



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

**CLÍNICA HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.32
GUASAVE SINALOA**

**EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE Y DISFUNCIÓN FAMILIAR DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 32 TURNO MATUTINO GUASAVE
SINALOA, MÉXICO.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. JUAN MANUEL LEAL LÓPEZ

GUASAVE, SINALOA

28 DE FEBRERO DE 2007.



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.



EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE Y DISFUNCIÓN FAMILIAR DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 32 TURNO MATUTINO
GUASAVE SINALOA, MÉXICO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JUAN MANUEL LEAL LÓPEZ

AUTORIZACIONES:

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

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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



**EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE Y DISFUNCIÓN FAMILIAR DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 32 TURNO MATUTINO GUASAVE
SINALOA, MÉXICO.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. JUAN MANUEL LEAL LÓPEZ

AUTORIZACIONES:


DR. ALBERTO VALDEZ COTA.

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN C.H.G.Z. NO.32. GUASAVE,
SINALOA.**


DRA. PAULA FLORES

**ASESOR DE TESIS
COORDINADORA DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD
H.G.R. No. 1, CULIACÁN SINALOA**


**DR. FLAVIO NEDEL AGOSTA CASTRO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

GUASAVE, SINALOA

28 DE FEBRERO DE 2007.

ÍNDICE

1.- Marco teórico	1
1.1 - Concepto de adolescente	1
1.2 - Concepto de Embarazo en la adolescencia	1
2.- Planteamiento del Problema	11
3.- Justificación	12
4.- Objetivos	13
4.1 – General	13
4.2- Especifico	13
5.- Metodología	14
5.1 - Material y métodos	16
5.2 - Descripción del método	17
5.3 – Material	20
5.4 - Tabla de variables de estudio	21
5.5- Análisis estadístico	22
6.- Variables de estudio	23
7.- Cronograma de actividades	24
8.- Resultado	25
9.- Gráficas	30
10.- Discusión	36
11.- Conclusiones	40
12.- Referencias bibliográficas	41
13.- Anexos	44



TITULO

EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

Y DISFUNCIÓN FAMILIAR

DEL

HOSPITAL

GENERAL DE ZONA No 3 2

TURNO MATUTINO

GUASAVE, SINALOA, MEXICO

1.- MARCO TEÓRICO

1.1- Adolescencia: Es un periodo de transición entre la niñez y la adultez, su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: Ubicación ecológica (referidos al Medio ambiente natural) estrato socioeconómico, origen étnico y periodo de la adolescencia, entre Otros".(1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad.(2)

1.2- El embarazo en la adolescencia es todo aquel embarazo que ocurre durante la adolescencia (10 a 19 años) momento en el cual las jóvenes no reúnen las condiciones de madurez sexual ni psicosocial para asumir la maternidad o paternidad en forma sana integralmente.(3)

En la etapa actual los adolescentes inician vida sexual activa cada vez a edades menores; de cada 20 jóvenes entre los 15 y 20 años 12 ya han tenido relaciones sexuales, pero de estos solo 5 hacen uso de algún método anticonceptivo; todo lo cual representa un importante factor de riesgo para embarazo en adolescentes.(4)

La adolescencia es el periodo en el cual los cambios biológicos, sociales y psicológicos replantean la definición personal y social del ser humano mediante

una segunda individualización generando una vulnerabilidad específica hacia una ansiedad transicional que moviliza a los jóvenes en el proceso de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de la vida.(5)

Se considera población adolescente a la que se encuentra entre los 10 a los 19 años de edad, para algunos autores esta etapa de la vida se divide en adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años). En términos simples y convencionales se trata de un periodo de desarrollo de los individuos entre la niñez y la edad adulta. Se refiere al momento de la vida durante el cual una persona joven debe establecer un sentido personal de identidad individual a pesar de las alteraciones de su cuerpo y de su imagen y de las presiones sociales para que adquiera su madurez.(6)

El embarazo es un estado fisiológico modificado que como otros (pubertad, menopausia y anticoncepción oral) no implican una situación patológica, sin embargo bajo dicha condición, el organismo reacciona temporalmente de manera distinta ante situaciones como son, su propia biología, el tratamiento médico o dental y la administración de fármacos.

El organismo materno sufre una serie de ajustes hormonales, cardiovasculares, respiratorios, urinarios, gastroenterológicos y estomatológicos todas ellas

alteraciones adaptativas temporales, para dar cabida al feto en desarrollo. El embarazo también predispone a un incremento en el apetito a un deseo inusual de ingerir alimentos poco comunes, lo que la motiva a comer con frecuencia pocas cantidades de alimentos y que puede dar lugar a una dieta mal balanceada, las recomendaciones dietéticas deben enfatizarse en las adolescentes embarazadas, puesto que sus necesidades metabólicas son mayores también; se requieren nutrientes que sean adecuados para el crecimiento en esta etapa de la vida y para el crecimiento del feto. Durante la gestación pudiera presentarse un aumento en las necesidades de insulina; algunas mujeres desarrollan intolerancia a la glucosa durante esta etapa de su vida o bien diabetes gestacional con todas las características clínicas y complicaciones propias de este trastorno del metabolismo de los carbohidratos. (7)

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud de primer orden en la actualidad. Reeder (1998) afirma que: cada año se embarazan en EE.UU. 1.2 millones de adolescentes, lo que representa el 20% de nacimientos. Un 25% de éstas niñas embarazadas tienen apenas 14 años y 1 de cada 7 están decididas a abortar. Cabe señalar que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen entre 14 y 16 años de edad, encontrándose en la clasificación de adolescentes en edad media.(8)

Según cifras provenientes del fondo para la población de las naciones unidas, el embarazo en la adolescencia representa poco mas de 10% de todos los nacimientos en el mundo.(9)

En México 20% del total de embarazos ocurre en mujeres menores de 20 años.(10)

El embarazo en la adolescencia se ha considerado como un problema de salud en todo el mundo. Cada vez aumenta el número de embarazos en ésta etapa de la vida, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. En la adolescencia se va a producir un proceso de reestructuración, de cambios endócrinos y morfológicos, como son, la aparición de los caracteres sexuales secundarios, la transformación y crecimiento de los genitales, la aparición de la menarquia en la niña y la eyaculación en el varón, además surgen nuevas formas de relación con los adultos, nuevos intereses, actividades de estudio, cambios en la conducta y en la actitud ante la vida.(11).

La tasa de maternidad entre las mujeres menores de 18 años varía de 1% en Japón a 53% en Nigeria. Entre el 25% y el 50% de los embarazos de las madres adolescentes corresponden a América latina, del 10 al 30% a África del norte y a medio oriente y del 40 al 60% a los países de África subsahariana o Asia, así como Ghana, Kenia, Zimbabwe, o las filipinas según las conclusiones del informe.(12).

