol económicamente activo de la mujer, alto nivel de vida), tradicional (transmisión de modelos socioculturales como las tradiciones familiares) o primitiva (tienen menor oportunidad de acceso a los niveles de satisfactores individuales). Por el grado de integración familiar en: integrada (presencia física de ambos padres en el hogar), semiintegrada (presencia física de los padres, pero no cumplen sus funciones) o desintegrada (falta de alguno de los padres). De acuerdo a la ocupación del jefe de familia en: campesino, profesionista, obrero etc. Por la demografía en: urbana (más de 2500 habitantes) o rural (menos de 2500 habitantes). Por las complicaciones del desarrollo familiar: interrumpida (separación o divorcio de los padres), contraída (muerte de alguno de sus miembros) o reconstruida (conformada por una pareja en la que uno de los cónyuges o ambos han tenido una unión previa, con o sin hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos) .De acuerdo a la etapa actual del ciclo de la vida familiar se divide en 4 etapas, de las cuales la primera es la constitutiva que se subdivide en fase preliminar y fase de recién casados, la segunda es la etapa procreativa que se subdivide en fase de expansión (nacimiento del primer hijo, hijos preescolares) y fase de consolidación (se inicia la socialización secundaria), la tercera es la etapa de dispersión correspondiente a la fase de desprendimiento (inicia con la salida del hogar del primer hijo y termina con la separación del último de los hijos), la cuarta es la etapa final que se subdivide en fase de independencia (cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro) y de disolución (vejez de la pareja, viudez) (Huerta J. 2008).

II.9 Funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar es, por concepto, el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia (Castellon S. 2012).

Ortega, de la Cuesta y Dias (1994) desarrollaron la escala de funcionamiento familiar FF-Sil con el propósito de que evalúe el funcionamiento familiar de manera sencilla para el equipo de salud de atención primaria. Este instrumento es práctico y consistente para conocer el índice de función o disfunción familiar. Este auto informe consta de 14 items que evalúan las siguientes dimensiones: cohesión (unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas), armonía (correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo), comunicación (los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara directa), permeabilidad (capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones), afectividad (capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a otros), roles (cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar) y adaptabilidad (habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de los roles y reglas ante una situación que lo requiera). La validez y confiabilidad de esta escala han sido probadas (Vargas-Mendoza y González- Zaizar, 2009). La confiabilidad obtenida en 1994 fue de 0.94, lo que demuestra que es un instrumento confiable (Louro, 2004). Se considera que la escala es confiable ya que el Alfa de Cronbach es de 0.88. La aplicación de este instrumento permite tener un criterio integrador de la situación de salud del grupo familiar para la terapia familiar (Louro, 2004).

II.10 Funcionalidad conyugal

El funcionamiento conyugal es la interacción de vínculos afectivos entre la pareja, en este subsistema es necesario que se presente una limitación clara y bien definida dentro de la totalidad del medio estructural familiar y pueda ofrecer una protección a los otros subsistemas familiares. El cuestionario de funcionalidad conyugal creado por Víctor Chávez Aguilar y Rubén Velazco Orellana (1994), el

cuál valora a través de una escala cuali-cuantitativa la comunicación, el afecto, la adjudicación de roles, la satisfacción sexual, la toma de decisiones en satisfacción sexual y la toma de decisiones en la pareja, dando un valor numérico de 0.5 y 10 según el grado de satisfacción para cada pregunta, realizando la sumatoria de puntos y comparándola con una escala preestablecida en la que un valor de 0 a 40 puntos habla de parejas gravemente disfuncionales, valores entre 41 y 70 puntos de parejas moderadamente disfuncionales y con más de 70 puntos de parejas consideradas funcionales (Chávez A. 1994).

II.11 Apoyo social

Thoits lo define como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación (Thoits 1982).

Existe un instrumento diseñado en 1982 y modificado en 1988 por Broadhead para evaluar apoyo social, tiene la ventaja de que mide las distintas dimensiones de apoyo funcional y es lo suficientemente reducido para completarse en pocos minutos. Duke UNC 11, el cual se trata de un cuestionario auto administrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert. El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. Tras la validación en 2006 por Arredondo para población mexicana, el cuestionario quedó reducido a dos dimensiones: apoyo confidencial y apoyo afectivo. El primero comprende la posibilidad de contar con personas para comunicarse y el segundo comprende las demostraciones de amor, cariño y empatía. Mediante un análisis factorial se reveló la existencia de dos factores en la escala con diferente número de ítems; el primer factor se denomina apoyo confidencial que es valorado por los ítems 1, 2,6 y 10, el segundo factor denominado apoyo afectivo valorado por los ítems 3, 4,5 y 11. Se puede medir el apoyo social global así como en sus dos

dimensiones que son el apoyo confidencial y el apoyo afectivo con una estratificación (Arredondo 2006).

II.12 Satisfacción familiar

Es un proceso fenomenológico que los miembros de una familia la perciben y valoran en función de los niveles comunicacionales entre padres e hijos, el grado de cohesión que existe entre los miembros de la familia y el nivel de adaptabilidad familiar de los miembros entre si y con su entorno. Resulta evidente que una elevada satisfacción personal y familiar generará dentro del contexto familiar una dinámica positiva que permite consolidar y fortalecer la estructura de dicha familia (Sobrino L. 2008).

La escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar, FACES III, de Olson, Portner y Lavee; (Olson 1992) es la tercera versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del modelo circunflejo; la cohesión (unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas) y la flexibilidad familiar (capacidad de adaptarse a las circunstancias, para lograr una mejor convivencia y entendimiento con los demás integrantes) . Se ha adaptado a una variedad de contextos culturales y se calcula que existen más de 700 estudios que utilizan FACES en sus distintas versiones (Kouneski 2001).

En varios estudios se ha descrito en proceso de traducción y adaptación transcultural de FACES III en población mexicana y su fiabilidad en su versión en el español que se habla en México. Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona por Olson et al. FACES III en español contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares, respectivamente; las 20

preguntas tuvieron un valor de puntuación de 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4 y siempre, 5) (Gómez C. 2002).

