



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31

TÍTULO DE LA TESIS:

“FACTORES BIOPSIICOSOCIALES Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS”

NÚMERO DE REGISTRO

R- 2013-3701-32

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

HERNÁNDEZ ZAMORA MAYRA ISABEL

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

CASTILLO TREJO JULIO CESAR

MARTÍNEZ PEÑA ARMANDO

MÉXICO DISTRITO FEDERAL

2014





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TÍTULO DE LA TESIS:

"FACTORES BIOPICOSOCIALES Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES"

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

(HERNÁNDEZ ZAMORA MAYRA ISABEL)
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:


DR. JUAN GILBERTO ALVAREZ DE LA O
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31, IMSS


DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31, IMSS


DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 31, IMSS.

ASESORES DE TESIS

JULIO CESAR CASTILLO TREJO
MÉDICO FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR EN MEDICINA FAMILIAR


ARMANDO MARTÍNEZ PEÑA
MÉDICO FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
PARA MÉDICOS GENERALES EN EL IMSS

NOMBRE Y CARGO


Julio C. Castillo Trejo
MÉDICO FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR EN MEDICINA FAMILIAR

NOMBRE Y CARGO

**“FACTORES BIOPSIICOSOCIALES Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

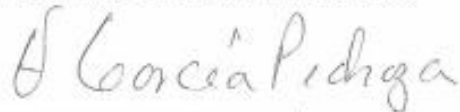
PRESENTA

DRA. MAYRA ISABEL HERNÁNDEZ ZAMORA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

MÉXICO



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Promoción en Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2011, Año de la Calidad Institucional y Compromiso del Estado Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud (CLIES)
C-0044, 2004-0401-1-A, S.F. 004

FECHA: 30/05/2011

DR. JULIO CÉSAR CASTILLO TREJO

PRESENTE

Tengo el agrado de certificar, que el protocolo de investigación con título:

FACTORES BIOPSIOSOCIALES Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES

que usted somete a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO** con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
W-2011-0041-01

ATESTADO

DR. JAL. SENSIO LOPEZ ANDRADE

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 0101

Imprimir

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

INDICE

INTRODUCCION	8
MARCO TEORICO	10
JUSTIFICACION	20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
OBJETIVOS	22
HIPOTESIS	23
MATERIAL Y METODOS	24
RESULTADOS	35
DISCUSION	38
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	40
REFERENCIAS	41
ANEXOS	43

RESUMEN.

Introducción. El embarazo en adolescentes produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social. **Objetivo:** Demostrar los Factores Biopsicosociales de las Adolescentes Embarazadas y su Funcionalidad Familiar. **Material y métodos:** Estudio transversal y prospectivo, observacional, descriptivo, que incluye como grupo de estudio a todas las embarazadas adolescentes en control prenatal en la UMF31 durante el mes de noviembre 2013, se realizara un proceso de consentimiento informado, se les aplicara la Escala de Emma Espejel y cuestionario de instrumento de recolección de datos. **Resultados:** Al analizar la funcionalidad familiar se encontró que existe: Disfunción Familiar en el 49.2%, la mayor frecuencia se presentó en las área de supervisión en un 25.4% y Funcionalidad en un 50.8%, en el área de Apoyo de 68.3%. **Conclusión:** Con todo lo anterior podemos concluir que el Medico Familiar tiene una tarea muy importante en nivel de educación e intervención hacia la población adolescente, por el hecho de encontrarse en edad reproductiva, evitando así embarazos en edades tempranas.

Palabras clave. Funcionalidad familiar, embarazada adolescente, factores biopsicosociales.

SUMMARY.

Introduction. Teen pregnancy produces a serious biomedical problem because it has high morbidity and maternal, perinatal and neonatal mortality, adding to the impact that socio-cultural and psychological level at a high cost to personal, educational, family and social level. Objective: To demonstrate the Biopsychosocial Factors in Pregnant Teens and Family Functionality. Methods: Cross-sectional, prospective, observational, descriptive study, which includes as a study group to all pregnant teens prenatal care in UMF31 during November 2013, informed consent process, place them apply the Scale Emma Espejel and questionnaire data collection instrument. Results: By analyzing the familiar functionality found there: Family dysfunction in 49.2%, the highest rate occurred in the area of supervision 25.4% and 50.8% Functionality in support area 68.3%. Conclusion: With all this we can conclude that the Family Medical has a very important level of education and intervention to adolescents, by the fact of reproductive age task, avoiding pregnancy at early ages.

Keyword. Family functioning, pregnant teen,biopsychosocial factors.

DATOS DEL ALUMNO

1. Datos del alumno.

Hernández
Zamora
Mayra Isabel
55 54 56 19 41
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina

2. Datos del asesor.

Castillo
Trejo
Julio Cesar

Martínez
Peña
Armando

3. Datos de la tesis

Factores Biopsicosociales y Funcionalidad Familiar en Embarazadas Adolescentes

INTRODUCCION

Adolescencia es un proceso dinámico, es la etapa que transcurre entre la niñez y la vida adulta, que implica la reestructuración de valores, actitudes, intereses, normas y pautas de comportamiento psicológicas y sociales.

Es un proceso biológico que involucra cambios en la estructura morfológica y fisiológica corporal, asociado al inicio de nuevas funciones orgánicas como la menarquia y la ovulación en el sexo femenino, y la espermatogénesis y eyaculación en el varón. Dichos fenómenos se presentan cuando el individuo alcanza un estado crítico de maduración en su sistema nervioso central, y cuando se establece el funcionamiento endocrinológico que integra diversos sistemas. Acompañando a todo este proceso biológico hay un desarrollo de eventos psico-emocionales y sexuales, así como un proceso de adaptación al grupo socio-cultural de su tiempo y entorno, que lo llevan a alcanzar la madurez físico-psíquica y el status adecuado, que le permitan asumir responsabilidades, ejercer deberes y tener derechos de adultos.

El embarazo en la adolescencia es una de las problemáticas en salud reproductiva más sentida en la sociedad mundial, 15 millones de adolescentes dan a luz cada año, correspondiendo una quinta parte de todos los nacimientos del mundo. La gran mayoría viven en países en desarrollo; En América Latina y el Caribe, a pesar de que el número de nacimientos entre mujeres de todas las edades ha descendido, entre las adolescentes ha aumentado, las adolescentes del caribe y América Latina son responsables de un millón y medio de nacimientos cada año.

En zonas rurales de los países andinos, casi la mitad de las mujeres tienen un hijo antes de cumplir 20 años de edad. En Latinoamérica las adolescentes menores de 15 años tienen 70.000 niños por año, se considera que las adolescentes no tienen aún una preparación y maduración fisiológica y psicológica para enfrentar la maternidad. Existe una necesidad imperiosa de incorporar a los adolescentes como un grupo especial en las políticas de salud y planificación familiar.