Cada año en EEUU de 1 millón de embarazos en adolescentes, aproximadamente medio millón resultan en nacimientos vivos y éstos embarazos están expuestos a riesgos médicos, sociales y económicos, tanto para la madre, como para su hijo.(13)

En México actualmente se registran aproximadamente 430,000 embarazos anuales en adolescentes. Esto ha dado como resultado que en los últimos quinquenios el embarazo en adolescentes haya aumentado significativamente y que muchos de éstos embarazos presentan problemas debido a que la madre adolescente tiene limitación de oportunidades educativas, rechazo del entorno familiar e inmadurez bio-psicosocial.(14)

Un estudio por la organización de las naciones unidas (ONU, 2002) informa que en Venezuela ocurren 98 nacimientos por cada 1000 jóvenes entre 15 y 19 años; estas cifras colocan al país en el primer lugar en volúmenes de embarazadas adolescentes en América del sur, siendo superados en América central por Guatemala, Honduras y Nicaragua, cabe destacar que la mayor parte de estos embarazos son resultado de relaciones no planificadas.(15)

El embarazo en adolescentes es catalogado como de alto riesgo, debido a la posibilidad de parto pretermino, bajo peso al nacer, pre-eclampsia, retardo en el crecimiento intrauterino entre otros.(16)

Con el comienzo del embarazo también desarrollan mecanismos de protección embrionarios. La protección externa incluye antioxidantes no enzimáticos presentes en el líquido folicular y tubario, tales como hipotaurina, taurina y ácido ascórbico. Conjuntamente con este nivel de protección, el aumento que se produce en la actividad de las enzimas placentarias antioxidantes, catalasa, glutatión peroxidasa y sodio pudieran convertir a la envoltura uterina en una barrera en el paso de radicales libres al feto. Del mismo modo si se incrementan la peroxidación lipídica en el tejido fetal, el exceso sería liberado a la sangre y eliminado a través de la placenta. La producción interna comprende principalmente enzimas antioxidantes: SOD, glutatión peroxidasa y gamma-glutamylcisteina sintetasa, demostrando por el hecho de que los transcritos que codifican para estas enzimas se encuentran en el oviducto, ovocito y en el propio embrión.(17)

La adolescencia es el periodo en el cual los cambios biológicos, sociales y psicológicos replantean la definición personal y social del ser humano mediante una segunda individualización generando una vulnerabilidad específica hacia una ansiedad transicional que moviliza a los jóvenes en el proceso de exploración, diferenciación del medio familiar búsqueda de pertenencia y sentido de la vida.(18)

El embarazo de adolescentes se relaciona con tres factores: la probabilidad de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo no deseado. En las familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la

figura paterna o padres que viven en unión libre y cuando personas distintas a los padres o crían a las adolescentes, también se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente.(19)

La adolescente embarazada muestra frecuentemente niveles de control afectivo con inmadurez para planear el futuro. En estas condiciones el embarazo representa una experiencia no deseada, vivida con culpa, en relación con la sensación de aspiraciones frustradas, con alteraciones importantes en la instauración del vínculo materno infantil que se ha asociado a madres que maltratan física y psicológicamente a sus hijos a la presencia de pérdida de peso, retardo en el desarrollo físico, emocional y social del infante.(20)

La maternidad temprana es un fenómeno multicausal en el que participan factores de tipo social, económico y cultural. Resulta evidente que el proceso del embarazo en adolescentes se enmarca en la pertenencia a los distintos estratos socioeconómicos y es imprescindible su consideración en el diseño e interpretación de los estudios sobre maternidad en la adolescencia.(21)

Las adolescentes, ya sea que estudien o trabajen encontrarán en las relaciones sexuales una fuerza biológica que los llevara a la búsqueda de pareja y a desempeñar papales de adulto. Cuando surge el embarazo en una adolescente, la familia se ve obligada a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que aparecen nuevas necesidades en torno a éste binomio; hay una movilización

inmediata de todos los integrantes para encontrar un nuevo estado de homeostasis familiar, el cual puede ser inicialmente rechazado o causar sorpresa y frustración.(22)

La adolescente usa desmesuradamente su fantasía, busca parejas idealizadas a quienes ama intensamente, pero de quienes se decepciona casi tan rápido como se enamora. Esto en las adolescentes juegan a descubrir la sexualidad adulta; las niñas conocieron una sexualidad incompleta, según haya sido manejada por sus padres, la cual antagonizan con las fuerzas biológicas de maduración y las tendencias culturales del medio en que la adolescente se desarrolla, por lo tanto a mayor represión de la sexualidad infantil, mayor explosión de la conducta sexual en la adolescencia.(23)

Con el embarazo se requieren de energía suplementaria para el crecimiento del feto, la placenta y los tejidos maternos el costo energético adicional de un embarazo se ha calculado en unas 80,000 Kcal. para un periodo de 9 meses, lo que lleva aparejado el incremento gradual de consumo de oxígeno, debido a que aumenta la producción de muchas hormonas distintas durante el embarazo, entre ellas la tiroxina, corticosteroides y hormonas sexuales, el metabolismo basal de la madre se eleva en un 15% durante la segunda mitad del embarazo, y poco tiempo antes de nacer el niño el consumo de oxígeno suele encontrarse en un 20% por encima de lo normal, entre la semana 8 y 12 de la gestación la tensión de oxígeno se eleva abruptamente en la circulación arterial materna desde menos de

20 a mas de 50 mm de Hg. lo que lleva a un periodo en que la respuesta de los tejidos a los cambios en la concentración de oxígeno puede jugar un papel clave en el éxito o el fracaso del embarazo.(24)

La presencia de un embarazo en una adolescente se constituye en una situación que compromete las posibilidades de escalar metas, colocando mayores barreras para la consecución de las mismas, esto genera un conflicto familiar en el que los padres sienten frustración por no haber impartido suficientes valores a formalizar relaciones conyugales entre adolescentes que a futuro serán muy temporales.(25)

El embarazo en adolescentes esta influenciado por un gran numero de factores, entre los que se encuentran el estrato socioeconómico bajo, menarca temprana, inicio precoz de las relaciones sexuales, hogares conflictivos que llevan a las adolescentes a buscar afecto por medio de las relaciones sexuales o la maternidad, adicionalmente la presencia de actividad sexual precoz en compañeras y hermanas, las hace más permisivas respecto a las relaciones sexuales, mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, bajo nivel educativo, migraciones recientes (desplazamiento forzado), fantasías de esterilidad, falta o distorsión de la información, controversia entre su sistema de valores el de sus padres y el desconocimiento sobre el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual; algunos patrones de comportamiento sexual ya han sido descritos en alguna parte de nuestra población adolescente.(26)

En la adolescencia la exploración y los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros pasando a constituir una preocupación creciente de la sociedad, se destacan entre estos comportamientos la deserción escolar, el embarazo precoz, el suicidio, la violencia, el abuso de drogas, los accidentes y otras conductas destructivas.