II.13 Problemas familiares

Los problemas familiares son las dificultades y conflictos relacionados con la convivencia entre los miembros de la familia, que pueden generarse por causas internas, como falta de comunicación, diferentes puntos de vista que generan malos entendidos, mala relación entre los padres, falta de respeto y desobediencia que crea desorganización en el núcleo familiar; así mismo hay determinantes externos, como los problemas económicos, falta de trabajo, alcoholismo o drogadicción, que traen consecuencias en el ámbito emocional, como dolor, soledad, hostilidad, desagrado, manifestaciones de orgullo e indiferencia.

Existe un instrumento para valorar los problemas familiares diseñado por Magdalena Espinoza y Gómez el cual consta de 122 preguntas, divididos en ocho áreas que son: comunicación e integración familiar, interacción familiar negativa, conflicto familiar, agresión familiar, desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos, influencia del alcohol en la familia, farmacodependencia en la familia, conducta alcohólica en la familia, farmacodependencia en la familia, conducta alcohólica en la familia. Cada pregunta tiene cinco posibles respuestas de las cuales se obtiene una puntuación que son: 5 puntos=totalmente de acuerdo, 4 puntos=de acuerdo, 3 puntos=ni de acuerdo ni en desacuerdo, 2 puntos=en desacuerdo, 1 punto=totalmente desacuerdo. Existen reactivos redactados en positivo y redactados en negativo para cada área, se hace la suma de los puntajes y se interpreta como: a mayor puntaje, mayor es el área evaluada. Este instrumento tiene validez y confiabilidad, puesto que, mediante el análisis factorial, se identificaron los reactivos que conformaron al instrumento, con cargas factoriales superiores a 0.40, y en su consistencia interna fue alta en sus escalas con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.58 a 0.93 (Espinoza 1994).

III. METODOLOGIA

III.1 Diseño de la investigación:

Se realizó un estudio de tipo epidemiológico, descriptivo en pacientes embarazadas adolescentes de la UMF No 13 durante el periodo comprendido de diciembre de 2013 a diciembre de 2014.

El tamaño de la muestra se calculó por medio de la fórmula de población finita.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- n = Total de la población
- Z_{α} = 1.64 al cuadrado (95%)
- p = proporción esperada (en este caso 44.45% = .4445)
- q = 1 – p (en este caso 1-.444 = 0.556)
- d = margen de error (.05)

$$n = (70) (1.64) (1.64) (.4445) (0.556) / (0.0025) (69) + (1.64) (1.64) (.4445) (0.556) = \underline{\underline{60}}$$

El muestreo fue probabilístico aleatorio simple, tomando como marco muestral el censo de pacientes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar número 13.

Se incluyeron a pacientes embarazadas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social con edad menor a 20 años y que aceptaron participar en el estudio previa firma de consentimiento informado.

Se excluyeron a pacientes que no sabían leer ni escribir y a las que un familiar mayor de edad de la paciente no autorizó participar en el estudio. Se eliminaron a pacientes que no contestaron por completo los cuestionarios.

III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición:

Se aplicó de la hoja de recolección de datos a las pacientes embarazadas, que incluyó variables socio demográficas (edad, escolaridad, estado civil, ocupación, domicilio, religión), así como los antecedentes gineco obstétricos (número de embarazos, partos, abortos, cesáreas, menarca, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, método de planificación utilizado).

Para valorar el estatus socioeconómico se aplicó el método Graffar Méndez Castellano, el cual tiene cuatro dimensiones, que mide la profesión del jefe de la familia, el nivel de instrucción de la madre, la fuente de ingreso y las condiciones de alojamiento, que justifican una clasificación en cinco estratos sociales. El puntaje se evalúa del uno al cinco en cada dimensión quedando como estrato I: clase alta a un puntaje de entre cuatro y seis, estrato II: clase media alta, de entre siete y nueve, estrato III: clase media baja, entre 10 y 12, estrato IV: clase obrera con pobreza relativa entre 13 y 16, y por estrato V: pobreza crítica o marginal con un puntaje entre 17 y 20.

Para determinar el apoyo social se aplicó el instrumento de Duke INC 11, el cual se trata de un cuestionario auto administrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert. El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. Tras la validación en 2006 por Arredondo para población mexicana, el cuestionario quedó reducido a dos dimensiones: apoyo confidencial y apoyo afectivo. El primero comprende la posibilidad de contar con personas para comunicarse y el segundo comprende las demostraciones de amor, cariño y empatía. Mediante un análisis factorial se reveló

la existencia de dos factores en la escala con diferente número de ítems; el primer factor se denomina apoyo confidencial que es valorado por los ítems 1, 2,6 y 10, el segundo factor denominado apoyo afectivo valorado por los ítems 3, 4,5 y 11. Se puede medir el apoyo social global así como en sus dos dimensiones que son el apoyo confidencial y el apoyo afectivo con una estratificación

Para valorar satisfacción familiar se aplicó el instrumento Faces III, que es un instrumento de auto aplicación que evalúa dos principales funciones a través de 20 reactivos, cuenta con una escala que incluye cinco opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre. Se pidió a la entrevistada que respondiera las preguntas de acuerdo a la escala de calificación, considerando cada aseveración con relación a su familia. Calificación: según cohesión: 10 a 34 no relacionada, 35 a 40 semirrelacionada, 41 a 45 relacionada y 46 a 50 aglutinada, según adaptabilidad: 10-19 rígida, 20-24 estructurada, 25-28 flexible, 29-50 caótica.

Para valorar funcionalidad familiar se aplicó el instrumento FFSIL que consta de 14 reactivos, divididos en 7 áreas que son cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad; cada pregunta tiene 5 respuestas de las cuales se obtiene una puntuación que son: casi nunca=1 punto, pocas veces= 2 puntos, a veces=3 puntos, muchas veces=4 puntos, casi siempre=5 puntos, de la sumatoria de los 14 ítems se obtienen escalas de categorías para describir el funcionamiento familiar; de 70-57 puntos= familia funcional, 56-46 puntos= familia moderadamente funcional, 42-28 puntos= familia disfuncional, 27-14 puntos= familia severamente disfuncional.

