

Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 "JUANA DE ASBAJE".



**“FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 10 A 19 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 17 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL.”**

TRABAJO PRESENTADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:**

**DRA. RUTH VIRGINIA ZAVALA DORADO**

MÉXICO D.F.

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.

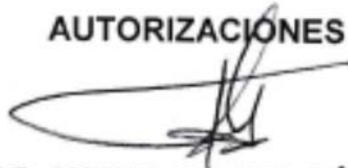
**“FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 10 A 19 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 17 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL.”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA**

**DRA. RUTH VIRGINIA ZAVALA DORADO**


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

**“FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 10 A 19 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 17 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL.”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA**

**DRA. RUTH VIRGINIA ZAVALETA DORADO**

**AUTORIZACIONES**



**DRA. MARLENE MARMOLEJO MENDOZA**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 "JUANA DE ASBAJE"  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL I.M.S.S



**DR. ANDRES ROCHA AGUADO**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 "JUANA DE ASBAJE"  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL I.M.S.S

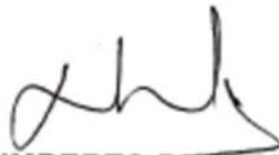
**“FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 10 A 19 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 17 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL.”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA**

**DRA. RUTH VIRGINIA ZAVALA DORADO**

**AUTORIZACIONES**



**DR. HUMBERTO PEDRAZA MENDEZ**

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD  
ADSCRITO A LA DELEGACIÓN NORTE  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
I.M.S.S



**DR. VICTOR MANUEL AGUILAR**

COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACION  
ADSCRITO A LA DELEGACIÓN NORTE  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
I.M.S.S

# **FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 10 A 19 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 17 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL**

Marmolejo Mendoza Marlene<sup>1</sup> Zavaleta Dorado Ruth Virginia<sup>2</sup>, 1CCEIS UMF2, 2MG UMF2.

**INTRODUCCIÓN:** En México uno de seis nacimientos es en mujeres adolescentes, limitando oportunidades educativas, rechazo del entorno familiar e inmadurez biopsicosocial.

**OBJETIVO:** Identificar factores de riesgo reproductivo y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de la consulta en la UMF No.17 del IMSS de enero a junio 2012.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional con técnica de recolección de datos, con encuesta dirigida de evaluación de riesgo reproductivo y dinámica familiar. **Criterios de inclusión:** Mujeres embarazadas entre 10 y 19 años de edad que desearon participar en el estudio. **RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:** Encuesta, para la descripción resumida de la variabilidad de los datos, se utilizó porcentajes en las variables cualitativas. Escala de funcionamiento familiar Dra. Emma Espejel

**RESULTADOS:** Muestra 20 embarazadas, edad en 19 (45%) y 16 años (5%), estado civil casadas 13 (65%) no casadas 7 (35%), ingreso mensual medio entre 2000 y 4000 pesos al mes, tipo de familia extensa (55%), ciclo de vida en expansión (65%), tipo de vivienda prestada (80%) riesgo reproductivo leve (90%).en cuanto a la funcionalidad familiar 75% fue funcional.

**CONCLUSIONES:** disfunción familiar puede ser un factor para el cambio de conductas en los adolescentes, la disfunción familiar constituye un riesgo asociado a edad, estado civil, ingreso mensual, etapa del ciclo familiar, tipo de familia, las adolescentes requieren tomar decisiones responsablemente que afecten a la familia, libertad para tomar decisiones, disponibilidad para compartir, confianza, solidaridad y afecto.

**PALABRAS CLAVES:** Riesgo reproductivo, funcionalidad familiar, embarazada adolescente

## ÍNDICE

Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	8
Justificación.....	9
Objetivos.....	11
Metodología.....	12
Información y variables.....	13
Análisis estadístico.....	14
Resultados.....	17
Cuadros y gráficas.....	19
Discusión.....	26
Conclusiones.....	29
Recomendaciones.....	30
Bibliografía.....	33

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa relevante del ciclo vital individual y en el familiar, debido a que involucra importantes cambios físicos y emocionales que producen gran impacto a nivel personal, en la familia y en la sociedad<sup>1</sup>. Es el periodo de transición de la infancia a la vida adulta comprendida entre los 10 y 19 años de edad<sup>2</sup> y tiene tres etapas: temprana entre los 10 y 13, media entre los 14 y 16, y tardía entre los 17 y 19 años<sup>3</sup>.