La presencia de un embarazo en una adolescente se constituye en una situación que compromete las posibilidades de escalar metas, colocando mayores barreras para la consecución de las mismas, esto genera un conflicto familiar en el que los padres sienten frustración por no haber impartido suficientes valores morales a su hija, obligando en muchas ocasiones a formalizar relaciones conyugales entre adolescentes que a futuro serán muy temporales. (27)

-----Salto de página-----

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La proporción actual de adolescentes en México genera una enorme demanda de servicios en todos los ámbitos, incluidos el de asistencia médica, donde el embarazo no planeado representa un problema de salud pública. La adolescente embarazada experimenta cambios psicológicos que repercuten en su vida cotidiana y en la dinámica de la familia de origen. Sabemos que si a éstas adolescentes embarazadas se les atiende en forma preventiva en base de pláticas, trípticos y cualquier otra forma de tenerlas informadas sobre los riesgos a los que se enfrentan al salir embarazadas tales como, elevación de la tensión arterial, sus complicaciones muy severas, productos de bajo peso al nacer y por ende más susceptibles a las múltiples enfermedades por no contar con el peso, talla y condiciones biológicas para enfrentar la situación compleja de inmadurez biopsicosocial.

¿Cuál es el la Disfunción Familiar en la Adolescente Embarazada en el HGZ No 32, turno Matutino, Guasave, Sinaloa?

3.- JUSTIFICACIÓN

Según cifras provenientes del fondo para la población de las naciones unidas, el embarazo en la adolescencia representa poco más de 10% de todos los nacimientos en el mundo.

En México actualmente se registran aproximadamente 430,000 embarazos anuales en adolescentes. Esto ha dado como resultado que en los últimos quinquenios el embarazo en adolescentes haya aumentado significativamente y que muchos de éstos embarazos presentan problemas debido a que la madre adolescente tiene limitación de oportunidades educativas, rechazo del entorno familiar e inmadurez bio-psicosocial.

A nivel estado según cifras del instituto de estadísticas Sinaloa cuenta con un 17% de embarazos en las adolescentes.

Además de poder identificar con más prontitud algunos de los trastornos por los cuales están pasando las adolescentes embarazadas, debido a que a esta edad y embarazadas consideran que es necesario aceptar todo lo que se les presenten y obedecer y enfrentar a lo que se les presente, como medida de castigo.

Sabemos también que si a estas adolescentes embarazadas se les atiende en forma preventiva en base en pláticas, trípticos y cualquier otra forma de tenerlas informadas sobre los riesgos a los que se enfrentan al salir embarazadas tales como, elevación de la tensión arterial, sus complicaciones muy severas, productos de bajo peso al nacer y por ende más susceptibles a las múltiples enfermedades por no contar con el peso y talla adecuada para enfrentar el mundo nuevo al que vienen, y por último prematuridad producto de la suma de todos los cambios inmaduros de los órganos reproductivos de la madre.

.....Salto de página.....

4.-OBJETIVOS

4.1- OBJETIVO GENERAL

Determinar el Grado de disfunción familiar en embarazadas adolescentes en el HGZ No 32, de consulta externa de medicina familiar.

4.2- OBJETIVO ESPECIFICO:

Registrar el número de embarazadas adolescentes en la HGZ No 32 de Guasave, Sinaloa.

Identificar Edad y Estado Civil.

Conocer el Grado de Cohesión y Adaptabilidad en la Adolescente Embarazada.

-----Salto de página-----

5.- METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: Estudio de prospectivo y descriptivo.

POBLACION OBJETIVA: Adolescentes embarazadas menores de 20 años.

ESTUDIO REALIZADO: Del primero de octubre al 30 de diciembre del 2005.

UNIDAD ÚLTIMA DE MUESTREO: Embarazadas adolescentes de 14 a 19 Años.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: 36 embarazadas adolescentes de 14 a 19 años.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todas las adolescentes embarazadas derechohabientes de la clínica hospital de zona numero 32 de Guasave, Sinaloa.

Adolescentes embarazadas que acepten entrar en el estudio.

Todas las embarazadas adolescentes que acudan a la consulta externa de medicina familiar de la HGZ No 32 de Guasave, Sinaloa de Octubre a Diciembre del 2005.

Todas las pacientes adolescentes embarazadas que sean canalizadas por el modulo materno infantil y por las asistentes medicas de la HGZ No 32, Guasave, Sinaloa.

Embarazadas según expediente clínico e interrogatorio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

A todo derechohabiente que no quiera participar.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Encuestas incompletas.

.....Salto de página.....

5.1- MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo en el total de pacientes embarazadas menores de 20 años del mes de octubre a diciembre del 2005, en HGZ No 32 de Guasave, Sinaloa, a quiénes se les aplicó el instrumento de medición FACES III, para evaluación de disfunción familiar.

5.2- DESCRIPCIÓN DE METODO

El procedimiento para la obtención de la muestra se hizo diariamente a todas las adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta externa de medicina familiar, enviadas del modulo materno infantil y las embarazadas que canalizaron las asistentes de todos los consultorios, aplicando el instrumento de medición Faces III, en la clínica hospital General de Zona Numero 32 de Guasave, Sinaloa.

FACES III (Family adaptability and Cohesion E valuation Scales)

Es un instrumento creado por Olson y cols (1988) con el respaldo de 25 años de investigación y mas de 700 publicaciones científicas; que nos permite evaluar la cohesión y adaptabilidad del funcionamiento familiar, los cuales constituyen las dos dimensiones centrales del modelo circunflejo. Es una versión breve, de tan solo 20 ítem, 10 por dimensión. Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de familias y considerarlas en tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas.

Dentro del modelo circunflejo, hay niveles de cohesión familiar escalonadas desde el extremo de la baja cohesión hasta el de la alta: desligada, separada, cavitada, aglutinada. Los dos niveles moderados o balanceados de la cohesión han sido denominados separados y cavitados.

Hay también cuatro niveles de adaptabilidad familiar desde la baja a la extremadamente alta: rígida, estructurada, flexible y caótica. Los dos niveles de

adaptabilidad moderada o balanceada han sido denominados flexibles y estructurados.

Para cada dimensión; los niveles balanceados y moderados se consideran de probable funcionamiento normal y las áreas extremas seguramente contienen las familias más patológicas.

Combinando los cuatro niveles de cada una de las dos dimensiones se obtienen 16 subtipos del sistema familiar o de pareja. Cada uno de ellos son moderados (tipo balanceado , ocho tipos son extremos en una dimensión y moderados en otra (tipos de rango medio) y cuatro tipos son de extremos en ambas dimensiones(tipos extremos).

EI FACES III facilita al investigador o al clínico ubicar a los miembros individuales de una familia o a grupos familiares dentro del modelo circunflejo.

