

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 2
SALTILLO, COAHUILA.

DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LEONILA DE JESÚS VALDÈS FLORES

SALTILLO, COAHUILA.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LEONILA DE JESÚS VALDÈS FLORES

AUTORIZACIONES:

DR. MANUEL REYES HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR No. 2 SALTILLO, COAHUILA.

ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS.
DRA. ANA SILVIA LEMINI BARRIENTOS.

ASESOR DEL TEMA DE LA TESIS
DRA. ANA SILVIA LEMINI BARRIENTOS.

DRA. HILDA LUNA CASTILLO

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

SALTILLO, COAHUILA.

2006

DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LEONILA DE JESÚS VALDÈS FLORES

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE GENERAL

Contenido	Página
1.- INTRODUCCIÓN	
1.1 Antecedentes	
1.2 Planteamiento del Problema	
1.3 Justificación	
2.- OBJETIVOS	
2.1 Objetivo General y Objetivos Específicos	
2.2 Hipótesis	
3.- METODOLOGÍA	
3.1 Tipo de Estudio	
3.2 Población, lugar y tiempo de estudio	
3.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
3.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	
3.5 Variables	
3.6 Técnicas de recolección de la información	
3.7 Método o procedimiento para captar la información	
3.8 Control de Calidad	
3.9 Plan de procesamiento de datos y análisis	
3.10 Limitaciones del estudio	
3.11 Consideraciones Éticas	
3.12 Prueba Piloto	
3.13 Descripción de los recursos humanos, físicos y financieros	
4.- DIRECCIÓN DEL PROYECTO	
4.1 Plan de Trabajo	
4.2 Cronograma de actividades.	
4.3 Plan de utilización y difusión de resultados.	

5.- PRESUPUESTO

5.1 Presupuesto

6.- RESULTADOS

6.1 Descripción de los resultados.

6.2 Tablas y gráficas.

7.- DISCUSIÓN

7.1 Discusión de los resultados encontrados.

8.- CONCLUSIONES

8.1 Conclusiones

9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9.1 Bibliografía

10.- ANEXOS

10.1 Anexos

1.1 ANTECEDENTES.

La población adolescente de México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4 % de la población nacional, hoy representa el 21.3%. Se estima que hay 1,200 millones de adolescentes en el mundo. (1). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, define la 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 socioeconómica y se fija sus límites entre los 10 a 19 años y se ha señalado el embarazo como una de las prioridades en la atención de los adolescentes ya que repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño. (2) La mayoría de la gente joven principia a tener sexo a mitad de su adolescencia, aproximadamente ocho años antes de casarse. Más de la mitad de los adolescentes de 17 años han tenido una relación sexual. (3) La mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio de sus relaciones sexuales, 20% en el primer mes. Mientras más joven una mujer haya tenido su primera relación sexual, es más probable que hubiera sido forzada a hacerlo, 7 de cada 10 menores de 13 años. (4) Uno de cada 6 nacimientos en el país, ocurre en mujeres menores de 19 años. El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo o hija y su pareja. (5)

Por lo anterior, el seguimiento de la gestación debe contemplar no solo la asistencia obstétrica como tal, sino adoptar un enfoque integral que atienda además, las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia.(6)

Se han mencionado ciertas condiciones riesgosas que pueden considerarse contribuyentes al embarazo en la adolescencia como son en nuestra época, la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación familiar, sobre todo con la figura materna, el abandono de la escuela, la menarquía precoz, baja autoestima, con la consiguiente carencia de proyectos de vida, el poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos, familias disfuncionales, madre o hermana embarazadas en la adolescencia, ausencia de padre. (7)

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (8) La familia acorde sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad. (9) La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas y sobrevivirá en una forma u otra, mientras exista nuestra especie. La familia es la unidad social básica y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la salud, el término familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente, la cual aún conserva la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico.

Las familias están inmersas en un campo muy amplio de influencias culturales, cambios históricos y conflictos de valores debidos a diferencias étnicas, religiosas y de clase social. (10)

El estudio de la familia desde la perspectiva médica requiere conocer su estructura y su funcionalidad. La disfunción familiar es una alteración en la dinámica familiar que da como resultado que el individuo tenga problemas de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, una condición compleja que requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos. Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas producen sensación de bienestar y de apoyo, la cual permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización. En su conjunto influyen directamente y de manera determinante en las características de la dinámica familiar. (11)

Por lo anterior, el diagnóstico del grado de salud familiar por medio de la evaluación de funciones familiares permite dar orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto, con el fin de mantener en lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva que genere acciones tendientes a cumplir las funciones que se esperan de ella.

La disfunción familiar es un factor predisponente en la aparición de trastornos emocionales psicológicos como farmacodependencia, embarazo, depresión, deserción escolar. El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo. (12)

El embarazo y la maternidad durante la adolescencia están asociados a riesgos médicos y psicosociales significativos tanto en la madre como en el producto. Esto ha permitido identificar a la mujer adolescente embarazada como de alto riesgo, el cual se refleja en una mayor morbilidad tanto materna como perinatal, siendo las principales complicaciones maternas: Hipertensión arterial inducida por el embarazo, anemia, mayor frecuencia de desproporción cefalo-pélvica, aborto, trabajo de parto pretérmino y pre-eclampsia. (13) Durante el año 2000 en México se registraron 180 muertes maternas en mujeres adolescentes, lo que representa la cuarta causa de defunciones en mujeres de este grupo de edad. La mortalidad materna del grupo de 15 –19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20-34 años.(14) Comúnmente las instituciones de salud visualizan la problemática de la adolescente embarazada desde un punto de vista clínico, biológico dejando a un lado los aspectos de la dinámica familiar, estos tienden a ser mucho más difíciles de manejar ya existe desde mucho antes del embarazo de la adolescente una dinámica familiar disfuncional. El ámbito familiar es un entorno complejo en donde las necesidades son tan variadas como lo son las propias familias. (15)

El papel del Médico Familiar es sumamente importante ya que su acción es integral, preventiva y anticipatoria, afirmamos que además de diagnosticar, pronostica, siendo capaz de prever los eventos que puedan alterar la salud familiar, realizar una evaluación de la dinámica familiar, y realizando actividades concretas de orientación familiar. (16)

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El número de embarazos en la adolescencia ha ido aumentando en los últimos 25 años. Esto constituye un grave problema de salud pública así como de políticas sociales, con graves repercusiones biológicas y psicológicas tanto a la madre como al hijo. El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.

Es definitivo que la dinámica familiar es un factor determinante para el crecimiento de los hijos en la familia y es la etapa de la adolescencia cuando la comunicación y la dinámica familiar son cruciales. La participación de los ámbitos social, sociodinámica y psicológica no se les ha dado la importancia que tienen ya que sus interacciones entre sí, explican que una de las causas por la que una adolescente termina embarazada es la presencia de disfunción familiar en el seno de su familia y esto provocar la interrupción del proyecto de vida de las adolescentes embarazadas.

¿Cuál es la frecuencia de Disfunción Familiar en la adolescente embarazada?

1.3 JUSTIFICACIÓN.

Los adolescentes en nuestro país representan la cuarta parte de la población, sabemos que una de las principales repercusiones de la práctica sexual durante la adolescencia es el embarazo. Actualmente a nivel mundial hay un millón de adolescentes que quedan embarazadas. Desde el enfoque de la salud el embarazo a esta edad constituye un indicador importante en las condiciones de vida de una población ya que las tasas de morbilidad y mortalidad se ven incrementadas. En las últimas décadas el cambio en las condiciones sociales ha modificado la dinámica familiar, los padres, por motivos laborales están ausentes del hogar aunado a que la vida matrimonial se encuentra en un cúmulo de problemas de diferente índole que hace vivir a los hijos en un estado de abandono o de permanente temor. Comúnmente se visualiza la problemática de la adolescente embarazada desde un punto de vista clínico, biológico dejando a un lado los aspectos de la dinámica familiar. Constituyendo el embarazo en la adolescencia un fracaso de la sociedad y por ende de las familias, con repercusiones en la escuela, el hogar y en la misma salud de la adolescente embarazada y del producto. Las relaciones familiares son fundamentales en el desarrollo de la personalidad de la adolescente.

Por lo que se hace necesario identificar la disfunción familiar existente en la población de embarazadas adolescentes adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 de Saltillo, Coahuila con el fin de actuar en forma preventiva para evitar el embarazo en la adolescencia y sus repercusiones.