En esta etapa ocurren cambios psicosociales significativos que marcarán la vida ulterior del individuo. Entre ellos destaca la consolidación del sentido de identidad, la independencia de los padres, la conformación de un sistema de valores y la adquisición de las habilidades para establecer relaciones maduras de amor y amistad<sup>4</sup>.

El noviazgo como experiencia emocional ocurre por primera vez prácticamente en todos los casos antes de los 20 años de edad, principalmente entre los 15 y los 19 años. Con referencia a los condicionantes para iniciar una relación de pareja, la mayoría busca en la experiencia de noviazgo alguien a quien amar y con quien compartir sentimientos, y solo un pequeño porcentaje piensa en casarse o en formar una familia. El lugar tan importante que ocupan los sentimientos románticos se expresa en los temas de conversación entre las parejas de novios, ya que prefieren platicar sobre su relación y sentimientos, o de la familia, más que de los estudios, el trabajo, el sexo, la política o la religión<sup>5</sup>. La fuente interpersonal preferida para hablar sobre temas de sexualidad (incluida la anticoncepción) es el grupo de pares, es decir, amigas, vecinas y hermanas. Los pares a menudo no son una fuente de información de buena calidad. Por otra parte, pueden tener influencias negativas en cuanto a la adopción de conductas de riesgo reproductivo, cuando empujan a los varones a iniciaciones que quizás de otro modo habrían sido postergadas.

Un dato interesante que surge de la investigación es que los docentes son el otro grupo de adultos con quien los adolescentes dialogan de temas sexuales. Pero el 70% de los jóvenes no recurre ni a maestros ni a padres y alrededor del 50% no conversa ni con los padres ni con los amigos, estableciendo un muro de silencio alrededor de su sexualidad<sup>6</sup>.



Por otro lado el médico ha repercutido poco en la orientación sexual, por lo que éste debería tener un papel activo al respecto, y preferentemente deberían ser médicas –con quienes las pacientes se identifican en mayor medida<sup>7</sup>.

La sexualidad también sufre cambios importantes y es en esta etapa, por lo general, cuando se producen los primeros escarceos sexuales. Con ello, los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y la morbimortalidad por aborto inseguro (este último es la tercera causa de muerte en adolescentes) vienen a representar un riesgo para esta población particularmente vulnerable<sup>8,9</sup>. El bajo nivel social, económico y educacional, así como haber sufrido abuso sexual o estar expuesto a la violencia son factores que incrementan el riesgo de embarazo en adolescentes<sup>10</sup>. El embarazo trae consecuencias importantes en la vida de los adolescentes: limita las oportunidades futuras de desarrollo, mantiene la condición de pobreza, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja, la baja escolaridad y en México ha llegado a ser considerado por algunos investigadores como un problema de salud pública<sup>11,12</sup>.

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, etc<sup>13</sup>. De esta gran variedad de riesgos es posible agruparlos en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes<sup>14</sup>.

Así, las familias “bien constituidas”, con ambos padres biológicos presentes, ofrecerían un ámbito protector. Los adolescentes provenientes de esas familias tendrían una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener una iniciación sexual temprana y relaciones sexuales sin protección y, por lo tanto, de quedar embarazada o embarazar a su pareja<sup>8</sup>.

La mitad de los jóvenes y adolescentes (49.9%) se concentran en solo siete de las 32 entidades federativas: Estado de México (13.3%), Distrito Federal (8.4%), Veracruz (7.0%), Jalisco (6.6%), Puebla (5.1%), Guanajuato (5.1%) y Michoacán (4.4%). En el grupo de edad de 15 a 24 años, 74 % viven en áreas urbanas y el 26% viven en áreas rurales. La presente generación adolescente tiene acceso a más y mejores oportunidades de desarrollo que las generaciones previas, el perfil social es más urbano y ha aumentado el nivel promedio de escolaridad. Más de la mitad (59%) ha completado la educación secundaria, lo que significa mayor capacidad para acceder a la información y a la tecnología moderna, una mayor socialización entre los géneros y un cambio en los patrones de relación entre hombres y mujeres<sup>5</sup>.