Para valorar la funcionalidad del subsistema conyugal se aplicó el cuestionario de funcionalidad conyugal creado por Víctor Chávez Aguilar y Rubén Velazco Orellana (1994), el cuál valora a través de una escala cuali-cuantitativa la comunicación, el afecto, la adjudicación de roles, la satisfacción sexual y la toma de decisiones en la pareja, dando un valor numérico de 0.5 y 10 según el grado de satisfacción para cada pregunta, realizando la sumatoria de puntos y comparándola con una escala preestablecida en la que un valor de 0 a 40 puntos

habla de parejas gravemente disfuncionales, valores entre 41 y 70 puntos de parejas moderadamente disfuncionales y con más de 70 puntos de parejas consideradas funcionales.

Por último, para valorar los problemas familiares se aplicó el instrumento de Problemas Familiares, el cual fue diseñado por Magdalena Espinoza y Gómez y consta de 122 preguntas, divididos en 8 áreas que son: comunicación e integración familiar, interacción familiar negativa, conflicto familiar, agresión familiar, desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos, influencia del alcohol en la familia, farmacodependencia en la familia, conducta alcohólica en la familia. Cada pregunta tiene 5 posibles respuestas de las cuales se obtiene una puntuación que son: 5 puntos= totalmente de acuerdo, 4 puntos= de acuerdo, 3 puntos= ni de acuerdo ni en desacuerdo, 2 puntos= en desacuerdo, 1 punto= totalmente en desacuerdo. Existen reactivos redactados en positivo y redactados en negativo para cada área, se hace la suma de los puntajes y se interpreta como: a mayor puntaje, mayor es el área evaluada.

III.3 Procedimiento o estrategia.

Previa aceptación del Comité Local de Investigación y consentimiento de las autoridades de los tutores, participantes y de la Unidad de Medicina Familiar número 13 Delegación Querétaro, se partió del censo de embarazadas de ARIMAC en donde se hizo una depuración para obtener únicamente a las pacientes menores de 20 años; las pacientes fueron seleccionadas de forma aleatoria simple de ambos turnos, se hizo un rastreo por medio del sistema electrónico para determinar el día y horario en el cual tenían cita programada cada una de las pacientes, posteriormente se acudió a la UMF No. 13 en dichos días y se procedió a aplicar la cédula de recolección de información, así como los demás instrumentos.

III.4 Consideraciones éticas.

Este estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos y así como de la declaración de Helsinki, Finlandia, actualizada en Corea 2008. Así como a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, siendo aprobado por el comité local de investigación.

Se requirió consentimiento informado de las pacientes encuestadas, donde se explicó el objetivo de la investigación que es determinar el perfil socio familiar de la adolescente embarazada en la UMF No. 13 IMSS delegación Querétaro.

Se garantizó la confiabilidad de resultados, sin violar los aspectos éticos ni se expuso la integridad o salud así como la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio.

Se indicó a las pacientes que se podían retirar en el momento en que quisieran sin que esto afectara la atención dentro de la institución, se ofreció canalizar al servicio de Psicología si alguna así lo requería.

III.5 Análisis estadístico

Una vez completa la base de datos en formato electrónico, se procedió al análisis estadístico de los datos en el programa SPSS V20.

Los datos se analizaron por estadística descriptiva, a través de medidas de tendencia central (promedios) y de dispersión (rangos y desviación estándar), las variables cualitativas se midieron en frecuencias y porcentajes.

IV. RESULTADOS

Se estudiaron 60 adolescentes embarazadas, el promedio de edad fue de 17.62 ± 1.1 años, predominó el estado civil soltero 40%, la escolaridad de bachillerato 55%, religión católica 96.7%, la ocupación estudiante 48.3% y el estrato socioeconómico en base a su familia de origen fue medio bajo 58.3% (Cuadro IV.1).

En relación al perfil ginecoobstétrico el 73.3% era su primer embarazo, el resto eran secundigestas de las cuales el 13.3% había tenido un parto previo, el 6.7% cesárea previa y 6.7% había tenido previamente un aborto. La edad promedio a la que iniciaron vida sexual fue 15.53 ± 1.3 años y uso de preservativo en el 45 % (Cuadro IV.2).

En la tipología familiar respecto a la familia de origen se observó que de acuerdo a la conformación el 55% fue nuclear simple, en relación al desarrollo 63.3% fue moderna, de acuerdo a integración 83.3% Integrada, en relación a la demografía el 100% fue urbana y en cuanto a la ocupación el 63.3% fue empleada (Cuadro IV.3).

El apoyo social a través del cuestionario de Duke mostró el 60% con apoyo social normal (Cuadro IV.4). Respecto a la funcionalidad familiar medida a través del cuestionario FF-SIL, el 60% resultó ser disfuncional (Cuadro IV.5). El 60% estaban casadas o vivían en unión libre, y de éstas, el 41.7% mostró pareja moderadamente disfuncional, medido a través del cuestionario de funcionalidad conyugal (Cuadro IV.6).

Se observó que en relación a la cohesión familiar predominó la no relacionada 70% y en la adaptabilidad familiar prevaleció la caótica 45% (Cuadro IV. 7).

De acuerdo a los problemas familiares en el 75% hay menor comunicación e integración familiar, en 61.7% presentan menor interacción familiar negativa, en 50% hay conflicto familiar, en 53.3% con mayor agresión familiar, en 73.3% existe mayor desacuerdo entre padre y madre para dar permisos, solo en el 26.7% hay mayor influencia del alcohol en la familia, en el 10% hay mayor farmacodependencia en la familia y por último en el 15% presentan mayor conducta alcohólica en la familia.