MARCO TEÓRICO

A nivel mundial según algunos estudios la "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50, pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", por lo tanto condiciona un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. Con el paso de los años se ha ido presentando de la siguiente manera en 1958, era de 11,2%; en 1980, de 13,3%; en 1990, de 14,2%; en 1993, de 15%. Este último porcentaje se traduce en 120 000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años. Así mismo la OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica" y fija sus límites entre los 13 y 19 años. La evaluación de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con el paso de los años, (1). Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años. (2)

La OMS divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, preadolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años. (2). Considerándose tres fases: "adolescencia temprana" de los 10 a los 14 años, en donde ocurren la mayoría de los cambios biológicos; "adolescencia media" de los 15 a los 19 años, en donde predomina la interrelación sociológica; y la denominada "adolescencia tardía", contemplada de los 19 a los 21 años, en donde generalmente se presenta el logro de la identidad. (3)

Más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes; cada día 41 095; cada hora 1 712. En América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentran en las regiones de Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador y Venezuela representando entre un 15-25% de los adolescentes (4). La evolución de la gestación en la adolescencia continúa siendo un problema importante para los profesionales de la salud, ya que el embarazo en este período tiene importantes consecuencias sociales y de salud sobre la madre adolescente y su hijo, y una mayor incidencia de complicaciones médicas en comparación con las gestantes adultas. Estas complicaciones son más graves en adolescentes de menor edad (menos de 17 años), y aún más graves en las adolescentes menores de 15.2. Muchas veces estos embarazos se presentan como un evento no deseado o no planificado, producto de un relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción de su grupo familiar. Es por eso que el trabajo con los adolescentes debe ser puntual, creciente, paciente y sobre todo constante, solamente de esta manera se estará en condiciones de mejorar la salud sexual y reproductiva de las nuevas generaciones,

El embarazo adolescente se ha convertido hoy en día, en motivo de diversos investigadores, debido a que en los últimos 10 a 15 años ha aumentado significativamente el fenómeno del embarazo adolescente. En el 2005 había en nuestro país 480 mil mujeres entre 12 y 19 años las cuales ya tenían un hijo vivo

(INEGI 2005) existiendo en total de 8,376,979 mexicanos menores de 19 años que ya son madres y muchos de ellos teniendo más de un hijo (INEGI 2005), es por ello que se considera de gran importancia poder identificar los factores familiares que predisponen la precipitación del embarazo adolescente, para que sea posible su prevención. (5)

Más del 10 % de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes, y así tenemos que alrededor de 15 millones de mujeres dan a luz cada año, correspondiéndoles una quinta parte de todos los nacimientos del mundo, y la mayoría de estos ocurren en países subdesarrollados. Por ejemplo, en Latinoamérica, estas cifras están en el orden de los 48 millones (6).

Representa un momento de grandes oportunidades y riesgos, y una etapa de alta vulnerabilidad, en el camino de conformarse como un ser mental, física y socialmente adulto, muchas veces aparece el embarazo, surgiendo una crisis que se sobrepone a la crisis propia de la adolescencia, desestabilizando un proyecto de vida en formación, y modificando la relación con el entorno, en especial con el grupo familiar. (7).

Se presenta más en poblaciones con menores recursos, disparidad que contribuye a perpetuar tal condición. Se presenta por la decisión de los jóvenes de tener relaciones sexuales y ocurre más por “accidente”, aunque existen estudios que cuestionan tal apreciación, se presenta más en poblaciones con menores recursos, disparidad que contribuye a perpetuar tal condición. (7)

Los adolescentes, ya sea que estudien o trabajen, encontrarán en las relaciones sexuales una fuerza biológica que los llevará a la búsqueda de pareja y a desempeñar papeles de adultos. 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 este 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 (8)

Las condiciones riesgosas asociadas o que pueden favorecer el embarazo en adolescentes son la menor aceptación de los valores tradicionales familiares y poca comunicación con la madre, abandono de la escuela, menarquia precoz, baja autoestima, carencia de proyectos de vida, pocos conocimientos sobre métodos anticonceptivos, familia disfuncional, madre o hermana con embarazo en la adolescencia, padre ausente, toxicomanías, adicciones, nivel socioeconómico bajo, ingreso temprano al trabajo formal, amigas que han iniciado vida sexual precozmente. (8). El embarazo en la adolescente puede ser un proceso natural en una sociedad agrícola y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo, (9) desde los puntos de vista biológico y sanitario, el embarazo durante la adolescencia puede resultar indistinguible al de la mujer adulta, si recibe apoyo psicosocial y un buen control prenatal. (9)

Existen diferentes factores de riesgos que se presentan en la adolescente y que favorecen el embarazo precoz, o se asocian a él, entre ellos se encuentran los

individuales: abandono escolar, dificultad para planear proyectos de vida a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima, falta de aptitud preventiva, menarquía precoz, conducta antisocial y bajo nivel educativo; y los familiares: familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, padre ausente y vínculo más estrecho, pero ambivalente, con la madre, otros factores que influyen son los sociales: condición económica desfavorable, migración reciente, trabajo no calificado, residencia en área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes acerca de la sexualidad, mensajes contradictorios respecto a la sexualidad (ya sea en la familia, la sociedad o los medios masivos de comunicación) y machismo como valor cultural. (9).

El estilo de vida en los adolescentes adquiere una importante relevancia al tomar en cuenta que éste constituye los hábitos que en el adulto se consideran como parte de sí mismo, es decir, integran los elementos que lo configuran como un ser social. Los estilos de vida abarcan cuestiones referentes a la casa en la que uno vive, los alimentos que se consumen, las actividades recreativas que se realizan, la distribución del tiempo libre, entre otras. (3)

La etapa de la adolescencia es una apertura a posibilidades sexuales reales, ya que existe capacidad biológica para el ejercicio sexual, pero no hay aún capacidad psicológica para entenderla dentro del contexto de una relación responsable, de cuidado, de interés en el otro y de intimidad, la cual se adquiere en la siguiente etapa, la de adultez joven. Mientras eso llega, el adolescente usa

desmesuradamente su fantasía, busca parejas idealizadas a quienes ama intensamente, pero de quienes se decepciona casi tan rápido como se enamora.

El adolescente juega a descubrir la sexualidad adulta; generalmente en la niñez tienen contacto con una sexualidad incompleta, esto es, según haya sido manejada por sus padres, situación que antagoniza 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. (3)

Sobre la influencia de los factores de riesgo para el inicio de la actividad sexual en adolescentes escolares, Jessor (1991) manifiesta que es producto de varios elementos: depende del desarrollo cognitivo y psicosocial de los propios adolescentes, la influencia de la familia, los factores individuales y los medios de comunicación (10)

La dinámica sexual en el curso de estos últimos 20 años, tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados, ha cambiado considerablemente. La vida sexual de los jóvenes empieza cada vez más temprano, esto lleva consigo innumerables problemas, sobre todo relacionados a la salud reproductiva (10)

La fecundidad adolescente debe ser examinada en asociación con otros indicadores económicos y sociales, para medir el impacto de las medidas en salud, educación y de intervención social en la adolescencia y juventud. En Chile, se ha medido la asociación entre la maternidad adolescente y el mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal, en comparación con madres mayores de 24 años (11)

La maternidad adolescente es un problema emergente en salud pública que cruza a sectores como educación, salud, justicia, derechos del niño y de la mujer, por lo cual es considerado como un indicador de desarrollo y bienestar social.