CONCEPTO DE FAMILIA Y FACES III

La familia es un grupo primario en el que los individuos aprenden las normas básicas de comportamiento humano y las expectativas sociales. El grupo familiar proporciona apoyo familiar y protección a sus miembros y les permite su crecimiento y desarrollo, una función especialmente importante en la adolescencia. Es importante señalar que la funcionalidad familiar no debe de ser entendida como un elemento "estático" de las familias, por el contrario debe de ser evaluada el tomar en cuenta su gran dinamismo.

En realidad la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés tanto a nivel individual como familiar por lo que se apoya con los recursos con que cuenta para tratar de llevar a cabo sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables.

La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo. La importancia de los médicos familiares evaluar la funcionalidad familiar en la medida que nos permita comprender como los daña a la salud.

DEFINICIÓN DE COHESIÓN: Tiene dos componentes, los **lazos emocionales** que los miembros de la familia tienen unos con otros **y el grado de autonomía** que una persona experimenta en el sistema familiar. Implica los factores de ligas afectivas, fronteras o límites, coaliciones, tiempo, espacio amigos, toma de decisiones, intereses y diversiones.

DEFINICIÓN DE ADAPTABILIDAD: Se refiere a la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de adaptación.

5.3- MATERIAL

- Papel
- Tinta
- Lápiz
- Pluma
- Borrador
- Hoja de recolección de datos
- Computadora
 - Paquetes de computación
 - Word
 - Excel
 - Epi Info.
- Copiadora
- USB
- Recursos Humanos

5.4- TABLA DE VARIABLES DE ESTUDIO

NOMBRE DE VARIABLE DEFINICION TIPO DE VARIABLE

EDAD	AÑOS	NUMÉRICO
ESTADO CIVIL	LO QUE LA PACIENTE REFIERA	SOLTERA CASADA UNION LIBRE VIUDA DIVORCIADA
GRADO DE DISFUNCIÓN FAMILIAR	DE ACUERDO A CLASIFICACIÓN DE FACES III	ORDINAL

5.5 ANALISIS ESTADISTICO

PARA VARIABLES NOMINALES.

Estadística descriptiva: Frecuencia, proporciones, porcentajes, intervalos de confianza (IC 95%).

PARA VARIABLES NUMÉRICAS.

Se calculó medidas de tendencia central y de dispersión; (Media y Mediana), (desviación estándar, rango y varianza) respectivamente.

La representación se hizo en cuadros, gráficos de pastel y de barras de acuerdo al tipo de variable.

6.- VARIABLES DE ESTUDIO

SUJETOS DE ESTUDIO:

Embarazadas adolescentes menores de 20 años.

-----Salto de página-----

7.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ELABORACION DEL PROTOCOLO	10	MESES
EVALUACIÓN DEL COMITÉ LOCAL	1	MES
REGISTRO DEL PROYECTO	1	MES
RECOLECCION DE DATOS	3	MESES
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	1	MES
REDACTAR EL INFORME FINAL	1	MES

8.- RESULTADOS

Con respecto a las edades de las embarazadas gráfica numero 1, se encontró con 14 de ellas tenias 19 años cumplidos o más, de las cuales representan un **(38.9%)**, 7 embarazadas de 18 años representando un **(19.4%)**, encontrando además seis personas embarazadas de 17 años, lo que representa en un **16.7%**, seis embarazadas con 16 años lo cual nos da un **16.7%**, una embarazada de 15 años de la cual representa un **2.8%**, y por ultimo 2 embarazadas de 14 años representando un **5.6%**.

Las características personales se muestran en la gráfica Numero 2, Hay un elevado numero de embarazadas solteras con 11 (**30.55%**) mas las 4 (**11.11%**) que viven en unión libre suman 15 embarazadas, las cuales su estado civil se considera inestable para llevarlas a contraer un compromiso serio, con obligaciones y responsabilidades, de las cuales suman un **(41.66%)** del total de 36 encuestadas, cabe mencionar que de las 36 encuestadas 21 de ellas (**58.33%**) estaban casadas, por lo tanto se considera éste grupo de embarazadas como de las que están con un ambiente de más tranquilidad y estabilidad emocional.

Con respecto al Faces III (evaluando a la familia)

VALORANDO COHESIÓN FAMILIAR

Encontramos que 22 embarazadas adolescentes eran familias aglutinadas con un 61%, la cercanía emocional es extrema. Se demanda lealtad hacia la familia. Los miembros de la familia dependen mucho unos de otros (dependencia afectiva) faltan límites generacionales. Y se dan coaliciones parento-filiales. No hay separación personal. La mayor parte del tiempo se pasa juntos, los intereses conjuntos se dan por mandato y se permite poco tiempo y espacio privado. Las decisiones están sujetas al deseo del grupo.

El Interés se focaliza dentro de la familia. Se prefieren los amigos de la familia a los amigos personales, se encontró a 5 familias relacionadas con un 14% aquí hay más cercanía emocional. Lo esperado es la lealtad familiar. Se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal. Las interacciones afectivas son alentadas y preferidas.

Los límites entre los subsistemas son claros con cercanía parento-filial. La necesidad de separación es respetada pero poco valorada. El tiempo que se pasa juntos es importante. El espacio privado es respetado. Se prefieren las decisiones conjuntas. El interés se focaliza ahora dentro de la familia. Los amigos individuales se comparten con la familia. Se prefieren los intereses comunes y la relación

compartida antes que la individual, también encontramos que 2 familias eran semi-relacionadas con un 6% aquí son familias con extrema separación emocional.

Sus rasgos son los siguientes. Falta de lealtad familiar. Se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros y la correspondencia afectiva es infrecuente entre ellos. Gran lejanía parento-filial. Predomina la separación personal. Rara vez se pasa el tiempo juntos. Gran necesidad y preferencia por espacios separados. Se toman las decisiones independientemente. El interés se localiza fuera de la familia. Los amigos personales son vistos a solas. Existen intereses desiguales. La recreación se lleva a cabo individualmente. Y por último 7 familias No relacionadas con un 19% donde hay separación emocional.

La lealtad familiar es ocasional. El involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal. Algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva. Los límites parento-filiales, son claros con cierta cercanía entre padres e hijos. Se alienta cierta separación personal. El tiempo individual es importante pero se pasa parte del tiempo juntos. Se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas. El interés se focaliza fuera de la familia. Los amigos personales raramente son compartidos con la familia. Los intereses de los miembros familiares son distintos. La recreación se lleva a cabo más separada que compartidamente.