Cuadro IV.1 Perfil Sociodemográfico de las adolescentes embarazadas en la UMF No. 13 IMSS delegación Querétaro

n=60

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
15	1	1.7
16	9	15
17	19	31.7
18	14	23.3
19	17	28.3
Estado civil		
Casada	14	23.3
Soltera	24	40
Unión libre	22	36.7
Escolaridad		
Sin educación formal	1	1.7
Primaria	4	6.7
Secundaria	21	35.0
Bachillerato	33	55.0
Licenciatura	1	1.7
Religión		
Católica	58	96.7
Cristiana	1	1.7
ninguna	1	1.7
Ocupación		
Ama de casa	13	21.7
Obrera	5	8.3
Empleada	13	21.7
Estudiante	29	48.3
Estrato socio económico		
Alta	0	0
Media alta	5	8.3
Media baja	35	58.3
Obrera	20	33.3
Critica	0	0

Fuente: base de datos del protocolo de investigación "Perfil socio familiar de la adolescente embarazada en la UMF 13 IMSS delegación Querétaro"

Cuadro IV.2 Perfil Gineco Obstétrico de las adolescentes embarazadas en la UMF No. 13 IMSS delegación Querétaro

n=60

Características Gineco Obstétricas	Frecuencia	Porcentaje
No. de embarazos		
1	44	73.3
2	16	26.7
Partos		
0	52	86.7
1	8	13.3
Cesáreas		
0	56	93.3
1	4	6.7
Abortos		
0	56	93.3
1	4	6.7
Inicio de vida sexual activa		
13	4	6.7
14	9	15.0
15	16	26.7
16	17	28.3
17	10	16.7
18	4	6.7
Método de planificación Familiar que ha utilizado		
Preservativo	27	45.0
Hormonal oral	5	8.3
Hormonal inyectable	5	8.3
DIU	2	3.3
Implante subdérmico	2	3.3
Ninguno	19	31.7

Fuente: base de datos del protocolo de investigación "Perfil socio familiar de la adolescente embarazada en la UMF 13 IMSS delegación Querétaro"

Cuadro IV.3 Tipología familiar de las adolescentes embarazadas en la UMF No. 13 IMSS delegación Querétaro

n= 60

Características familiares	Frecuencia	Porcentaje
Conformación familiar		
Nuclear simple	33	55.0
Semi nuclear	7	11.7
Compuesta	12	20.0
Nuclear extensa	8	13.3
Desarrollo familiar		
Tradicional	22	36.7
Moderna	38	63.3
Integración familiar		
Integrada	50	83.3
Semintegrada	2	3.3
Desintegrada	8	13.3
Demografía familiar		
Urbana	60	100.0
Ocupación familiar		
Obrera	8	13.3
Profesional	9	15.0
Comerciante	5	8.3
Empleada	38	63.3

Fuente: base de datos del protocolo de investigación "Perfil socio familiar de la adolescente embarazada en la UMF 13 IMSS delegación Querétaro"

Cuadro IV. 4 Apoyo social encontrado en de las adolescentes embarazadas en la UMF No. 13 IMSS delegación Querétaro

n=60

*Apoyo social	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo social normal	36	60.0
Apoyo social percibido bajo	24	40.0

*Instrumento: Cuestionario de Duke UNC 11.

Fuente: base de datos del protocolo de investigación "Perfil socio familiar de la adolescente embarazada en la UMF 13 IMSS delegación Querétaro"

Cuadro IV.5 Funcionalidad familiar encontrada en de las adolescentes embarazadas en la UMF No. 13 IMSS delegación Querétaro

n=60

*Funcionalidad familiar	Frecuencia	Porcentaje
Familia moderadamente funcional	24	40.0
Familia disfuncional	36	60.0

*Instrumento: Cuestionario FF-SIL

Fuente: base de datos del protocolo de investigación "Perfil socio familiar de la adolescente embarazada en la UMF 13 IMSS delegación Querétaro. * Funcionalidad familiar determinada del

Cuadro IV.6 Funcionalidad conyugal encontrada en las adolescentes embarazadas en la UMF No. 13 IMSS delegación Querétaro

n=60

*Funcionalidad conyugal	Frecuencia	Porcentaje
No aplica	24	40.0
Pareja disfuncional	5	8.3
Pareja moderadamente disfuncional	25	41.7
Pareja funcional	6	10.0

*Instrumento: Funcionalidad Conyugal

Fuente: base de datos del protocolo de investigación "Perfil socio familiar de la adolescente embarazada en la UMF 13 IMSS delegación Querétaro"

Cuadro IV. Cohesión y Adaptabilidad encontradas en las adolescentes embarazadas en la UMF No. 13 IMSS delegación Querétaro

n=60

*Cohesión familiar	Frecuencia	Porcentaje
No relacionada	42	70.0
Semirrelacionada	16	26.7
Relacionada	2	3.3
*Adaptabilidad familiar		
Estructurada	9	15.0
Flexible	24	40.0
Caótica	27	45.0

*Instrumento: Cuestionario FACES III

Fuente: base de datos del protocolo de investigación "Perfil socio familiar de la adolescente embarazada en la UMF 13 IMSS delegación Querétaro"

Cuadro IV. 8 Problemas familiares encontrados en las adolescentes embarazadas en la UMF No. 13 IMSS delegación Querétaro

n=60

Comunicación e integración familiar	Frecuencia	Porcentaje
-Mayor comunicación e integración familiar	15	25.0
-Menor comunicación e integración familiar	45	75.0
Interacción familiar negativa		
-Mayor interacción familiar positiva	23	38.3
-Menor interacción familiar negativa	37	61.7
Conflicto familiar		
-Mayor conflicto familiar	30	50.0
-Menor conflicto familiar	30	50.0
Agresión familiar		
-Mayor agresión familiar	32	53.3
-Menor agresión familiar	28	46.7
Desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos		
-Mayor desacuerdo entre padre y madre para dar permisos	44	73.3
-Menor desacuerdo entre padre y madre para dar permisos	16	26.7
Influencia del alcohol en la familia		
-Mayor influencia del alcohol en la familia	16	26.7
-Menor influencia del alcohol en la familia	44	73.3
Farmacodependencia en la familia		
-Mayor farmacodependencia en la familia	6	10.0
-Menor farmacodependencia en la familia	54	90.0
Conducta alcohólica en la familia		
-Mayor conducta alcohólica en la familia	9	15.0
-Menor conducta alcohólica en la familia	51	85.0

*Instrumento: Cuestionario Problemas Familiares

Fuente: base de datos del protocolo de investigación "Perfil socio familiar de la adolescente embarazada en la UMF 13 IMSS delegación Querétaro"

V. DISCUSIÓN

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública a nivel mundial. La maternidad temprana también puede conducir a menores oportunidades para mejorar la calidad de vida de las madres adolescentes y de sus hijos(as), los cuales gran parte de ellos son no deseados. Se han identificado múltiples factores de riesgo, en los cuales se pueden mencionar los de tipo biológico y riesgo psicosocial. El inicio de la vida sexual cada vez más temprana en los jóvenes, la mala utilización de los métodos de planificación familiar aunada a situaciones de disfuncionalidad en el entorno familiar son situaciones importantes que influyen en que este problema social aumente cada vez más en nuestro entorno (Beltrán M.L. 2013).