La mayor morbilidad y mortalidad perinatal observada en hijos de adolescentes parece tener un origen multifactorial, y es probable que sea el resultado de la interacción entre la limitación biológica intrínseca de la adolescente y múltiples variables sociales, demográficas y conductuales. La complejidad de esta interacción es sugerida por el hecho de que tales consecuencias adversas no afectan uniformemente a todos los hijos de adolescentes. (2)

El embarazo no planeado en una adolescente puede repercutir sobre su esfera social, interrumpe el proyecto educativo y genera la necesidad de trabajar, todo lo cual se refleja en su situación económica y en la salud de sus hijos (12)

La familia juega un papel importante en la vida de una adolescente ya que la formación del individuo comienza desde el núcleo familiar, es el núcleo primario fundamental para promover la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos, a llegada de la adolescencia es uno de los momentos más cruciales en donde la familia tiene que cambiar su organización y amoldarse a las nuevas necesidades de sus integrantes. El contexto familiar es un factor esencial en el proceso de la adolescencia considerada como un factor psicológico y sociocultural de cual individuo experimenta la transición de la niñez al estado adulto. La llegada de los hijos influye en la transformación de la estructura familiar (tipología y roles familiares) y en el funcionamiento familiar, la familia con adolescente embarazada vive un proceso que produce una serie de sentimientos y

transformaciones en su dinámica, generando una problemática familiar que muchas veces repercute en las relaciones familiares que pueden comprometer la salud del adolescente, el recién nacido y la familia, (13) las relaciones entre los diferentes subsistemas familiares adquieren una gran complejidad provocada por la búsqueda de mayor autonomía e independencia por parte del adolescente, así como del inicio de su socialización mediante el grupo de amigos. Es vital que la familia varíe los roles y las normas para mantener la homeostasis familiar al tiempo que se adapta a los nuevos cambios. (14)

La familia tradicional nuclear sería la mejor preparada para enfrentarse a los cambios y realizar adaptaciones correctas, mientras que otras estructuras familiares soportarían peor los cambios, aunque estudios recientes muestran resultados diferentes (14)

En el IMSS se realizó un estudio en el 2004 llamado funcionalidad familiar en la adolescente embarazada en la ciudad de León Guanajuato, donde el resultado fue; El 55% fueron del grupo de edad de 18 y 19 años. El 40% tiene estudios de primaria. Casadas 85%, amas de casa 77%. Primigestas 78%. Disfunción familiar moderada se encontró 27%, severa 6% y normal en 67%. Los aspectos en que se encontraron mayor alteración fueron el de crecimiento y afecto, en donde se concluye que la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja. (15)

Otro estudio que se realizó en el 2005 fue en el Hospital General Regional “Vicente Guerrero”, Instituto Mexicano del Seguro Social en Acapulco, Guerrero, donde estudiaron Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo, donde concluyeron es indispensable desarrollar una estrategia organizacional para mejorar la atención Individual, familiar y social de la adolescente embarazada, que incluya su participación activa en el proceso de educación para la salud e identifique sus necesidades y pueda tomar las mejores decisiones. (8)

En la UMF 31 no se han realizados estudios sobre el tema, por lo tanto; es una población de estudio nueva.

Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. Ruoti plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atender tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea (16). Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social. (17)

La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autovalente en ambos sentidos.

Es importante conocer las características de esta etapa, por la que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo, sabiendo que una adolescente se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada. (18)

El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores riesgos médicos (anemia del embarazo, desnutrición, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor muerte perinatal, etc.), problemas psicológicos en la madre (depresión postparto, baja autoestima, quiebre en el proyecto de vida) y una serie de desventajas sociales (bajos logros educacionales, deserción escolar, desempleo, mayor frecuencia de maltrato y abandono infantil, entre otros). (18)

JUSTIFICACIÓN.

Las embarazadas adolescentes es un tema prioritario en este país ya que más de la mitad presentan embarazos de alto riesgo por su edad, mas factores asociados y por lo tanto muertes maternas, esto se duplica en estas pacientes comparadas con mujeres mayores a nivel mundial, en México corresponde a un tercio de muertes maternas, más de un tercio de las embarazadas adolescentes presentan disfunción familiar en algún grado aunado a que no tienen una madurez emocional, lo que las obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar, inicialmente, puede ser rechazado, el seguimiento de la gestación debe contemplar no sólo la asistencia obstétrica, sino adoptar un enfoque integral que atienda las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia, por lo tanto es importante para el médico familiar la detección oportuna de las embarazadas adolescente dentro de su población y así mismo llevar a cabo la tarea de realizar algún tipo de intervención obteniendo como resultado un adecuado control prenatal por lo tanto evitar complicaciones durante el embarazo y brindar apoyo con un equipo interdisciplinario y tener como resultado un embarazo biológica y psicológicamente normal y hacer énfasis en la dinámica familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden afectar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

Es importante conocer las características de esta etapa, por la que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo, sabiendo que una adolescente se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada.

¿Cuáles son los factores biopsicosociales que presentan las adolescentes embarazadas y su funcionalidad familiar?

OBJETIVOS.

Objetivo general:

Demostrar los Factores Biopsicosociales de las Adolescentes Embarazadas y su Funcionalidad Familiar

Objetivos específicos:

Identificar las Áreas involucradas en la paciente Adolescente Embarazada con Disfunción Familiar

Identificar las Áreas involucradas en la paciente Adolescente Embarazada con Funcionalidad Familiar

Identificar los Factores Biopsicosociales que se presentan en la Adolescente Embarazada

HIPOTESIS.

HIPOTESIS

Más de una tercera parte de las adolescentes embarazadas presentan disfunción familiar en algún área.

MATERIAL Y MÉTODOS.

9.1 Periodo y sitio de estudio.

Noviembre 2013, en la UMF 31 Iztapalapa.

Universo de trabajo.

Pacientes adolescentes embarazadas que acudieron a control prenatal en la UMF No. 31 del IMSS

Población de estudio.

Mujeres embarazadas derechohabientes de la UMF 31 que acudieron control prenatal en la institución.

Unidad de observación.

Embarazadas adolescentes

9.4 Unidad de análisis.

Familia en Embarazadas adolescentes que se encuentren en control prenatal en la UMF31.

Diseño de estudio. Tipo de diseño epidemiológico

Estudio transversal y prospectivo, observacional, descriptivo, que incluye como grupo de estudio a todas la embarazadas adolescentes en control prenatal en la UMF31 durante noviembre 2013.

Criterios de inclusión:

Criterios de inclusión

Adolescentes embarazadas que hayan dado su consentimiento para participar en el estudio.

Adolescentes embarazadas que acudieron a control prenatal.

Que desearon participar en el estudio

Criterios de exclusión

Pacientes que se encuentren en control prenatal en HGZ.

Criterios de eliminación

Que no desearon participar

Que presentaron encuestas incompletas

Que durante la aplicación de la escala y/o la entrevista familiar, decidan no continuar participando.

MUESTREO.

MUESTREO NO PROBABILISTICO

Se realizara una muestra no aleatoria de tipo intencional, que es un método de muestreo que no se basa en las leyes de probabilidad, sino en el juicio personal del investigador, quien determina cuales unidades deben ser incluidas.

La muestra será constituida por todas las mujeres que se encuentren en control prenatal durante el mes de noviembre 2013.

VARIABLES.

VARIABLES	
DEPENDIENTE	Embarazo Adolescente
INDEPENDIENTE	Funcionalidad Familiar
	Factores Biopsicosociales

DEEFINICION CONCEPTUAL

Embarazo Adolescente: se define como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica.

Factores Biopsicosociales: Es un conjunto de factores que integran un modelo donde el factor biológico tiene un enfoque participativo de salud y enfermedad, el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto social.

Funcionalidad Familiar: Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

DEFINICION OPERACIONAL

Embarazo Adolescente: Es toda mujer adolescente que se encuentre en estado de gravidez.

Unidad de medición; cualitativa, dicotómica: si o no.

Funcionalidad Familiar: se medirá la funcionalidad familiar a través de la escala de Emma Espejel, valora nueve áreas como son; roles, jerarquías, centralidad, limites, modos de control de conducta, alianzas, afectos, comunicación, psicopatología.

Tipo de variable: cualitativa, nominal; si o no.