2.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la frecuencia de la disfunción familiar en la adolescente embarazada en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 de Saltillo, Coahuila.

2.2 HIPÓTESIS:

Es más frecuente que la adolescente se embaraze cuando tiene disfunción familiar.

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio:

- Observacional
- Descriptivo
- Transversal.
- Retrospectivo.

3.2 Población de Estudio:

- Adolescente embarazada.

Lugar de Estudio:

- Hospital General de Zona con Medicina Familiar número 2 de Saltillo, Coahuila.

Período de Estudio:

- Julio 2004 – Julio 2005.

Unidad de Análisis:

- Adolescente Embarazada.

3.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.**TIPO DE MUESTRA:**

No probabilística por casos consecutivos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Todas las embarazadas adolescentes que cursen con su primera gestación y que acudan a la consulta de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 de Saltillo, Coahuila en el periodo comprendido de Diciembre del 2004 a Abril del 2005.

3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. - Adolescente mujer de 10 a 19 años de edad con diagnóstico de embarazo adscrita al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2

2.- Adolescentes embarazadas que curse con su primera gestación adscritas al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2.

3. – Adolescentes embarazadas que aceptaron participar en el estudio adscritas al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1.- Mujer de 10 a 19 años embarazada que no curse con su primera gestación.

2.- Mujeres embarazadas que no sean adolescentes.

3.- Adolescente embarazada que no acepte participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1.- Adolescente embarazada en quien no sea posible realizar en forma

completa la entrevista.

2.- Adolescente embarazada analfabeta.

3.5 VARIABLE DEPENDIENTE

- Adolescente Embarazada.

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Disfunción Familiar.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

- La operacionalización, así como las escalas y los criterios de medición se muestran en los siguientes cuadros.

3.5 VARIABLES.

Tipo de la Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Indicador
---------------------	-----------------------	------------------------	--------------------	-----------

DEPENDIENTE	Adolescente Embarazada: mujer de 10 a 19 años con diagnóstico de embarazo.	Se solicitara a cada Médico Familiar del HGZc/MFNo.2 el envió de adolescentes embarazadas que cursen su primera gestación al consultorio del investigador.	Categórica Nominal	Si. No.
--------------------	--	--	--------------------	---------

Tipo de la Variable.	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala	Indicador
INDEPENDIENTE	Disfunción Familiar: Alteración de la dinámica familiar, relacionada con la comunicación, estructura y sistema familiar.	Se autoaplicara el cuestionario FACES III ya validado y se clasificara a las familias en las 16 posibles combinaciones de acuerdo a su cohesión y adaptabilidad, para determinar si son funcionales o disfuncionales.	Categórica Intervalo	FACES III

3.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Técnica: Cuestionario.

Fuente: Adolescente embarazada.

Instrumento: FACES III.

3.7 MÈTODU PARA CAPTAR LA INFORMACIÒN.

I.- RECOLECCIÒN DE LA INFORMACIÒN.

1. - Efectuar la prueba piloto para evaluar los instrumentos de recolecciòn de la informaciòn.

2. -Invitar personalmente a cada uno de los mèdicos familiares de turno matutino y vespertino a canalizar a todas las adolescentes embarazadas que cursen su primera gestaciòn y que acudan a la consulta de medicina familiar al consultorio del investigador para la autoaplicaciòn del cuestionario.

II.- ALMACENAR LA INFORMACIÒN.

1. - Realizar la captura de la informaciòn.

2. - Analizar la información obtenida.

3.8 CONTROL DE CALIDAD.

El control de calidad esta dado por el cuestionario validado FACES III autoaplicado y cuyos resultados serán evaluados por el investigador responsable del estudio.

3.9 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS.

- 1.- Recolección de la información en los instrumentos diseñados para ello.
- 2.- Revisión de la información y codificación.
- 3.- Diseño de la base de datos.
- 4.- Captura de la información.
- 5.- Revisión de la base de datos.
- 6.- Análisis de los datos.

PLAN DE ANÁLISIS

1.- Para demostrar la relación de disfunción familiar con el embarazo en la adolescencia se obtendrá mediante el resultado del puntaje dado por el cuestionario de FACES III.

2.-Se hará una base de datos y se analizará mediante el paquete estadístico Epi-info 6.0 mediante el cual se medirán frecuencias simples, proporciones, medidas de tendencia central, de dispersión y cálculo de probabilidad con un nivel de confiabilidad del 95%.

3.10 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Este estudio solo nos permite cuantificar la frecuencia de la disfunción familiar en la adolescente embarazada y no nos permite establecer una relación causa efecto.

3.11 ASPECTOS ÈTICOS.

1.- Autorización del proyecto de investigación por el comité de investigación del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 de Saltillo, Coahuila.

2.- De acuerdo con las consideraciones éticas en la Declaración de Helsinki que constituye uno de los principales códigos éticos de la investigación biomédica con seres humanos, en éste estudio dado su diseño no se afecta la integración física ni moral de las adolescentes embarazadas sujetas a investigación. Se solicitará el consentimiento de las participantes, haciendo hincapié que la información obtenida es confidencial y que el personal de salud involucrado será informado de los resultados del estudio enfatizando la importancia de identificar en forma oportuna la disfunción familiar para evitar el embarazo en la adolescencia y sus repercusiones

3.12 PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se llevará a cabo en el Departamento de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 de Saltillo, Coahuila.

1. - Se invitaran a tres adolescentes embarazadas que se encuentren solicitando consulta de Medicina Familiar, a participar en el estudio de investigación.

2. - En el consultorio de Medicina Familiar se les aplicara el cuestionario ya previamente diseñado FACES III, el cual se complemento con 9 preguntas adicionales iniciales no modificando la numeración ya establecida del cuestionario validado para no alterar su calificación con el fin de investigar aspectos no contemplados, como inicio de vida sexual activa, escolaridad, conocimiento de métodos de planificación familiar, información sobre sexualidad, deserción escolar o laboral.

3. - Se aplicara el cuestionario solo a la adolescente embarazada sin acompañante para que no se sienta presionada al contestar el mismo.

4. - Se le cuestionara si hay preguntas que no entienda, para realizar su nueva formulación o su cambio.

5. - Se procederá a la captación, elaboración y análisis de datos de interpretación de resultados de la prueba piloto

3.13 DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS.

RECURSOS HUMANOS

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN.

Investigador responsable.

Asesor.

RECURSOS FÍSICOS.

Lápices

30

Hojas 500

Computadora 1

Impresora 1

Escritorio 1

RECURSOS FINANCIEROS.

Recursos propios del equipo de investigación.

4.- DIRECCIÓN DEL PROYECTO.

4.1 PLAN DE TRABAJO.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR	FECHA	PERSONAL ASIGNADO	DÍAS PERSONA REQUERIDOS
1) Recuperación, revisión y selección bibliográfica	1º de Julio del 2004 al 31 de Agosto del 2004.	Investigador Responsable.	1 x 62 = 62
2) Terminar el Proyecto de Investigación.	1ª de Septiembre al 30 de Octubre del 2004.	Investigador Responsable.	1 x 60 = 60
3) Registro y aprobación del	3 de Noviembre del 2004.	Representantes del Comité de	

Proyecto por el Comité de Investigación.		Investigación.	
4) Presentación del Proyecto ante las autoridades del HGZ c/MF No.2 de Saltillo, Coahuila.	16 de Noviembre del 2004.	Investigador Responsable.	1 x 1 = 1
5) Aplicación del cuestionario ya elaborado.	1 de Diciembre del 2004 al 26 de Abril del 2005.	Investigador Responsable.	1 x 100 = 100
6) Recolección de la información.	1 de Abril del 2005 al 30 de Mayo del 2005.	Investigador Responsable	1 x 60 = 60
7) Captura de datos.	2 de Mayo del 2005 al 31 de Mayo del 2005.	Investigador Responsable	1 x 30 = 30
8) Elaboración. análisis de datos e interpretación de resultados.	2 de Mayo del 2005 al 30 de Junio del 2005.	Investigador Responsable.	1 x 60 = 60
9) Realizar informe final.	1 de Julio del 2005 al 30 de Julio del 2005.	Investigador Responsable	1 x 30 = 30
10) Difusión del proyecto de investigación.	1 de Julio del 2005 al 30 de Julio del 2005.	Investigador Responsable.	1 x 30 = 30

4.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE JULIO DEL 2004 A JULIO DEL 2005.