Una debilidad detectada en el estudio es que al abordar múltiples instrumentos, el tiempo se convirtió en una limitante para que las respuestas puedan sufrir alteración debido a cansancio. El instrumento utilizado de problemas familiares es muy extenso, con preguntas muy similares lo que causó confusión en las respuestas.

De acuerdo a la OMS y a la ENSANUT 2012, la edad de embarazo en adolescentes más frecuente es de 15-19 años, cifra que coincide con lo encontrado en el presente estudio donde se ubicó en 17 años.

Tapia en el 2012, comenta que el 88% de las adolescentes embarazadas son amas de casa, lo que difiere con lo encontrado en el presente estudio, donde el 48.3% son estudiantes. También el estrato socioeconómico se presentó muy similar en porcentaje predominando el medio bajo; datos que son en relación a las características propias de la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar.

La edad promedio a la que iniciaron vida sexual encontrada en este estudio fue de 15.53, lo que es prácticamente igual a la reportada por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) en 2009 de 15.4 años. Cabe

destacar el marcado cambio generacional que hay actualmente, ya que en el pasado las mujeres solían iniciar su vida sexual posterior a casarse, respetando sus creencias religiosas, aunque ciertamente lo hacían a edades tempranas; lo que nos traduce que hoy en día a pesar de considerarse la gran mayoría como creyentes católicas, probablemente se dejan llevar por imposiciones o simplemente no llevan la religión, ya que tienen relaciones sexuales sin estar casadas, se podría suponer además que las familias no obligan a las adolescentes a casarse, ellas mismas no lo quieren hacer o la pareja no se compromete; lamentablemente no se encontraron estudios con los cuales se puedan contrastar dichos argumentos.

En el estudio de Allen-Leigh en el 2013 encontró en su grupo de estudio el uso del condón del 47.8% en adolescentes, lo cual es muy cercano a lo encontrado en el presente estudio con un 45%. Aunque el preservativo no se considera propiamente como método de planificación familiar se observó que es el método mayormente utilizado en este grupo de edad, probablemente por el precio accesible, el ser protector para enfermedades de transmisión sexual y claro para disminuir la probabilidad de embarazo, aunque como reflejan los resultados, probablemente no se utiliza de forma correcta.

Angoma en 2011, en Perú, realizó un estudio para determinar funcionalidad familiar utilizando el test de Apgar Familiar, donde el 90% de la población estudiada tiene una familia tipo disfuncional, cifra más alta de lo que se encontró en el presente estudio, sin embargo cabe mencionar que en éste se utilizó el instrumento FF-SIL. Es importante destacar que el Apgar Familiar mide satisfacción familiar como tal y por lo tanto las dimensiones utilizadas en los dos instrumentos son diferentes.

En relación a tipología familiar, el 55% fue nuclear simple, algo que llama la atención ya que se esperaría una conformación seminuclear, ya que en teoría las familias nucleares son menos disfuncionales; en desarrollo predominó la familia moderna con un 63.3%, lo que hace pensar que cuando ambos padres

tienen que trabajar la hija probablemente se sienta sola y busque compañía. En la integración se esperaba que fuera semi integrada o desintegrada ya que los roles obtenidos por medio del instrumento FACES III dan como resultado que la cohesión es no relacionada y la adaptabilidad es caótica. En la ocupación familiar predominó empleada con 63.3%, que básicamente va en relación al tipo de población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar.

En cuanto al apoyo social el 60% obtuvo un apoyo normal; aunque el instrumento no ofrece respuesta sobre quien otorga el apoyo, pero muy probablemente la familia de origen sea quien otorga dicho apoyo ya que la mayoría son solteras y aún se encuentran dentro del núcleo familiar.

En relación a la funcionalidad llama la atención que el 60% son disfuncionales, y que se encuentra el problema en la cohesión no relacionada, y adaptabilidad caótica, lo que hace pensar que al pesar de ser una familia nuclear, no garantiza la funcionalidad, y puede deberse a que los miembros de la familia tengan que trabajar y estén inmersos en su área laboral lo que haga que descuiden a la familia, exista una relación muy baja y les cuesta trabajo adaptarse a determinadas situaciones tales como crisis paranormativas como el embarazo y que esto puede ser un caos para la familia y la adolescente cuando se resuelva el embarazo ya que probablemente tenga que dejar de estudiar y si existen otras crisis paranormativas puede darse la desintegración familiar.

En los instrumentos utilizados coincide que las dimensiones mayormente afectadas son la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación, pero a pesar de esto, un 40% son familias funcionales, lo que hace pensar que probablemente exista una funcionalidad patológica, todo esto puede ocasionar que la adolescente busque compañía o cariño fuera de su hogar y se deje llevar por las circunstancias, siendo susceptible a manipulaciones por parte de su pareja para tener relaciones sexuales que posteriormente tendrán como desenlace un embarazo precoz.

En los problemas familiares obtenidos, llama la atención que en un 53.3% existe agresión, que tal vez sea de carácter psicológico, como lo demuestran Castro en 2004, Cuevas en 2006 y Dubova en 2007, aunque ninguno de estos estudios se realizó específicamente en adolescentes. En 73.3% existe desacuerdo entre padre y madre para dar permiso que puede deberse a la falta de definición de roles. Cabe destacar que en este estudio no se encontró al alcohol y la farmacodependencia como factores relacionados a diferencia de otras familias como lo encontrado por Cruz-Salmerón en 2011 donde el pertenecer a familias modernas, disfuncionales y con deficiencia en la autoridad son factor de riesgo para drogadicción.