Factores Biopsicosociales: es una serie de factores enfocados a tres áreas tanto biológicos (b), psicológicos (p) y sociales (s), que integran un modelo donde el factor biológico tiene un enfoque participativo de salud y enfermedad, el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto social.

Para su estudio fue necesario el uso de los siguientes indicadores:

Indicadores:

✚ (b) **Edad:** tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el momento actual, en años de vida cumplidos.

Tipo de indicador: cuantitativa, continua, se medirá en años cumplidos.

✚ (b) **Inicio de vida sexual:** periodo en que un individuo comienza a tener relaciones sexuales.

✚ Tipo de indicador: cuantitativa continúa, se medirá en edad cumplida.

✚ (b) **Método de planificación familiar:** un conjunto de prácticas usadas tanto en un hombre o mujer en la práctica de relaciones sexuales, teniendo como fin evitar la concepción.

Tipo de indicador: cualitativa, ordinal.

-Preservativo

-hormonal oral

-hormonal inyectable

-DIU

-método del ritmo

✚ (p) **Adicciones:** dependencia o necesidad hacia una sustancia, causada por la satisfacción hacia la persona

Tipo de indicador: cualitativa, nominal.

-drogadicción

-alcoholismo

-tabaquismo

- ✚ (s) **Estado civil:** condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo ante la sociedad.

Tipo de indicador: cualitativa, ordinal.

-soltera

-unión libre

-casada

- ✚ (s) **Escolaridad:** periodo de tiempo que dura la estancia de un individuo en una escuela para recibir la enseñanza.

Tipo de indicador: cualitativa ordinal.

-primaria incompleta

-primaria completa

-secundaria completa

-preparatoria completa

- ✚ (s) **Ocupación:** actividad a la que una persona se dedica en un tiempo determinado.

Tipo de indicador: cualitativa ordinal

-ama de casa

-empleada

-estudiante

✚ (s) **Nivel socioeconómico:** medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar, basada en sus ingresos (INEGI).

Tipo de indicador: cualitativa, ordinal

-rica (Mas de 85,00)

-media alta (35,000 a 84,999)

-media (11,600 a 34,999)

-media baja (6,800 a 11,599)

-pobre (2,700 a 6,799)

-pobreza extrema (2,699.00)

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Este estudio se realizara en un periodo de tiempo de septiembre 2013 a noviembre2013, incluyendo a todas las embarazadas adolescentes que se encuentren en control prenatal en la UMF 31 siendo este su unidad de adscripción, tanto en turno matutino y vespertino, se solicitara la participación personal a cada una de las pacientes, siendo aceptado ser parte de este estudio se realizara un proceso de consentimiento informado y se les aplicara la Escala de Emma Espejel y cuestionario de instrumento de recolección de datos. Se realizara el estudio en un periodo de 3 meses a embarazadas adolescentes, por médico residente de segundo año, con duración aproximada de la encuesta de 10 minutos, en una de sus consultas de control prenatal, posterior al tiempo comprendido de estudio se vaciaran los datos en un programa estadístico para obtención de resultados, posteriormente se describirán por medio de tablas.

ANALISIS ESTADÍSTICO.

Se realizara un estudio transversal y prospectivo, observacional, descriptivo. Los datos recolectados de cada paciente se obtendrán de la escala de Emma Espejel para determinación de funcionalidad familiar, así como aplicación de instrumento de recolección de datos que contiene los Factores Biopsicosociales de interés para este estudio.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Se considera este estudio de acuerdo al reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 en base al segundo título, artículo 17 como investigación sin riesgo ya que solo se realizara revisión de expedientes clínicos y no se consideran problemas de temas sensibles para los pacientes y se cuidará el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación, y capítulo 1. Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los artículos 98 en la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las bases del artículo 100, en materia de seguridad. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (Comprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25. El investigador se apegara la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese relevar la identidad de personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respeto por la dignidad de cada participante así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideran también su enmiendas año 2002 sobre no utilización de placebos, Y se consideran los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para poblaciones CIOMS.

En caso pertinente, aspectos de bioseguridad.

Conflictos de interés.

Declarar que el grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

RECURSOS:

Recursos humanos.

Investigador.

Recursos materiales (lapiceros, lápiz, equipo de cómputo)

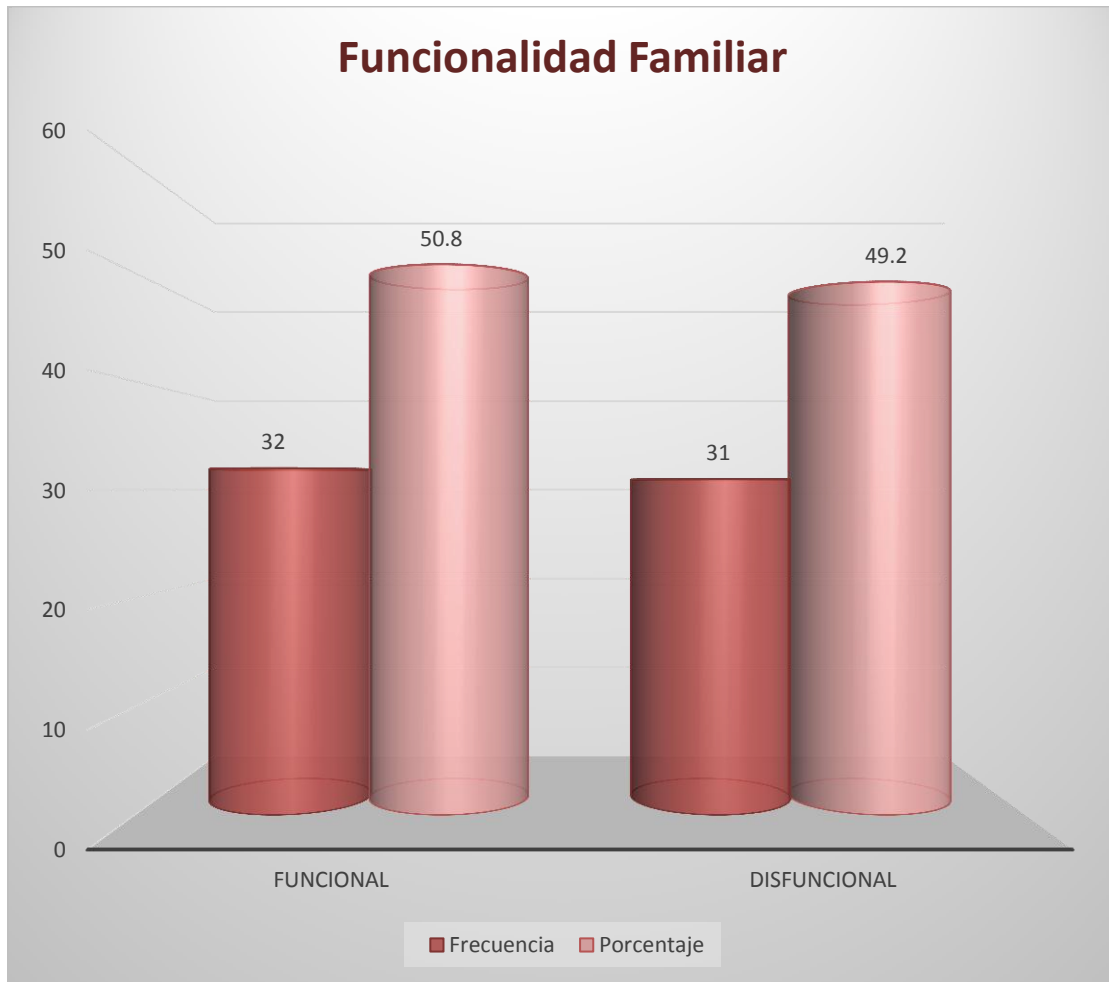
Escalas de medición de Emma Espejel

Formato de recolección de datos generales.