4.2 PLAN PARA LA ADMINISTRACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL PROYECTO.

4.3 DIFUSIÓN Y UTILIZACIÓN DE RESULTADOS.

4.4 I.- Administración del Proyecto de Investigación.

1.- Se programará una reunión con las autoridades directivas médicas y de educación de la unidad para dar a conocer los propósitos y la importancia de realizar el Proyecto de Investigación.

2.-Se gestionará ante la Administración de la Unidad los requerimientos materiales, físicos, humanos y financieros necesarios para el desarrollo del Proyecto de Investigación sobre la base del presupuesto establecido.

3.- Monitoreo y administración de los fondos destinados al proyecto.

II.- Supervisión del Proyecto.

1.- Evaluación semanal del curso del Proyecto de Investigación considerando el desempeño del personal de apoyo en la recolección de la información, la logística y la utilización de los recursos materiales y fondo financiero.

2.- Vigilancia del desarrollo del proceso de la búsqueda y captura de la información para la detección de posibles problemas, con el objeto de establecer soluciones.

III.- Plan para la difusión y utilización de los resultados de la investigación.

1.- Proposición de soluciones de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio.

2.- Elaboración de síntesis ejecutiva.

3.- Difusión de los resultados en sesión general en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 de Saltillo, Coahuila.

4.- Publicaciones de resultados en revistas de reconocido prestigio a nivel Nacional.

5.- PRESUPUESTO

5.1 PRESUPUESTO

CATEGORÍA COSTO TOTAL	COSTO UNITARIO	FACTOR MULTIPLICADOR	
1.- Personas Total	Gasto diario	No. días x persona	
Investigador 26000.00	\$ 100.00	260 X 1	\$
2.- Materiales			
Cartucho para 800.00 Impresora.	\$ 400.00	2	\$
Servicio de 250.00 Copiado	\$.50	500	\$
Hojas papel 50.00 Bond.	\$.10	500	\$
Lápices 60.00	\$ 2.00	30	\$
Computadora 20,000	\$20,000	1	\$

47,160.00

TOTAL

\$

MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó un estudio de corte transversal, descriptivo, prospectivo y observacional, en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 de Saltillo, Coahuila, en el periodo comprendido de diciembre del 2004 a Abril del 2005.

En el periodo referido se estudiaron 40 adolescentes embarazadas entre los 15 y 19 años de edad, quienes firmaron hoja de consentimiento informado y cumplieron los criterios de selección.

La muestra se obtuvo por muestreo no probabilística de casos consecutivos. Se aplicó un cuestionario **FACES III** (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), validado, autoaplicado que consta de 20 preguntas para determinar la

disfunción familiar en las adolescentes embarazadas, agregándosele 9 preguntas más para determinar la frecuencia de variables sociodemográficas.

Dado el tipo de diseño de este estudio para el análisis de la información se utilizó únicamente estadística descriptiva.

Para determinar frecuencias simples, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión con calculo de probabilidad estadística con un nivel de confiabilidad del 95%. Con el paquete estadístico Epi-info 6.0.

6.- RESULTADOS.

6.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.

Sé estudiaron 40 adolescentes embarazadas mediante el instrumento validado FACES III de las cuáles 29 (72.5%) tuvieron familia disfuncional y 11(27.5%) tuvieron familia funcional, obteniéndose una $P < 0.05$ para las familias disfuncionales, siendo estadísticamente significativa. Ver cuadro y gráfica 1.

Sé clasificaron a las familias en las 16 posibles combinaciones con relación a su cohesión, adaptabilidad y comunicación. Encontrándose dentro de las familias disfuncionales: 4 (10%) fueron familia no relacionadas rígidas, 1 (2.5%) familia no relacionada estructurada, 1 (2.5%) familia no relacionada flexible, 2 (5%) familia no relacionadas caóticas, 3 (7.5%) familia semirelacionadas rígidas, 1 (2.5%) familia semirelacionada caótica, 2(5%) familia relacionadas rígidas, 3(7.5%) familia relacionadas caóticas, 1(2.5%) familia aglutinada rígida, 5 (12.5%) familia aglutinadas estructuradas, 1(2.5%) familia aglutinada flexible y 5(12.5%) familia aglutinadas caóticas. Ver cuadro y gráfica 2-A.

Dentro de las familias funcionales: 1(2.5%) familia semirelacionada estructurada, 3(7.5%) familia semirelacionadas flexibles, 2 (5%) familia relacionadas estructuradas y 5(12.5%) familias relacionadas flexibles. Ver cuadro y gráfica 2-B.

En cuanto a la relación de la edad de las adolescentes embarazadas con la funcionalidad familiar encontramos de 19 años 6 (20.68%) con familia disfuncional y 4(36.36%) con familia funcional (36.36%), de 18 años 7 (24.13%) con familia disfuncional y 3(27.27%) con familia funcional, de 17 años 11(37.93%) con familia disfuncional y 2(18.18%) con familia funcional, de 16 años 1 (3.44%) con familia disfuncional y 1 (9.09%) con familia funcional, de 15 años 4 (13.79%) con familia disfuncional y 1 (9.09%) con familia funcional.

Con una razón de prevalencia de 2.75 para las adolescentes de 17 años con una $p < 0.05$ significativamente estadística. Ver cuadro y gráfica 3.

La relación de la escolaridad de las adolescentes embarazadas con la funcionalidad familiar fue primaria 5 (100%) con familia disfuncional, secundaria 15 (88.23%) con familia disfuncional y 2 (11.76%) con familia funcional, preparatoria 8 (53.33%) con familia disfuncional y 7 (46.66%) con familia funcional y profesional 1 (33.33%) familia disfuncional y 2 (66.66%) con familia funcional. Se encontró que a menor escolaridad mayor disfunción familiar. Ver cuadro y gráfica 4.

El inicio de la vida sexual activa en relación con la funcionalidad familiar fue a los 15 años 8 (88.88%) con familia disfuncional y 1 (10.11%) familia funcional, a los 16 años 10 (76.92%) con familia disfuncional y 3(23.07%) con familia funcional, a los 17 años 10 (83.33%) con familia disfuncional y 2(16.66%) con familia funcional, a los 18 años 4 (80%)con familia disfuncional y 1 (20%) familia funcional, a los 19 años 1(100%) familia funcional. Ver cuadro y gráfica 5

En cuanto a la edad de las adolescentes embarazadas encontramos de 15 años 5 (12.5%), de 16 años 2(5%), de 17 años 13 (32.5%), de 18 años 10 (25%), de 19 años (25%). La media de edad fue 17.4, con una mediana de 17.45, con una moda de 17 años, con desviación estándar de 1.27. Por grupo de edad se encontró la mayor cantidad de adolescentes embarazadas a los 17 años. Ver cuadro y gráfica 6.

El grado de escolaridad de las adolescentes embarazadas fue, primaria 5 (12.5%), secundaria 17(42.5%), preparatoria 15 (37.5%) y profesional 3 (7.5%). De acuerdo

con el grado de escolaridad la mayor parte de las adolescentes embarazadas cursaron hasta el nivel de secundaria. Ver cuadro y gráfica 7.

La edad de inicio de vida sexual activa fue a los 15 años 9 (22.5%), a los 16 años 13 (32.5%), a los 17 años 12 (30%), a los 18 años 5 (12.5%) y a los 19 años 1 (2.5%). Con una media=16.4, una mediana=16, una moda=16, desviación estándar 1.06. Ver cuadro y gráfica 8.

De las adolescentes embarazadas que tuvieron algún tipo de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar encontramos 24 (60%) y 16 (40%) desconocen el tema. Ver gráfica 9.

Con información sobre sexualidad, 33 (82.5%) la habían recibido y 7 (17.5%) no refirieron haberla recibido. Ver gráfica 10.

La fuente de información de dichos conocimientos según refirieron ellas mismas fue por la escuela 25 (62.5%), por los padres 8(20%), por los medios de comunicación y por amigos 2 (5 %). El 57.3% de las adolescentes embarazadas tuvieron que dejar de trabajar o estudiar por causa del embarazo. Ver gráfica 11.