VI. CONCLUSIONES

- a. La edad promedio de las adolescentes embarazadas de la UMF 13 es de 17 años, escolaridad bachillerato, estrato socioeconómico medio bajo, religión católica, ocupación estudiante, estado civil solteras y con apoyo social normal.
- b. De acuerdo al estudio la mayoría se encontraban cursando con su primer embarazo, inicio de vida sexual a los 15.5 años, con uso de preservativo como método de planificación familiar.
- c. En relación a la tipología familiar, la conformación es nuclear simple, desarrollo moderno, con integración familiar, de ocupación empleada. La mayoría con disfunción familiar, las que tenían pareja moderadamente disfuncionales y en relación a los problemas familiares con menor comunicación e integración familiar y con mayor agresión familiar.

VII. PROPUESTAS

Realizar campañas de orientación y educación sexual en la población adolescente, primordialmente fuera de las instituciones de salud, ya que es bajo el porcentaje que acude a clínicas y centros de salud con tal fin; haciendo énfasis importante en uso correcto del preservativo ya que es el más utilizado en este grupo de edad, pero no de la forma correcta; así como en enfermedades de transmisión sexual.

Es necesario identificar a las pacientes con disfunción familiar y trabajar con ellas, ya que se considera como factor de riesgo para embarazo. Sería opción utilizar un instrumento en la consulta externa para tal fin, reforzando la educación sexual en las pacientes así como a familiares que resulten con tal problema; valorando buscar apoyo en otros servicios tales como trabajo social o psicología.

A pesar de que los resultados que arroja el estudio son interesantes, solo se limitan a una unidad de medicina familiar que tiene una población de estrato medio, la propuesta sería que fuera en todas las unidades para darnos un panorama más amplio de lo que sucede en la delegación

VIII. LITERATURA CITADA

Alarcón A. 2009. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia 2007. Rev. Artículos Originales.

Arredondo A. 2006. Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. Revista de Especialidades Medico Quirurgicas; 11 (3): 13-18.

Beltrán M. 2013. Embarazo en adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social; 2 (1): 2.

Bronfinan M. 2000. La familia: dinámica, estructura y riesgo diferenciado. Como se vive se muere la familia, redes sociales y muerte infantil. Universidad Nacional Autónoma de México. México: 79-97.

Catellon C. 2012. El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spiritus Cuba, en contribuciones a las creencias sociales.

Castro E. 1998. Programa crecer en la adolescencia. Ciudad de la Habana.

Cunnil O. 2008. Comportamiento de riesgo en la adolescencia: paralelismos entre el uso del casco y el uso de preservativo. Tesis Doctoral. Universidad de Girona, Gerona, España.

Davis I. 1998. El embarazo en los adolescentes de América Latina y el Caribe. Enfoque desde el punto de vista de sus derechos. UNICEF.

Ehrenfeld L. 1999. Embarazo en adolescentes: encrucijada de varios universos, en Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad Autónoma Metropolitana, México; 19 (45): 223.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), Op. Cit; 2012, p.79
Gamboa M. 2013. El embarazo en adolescentes. Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis Dirección de Servicios de Investigación y Análisis Subdirección de Análisis de Política Interior.

Gomez C. Irigoyen C. Ponce R. Mazon R. Dickinson B. 2002. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesion evaluation scales. Atención Primaria; 30 (10).

Guzmán J. et al. 2000. Diagnóstico sobre la salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en América Latina y el Caribe. México, D. F. EAT.

Hotz V. 2005. Teenage childbearing and its life cycle consequences: exploiting a natural experiment. Journal of Human Resources; 3(40): 683-715.

Huerta J. 2008. Medicina Familiar, la familia en el proceso salud- enfermedad. Editorial Alfil. Mexico.

INEGI 2013 Datos obtenidos de México en cifras, Tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años de edad. 2013.

Issler J. 2001. Embarazo en la Adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra; 6 (107): 11-23

Membrillo A. y cols. 2008. Familia introducción al estudio de sus elementos. Editores de textos mexicanos: 37-72.

Olson D. 1989. Circumplex model of marital and family systems II: empirical studies and clinical intervention. Advances in family intervention. Assessment and theory: 129-176.

Organización Mundial de la Salud, Datos y Cifras, OMS. 2013

Sevilla, T. 2008. Sexo inseguro: Un análisis de la racionalidad como parte del riesgo entre jóvenes caleños y caleñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*; 1(6): 257-294

Silber T. et al. 1995. El embarazo en la adolescencia, en *La salud del adolescente y el joven*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

Sobrinho L. 2008. Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. *Av. Psicol*;16 (1): 112-113.

Thoits P.1982. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J. health social behave*.2: 145-159.

UNFPA. 2004. *The State of World Population 2004: The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty*, New York: UNFPA: 76.

Welti Ch. 2000. Análisis Demográfico de la fecundidad adolescente en México. *Papeles de población*, Universidad Autónoma del Estado de México; 6 (26): 43-87.

IX. ANEXOS

Anexo 1. Carta de consentimiento informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
A DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Perfil Socio-familiar de la adolescente embarazada en la UMF No 13 IMSS delegación Querétaro
Patrocinador externo (si aplica)*:	
Lugar y fecha:	Querétaro, Querétaro. Diciembre 2014.
Número de registro:	7247
Justificación y objetivo del estudio:	Describir el perfil socio familiar de la adolescente embarazada en la UMF No 13 IMSS delegación Querétaro
Procedimientos:	.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejora de los servicios de la institución.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	A las autoridades correspondientes.
Participación o retiro:	No aplica (expediente electrónico)
Privacidad y confidencialidad:	Se manejarán los datos de manera confidencial
	En caso de colección de material biológico (si aplica):
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador Responsable:	Dr. Andrés Robledo Quintana. UMF No. 16 Av Constituyentes 118, 76047 Santiago de Querétaro, Qro Tel: 01 442 213 4131.
Colaboradores:	Dr. Genaro Vega Malagón, Dra. Lilia Susana Gallardo Vidal, Dra. Leticia Blanco Castillo.
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330, 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congressos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 5627 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto	Dr. Andrés Robledo Quintana Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de Investigación, sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810-009-013	

Anexo 2. Hoja de recolección de datos



DELEGACIÓN QUERÉTARO
“PERFIL SOCIO FAMILIAR DE LA ADOLESCENTE
EMBARAZADA
EN LA UMF No. 13 IMSS DELEGACION QUERETARO”

El presente cuestionario ha sido diseñado con la intención de recabar datos para fines de investigación sobre el perfil socio familiar de la adolescente embarazada: los datos obtenidos serán manejados con profesionalismo y seriedad por lo cual suplico a usted, responda con honestidad para aportar datos que sirvan a la investigación.