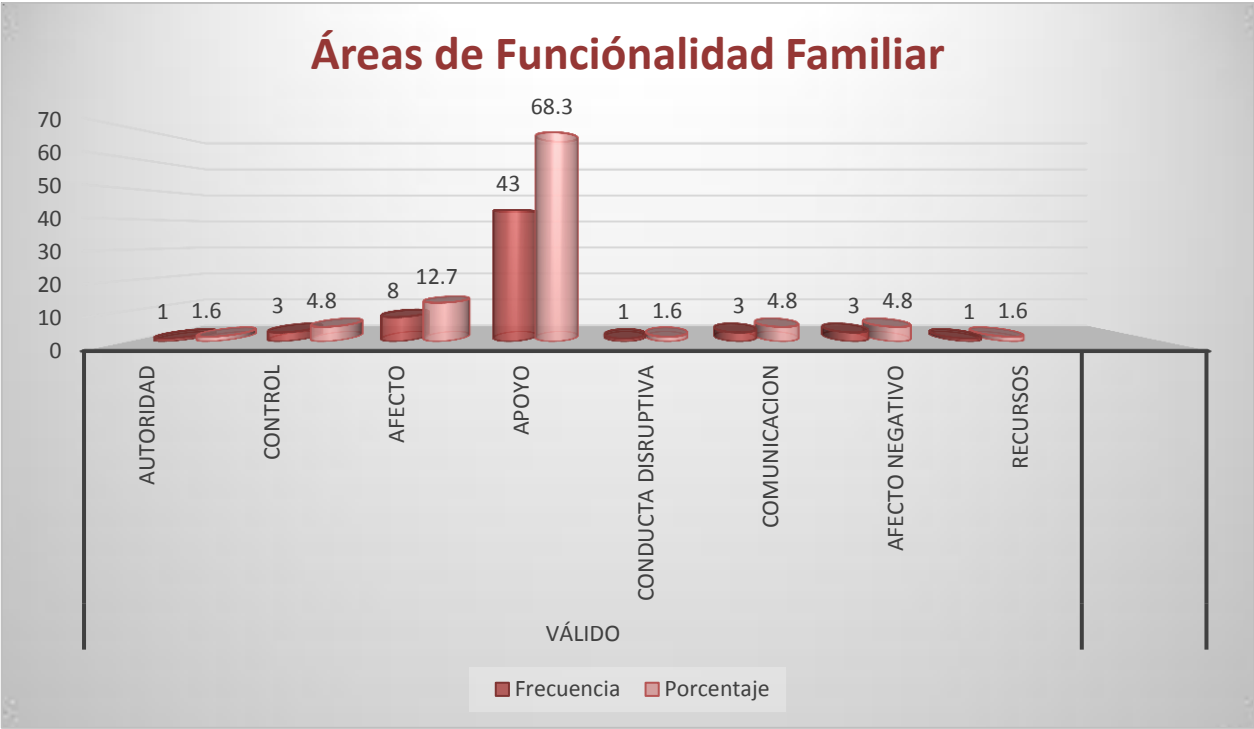
Cronograma de actividades.

Financieros. Por el investigador y la institución UMF 31 IZTAPALAPA del IMSS

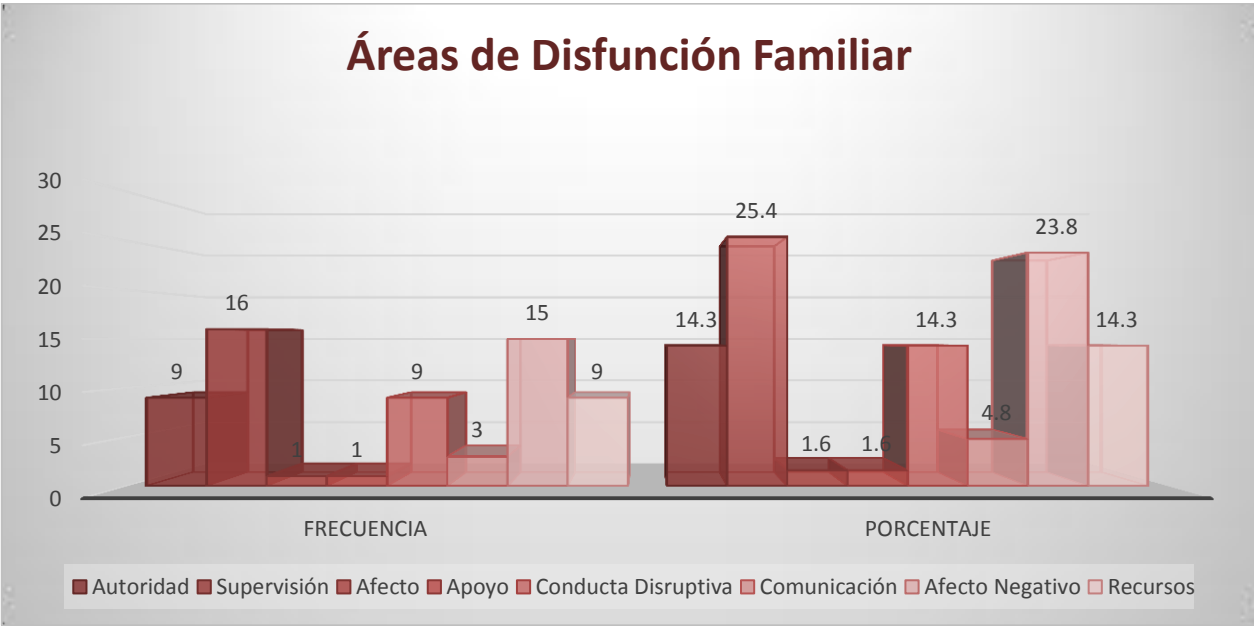
RESULTADOS



Se encontró que existe un 50.8 de Familias Funcionales en Adolescentes Embarazadas



El área más funcional que se encontró es el apoyo en un 68.3%.



El área de disfunción familiar que se presentó con más frecuencia es la supervisión.

**TABLA DE FACTORES BIOPSIICOSOCIALES EN EMBARAZADAS
ADOLESCENTES**

		Frecuencia	Porcentaje
Número de Embarazos	1	52	82.5
	Más de 1	11	17.5
Estado Civil	Soltera	13	20.6
	Casada	20	31.7
	Divorciada	2	3.2
	Unión Libre	28	44.4
Escolaridad	Primaria no Terminada	1	1.6
	Primaria Terminada	5	7.9
	Secundaria	16	25.4
	Preparatoria	41	65.1
Ocupación	Ama de Casa	12	19
	Empleada	44	69.8
	Estudiante	7	11.1
Inicio de Vida Sexual	Pobreza Extrema	17	27
	Pobre	31	49.2
	Media Baja	12	19
	Media	3	4.8
	14	5	7.9
	15	2	3.2
	16	7	11.1
	17	10	15.9
	18	18	28.6
	19	21	33.3
Número de Parejas Sexuales	Una	24	38.1
	Dos	15	23.8
	Tres	14	22.2
	Cuatro	7	11.1
	Más de 4	3	4.8

MPF antes del Embarazo	Ninguno	25	39.7
	Preservativo	23	36.5
	Oral	3	4.8
	Inyectable	4	6.3
	DIU	6	9.5
	Ritmo	2	3.2
	Ninguno	13	20.6
MPF en el Puerperio	Preservativo	10	15.9
	Inyectable	2	3.2
	DIU	38	60.3
Deseo de Embarazo	Si	57	90.5
	No	6	9.5
Embarazo Aceptado	Si	62	98.4
	No	1	1.6
Embarazo Planeado	si	37	58.7
	no	26	41.3

Discusión

Al analizar la funcionalidad familiar se encontró que existe: Disfunción Familiar en el 49.2%, la mayor frecuencia se presentó en las área de supervisión en un 25.4% y Funcionalidad en un 50.8%, en el área de Apoyo de 68.3%. La población de Iztapalapa de Adolescentes Embarazadas, a pesar de presentar Disfunción Familiar en el área de Supervisión, reciben el apoyo por lo que esta área es la más funcional, siendo importante tener el apoyo durante su embarazo, como un recurso de la familia.