6.2 TABLAS Y GRÁFICAS

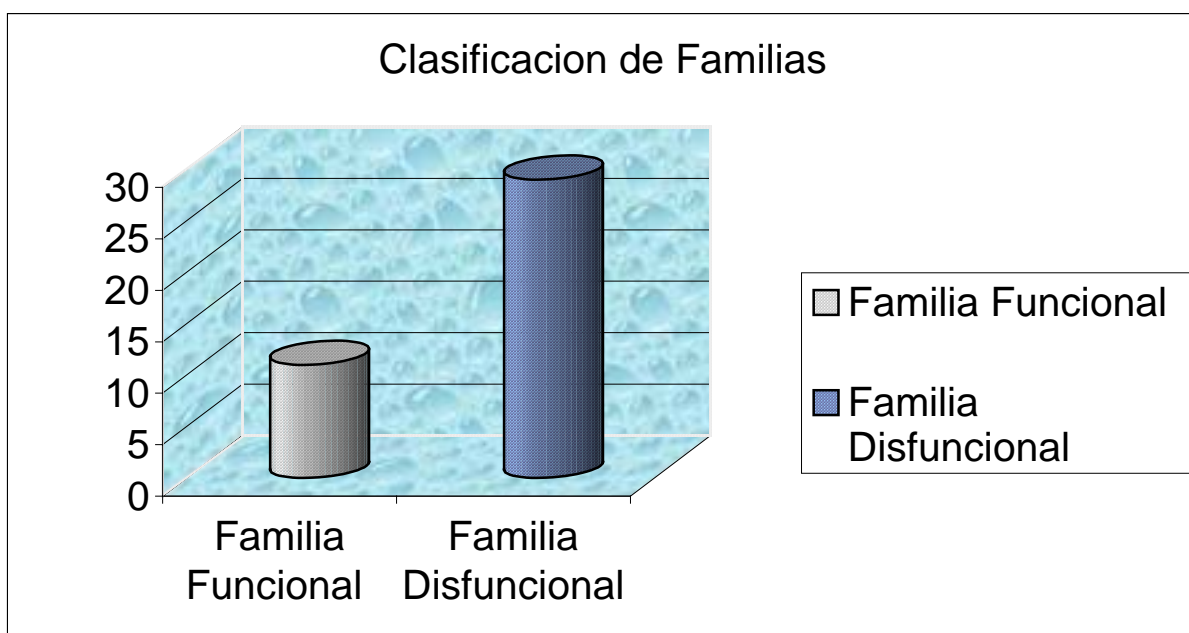
CUADRO 1

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

DINAMICA FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	11 FAMILIAS	27.5%
DISFUNCIONAL	29 FAMILIAS	72.5%

Fuente: Cédula de recolección de datos FACES III

GRÀFICA 1



Fuente: Cédula de recolección de datos FACES III.

CUADRO 2-A

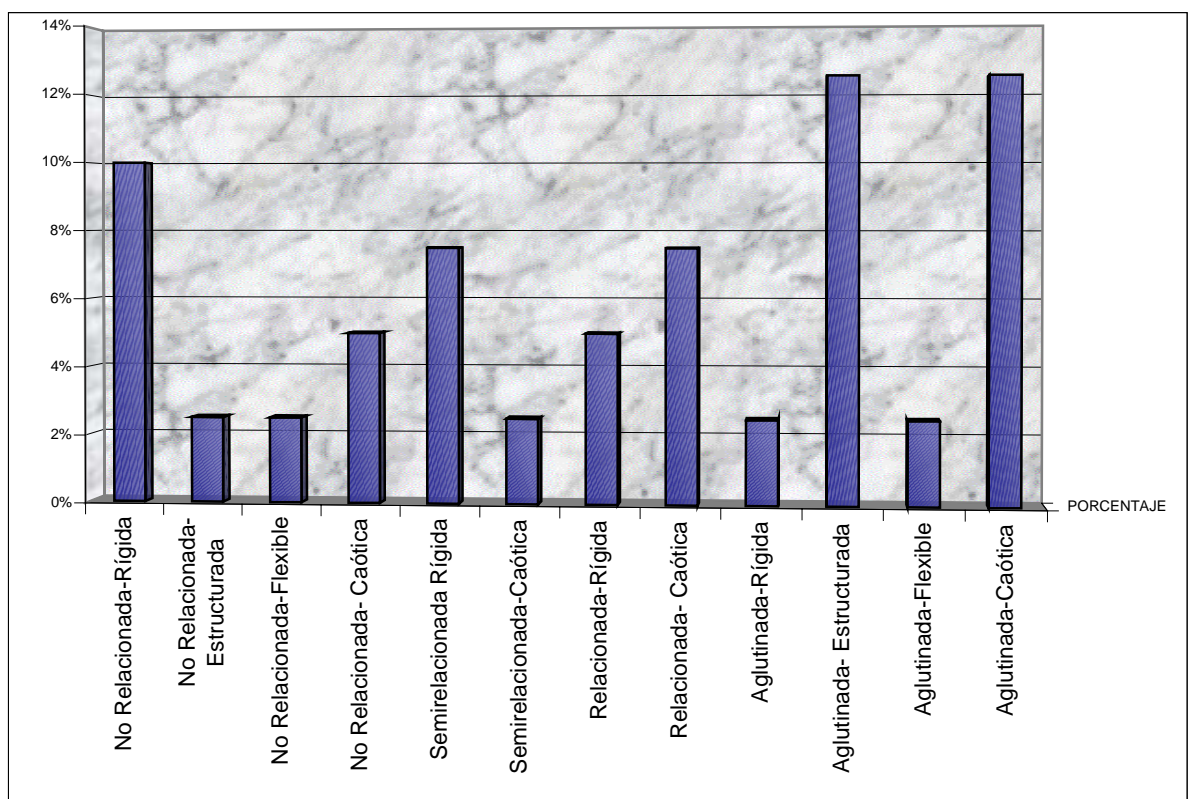
**CLASIFICACION DE LOS DIFERENTES TIPOS DE FAMILIAS
DISFUNCIONALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

COHESIÓN	ADAPTABILIDAD	TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No Relacionada	Rígida	No Relacionada-Rígida	4	10%
No Relacionada	Estructurada	No Relacionada-Estructurada	1	2.5%
No Relacionada	Flexible	No Relacionada-Flexible	1	2.5%
No Relacionada	Caótica	No Relacionada-Caótica	2	5%
Semirelacionada	Rígida	Semirelacionada Rígida	3	7.5%
Semirelacionada	Caótica	Semirelacionada-Caótica	1	2.5%
Relacionada	Rígida	Relacionada-Rígida	2	5%
Relacionada	Caótica	Relacionada-Caótica	3	7.5%
Aglutinada	Rígida	Aglutinada-Rígida	1	2.5%
Aglutinada	Estructurada	Aglutinada-Estructurada	5	12.5%
Aglutinada	Flexible	Aglutinada-Flexible	1	2.5%
Aglutinada	Caótica	Aglutinada-Caótica	5	12.5%

Fuente: Cedula de recolección de datos FACES III

GRÀFICA 2-A

CLASIFICACION DE LOS DIFERENTES TIPOS DE FAMILIAS DISFUNCIONALES EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



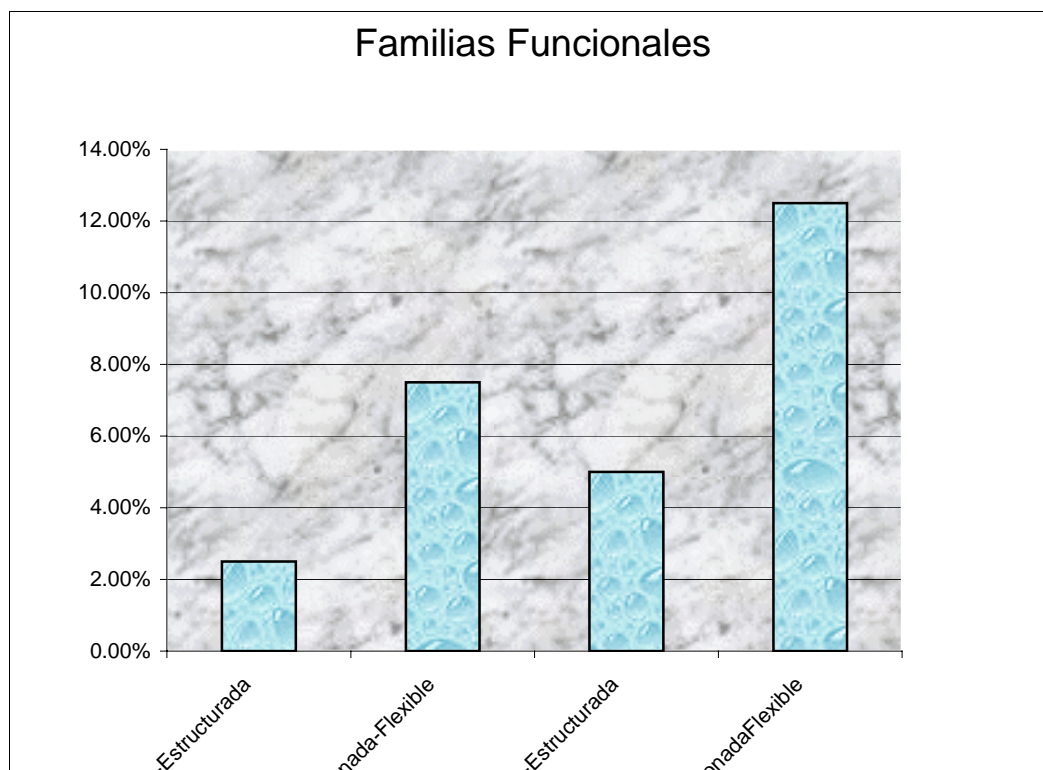
Fuente: Cédula de recolección de datos FACES III