Nombre: _____

NSS: _____

Folio: _____

1. Edad _____ años	2. Estado civil (1) Casada (2) Soltera (3) Divorciada (4) Unión Libre (5) Viuda	3. Escolaridad (1) Sin educación formal (2) Primaria (3) Secundaria (4) Bachillerato (5) Licenciatura	4. Religión (1) Católica (2) Judía (3) Cristiana (4) Protestante (5) Otra _____	5. Ocupación (1) Ama de casa (2) Obrera (3) Empleada (4) Profesionalista (5) Comerciante (6) Otra _____	6. Estatus Socio-económico (Graffar) (1) Alto (2) Medio alto (3) Medio bajo (4) Obrero (5) Pobreza
7. Gestas _____	11. IVSA _____	12. Método de PF que ha utilizado 1) Preservativo (2) Hormonal Oral (3) Hormonal Inyectable (4) DIU (5) Implante subdermico (6) Ninguno (7) Otra _____	13. Conformacion familiar 1) Nuclear simple 2) Seminuclear 3) Compuesta 4) Nuclear extensa 14. Desarrollo 1) Tradicional 2) Moderna	15. Integración 1) Integrada 2) Semiintegrada 3) Desintegrada 16. Demografía 1) Urbana 2) Suburbana 3) Rural 17. Ocupacion 1) Obrera 2) Profesional 3) Comerciante 4) Empleda 5) Desempleada	

Anexo 3. Método de Graffar.

Variables	Pts	Items
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica
	3	<i>Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior</i>
	4	Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales (médicos, abogados,
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Anexo 4. Cuestionario de Duke UNC 11

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

Anexo 5. Test de percepción del funcionamiento familiar FFSIL

Situaciones	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares					

pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Anexo 6. Evaluación del subsistema conyugal

FUNCION	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
1 COMUNICACION			
a) Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente	0	5	10
b) La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
2 ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES			
a) La pareja cumple mutuamente se adjudican	0 0	2.5 2.5	5 5
b) Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c) Se propicia el intercambio de roles entre la pareja			
3 SATISFACCIÓN SEXUAL			
a) Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0 0	5 5	10 10
b) Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual			
4 AFECTO			
a) Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0 0	2.5 2.5	5 5
b) El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	0 0	2.5 2.5	5 5
c) Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja			

d) Perciben que son queridos por su pareja

5 TOMA DE DECISIONES

a) Las decisiones importantes para la pareja
se toman conjuntamente

0

7.5

15

ESCALA:

0-40 = Pareja disfuncional

41-70 = Pareja moderadamente disfuncional

71-100 = Pareja funcional

Anexo 7. FACES III

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

No.	DESCRIBA A SU FAMILIA	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las 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	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie.					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

Calificación: según cohesión: 10 a 34 no relacionada, 35 a 40 semirrelacionada, 41 a 45 relacionada y 46 a 50 aglutinada. Según adaptabilidad: 10-19 rígida, 20-24 estructurada, 25-28 flexible, 29-50 caótica.

Anexo 8. Instrumento de problemas familiares

Instrumento de problemas familiares

Estos datos son absolutamente confidenciales.

Tacha con una cruz el número que consideres que representa mejor lo que sucede en tu familia:

Totalmente de acuerdo (5)
De acuerdo (4)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
En desacuerdo (2)
Totalmente en desacuerdo (1)

1. En mi familia nos evitamos unos a otros	1	2	3	4	5
2. En la casa son responsables de las labores del hogar	1	2	3	4	5
3. Mis padres se deprimen	1	2	3	4	5
4. Mis padres me regañan	1	2	3	4	5
5. Mis padres tienen desacuerdos	1	2	3	4	5
6. Algún miembro de mi familia fuma marihuana	1	2	3	4	5
7. Mi madre no acepta mi parecer	1	2	3	4	5
8. Me prohíben salir para hacer trabajos de la escuela	1	2	3	4	5
9. En mi casa, mi padre impone su criterio	1	2	3	4	5
10. En casa se agrede a los hijos	1	2	3	4	5
11. En casa suele haber faltas de respeto entre mis padres y los hijos	1	2	3	4	5
12. En casa, si no cumplo, hay castigos	1	2	3	4	5
13. Nos burlamos unos de otros en mi familia	1	2	3	4	5
14. Si alguien bebe, en casa hay problemas	1	2	3	4	5
15. Cuando se enojan, mis padres se desquitan con los hijos	1	2	3	4	5
16. Mis hermanos (as) se salen con la suya	1	2	3	4	5
17. Mis padres se agreden verbalmente	1	2	3	4	5
18. Podemos llevar a nuestros amigos a la casa	1	2	3	4	5
19. Antes de oírnos, nuestros padres nos pegan	1	2	3	4	5
20. En casa la comunicación es agresiva	1	2	3	4	5
21. Algún miembro de mi familia toma barbitúricos	1	2	3	4	5
22. En casa no me dejan ir a fiestas	1	2	3	4	5
23. Mis padres muestran sus diferencias frente a nosotros	1	2	3	4	5
24. En mi familia hay agresiones verbales	1	2	3	4	5