VALORANDO ADAPTABILIDAD FAMILIAR

Se encontró con 20 embarazadas adolescentes eran familias rígidas, en un 55% las cuales se caracterizan porque el liderazgo es autoritario, existiendo fuerte control parental; la disciplina es estricta, rígida y su aplicación severa. Es autocrítica. Los padres imponen las decisiones. Los roles están estrictamente definidos. Las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio. También encontramos a 11 familias estructuradas con un 31% las cuales el liderazgo al principio es autoritario, siendo algunas veces igualitario. La disciplina rara vez es severa, siendo predecible sus consecuencias. Es un tanto democrática. Los padres toman las decisiones. Los roles son estables pero pueden compartirse. Las reglas se hacen cumplir firmemente y pocas son las reglas que se cambian, se encontró además con 3 familias flexibles con un 8% donde el liderazgo es igualativo, permite cambios. La disciplina es algo severa aunque sus consecuencias pueden negociarse. Usualmente son democráticas. Las decisiones se toman por acuerdo. Se comparten los roles. Las reglas se hacen cumplir con flexibilidad e incluso algunas reglas cambian. y por último 2 familias caóticas con un 6%, en donde el liderazgo es limitado y/o ineficaz. La disciplina es poco severa habiendo inconsistencia en sus consecuencias. Las decisiones parentales son impulsivas. Falta claridad en los roles y con frecuencia estos se alteran e invierten. Hay frecuentes cambios en las reglas y éstas no se hacen cumplir de manera consistente.

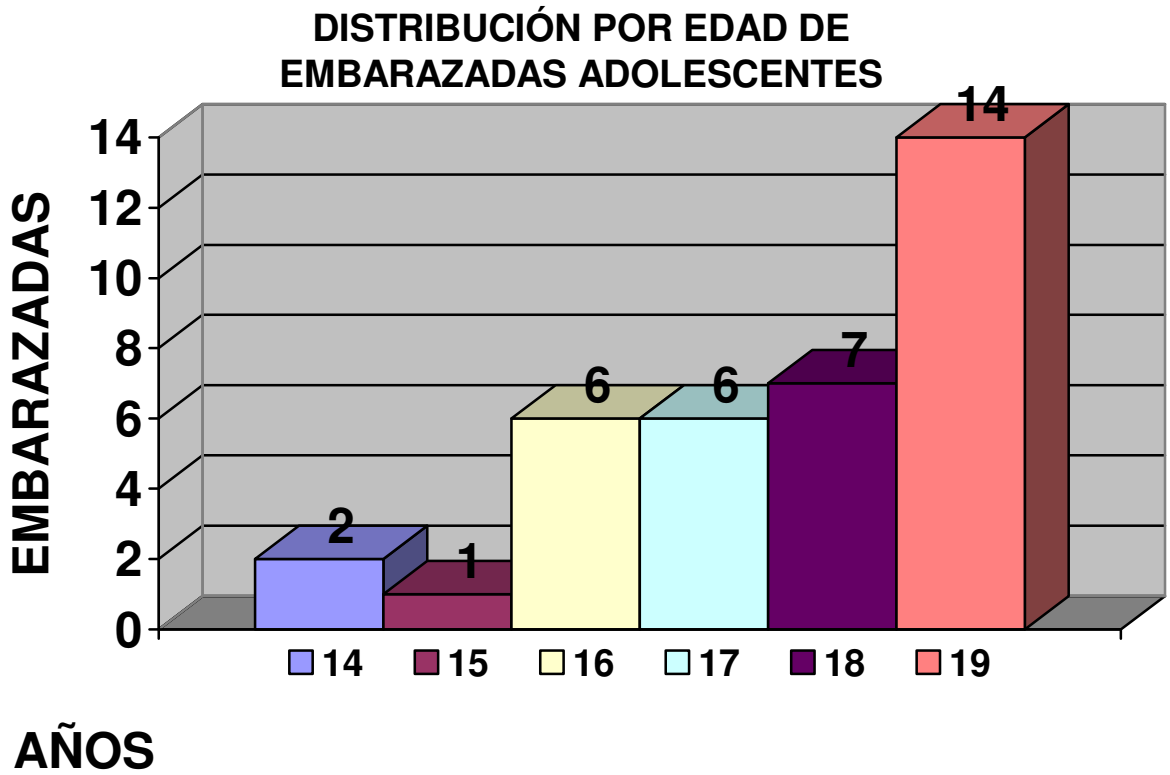
VALORANDO EL RIESGO PARA DISFUNCIÓN FAMILIAR

En relación al tipo de sistema para valorar el grado de riesgo para disfunción familiar de acuerdo a la escala del Faces III(Olson), encontramos que de las 36 embarazadas predominó el grado medio con 16 embarazadas correspondiendo a un 44.44%, es donde aun se consideran a las familias con cierto grado de estabilidad familiar y que pueden bajar hacia el grado balanceado que vendría a ser el grado mejor hasta llegar o pasarse al grado extremo, donde las relaciones intra familiares están muy desordenadas, luego encontramos que 15 embarazadas de las cuales representan el 41.66%, se ubican en el grado extremo para disfunción familiar, lo que decimos que casi la mitad de las encuestadas pueden estar cursando con trastornos afectivos de desunión familiar y todo lo que conlleva a dicho trastorno, y al final con un 13.88% que equivale a 5 embarazadas, solamente éstas se encuentran en un grado balanceado con respecto a disfunción familiar.

Cabe mencionar que los grados balanceados y medios son considerados como de probable funcionamiento normal de las familias y aquí encontramos 21 familias que suman las del rango balanceado y el rango medio con un 58.32%, lo que nos da una idea de que más de la mitad de las familias encuestadas se encuentran con un probable funcionamiento normal mientras que un 41.66% de las restantes se encontraron en rango extremo, considerándose a este rango como familias patológicas

9.- GRÁFICAS

Gráfica No 1

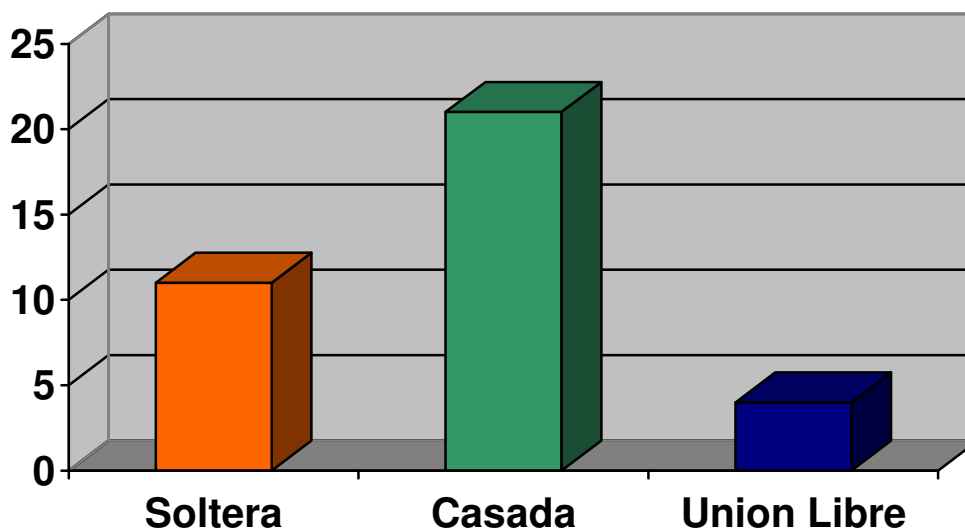


Fuente: Encuesta directa.