CUADRO 2-B
CLASIFICACION DE LOS DIFERENTES TIPOS DE FAMILIAS
FUNCIONALES EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

COHESIÓN	ADAPTABILIDAD	TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENT
Semirelacionada	Estructurada	Semirelacionada-Estructurada	1	2.5%
Semirelacionada	Flexible	Semirelacionada-Flexible	3	7.5%
Relacionada	Estructurada	Relacionada-Estructurada	2	5%
Relacionada	Flexible	RelacionadaFlexible	5	12.5%

Fuente: Cédula de información de datos FACES II

GRÁFICA 2-B
CLASIFICACIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE FAMILIAS
FUNCIONALES EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



Fuente. Cédula de recolección de datos FACES III.

CUADRO 3

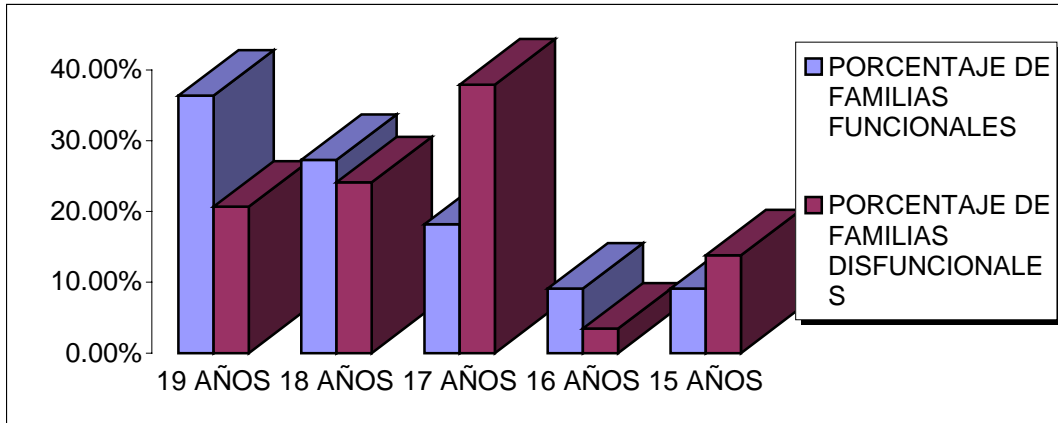
RELACION DE LA EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR A LA QUE PERTENECEN

EDAD DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA	FRECUENCIA DE FAMILIAS FUNCIONALES	PORCENTAJE	FRECUENCIA DE FAMILIAS DISFUNCIONALES	PORCENTAJE
19 AÑOS	4	36.36%	6	20.68%
18 AÑOS	3	27.27%	7	24.13%
17 AÑOS	2	18.18%	11	37.93%
16 AÑOS	1	9.09%	1	3.44%
15 AÑOS	1	9.09%	4	13.79%

Fuente: Cedula de recolección de datos FACES III

GRÁFICA 3

RELACIÓN DE LA EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON LA FUNCIONALIDAD FUNCIONAL



Fuente: Cédula de recolección de datos FACES III.

CUADRO 4

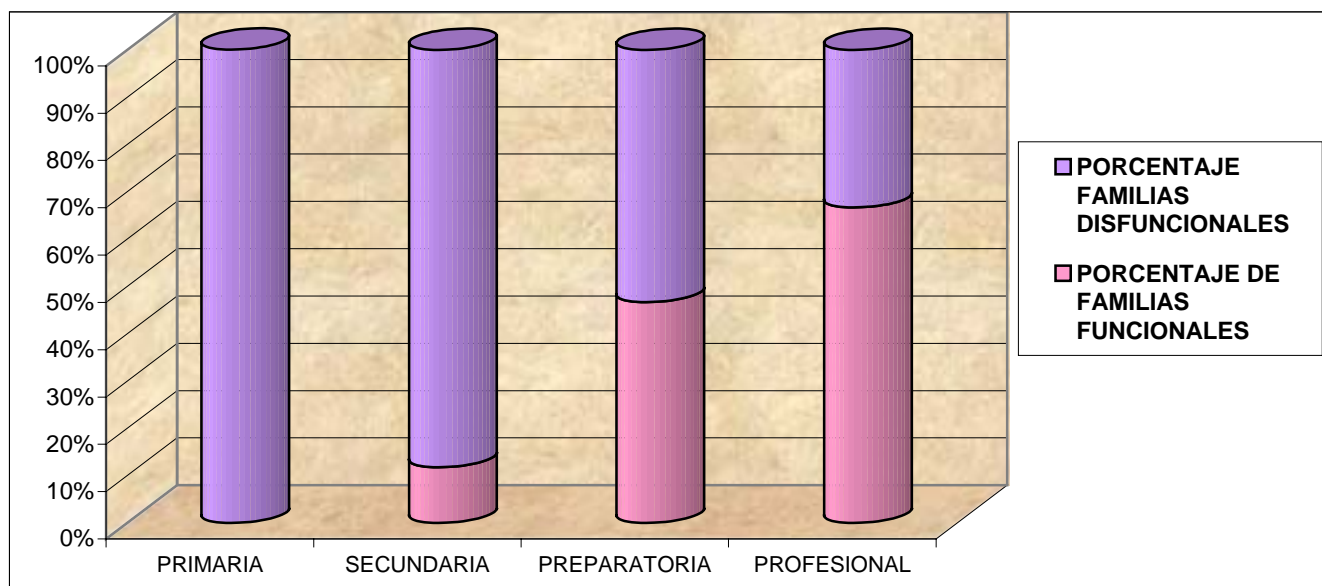
RELACIÓN DE LA ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR A LA QUE PERTENECEN

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA DE FAMILIAS FUNCIONALES	PORCENTAJE	FRECUENCIA DE FAMILIAS DISFUNCIONALES	PORCENTAJE
PRIMARIA	0	0%	5	100%
SECUNDARIA	2	11.76%	15	88.23%
PREPARATORIA	7	46.66%	8	53.33%
PROFESIONAL	2	66.66%	1	33.33%

Fuente: Cédula de recolección de datos FACES III y cuestionario anexo.

GRÀFICA 4

RELACIÓN DE LA ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Fuente: Cédula de recolección de datos FACES III y cuestionario anexo.

CUADRO 5

RELACION DEL INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR A LA QUE PERTENECEN

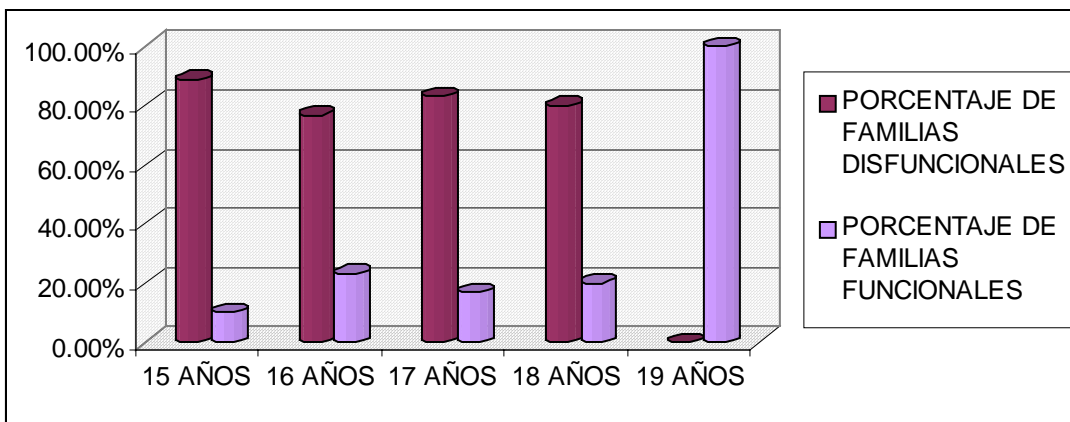
INICIO VIDA SEXUAL ACTIVA	FRECUENCIA DE FAMILIAS DISFUNCIONALES	PORCENTAJE	FRECUENCIA DE FAMILIAS FUNCIONALES	PORCENTAJE
15 AÑOS	8	88.88%	1	10.11%
16 AÑOS	10	76.92%	3	23.07%
17	10	83.33%	2	16.66%

AÑOS				
18 AÑOS	4	80%	1	20%
19 AÑOS	0	0%	1	100%

Fuente: Cedula de recolección de datos FACES III y cuestionario anexo.