Se encontraron diferencias porcentuales en la distribución de la muestra por edad, con mayor frecuencia en la edad de 18 y 19 años que corresponde al 88.9% esto debido por ser una edad de mayor independencia. Solo el 58.7% del total planearon su embarazo,

En un 82% de las mujeres Adolescentes Embarazadas son primigestas, lo que hace un incremento en el riesgo reproductivo, el resto de las embarazadas con más de un embarazo, lo que indica que el primero se presentó en edades más tempranas. En cuanto al nivel de Escolaridad, el de mayor frecuencia es Preparatoria y continúan estudiando solo el 7%, por lo tanto el embarazo en esta etapa provoca deserción escolar, como se ha reportado en otros estudios, el 69.8% tienen que trabajar. Observamos que las adolescentes embarazadas que presentan pobreza en un 49.2% y un 27% pobreza extrema, siendo un factor de riesgo familiar para el binomio. Las adolescentes embarazadas se encontró que inician vida sexual entre los 18 y 19 años en un 28.6 % y 33.3 %, y un 39% no usaban métodos de planificación familiar, dato significativo para el Médico Familiar para intervención y prevención. En un 60.3% desean usar un método de planificación familiar posterior al embarazo por lo tanto el 39.7% no acepta, incrementando el riesgo de presentar un nuevo embarazo a corto plazo y lo que conlleva el riesgo a la salud.

Conclusión

Con todo lo anterior podemos concluir que el Médico Familiar tiene una tarea muy importante en nivel de educación e intervención hacia la población adolescente, por el hecho de encontrarse en edad reproductiva, evitando así embarazos en edades tempranas. Se necesita encaminar mejor la educación sexual para lograr la prevención del embarazo en la adolescencia, y así una correcta planificación familiar, previniendo complicaciones a nivel biológico y alteración en la dinámica

familiar, causando disfunción si la familia no cuenta con los recursos necesarios para resolverlo.

Recomendaciones

Difundir los resultados a los Médicos Familiares de la Unidad, para incrementar las acciones preventivas y educativas en la población de riesgo, y así fortalecer las redes de apoyo.

REFERENCIAS:

1. Blanco D, Arrieta M. Embarazo y adolescencia. Comportamiento clinicoepidemiologico. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2010;9(2) 246-253
2. Furzan J, Yuburi A, Eizaga S, García J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. Gac Med Caracas 2010: 118(2):119-126
3. Gogeoascoechea M, Blázquez C. Estilos de vida en embarazadas adolescentes. SALUD EN TABASCO 2010;1(16) 1:883-890
4. González Y, Hernández I, Conde M, Hernández R, Brizuela S. El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. 2009
5. Rionda L, Villafañe A. La relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente. Rev Elec de Psic 2006: 3(9): 24-42
6. Alonso R, Campo A, González A, Rodríguez B, Medina L. Embarazo en la Adolescencia: algunos factores biopsicosociales. Hosp Doc GO 2005.
7. M. García Minuzzia, M. Giorgettia, M. González, M. Sartoria, P. Reyb, J. Pomatab, J. Meritano. Embarazo Adolescente una población de riesgo, Rev Hosp Mat Inf Ramon Sarda 2010:29(4)
8. Cueva V, Olvera J, Chumacera R. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendida en un módulo de alto riesgo. Rev Med IMSS 2005; 43 (3): 267-271
9. Acevedo M, Gomez D, Arbelo L, Rodríguez I. Morbilidad por embarazo en la adolescencia. MEDISAN 2010;14(7):976
10. Gamarra P, Iannacone J. Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares. The Biologist 2010: 1(8) :54-72
11. Molina R, Molina T, Gonzalez E. Madres niñas-adolescentes de 14 y menos. Un grave problema de salud pública. Rev Méd Chile 2007; 135: 79-86

-
12. Bonilla O. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas. *Rev Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2010; 3 (61):207-213
 13. Veloza M. Salud Familiar en familias con adolescentes gestantes. *Av enferm* 2012; 30(1):75-85
 14. Pérez A, Martínez M, Mesa I, Pérez R, Leal F, Jiménez I. Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década. *Elsevier Aten Primaria*. 2009;41(9):479–486
 15. Rangel L, Valerio L, Patiño J. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev Fac Med UNAM* 2004; 47(1):23-27
 16. González J, Salamanca J, Quiroz R, Hernández A, Hernández A, Quesada B. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. *Rev. salud pública*. 2012;14 (3): 404-416
 17. León P, Minassian M, Borgoño R. Embarazo Adolescente. *Rev. Ped. Elec*. 2008; (5):42-51.
 18. Mario M, Quesada M, Romero M, Prieto M, Rodríguez C. caracterización social del embarazo en la adolescencia. *Fac Med* 2009;(1): 1-14
 19. Lic. Jorge Luis Calero, Dr. Felipe Santana, percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto, *Rev Cubana Salud Pública* 2001;27(1):50-7
 20. Bernardita Baeza W.a, Ana María Póo F.b, Olga Vásquez P.c, Sergio Muñoz N.d, Carlos Vallejos V, identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes, *R76EV CHIL OBSTET GINECOL* 2007; 72(2):76-81
 21. Víctor M. Velasco Rodríguez MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA Una guía práctica para personal de salud que realiza investigación Primera edición en papel, 2002, Torreón, Coahuila, México
 22. OMS , Declaración de Helsinki, Apéndice F , 2006 .
 23. Carreón VJ Mendoza SH, Pérez HC, Gill AI, Soler HE, González SR. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes, *Arch Med Fam* 2004; 6 (3): 70-73

24. Díaz A., Sugg C, Valenzuela M. Embarazo en la adolescencia. Educación Sexual y Anticoncepción previa. Rev. Sogia 2004;11(3)79-83.

Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:(CRITERIOS DE INCLUSION)
 Adolescentes embarazadas que hayan dado su consentimiento para participar en el estudio.
 Adolescentes embarazadas que acudan a control prenatal

1	¿Qué edad tiene? 1. 12 () 2. 13 () 3. 14 () 4. 15 () 5. 16 () 6. 17 () 7. 18 () 19. ()	
2	¿Cuántos embarazos ha tenido? 1. Uno () 2. Más de uno ()	
3	¿Cuál es su estado civil? 1.Soltero () 2.Casado () 3.Divorciado () 4.Viudo(a) () 5.Unión libre ()	
4	¿Cuál es su escolaridad? 1.-Primaria no terminada () 2.-Primaria terminada () 3.- Secundaria () 4.-Preparatoria ()	
5	¿A qué se dedica? 1. Ama de casa () 2. Empleada () 3. Estudiante ()	
6	¿Usted fuma? 1. Si () 2. No ()	
7	¿Usted ingiere alcohol? 1. Si () 2. No ()	
8	¿Alguna vez ha consumido alguna droga? 1. Si () 2. No ()	
9	¿A qué edad inicio su Vida Sexual 1. 10 () 2. 11 () 3. 14 () 4. 15 () 5. 16 () 6. 17 () 7. 18 () 8. 19 ()	
10	¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? 1. 1 () 2. 2 () 3. 3 () 4. 4 () 5. Más de 4 ()	
11	¿Qué método de planificación familiar usaba antes del embarazo? 1. Ninguno () 2. Preservativo () 3. Oral () 4. Inyectable () 5. DIU () 6. Ritmo ()	
12	¿Qué método de planificación familiar usara después de su embarazo? 1. Ninguno () 2. Preservativo () 3. Oral () 4. Inyectable () 5. DIU () 6. Ritmo ()	
13	¿Su embarazo fue planeado? 1. Si () 2. No ()	
14	¿Su embarazo fue deseado? 1. Si () 2. No ()	
15	¿Su embarazo fue aceptado? 1. Si () 2. No ()	
16	¿Cuántas personas en su hogar aportan recursos económicos? 1. 1 () 2. 2 () 3. 3 () 4. 4 ()	
17	¿Cuánto dinero se reúne mensualmente en su domicilio? 1. 2,699.00 () 2. 2,700 a 6,799 () 3. 6,800 a 11,599 () 4. 11,600 a 34,999 () 5. 35,000 a 84,999 () 6. Más de 85,000 ()	
18	¿Según la escala de funcionalidad familiar (ESCALA EMMA ESPEJEL), su familia es funcional? 1. si () 2. No ()	
19	Según la escala de funcionalidad familiar (ESCALA EMMA ESPEJEL), ¿cuál es el área de disfunción familiar afectada? 1. Autoridad () 2. Control () 3. Supervisión () 4. Afecto () 5. Apoyo () 6. Conducta disruptiva () 7. Comunicación () 8. Afecto negativo () 9. Recursos ()	
20	Según la escala de funcionalidad familiar (ESCALA EMMA ESPEJEL), ¿Cuál es el área de función familiar que más se presenta? 1. Autoridad () 2. Control () 3. Supervisión () 4. Afecto () 5. Apoyo () 6. Conducta disruptiva () 7. Comunicación () 8. Afecto negativo () 9. Recursos ()	

ANEXOS.

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

Instrucciones para el examinador, marque con una X el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiere a la respuesta expresada por los entrevistados.

1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

2. ¿Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir los menús, etc)?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

3. En su familia ¿hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas o tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

4. Si se reúne la familia para ver televisión ¿Quién decide el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

5. ¿Quién o quiénes de la familia tienen más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

--

7. En los problemas de los hijos, ¿Quién o quiénes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

--

8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen alguna falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

--

9. Si en casa existen horarios para comer o para llegar, ¿Quiénes respetan los horarios de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

--

10. Si uno de los padres castiga a un hijo, ¿Quién interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

--

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta, explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11. Cuando hay invitados en casa, ¿A quién se le avisa?

¿Quién invita?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
	Nunca invitan			Funcionalidad			

12. ¿Quiénes participan y quiénes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y No participa						
No Trabaja y participa						
No Trabaja						
	Funcionalidad					

13. Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia ¿Quién sustituye a quién para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
No existen obligaciones definidas			Funcionalidad				

14. En las decisiones familiares importantes ¿Quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

15. Para ausentarse de la casa ¿Quién le avisa o pide permiso a quién? A quién se pide permiso:

Pide Permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
No existen obligaciones definidas			Funcionalidad				

16. Cuando alguien comete una falta, ¿Quién y cómo castiga? Cómo castiga:

¿Quién Castiga ?	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro No familiar			
No se castiga	Funcionalidad		

17. Si acostumbran hacer promesas sobre permisos y castigos ¿Quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado ¿Quién pide ayuda?

A quien pide ayuda:

Pide Ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
Nadie ayuda a Nadie			Funcionalidad				

19. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
Nadie acostumbra a salir							
	Funcionalidad						

20. En esta familia ¿Quién protege a quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
Nadie protege a nadie							
	Funcionalidad						

21. Si conversan ustedes unos con otros ¿Quién con quién lo hace?

¿Quién conversa?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
Nadie conversa con la familia							
	Funcionalidad						

22. Si consideran que expresan libremente sus opiniones ¿Quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

23. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad							

24. Cuando ustedes toman alguna decisión o se llega a algún acuerdo ¿A quiénes se les hace saber con claridad?

¿Quiénes Acuerdan ?	Subsistema Parental	Subsistema Hijos	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Subsistema Parental					
Subsistema Hijos					
Otro familiar					
Otro No familiar					
No hay acuerdos en la familia			Funcionalidad		

25. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

27. Para transmitir los valores más importantes en esta familia ¿Quién se ha responsabilizado de la transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

28. Cuando algo se descompone ¿Quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

29. ¿Quién o quienes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

30. ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

31. En esta familia, ¿Quiénes son los más alegres o los que más se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

32. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

33. ¿Quién en esta familia se abrazan espontáneamente?

¿Quién se abraza?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
Nadie se abraza en la familia							

Funcionalidad

34. Cuando se enojan en esta familia ¿Quiénes son los que lo hacen y con quién?

¿Quién se enoja?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
Nadie se enoja en la familia							

Funcionalidad

35. Ha habido peleas con golpes en la familia ¿Quiénes con quién o quiénes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
Nadie se ha golpeado en la familia			Funcionalidad				

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta, explore la frecuencia con la que se presentan los eventos cuestionados.

	Frecuencia			
	Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro No familiar				
Funcionalidad				

36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulante?

	Frecuencia			
	Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro No familiar				
Funcionalidad				

37. ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

	Frecuencia			
	Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro No familiar				
Funcionalidad				

38. Si en esta familia han tenido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc) ¿Quién los ha tenido?

		Frecuencia			
		Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy raro	Nunca
Padre					
Madre					
Hijos					
Hijas					
Otro familiar					
Otro No familiar					
		Funcionalidad			

39. ¿Quién ha presentado un problema emocional?

		Frecuencia			
		Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy raro	Nunca
Padre					
Madre					
Hijos					
Hijas					
Otro familiar					
Otro No familiar					
		Funcionalidad			

40. ¿Quién de la familia se aísla?

		Frecuencia			
		Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy raro	Nunca
Padre					
Madre					
Hijos					
Hijas					
Otro familiar					
Otro No familiar					
		Funcionalidad			

FORMATO DE CALIFICACION:

Cada cuadro tiene el número de ítem que le corresponde. Escribir el puntaje de funcionamiento en los cuadros según el ítem que le corresponda. Un mismo ítem puede aparecer varios conceptos (por ejemplo el 40) después de haber hecho el vaciado, sumar cada escala. El puntaje global se

obtiene sumando todos los puntos de los 40 ítems, debido a la repetición de ítems en diferentes escalas no se puede hacer la suma por escalas.

	1	3	4	5	11	12	14	28	39	40	
PUNTUACION											
	8	10	17	26	31	34	35	40			
PUNTUACION											
	16	25	26	28	30						
PUNTUACION											
	22	23	24	27	31	32	33				
PUNTUACION											
	7	16	18	20	39	40					
PUNTUACION											
	5	9	36	37	38	39	40				
PUNTUACION											
	4	10	15	18	19	21	22	36	38		
PUNTUACION											
	6	15	29	34							
PUNTUACION											
	2	12	13	14	17	40					
PUNTUACION											

Características de la Escala de Calificación.