.....Salto de página.....

Gráfica No 2

EMBARAZADAS ADOLESCENTES



Fuente: Encuesta directa.

-----Salto de página-----

Cuadro No 1

Tipos de Familia de acuerdo al Faces III

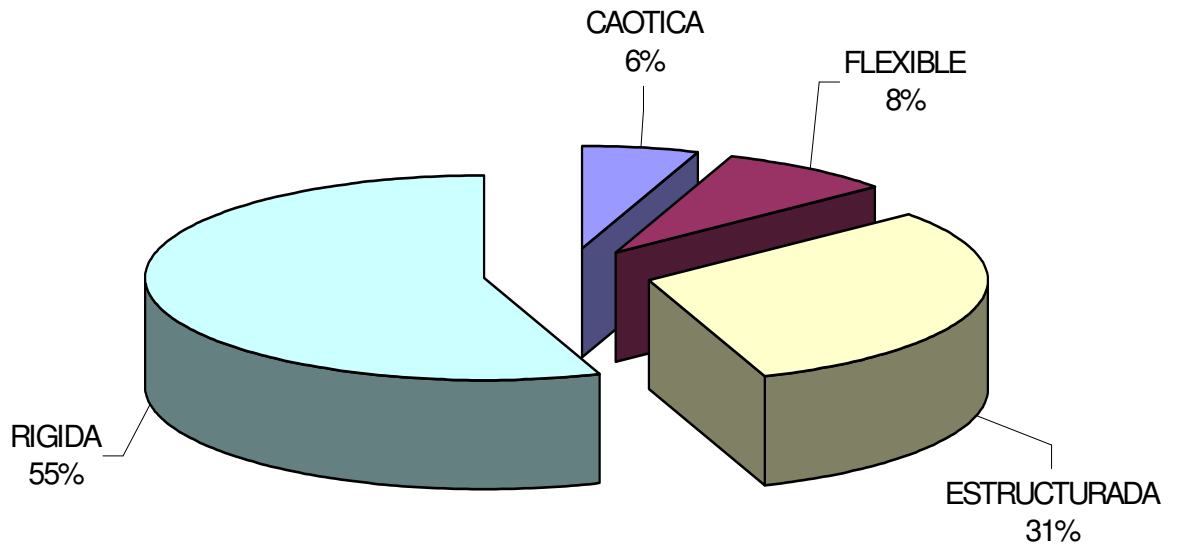
	No Relacionada	Semi Relacionada	Relacionada	Aglutinada	Total	%
Caótica	2	0	0	0	2	5.55

Estructura da	2	2	0	7	11	30.55
Rígida	2	0	3	15	20	55.55
Flexible	2	0	1	0	3	8.33
Total	8	2	4	22	36	100
%	22.22	5.55	11.11	61.11	100	

Fuente: Encuesta directa.

Gráfica No 3

ADAPTABILIDAD

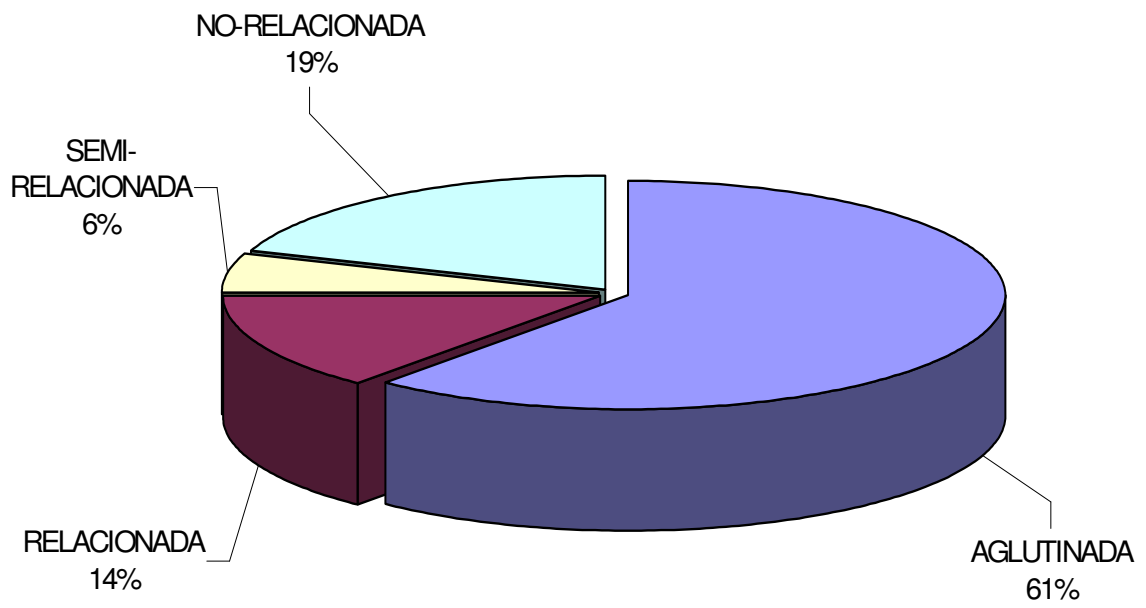


Fuente: Encuesta directa.