La población adolescente en México representa un quinto de la población en el país y uno de cada seis nacimientos de mexicanos se da en mujeres menores de 19 años, ocupando así el 14.6%<sup>5,15,16</sup>. 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 estos embarazos presenten problemas debido a que la madre adolescente tiene limitación de oportunidades educativas, rechazo del entorno familiar e inmadurez biopsicosocial<sup>17</sup>.

Se habla de factores de riesgo reproductivo, definiéndose riesgo reproductivo como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma del desarrollo normal o la supervivencia del producto.

La valoración del riesgo reproductivo permite planear las características de la vigilancia prenatal en cada caso, en particular para la identificación de los factores de riesgo, la educación para la salud y la detección oportuna de complicaciones<sup>18</sup>.

Clasificándose de la siguiente manera:

RIESGO BAJO	RIESGO INTERMEDIO	RIESGO ALTO
<p>Ausencia de los factores o condiciones para riesgo intermedio y alto</p> <p>Estatura &lt;150cm</p> <p>Escolaridad primaria o menos</p> <p>Antecedente de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervalo intergenésico &lt;2ª</li> <li>• Una cesárea o aborto</li> </ul>	<p>Edad &lt;20y &gt;34</p> <p>Tabaquismo crónico</p> <p>Infección de vías urinarias</p> <p>Hemorragia transvaginal durante el 1er trimestre</p> <p>Antecedente de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 o + embarazos</li> <li>• Productos prematuros o bajo peso al nacer</li> <li>• 2 o + cesáreas</li> </ul>	<p>Hipertensión arterial</p> <p>Diabetes mellitus</p> <p>Cardiopatía</p> <p>Nefropatía</p> <p>Rh (-) con Coombs indirecto (+)</p> <p>Otra enfermedad crónica o sistémica grave</p> <p>Hemorragia transvaginal durante 3er trimestre</p> <p>Antecedente de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 o + abortos</li> <li>• Preeclampsia-eclampsia</li> <li>• Malf. congénitas</li> </ul>

Así mismo se presentan complicaciones en el embarazo de la adolescente las cuales las podemos englobar en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.

#### 1. Complicaciones somáticas

##### 1.1 Para la madre

La mortalidad materna del grupo de 15- 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años<sup>19</sup>.

Con respecto a la morbilidad materno-fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y

malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro<sup>20</sup>.

Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente<sup>21</sup>.

## 1.2 Para el hijo

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables<sup>22</sup>.

Se habla de maltrato fetal a cualquier acto que de manera intencional o negligente puede lesionar al embrión o al feto. Se maltrata al feto cuando la embarazada no lleva control prenatal de manera adecuada, consume drogas legales (tabaco, alcohol) o ilegales (marihuana, cocaína, inhalantes u otras sustancias), se induce al aborto, o se maltrata físicamente a la embarazada. A lo que las consecuencias del maltrato fetal pueden ser: retraso mental, retardo en el crecimiento intrauterino, prematurez, malformaciones congénitas, muerte fetal, síndromes de abstinencia de drogas y de muerte súbita<sup>23</sup>.

## 2. Complicaciones Psicosociales.

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar.

La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social.

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia<sup>23</sup>.

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad; por lo que la aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración<sup>19</sup>. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante<sup>24</sup>.

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos<sup>21</sup>.

Es indispensable que el médico de primer contacto (médico familiar) aproveche toda visita de niños y adolescentes con cualquier motivo de consulta para lograr un mayor acercamiento a los servicios de salud, particularmente en población

rezagada. Debe verificar que se otorgue información oportuna buscando la promoción de comportamientos saludables en un ambiente de respeto y confidencialidad. También desarrollarse estrategias para que las adolescentes embarazadas ingresen a un control prenatal en una edad gestacional temprana.

A la par, se deben implementar estrategias novedosas de captación para adolescentes<sup>25</sup>.

Para identificar la funcionalidad familiar el instrumento utilizado fue la Escala de Funcionamiento Familiar de la Dra. Emma Espejel el cual ha sido aplicado en población mexicana obteniendo una especificidad de 0.72 y sensibilidad de 0.91 por lo que discrimina sensiblemente las familias funcionales y las disfuncionales. La confiabilidad calculada según el coeficiente de consistencia interna Alfa de Crombrach fue de 0.75. Instrumento aprobado por instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Iberoamericana, el Instituto Nacional de Salud Mental, la Universidad Metropolitana, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, el Hospital Psiquiátrico "Samuel Ramírez Moreno" en el D.F., el Instituto de la Familia y en La Habana Cuba.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La adolescencia es la etapa durante la cual se producen cambios fisiológicos, mentales, afectivos y sociales profundos. En esa etapa de transición, los cambios ocurren con rapidez y son necesarias continuas readaptaciones; los jóvenes se hacen más autónomos de su familia, de las instituciones educativas, de la moral y en general de la influencia de los adultos. 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.