GRÁFICA 5

RELACION DEL INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Fuente: Cedula de recolección de datos FACES III y cuestionario.

CUADRO 6

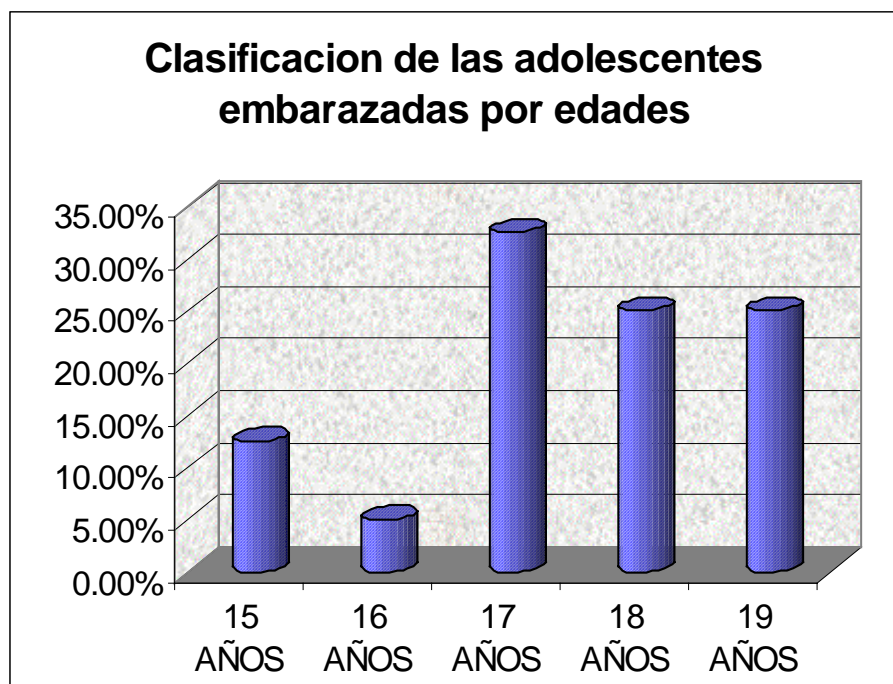
CLASIFICACION POR EDADES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
---------------	------------	------------

15 AÑOS	5	12.5%
16 AÑOS	2	5%
17 AÑOS	13	32.5%
18 AÑOS	10	25%
19 AÑOS	10	25%

Fuente: Cédula de recolección de datos del cuestionario.

GRÁFICA 6



Fuente: Cédula de recolección de datos cuestionario.

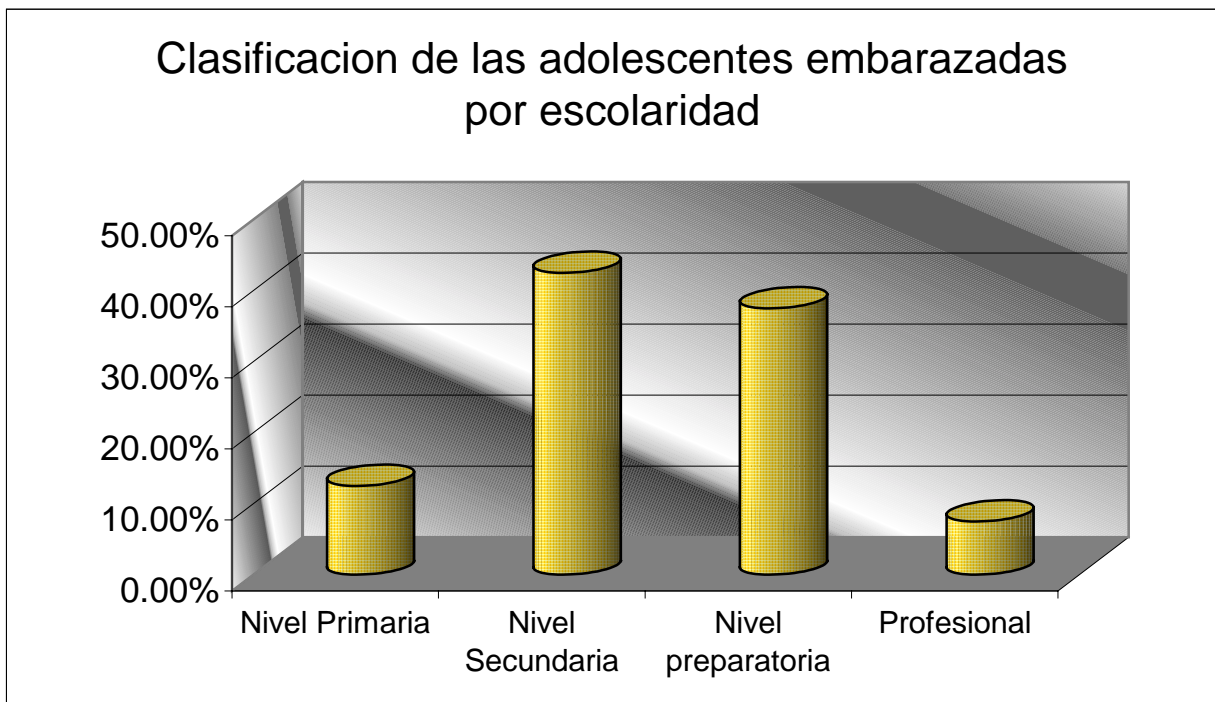
CUADRO 7

CLASIFICACIÓN POR GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel Primaria	5	12.5%
Nivel Secundaria	17	42.5%
Nivel preparatoria	15	37.5%
Profesional	3	7.5%

Fuente: Cédula de recolección de datos cuestionario.

GRÁFICA 7



Fuente: Cédula de recolección de datos cuestionario.

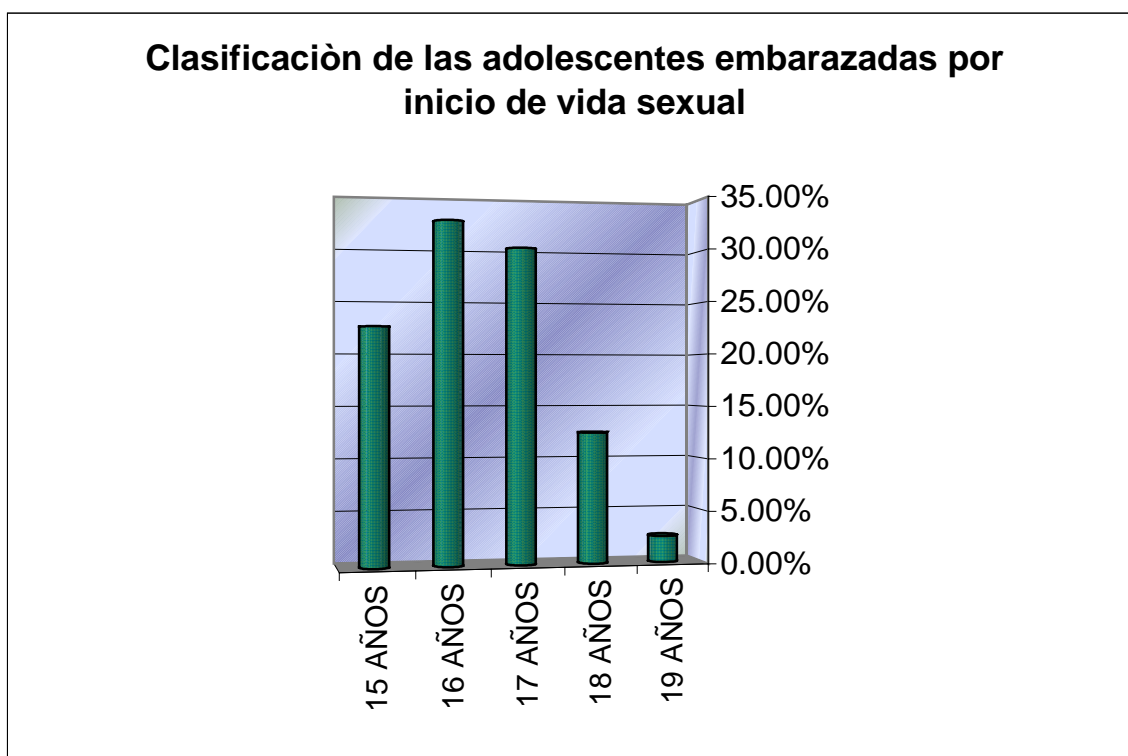
CUADRO 8

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

INICIA VIDA SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 AÑOS	9	22.5%
16 AÑOS	13	32.5%
17 AÑOS	12	30%
18 AÑOS	5	12.5%
19 AÑOS	1	2.5%