-----Salto de página-----

Gráfica No 4

COHESIÓN

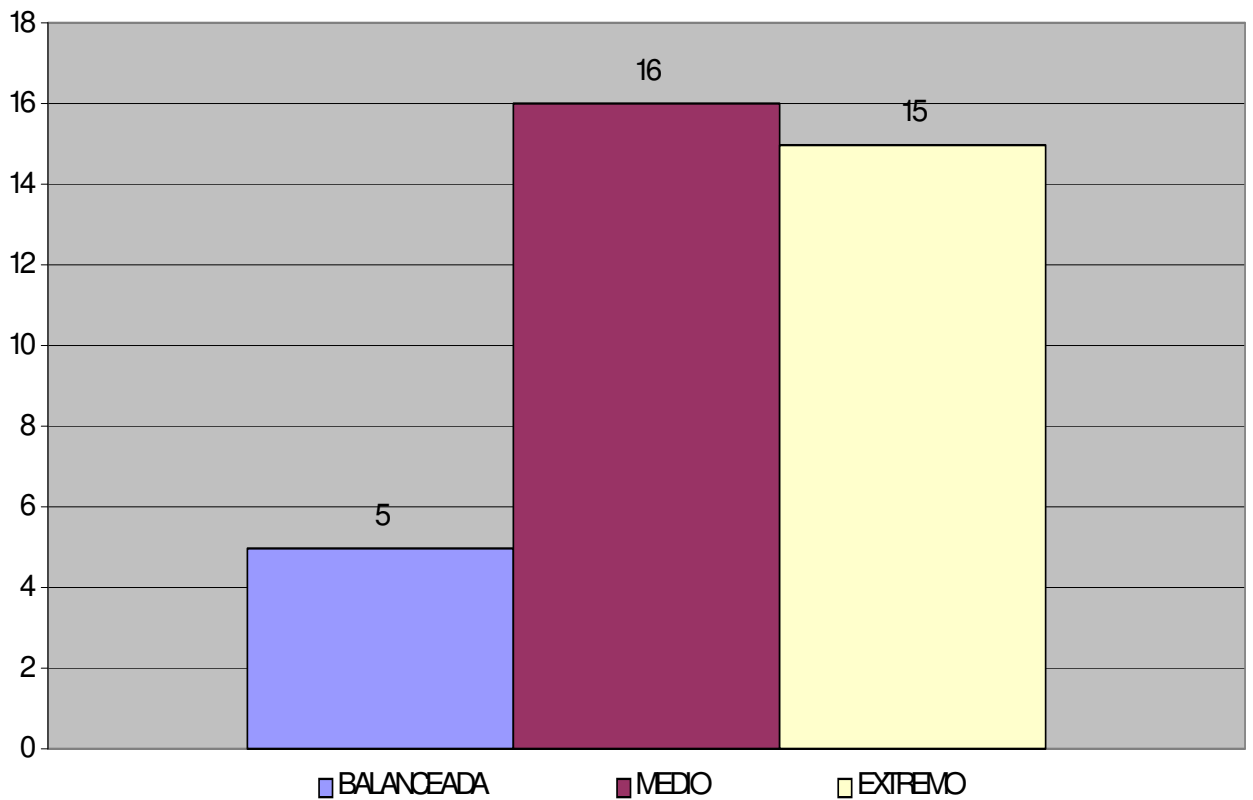


Fuente: Encuesta directa.

.....Salto de página.....

Gráfica No 5

TIPOS DE FAMILIAS



Fuente: Encuesta directa.

-----Salto de página-----

10.- DISCUSIÓN

El embarazo en la adolescente, en la medida que no sea planeado por la pareja, contribuye a la presentación de complicaciones obstétricas y disfunción familiar.

En nuestro estudio encontramos el rango de edad de 19 años a casi el 40% del total de las encuestadas, por tal motivo se cree que a esta edad la embarazada tenga una maduración tal que le ayude a tomar las decisiones con mayor

responsabilidad y con la seguridad de mantenerla dentro de los límites considerados como normales.

De acuerdo al estudio de la revista chilena de ginecología y obstetricia del año 2002, ellos encontraron que del grupo de adolescentes estudiadas, se encontró que la gran mayoría de ellas tenía entre 16 y 19 años de edad, con un promedio de 18.6 años, constituyendo las embarazadas menores de 16 años un 9.49% del total del grupo de estudio. Cabe destacar, que la menor de edad encontrada fue de 13 años.

Además comparado con el estudio de las características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un modulo de alto riesgo, publicado en la revista del IMSS del 2005; 43 (3): 267-271 encontraron que el 19% de todas las encuestadas tenían entre 14 y 15 años, el 45% entre 16 y 17 años y el 36% de 18 y 19 años.

Con respecto al estado civil de las embarazadas adolescentes en un estudio publicado en la revista cubana de Med Gen integral del año 2003, respecto al

índice de masa corporal en embarazadas adolescentes, se observó que el 35.3% eran solteras, casadas el 18.5% y unión consensual el 46.2%.

Otro estudio reportado de la revista de ginecología y obstetricia de México de Ortigosa C, E y col: del año 1999 encontraron 40 de ellas eran casadas, 37 embarazadas en Unión libre, y 131 eran solteras.

Otro estudio de la revista de ginecología y obstetricia de México del 2000;68: 143 de Villanueva LA y col. Factores sociodemográficos asociados a depresión en adolescentes embarazadas encontraron que el 44.0% eran solteras, el 38.9% en Unión libre y el 15.2% casadas.

Otro artículo de Ginecología y Obstetricia de México del 2001; 69: 239 de Villanueva LA ,et al. Conocimientos y prácticas anticonceptivas en adolescentes embarazadas. Encontraron el 31% eran solteras, el 61% Unión libre y casadas el 18%.

Otro relacionado con el estado civil de las embarazadas de la revista de medicina del IMSS del 2005; 43 (3): 267-271 de Victoria cueva arana y col. Encontraron que el 66% eran casadas, el 24% Unión libre y el 9% solteras.

De la revista de ginecología y obstetricia volumen 74, num. 5, mayo 2006 encontraron que el 58% eran solteras, con un 22.4% en Unión libre y con un 19.6% casadas.

Además que los resultados respecto a la adaptabilidad familiar, tenemos que más de la mitad de las encuestadas representadas con un 55% están dentro de las

familia rígidas las cuales están consideradas como las que tienen más posibilidades de estar siempre dentro de un buen funcionamiento familiar y que la disfunción familiar este muy lejos debido a que dichas familias siguen unas reglas muy estrictas y su aplicación es severa, debido a que los roles están estrictamente definidos y que afortunadamente el solo 6% de las familias encuestadas se

encontraron dentro de las familias caóticas, caracterizadas porque las reglas no se cumplen ni se hacen cumplir, la disciplina es poco severa, falta claridad en los roles, por esto se piensa que éstas familias estén en mucho más riesgo para disfunción familiar, y analizando lo que respecta a cohesión familiar en nuestro estudio encontramos que un 61% (22 embarazadas) se englobaron en familias aglutinadas, junto a las familias no relacionadas con un 19% (7 embarazadas) sumando un total de 80% por lo cual se deduce con éste resultado que un alto porcentaje caracterizado donde los miembros de la familia dependen mucho unos de otros y faltan límites generacionales y se dan coaliciones parento-filiales, no hay lealtad familiar, las decisiones se toman individualmente y el interés se focaliza fuera de la familia, por lo anterior se considera que dichas familias estén en mayor posibilidad para caer en disfunción familiar.

La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna(s) de éstas funciones por alteración en alguno(s) de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando alguno(s) de sus subsistemas se altera(n) por cambio en los roles de sus integrantes.

Los subsistemas conyugal, parental, filial y fraternal, son dinámicos, interactuantes, con variabilidad ínter e intrasubsistemas y los cambios significativos en ellos pueden ser breves o duraderos repercutiendo en la funcionalidad de la familia.

Es importante resaltar en el marco de éste análisis el hecho de que en la mayoría de los casos, el grupo familiar se presenta en los niveles caótico y rígidas, en otras palabras la mayoría de los participantes provienen de familias en las que lo característico es la relativa ausencia de cercanía y afectividad entre los miembros, así como la falta de reglas y roles claramente definidos. Claramente, en ambos casos lo que se aprecia es una situación desfavorable para el desarrollo psicológico de la joven ya que, en estas circunstancias, el médico familiar no constituye el medio más propicio para colaborar a estructurar el comportamiento de la joven.