La población adolescente en México representa un quinto de la población en el país y uno de cada seis nacimientos de mexicanos se da en mujeres menores de 19 años, ocupando así el 14.6%. 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 estos embarazos presenten problemas debido a que la madre adolescente tiene limitación de oportunidades educativas, rechazo del entorno familiar e inmadurez biopsicosocial.

Otra de las complicaciones y más graves por la que el Sistema de Salud a nivel nacional y mundial ha dado mayor auge al tema de la adolescente embarazada es la mortalidad materna. El embarazo en edades tempranas duplica las posibilidades de morir con respecto a las mujeres de 20 años y más; para las menores de 15 años el riesgo es cinco veces mayor. En 2008, las defunciones de adolescentes asociadas con el embarazo, parto y puerperio se ubicaron entre las principales causas de muerte, y representaron el 13% de todas las muertes maternas registradas en el país. En el año 2011 la razón de mortalidad materna de las menores de 20 años es de 53.4, y para el total de mujeres de 50.1 muertes/100,000 nacidos vivos.

Por lo que bajo este contexto se generó la siguiente pregunta:

¿De qué manera influyen los factores de riesgo reproductivo y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de la Unidad de Medicina Familiar no. 17 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Distrito Federal?

## JUSTIFICACIÓN

Se hace referencia a que el embarazo en la etapa temprana de la adolescencia se caracteriza por inmadurez biológica, incapacidad de la pareja para cuidar a un hijo y formar una familia. Las consecuencias del embarazo en adolescentes abarcan aspectos físicos, maternos y psicosociales que interfieren con la madurez, aceptación social y familiar de la madre y su hijo. 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.

Se estima que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 17% del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo de edad. A pesar de que durante los últimos seis años el número de nacimientos se redujo en poco más del 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continúa siendo un desafío prioritario en salud reproductiva.

La población adolescente en México representa un quinto de la población en el país y uno de cada seis nacimientos de mexicanos se da en mujeres menores de 19 años, ocupando así el 14.6%. 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 estos embarazos presenten problemas debido a que la madre adolescente tiene limitación de oportunidades educativas, rechazo del entorno familiar e inmadurez biopsicosocial.

La mortalidad materna es un problema de gravedad para las adolescentes. El embarazo en edades tempranas duplica las posibilidades de morir con respecto a las mujeres de 20 años y más; para las menores de 15 años el riesgo es cinco veces mayor. El número de defunciones asociadas a la maternidad por cada 100,000 nacidos vivos ha aumentado entre las adolescentes. En México, la mortalidad en menores de 24 años corresponde a 33% del total de las muertes maternas<sup>19</sup>.

El embarazo en adolescentes constituye un problema desde el punto de vista médico y social. Los factores contribuyentes son múltiples y las soluciones a los



mismos no parecen ser fáciles de resolver a corto plazo. Por lo anterior, el seguimiento de la gestación debe contemplar no sólo la asistencia obstétrica como tal, sino adoptar un enfoque integral que atienda además, las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia<sup>26</sup>.

Debido a lo anterior es por lo que se realizó el presente estudio.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL.**

- Establecer la relación entre riesgo reproductivo y funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a consulta a la UMF No. 17 del Instituto Mexicano Del Seguro Social, Delegación 1 Norte Del Distrito Federal

### ***OBJETIVOS ESPECÍFICOS.***

- Identificar la edad más frecuente en que se presenta el embarazo en la adolescente
- Determinar el estado civil más frecuente en las embarazadas
- Identificar el ingreso mensual promedio de las adolescentes embarazadas
- Determinar el tipo de familia que tienen cada una de las adolescentes embarazadas
- Identificar el ciclo familiar de las adolescentes al momento del embarazo
- Determinar el tipo de vivienda en que habita cada una de las adolescentes embarazadas
- Identificar el riesgo reproductivo de cada una de las adolescentes

## METODOLOGÍA

Tipo de estudio.