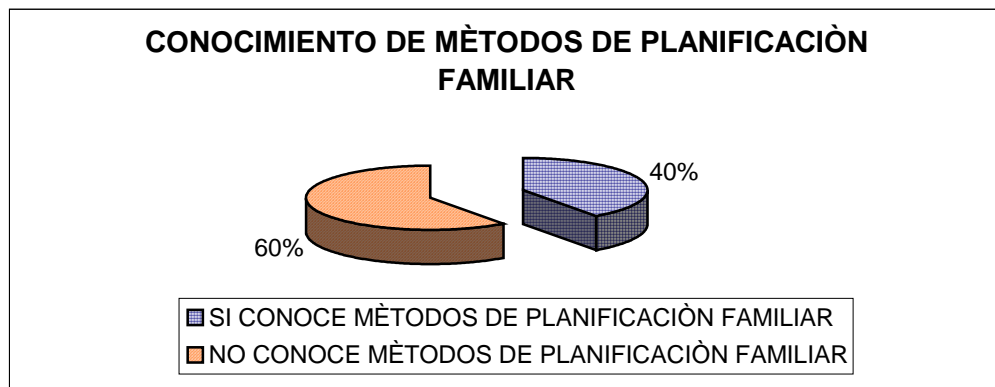
Fuente: Cédula de recolección de datos cuestionario.

GRÁFICA 8



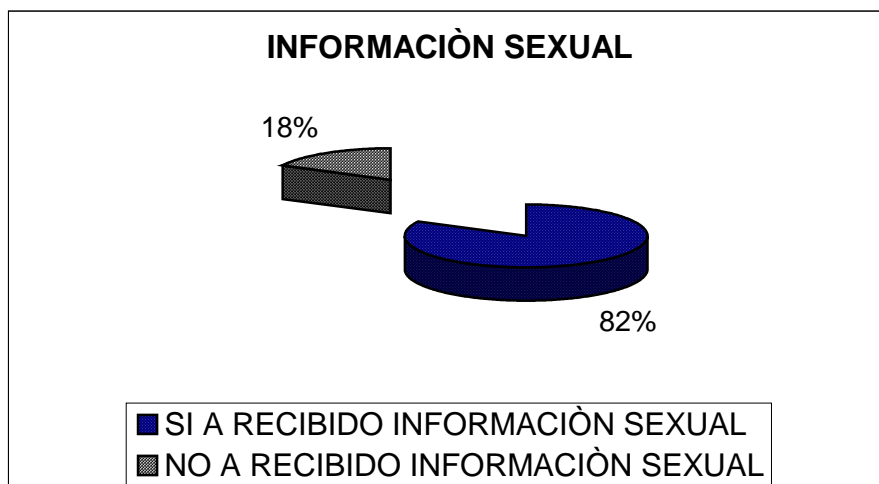
Fuente: Cédula de recolección de datos cuestionario.

GRÀFICA 9



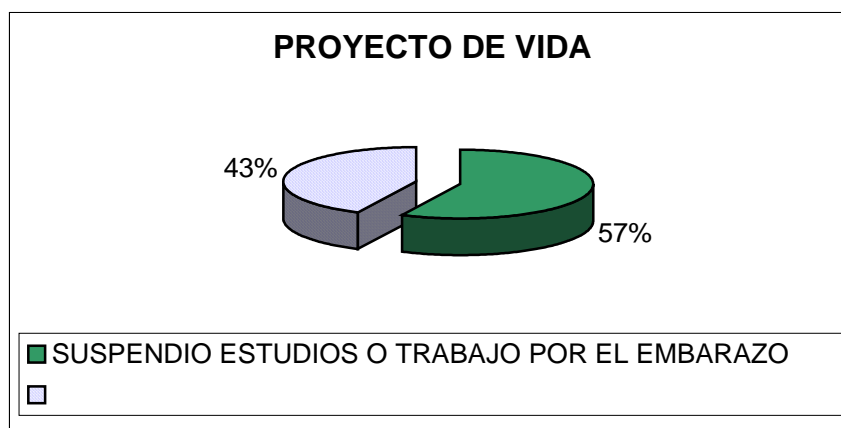
Fuente: Cèdula de recolección de datos cuestionario.

GRÀFICA 10



Fuente: Cèdula de recolecciòn de datos cuestionario.

GRÀFICA 11



Fuente: Cèdula de recolecciòn de datos cuestionario.

7.- DISCUSIÓN.

7.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS.

Se realizó el análisis del estudio se encontró que de las 40 adolescentes embarazadas que integraron la muestra el 29 (72.5%) presentó disfunción familiar y el 11 (27.5%) perteneció a una familia funcional.

Un estudio realizado por Luna – Navarro Antonio, Gómez Soto Víctor.

Este estudio lo realizaron al igual que el nuestro con el instrumento de

FACES III, la muestra del estudio fue de 79 encuestas pero el resultado es igual al nuestro ya que se encontró un porcentaje del 63.29% familias disfuncionales en las adolescentes embarazadas y un 36.70% familias funcionales en las adolescentes embarazadas datos que concuerdan con nuestro estudio por la mayor proporción de familias disfuncionales en las adolescentes embarazadas.

Rangel José, Patiño J, realizaron un estudio en donde utilizaron el instrumento de APGAR familiar en donde encontró disfunción familiar severa en 6%, disfunción familiar moderada en 27% y normal en 67%, los aspectos más alterados fueron el de crecimiento y afecto por parte de la familia de origen, lo que las obligó a unirse a otra pareja, este estudio difiere del nuestro ya que nosotros encontramos mayor porcentaje de familias disfuncionales (72.5%) en las adolescentes embarazadas el instrumento utilizado por nosotros fue FACES III que abarca cohesión, adaptabilidad y comunicación. Encontrando concordancia en ambos estudios en el nivel de escolaridad de las adolescentes embarazadas que fue el nivel de secundaria, ellos obtuvieron escolaridad secundaria en el 50% y nosotros en el 42.5%

Cuevas Arana Victoria, Olvera Guerra Jesús, realizaron un estudio donde encontraron que la disfunción familiar es determinante para el embarazo en la adolescencia en más del 60% de las adolescentes embarazadas estudiadas, ellos utilizaron un cuestionario diseñado por

un comité multidisciplinario de expertos. El cual coincide con nuestro estudio en determinar el alto porcentaje (72.5%) de disfunción familiar en la adolescente embarazada a pesar de que utilizaron otro instrumento diferente al nuestro. Este estudio también clasifico la edad de las adolescentes embarazadas encontraron como edad promedio los 17 años (51%), nuestro estudio concuerda en este dato encontrando, al igual que ellos el mayor porcentaje de la edad de la adolescente embarazada a los 17 años (32.5%). Concordando también en el nivel de escolaridad de las adolescentes embarazadas, ellos obtuvieron grado de escolaridad de secundaria (89%), y nosotros encontramos escolaridad secundaria en un (42.5%). Concordando en que las adolescentes embarazadas conocían los métodos de planificación familiar en el 69%, nosotros con la muestra estudiada obtuvimos el 60%. Aunque los porcentajes varían los 2 estudios tienen la mayor frecuencia en estos datos por lo que son concordantes. Este estudio difiere con el nuestro en el promedio de inicio de vida sexual activa para ellos fuè a los 15 años (85%), y en el nuestro fuè 16 años (32.5%).