Los presentes datos muestran que en efecto un incremento extremo en adaptabilidad correlaciona positivamente con los trastornos de conducta. Asimismo, un incremento en la cohesión correlaciona negativamente con dichos trastornos.

.....Salto de página.....

11.- CONCLUSIÓN

Que la finalidad del estudio de investigación realizado en el hospital general de zona numero 32 de la ciudad de Guasave, Sinaloa, dentro de la consulta externa de medicina familiar turno matutino fue la búsqueda de disfunción familiar en la adolescente embarazada, primeramente encontramos que en un término de seis meses que duró la encuesta a todas las embarazadas adolescentes que acudieron a consulta externa de medicina familiar, nos dimos cuenta que cada mes tuvimos un promedio de 6 embarazadas adolescentes, y que más de la mitad (58.32%) de las encuestadas no tenían problemas para caer dentro de lo que se contempla para disfunción familiar, pero fue muy alto el numero de embarazadas adolescentes(41.66%) que de acuerdo a los parámetros de medición para disfunción familiar, en ese momento estaban con dicho problema, por lo cual se concluye que nuestro trabajo sirvió para darnos una idea de cómo en nuestro medio, considerado como urbanizado, pero a la vez rodeado de muchas poblaciones rurales, nuestras embarazadas adolescentes están viviendo una etapa muy importante de su vida con problemas familiares los cuales las llevan a tener una relación de familia disfuncional.

.....Salto de página.....

12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Escobar & / Muñoz, Estudio cualitativo de la Experiencia de los Padres Adolescentes 1995. Pág 7.
- 2.- Urmeneta A. Echeverría M. Martín L: Las madres adolescentes. Anales del sistema sanitario de Navarra 2000 23(1).
- 3.- Senifa. Coordinación de atención a la familia/ Programa D. PA Adolescencia 1995, Caracas.
- 4.- Embarazo precoz como problema de salud publica 1995, Caracas.
- 5.- González Núñez JJ Adolescencia. En: Psicopatología de la adolescencia. México: Editorial el Manual Moderno, 2001, 1-15.
- 6.-Sawyer S, Bowes G. Adolescent on the health agenda. *Pediátrica* 1999;354:31.
- 7.- Castellanos JL, Díaz LM, Gay ZO. Medicina en odontología, manejo dental del paciente con enfermedades sistémicas 2ª Ed. El Manual Moderno 2002: 291-303.
- 8.- Reeder, S, Enfermería Materno Infantil, décimo quinta edición, México Edit. Mexicana (p-20-23)
- 9.- United Nations Population Fund UNFPA, and adolescents, New York, NY: UNFPA; 1997.
- 10.- Wilti C. La fecundidad adolescente en México. En: Muñoz H. Ed. Población y sociedad en México. México, Porrúa-UNAM, 1992: 55-79.

- 11.- Peláez J, Salomón Avich N. Salud reproductiva del Adolescente En Ginecología infantojuvenil: Salud reproductiva del adolescente. La Habana: Ed. Científico técnica; 1999, 164-202.
- 12.- Fondo de población de las naciones unidas Estado de la población mundial 1995, New York 1995.
- 13.- Organización Panamericana de la Salud Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones. Cuaderno técnico No 12 Washington 1998.
- 14.- Stern C. Embarazo en la adolescencia como problema público: Una visión crítica. Salud publica Méx. 1997; 39: 137-143.
- 15.-Celdam Inicia campaña de educación sobre embarazo precoz 2004, Saparata, Caracas.
- 16.- Euke Ch, Lindsay M, Graves W. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturient in an inner-city hospital, Am J obstet Gynecol,2002; 186(5):918.
- 17.- Jenkins C,Wilson R, Roberts J, Miller H antioxidants their role in pregnancy and miscarriage. Antioxid Redox Signal 2000; 2 (3): 623-8.
- 18.- 5.- González Adolescencia. En: Psicopatología de la adolescencia. México: Editorial el manual moderno, 2001, 1-15
- 19.- American Academy of pediatrics. Committee on adolescent. Adolescent pregnancy , Pediatrics 1989; 83: 132-3.

20.- Díaz- Loving R, dic de Weiss S, Andrade PP relación de control, conducta sexual y anticonceptiva y embarazo adolescente. *Psicología Social en México* 1989; II: 328-35.

21.- Infesta G. Las adolescents frente a la maternidad. En: *La salud en debate, Una Mirada desde las ciencias sociales* Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 1996: 267-81

22.- Ralgel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada *Rev Fac Med UNAM* 2004; 47(1)24-27.

23.- Sánchez-Guerrero O. Para atender la conducta sexual de las adolescentes. *Acta pediátrica Mex.* 2002; 23(4): 207-209.

24.- Burton GL, Jaunatux E. Maternal Vascularizacion of the Human Placenta: does the Embryo develop in a hipoxia enviroment, *Ginecol obstet fértil* 2001; 29(7-8) 503-8.

25.- Monterosa A. El drama de las niñas madres. *Revista profamilia*, 1993; Vol. 10(22). Ministro de salud y acción social. Boletín del programa de estadísticas en salud. Dirección de estadísticas en salud, serio 8, numero 11, argentina 1991.

26.- López German. Embarazo en adolescentes. *Revista Pro familia*, 1991; Vol. 8(19).

27.- Monterosa A. El drama de las niñas madres. *Revista profamilia*, 1993; Vol. 10(22).

Ministro de salud y acción social. Boletín del programa de estadísticas en salud.

Dirección de estadísticas en salud, serie 8, numero 11, Argentina 1991.

13.- ANEXOS

La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes en los ítems nones.

<u>Cohesión:</u>	No relacionada	10-34
	Semirelacionada	35-40
	Relacionada	41-45
	Aglutinada	46-50

La calificación en adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes en los ítems pares.

<u>Adaptabilidad:</u>	Rígida	10-19
	Estructurada	20-24
	Flexible	25-28
	Caótica	29-50

Cuestionario faces III

Ficha de identificación:

Nombre _____ Edad _____
Número de afiliación _____ Clínica _____
Consultorio _____ Turno _____ Fecha _____
Estado Civil _____

DESCRIBA A SU FAMILIA:

1.- Los miembros de la familia se dan apoyo entre si

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

2.- En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.

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

3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.

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

4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.

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

5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos.

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

6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.- Nos sentimos muy unidos.

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

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

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

13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.

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

14.- En nuestra familia las reglas cambian.

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

15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.

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

16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.

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

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

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

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

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

19.- La unión familiar es muy importante.

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

20.- Es difícil decir quién hace las labores del hogar.

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

PUNTUACIÓN

Nones

Puntos_____

Pares

Puntos_____