Cada ítem se evalúa en una escala ordinal de cuatro categorías, asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional. Las categorías 2 y 3 con intermedias.

Esta asignación se hace a juicio de la persona que evalúa, considerando en cada caso el ciclo vital de la familia, el nivel cultural y socioeconómico de la misma, la tipología familiar y a los criterios que por ejemplo se presentan:

Ítem 20: En esta Familia, ¿Quién Protege a quién?

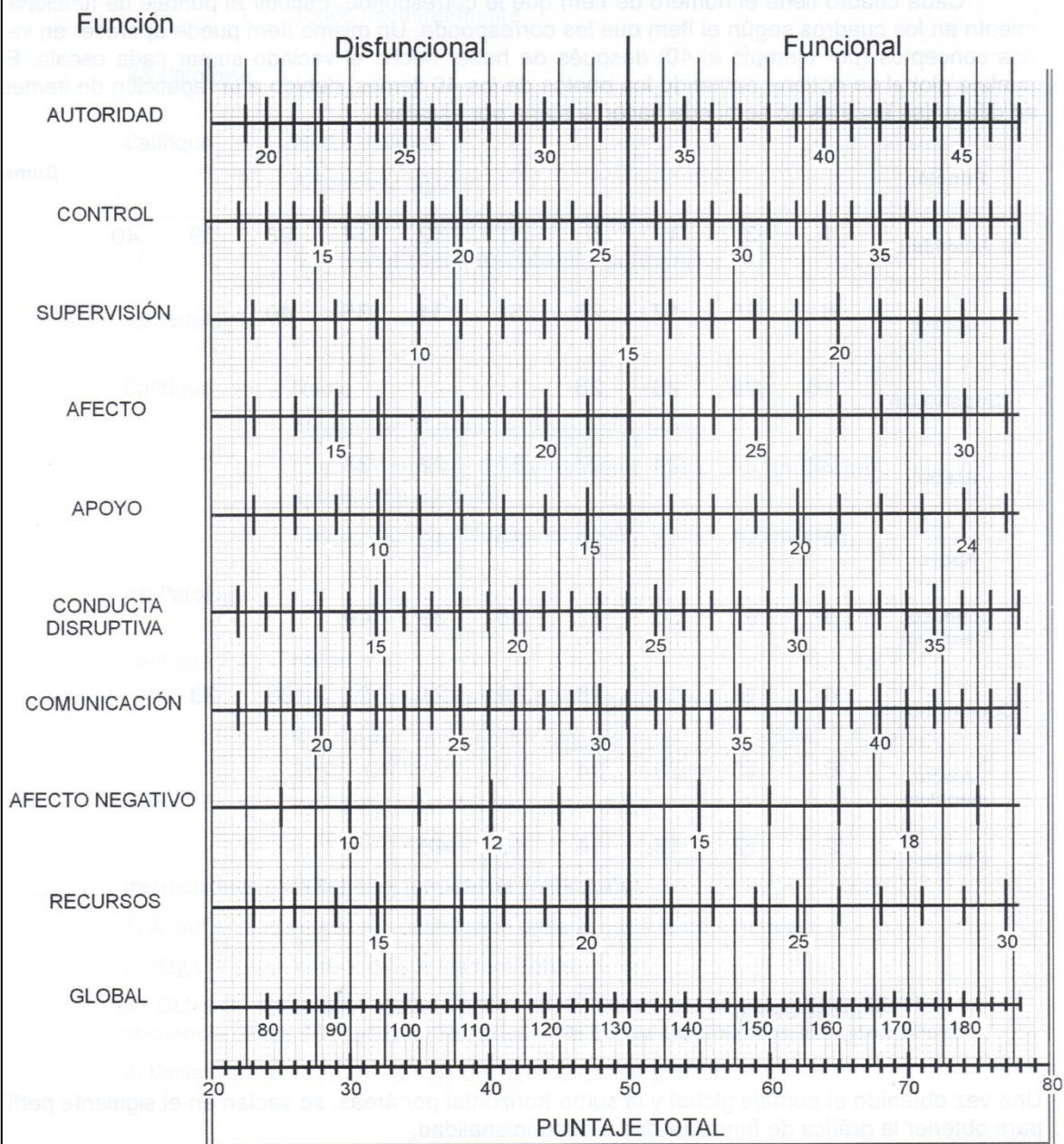
Califique:

4. Todos se protegen o cuando la protección proviene de un subsistema superior o dentro del mismo
3. Cuando sólo uno de los padres protege y el otro es sustituido por un familiar o no familiar.
2. Cuando existe sobreprotección de cualquiera de los miembros.
1. Nadie u otro familiar o no, en presencia de padre no clínico (no enfermo).

Nota: cualquier pregunta que no sea posible de contestar porque "no es el caso" se calificara con 4.

Perfil de funcionamiento familiar

Familia: _____ Fecha de aplicación: _____
 Tiempo de formada: _____ Etapa de ciclo vital: _____
 Nivel socioeconómico: _____ Número de miembros: Adultos _____
 Adolescentes _____ niños _____ Tipo de familia: _____



INSTITUTO DE LA FAMILIA A. C .

TABLAS DE CONVERSIÓN

		DISFUNCIONAL													FUNCIONAL													
	P.C.	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	P.C.
Autoridad	P.G.	80	84	88	92	96	100	104	108	112	116	120	124	128	132	136	140	144	148	152	156	160	164	168	172	176	180	P.G.
	P.T.	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	P.T.
Control	P.C.			15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	P.C.
	P.G.			88	92	96	100	104	108	112	116	120	124	128	132	136	140	144	148	152	156	160	164	168	172	176	180	P.G.
	P.T.			28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	P.T.
Supervisión	P.C.									10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23				P.C.	
	P.G.									102	108	114	120	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180				P.G.	
	P.T.									35	38	41	44	47	50	53	56	59	62	65	68	71	74				P.T.	
Afecto	P.C.						15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					P.C.	
	P.G.						90	96	102	108	114	120	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180					P.G.	
	P.T.						29	32	35	38	41	44	47	50	53	56	59	62	65	68	71	74					P.T.	
Apoyo	P.C.							10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24					P.C.	
	P.G.							96	102	108	114	120	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180					P.G.	
	P.T.							32	35	38	41	44	47	50	53	56	59	62	65	68	71	74					P.T.	
Conductas	P.C.				15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	P.C.	
	P.G.				96	100	104	108	112	116	120	124	128	132	136	140	144	148	152	156	160	164	168	172	176	180	P.G.	
	P.T.				32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	P.T.	
Comunicación	P.C.		20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	P.C.	
	P.G.		88	92	96	100	104	108	112	116	120	124	128	132	136	140	144	148	152	156	160	164	168	172	176	180	P.G.	
	P.T.		28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	P.T.	
Afecto negativo	P.C.									10	11	12	13	14	15	16	17	18									P.C.	
	P.G.									92	102	112	122	132	142	152	162	172									P.G.	
	P.T.									30	35	40	45	50	55	60	65	70									P.T.	
Recursos	P.C.							15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29					P.C.	
	P.G.							96	102	108	114	120	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180					P.G.	
	P.T.							32	35	38	41	44	47	50	53	56	59	62	65	68	71	74					P.T.	
Puntaje Crudo: P.C.																												
Puntaje Global: P.G.																												
Puntaje Total: P.T.																												