Gudiel Cindy, Caffaro Carlo, realizaron un estudio entre las adolescentes embarazadas investigando sus causas y repercusiones mediante un cuestionario previamente validado por expertos, encontraron que la disfunción familiar era determinante se encontró en un 64.8% alteraciones en la dinámica familiar, concordando con el nuestro donde encontramos un porcentaje alto de 72.5% de disfunción familiar utilizando nosotros un instrumento validado FACES III. Concuerdan ambos estudios que las adolescentes embarazadas dejan de trabajar o estudiar ellos obtuvieron el 58.1%, y nuestro estudio reveló el 57.3%.

8.-CONCLUSIONES.

8.1 CONCLUSIONES.

La información obtenida en este estudio demostró que se cumplió con el objetivo propuesto que era determinar la frecuencia de la disfunción familiar en la adolescente embarazada en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 de Saltillo, Coahuila.

Con los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

1.- La Disfunción Familiar se presento en 29 familias (72.5%) de las adolescentes embarazadas estudiadas.

2.- Dentro de diferentes tipos de familia obtenida por FACES III, dentro de las familias disfuncionales, predominaron; 5(12.5%) familia aglutinada estructurada y 5 (12.5%) familia aglutinada caótica.

3.- En relación a la edad de las adolescentes embarazadas y su funcionalidad familiar se encontró disfunción familiar en más familias con adolescente embarazadas de 17 años.

4.- En cuanto a la escolaridad y la funcionalidad familiar se encontró que a mayor disfunción familiar menor escolaridad de las adolescentes embarazadas.

5.- El inicio temprano de la vida sexual activa en este estudio a los 16 años esta en relación directa con el embarazo en la adolescencia.

6.- Por grupo de edad se encontró la mayor cantidad de adolescentes embarazadas a los 17 años.

7.- De acuerdo con el grado de escolaridad la mayor parte de las adolescentes embarazadas cursaron hasta el nivel de secundaria.

8.- 24 (60%) adolescentes embarazadas refirieron conocer los métodos de planificación familiar.

9.- 33(82.5%) adolescentes embarazadas refirieron haber recibido algún tipo de información sobre sexualidad, de la cual el 62.5% fue por la escuela, el 20% por los padres.

10.- El 57.3% de las adolescentes embarazadas tuvieron que suspender sus estudios o su trabajo por causa del embarazo.

RECOMENDACIONES.

Aunque nuestro estudio es descriptivo y cumple los objetivos establecidos, se sugiere abrir nuevas líneas de investigación .

Realizar estudios comparativos para determinar factores de riesgos o causalidad.

9.1 BIBLIOGRAFÍA

1.- Tuiran-Gutiérrez R. La dinámica demográfica en México. Salud Pública Mex 2000;33 (7):968-971.

2.- Altamirano-García B, Hernández-Velasco V. Salud Reproductiva en adolescentes. Arch Med Fam 2001;3(1):1-3.

3.- Santos-Preciado J. Enfrentando el reto hacia un programa nacional de atención a la salud de la adolescente en México 2001-2005. Gac Med Mex 2003;4(139): 337-346.

4.- Sumano-Avedaño E. Embarazo en la adolescencia. Bol Med Hosp Infant Mex 1998;55(8):433 -434.

5.- 14.- Valdés-Dacal S, Saavedra-Moreno D. Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(2):84-88.

6.- Mirabal-Martínez G, Pérez-Domínguez D. Repercusiones biológicas, psíquicas y social del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enfermer 2002;18(3):175-183.

7.- Núñez-Urquiza R, Hernández-Prado B, García-Barrios C. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Pública Mex 2003;45(1):592-602.

8.- Rangel J, Valerio L. Funcionalidad Familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 2004;47(1):24-27.

9.- Luna-Navarro A, Gómez Soto V. Disfunción familiar en adolescentes embarazadas. Rev Salud Pública y Nutrición 2003;2(3):52-57.

10.- Jiménez-Leal R. La Medicina Familiar y la adolescencia. Aten Primar 2003;32(10):555-556.

11.- Eggleston E, Jackson J. Evaluation of sexuality education program four young adolescents in Jamaica. Rev Panamericana de Salud Publica 2000;7(2):102-112.

12.- Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria AE, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. Arch Med Fam 1999;1(2):45-57.

13.- Villanueva L. Características obstétricas de la adolescente embarazada. Rev Ginecol Obstet Mex 1999;67(2)356-360.

14.- Ibarra-Colorado J, Calderón-Manzano M. Mortalidad perinatal, prematuridad y peso bajo al nacimiento en el embarazo de la mujer adolescente en un hospital general. Bol Med Hospit Infant Mex 2002;59(11):706-712.

15.- Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Pública Mex 1999;39:137-143.

16.- Narro-Robles J. Medicina Familiar. La Salud en México 1998;4(2):246-249.

10.1 ANEXOS

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

CUESTIONARIO SOBRE EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR

NUMERO 2. SALTILLO COAHUILA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DE LA PACIENTE:

AFILIACIÓN:

DIRECCIÓN:

TELEFONO:

CONSULTORIO:

TURNO:

OCUPACIÓN:

EDAD: _____

ESCOLARIDAD

ESTADO

CIVIL:

FAMILIAR RESPONSABLE, PARENTESCO Y TELEFONO:

1.- ¿Inicio de vida sexual activa? _____ AÑOS

2.-¿Antes del embarazo habías recibido información sobre como prevenir un embarazo?

NO

SI

3.-¿Conoces los métodos de planificación familiar?

NO

SI

CUALES CONOCES?

4.-¿De quien has recibido información sobre sexualidad y embarazo?

PADRES AMIGOS ESCUELA MEDIOS DE
COMUNICACIÓN

5.-¿Qué sentiste cuando supiste que estabas embarazada?

ALEGRIA

MIEDO

ANGUSTIA

TRISTEZA.

6.-¿Quién fue la primera persona que le informaste que estabas embarazada?

PADRES

AMIGAS

NOVIO

HERMANOS

7.- ¿Fuiste forzada a la relación sexual?
NO SI POR QUIEN: FAMILIAR AMIGO
DESCONOCIDO

8.- ¿Conoces a donde recurrir en búsqueda de educación y ayuda sexual?
NO SI

9.- ¿Tuviste que dejar de trabajar o estudiar por el embarazo?
NO SI
SUBRAYA LA RESPUESTA QUE PARA TI SEA CORRECTA

1.- ¿Los miembros de la familia se dan apoyo entre sí?
1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

2.- ¿ En la familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas?
1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

3.- ¿Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia?
1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

4.- ¿Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina?
1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

5.- ¿ Nos gusta convivir solo con familiares cercanos?
1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

6.- ¿Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad?
1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

7.- ¿Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia?

1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

8.-¿ Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas?

1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

9.-¿ Nos gusta pasar el tiempo libre en familia?

1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

10.-¿ Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos?

1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

11.- ¿ Nos sentimos muy unidos?

1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

12.- ¿En nuestra familia los hijos toman las decisiones?

1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

13.- ¿Cuándo se toma una decisión importante toda la familia esta presente?

1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

14.- ¿En nuestra familia las reglas cambian?

1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

15.- ¿Con facilidad podemos planear actividades en familia?

1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

16.-¿Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros?

1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

17.- ¿Consultamos unos con otros para la toma de decisiones?

1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

18.-¿ En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad?

1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

19.-¿La unión familiar es muy importante?

1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

20.-¿Es difícil decir quien hace las labores del hogar?

1-NUNCA 2- CASI NUNCA 3-ALGUNAS VECES 4-CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE
FACES III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales) es un instrumento creado por Olson y cols, que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinar al Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales.

FACES III :

- Fácil de aplicar.
- Cuenta con una escala con 5 opciones con valores del 1 al 5.
- Puede ser contestado por mayores de 12 años.
- Permite clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

CALIFICAION DE FACES III

- La calificación en COHESIÓN es igual a la suma de los puntajes obtenidos en items NONES.
- La calificación en ADAPTABILIDAD es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los items PARES.
- Integra 3 dimensiones de la vida familiar:

1. COHESIÓN
2. ADAPTABILIDAD

3. COMUNICACIÓN.

CALIFICACIÓN FACES III

ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
RIGIDA	10 - 19
ESTRUCTURADA	20 - 24
FLEXIBLE	25 - 28
CAÓTICA	29 - 50

COHESIÓN	AMPLITUD DE CLASE
NO RELACIONADA	10 - 34
SEMIRELACIONADA	35 - 40
RELACIONADA	41 - 45
AGLUTINADA	46 - 50