25. Mi padre está desempleado	1	2	3	4	5
26. Cuando quiero un permiso, mis padres se echan la bolita	1	2	3	4	5
27. En mi familia comemos juntos	1	2	3	4	5
28. En mi casa los hombres ayudan al quehacer	1	2	3	4	5
29. Mis padres aceptan mis opiniones	1	2	3	4	5
30. Mis padres me prohíben tener novio(a)	1	2	3	4	5
31. Mi padre cela a mi madre	1	2	3	4	5
32. En casa se dan faltas de respeto entre mis padres	1	2	3	4	5
33. Asistimos juntos a la iglesia el domingo	1	2	3	4	5
34. Se hacen gastos innecesarios (alcohol) o en cosas no básicas	1	2	3	4	5
35. Algún miembro de mi familia toma pastillas para dormir	1	2	3	4	5
36. En casa nos turnamos todos para lavar los trastes	1	2	3	4	5
37. Mi padre me ignora	1	2	3	4	5
38. Hay preferencia de mis padres por alguno(s) de sus hijo(s)	1	2	3	4	5
39. Con mis padres es imposible hablar	1	2	3	4	5
40. En mi familia nos ignoramos unos a otros	1	2	3	4	5
41. Los permisos se piden a mi padre	1	2	3	4	5
42. Celebramos los cumpleaños en mi familia	1	2	3	4	5
43. En mi casa no alcanza el dinero para pagarnos la escuela	1	2	3	4	5
44. Las reglas son iguales para hombres y mujeres	1	2	3	4	5
45. En mi familia, la comunicación es indirecta	1	2	3	4	5
46. En casa hay faltas de respeto entre los hermanos	1	2	3	4	5
47. En casa falta dinero para lo necesario	1	2	3	4	5
48. Mi padre quita autoridad a mi madre	1	2	3	4	5
49. Hay desinterés en mis padres para mis estudios	1	2	3	4	5
50. En mi familia son irrespetuosos con los secretos	1	2	3	4	5
51. En casa estamos en desacuerdo	1	2	3	4	5
52. En mi casa no convivimos	1	2	3	4	5
53. Mi familia está integrada	1	2	3	4	5
55. Con mi mamá puedo hablar	1	2	3	4	5
56. Mis padres se quejan de lo que cuesta mantenerme	1	2	3	4	5
57. Mis padres se celan entre ellos	1	2	3	4	5

58. Mis padres permanecen mucho tiempo distanciados	1	2	3	4	5
59. En casa, los permisos se piden a mi madre	1	2	3	4	5
60. Mis padres se contradicen	1	2	3	4	5
61. Mis padres me impiden salir con amigos	1	2	3	4	5
62. En mi familia me siento respetado (cuento con un lugar entre ellos)	1	2	3	4	5
63. En casa se molestan conmigo si bebo	1	2	3	4	5
64. Mis padres evitan conflictos ante nosotros	1	2	3	4	5
65. Mis padres hacen comparaciones entre los hijos	1	2	3	4	5
66. Respondemos mal a nuestros padres o mayores	1	2	3	4	5
67. Entre los miembros de mi familia hay comunicación	1	2	3	4	5
68. Mis padres no se dan apoyo personal mutuo	1	2	3	4	5
69. En mi familia podemos hablar de todo	1	2	3	4	5
70. A todos los hijos, mis padres nos ayudan por igual	1	2	3	4	5
71. Entre mis padres no hay comunicación	1	2	3	4	5
72. En casa hay cosas de las que no se puede hablar	1	2	3	4	5
73. En mi casa se acostumbra beber alcohol	1	2	3	4	5
74. Mi madre prefiere a mis hermanos(as) que a mí	1	2	3	4	5
75. Nos burlamos unos de otros en mi familia	1	2	3	4	5
76. Mis hermanos no me respetan	1	2	3	4	5
77. En mi casa es mi madre la que castiga	1	2	3	4	5
78. En casa los castigos los impone mi padre	1	2	3	4	5
79. En mi casa no se dicen las cosas claramente	1	2	3	4	5
80. El tabaco crea problemas en la familia	1	2	3	4	5
81. En mi familia son superficiales en las conversaciones	1	2	3	4	5
82. No recibo dinero para gastar en lo necesario	1	2	3	4	5
83. En mi familia se acostumbra fumar tabaco	1	2	3	4	5
84. En casa nadie saca la basura	1	2	3	4	5
85. En mi casa es difícil obtener permisos	1	2	3	4	5
86. Siento que en mi casa no me hacen caso, que me relegan	1	2	3	4	5
87. En casa, las tareas las repartimos entre todos	1	2	3	4	5
88. En casa falta lo necesario	1	2	3	4	5
89. Se dan críticas hirientes en la familia	1	2	3	4	5

90. Cuando lo necesito, mi padre me escucha	1	2	3	4	5
91. En casa se enojan si no acepto sus creencias	1	2	3	4	5
92. Hay confianza entre mis padres	1	2	3	4	5
93. Mis padres preferirían que no estudiara	1	2	3	4	5
94. En mi familia importa lo que yo pienso	1	2	3	4	5
95. En mi familia desayunamos juntos	1	2	3	4	5
96. Quien bebe en la familia no llega a la casa	1	2	3	4	5
97. En mi casa los hombres ayudan al quehacer	1	2	3	4	5
98. En mi familia no hay variedad de temas para hablar	1	2	3	4	5
99. La organización familiar se altera si alguien bebe	1	2	3	4	5
100. En casa nos gustan las mismas diversiones	1	2	3	4	5
101. Mis padres discuten	1	2	3	4	5
102. Cuando alguien bebe en casa, nos agrade a los demás	1	2	3	4	5
103. Al hablar en la familia, nos insultamos	1	2	3	4	5
104. Vemos juntos la televisión	1	2	3	4	5
105. No nos damos los recados telefónicos	1	2	3	4	5
106. Puedo expresarme fácilmente con mi padre	1	2	3	4	5
107. Mis padres son injustos al castigar	1	2	3	4	5
108. En casa se hace lo que mi madre dice	1	2	3	4	5
109. Quien bebe en casa incita a los demás a hacerlo	1	2	3	4	5
110. Mis padres se pelean, se gritan	1	2	3	4	5
111. Mi padre se enoja con mi madre cuando él bebe	1	2	3	4	5
112. Mis hermanos varones beben	1	2	3	4	5
113. Mis padres se expresan su afecto	1	2	3	4	5
114. En mi familia cenamos juntos	1	2	3	4	5
115. Mi madre se molesta con mi padre si él bebe	1	2	3	4	5
116. En casa, tengo que pedir permiso a mis dos padres	1	2	3	4	5
117. No se destina tiempo para la familia	1	2	3	4	5
118. Algún miembro de la familia toma antidepresivos	1	2	3	4	5
119. En casa, la conducta del que bebe afecta a la familia	1	2	3	4	5
120. En mi familia no hay disposición para entender a los otros	1	2	3	4	5
121. Mis padres me culpan por sus problemas	1	2	3	4	5
122. Alguien de mi familia consume droga	1	2	3	4	5