Prospectivo, descriptivo, observacional, transversal

Población, Lugar Y Tiempo De Estudio.

Embarazadas adolescentes de entre 10 y 19 años de la Unidad de Medicina Familiar no. 17 del IMSS, durante un periodo de tiempo abarcando el 1er semestre del 2012.

Tipo De Muestra Y Tamaño De La Muestra

Al azar por conveniencia, de casos consecutivos teniendo una muestra de 20 pacientes

Criterios de selección.

<b>INCLUSIÓN</b>	<b>EXCLUSIÓN</b>	<b>ELIMINACIÓN</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Derechohabientes de la UMF 17:</li><li>2. Sexo femenino</li><li>3. Edad entre 10 a 19 años</li><li>4. Embarazadas</li></ol>	Mujeres embarazadas que no pertenezcan a alguna clasificación de familia.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mujeres que no quieren participar en el estudio</li><li>2. Mujeres que no se encuentren vigentes en el momento del estudio</li></ol>

**INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR.**

**Operacionalización de variables**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>
<b>EDAD</b>	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació.	A menor edad mayor riesgo de complicaciones	Cuantitativa	Trienios 10-13 años 14-16 años 17-19 años
<b>IMC</b>	Relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos	Mujeres con IMC por debajo de 18 y mayor de 25 cursan con mayor riesgo de complicaciones	Cuantitativa	Índice de Quetelet (IMC) Delgadez acept.17-18.4 normal18.5-24.9 sobrepeso 25-29.9 obesidad I 30-34.9 obesidad II 35-39.9 obesidad III >40
<b>TABAQUISMO</b>	Intoxicación aguda crónica, producida por el tabaco	Enfermedad que altera el desarrollo y crecimiento del producto de la concepción	Cualitativa Dicotómica	Si No
<b>ALCOHOLISMO</b>	Intoxicación causado por el abuso de bebidas alcohólicas	Enfermedad que altera el desarrollo y crecimiento del producto de la concepción	Cualitativa Dicotómica	Si No
<b>DROGADICCIÓN</b>	Estado de intoxicación periódica o crónica originada por el consumo repetido de una droga	Enfermedad que altera el desarrollo y crecimiento del producto de la concepción	Cualitativa Dicotómica	Si No
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>	Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa	Cualitativa dicotómica	Funcional Disfuncional

## **MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN**

Cuestionario de Escala de Funcionalidad Familiar Dra. Emma Espejel, riesgo reproductivo de la embarazada, edad, estado civil, ingreso económico, tipo de familia, tipo de vivienda, ciclo familiar y tipo de familia de la embarazada adolescente

Procedimiento para captar la información. Entrevistando a cada una de las embarazadas y llenando los cuestionarios de la Escala de Funcionamiento Familiar junto con la hoja frontal la cual incluyen datos como son: edad, estado civil, ingreso económico, tipo de familia, tipo de vivienda, ciclo familiar y tipo de familia.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

### **Consideraciones éticas**

#### **Declaración de Helsinki**

La declaración "Helsinki II" (Artículo I, 9) menciona que el consentimiento por sí solo no protege suficientemente al sujeto y por ello debe ir acompañado de una evaluación ética independiente de las investigaciones propuestas. Además hay muchas personas que no están en condiciones de emitir un consentimiento consciente, entre ellas los menores, los adultos enfermos o deficientes mentales y todas las personas completamente ajenas a los conceptos de la medicina moderna, para quienes el consentimiento supone una participación pasiva cuyo sentido son incapaces de comprender.

#### **Menores.**

Es axiomático que los menores nunca deben participar como sujetos en actividades de investigación que puedan realizarse en adultos. Sin embargo, su participación es indispensable para la investigación de las enfermedades infantiles y de determinados trastornos propios de los niños. Siempre es necesario obtener el consentimiento del padre, la madre o el tutor legal después de haberle explicado los objetivos del experimento y los posibles riesgos, molestias o incomodidades.

En la medida de lo posible, lo cual variará en función de la edad, obtener la cooperación voluntaria del niño y añadir este al de los padres o tutores legales, los

menores no deben ser incluidos bajo ninguna circunstancia en actividades de investigación que no encierren posibles beneficios para ellos, salvo cuando el objetivo sea explicar los estados fisiológicos o patológicos típicos de la infancia.

#### Personas enfermas o con retraso mental

Esta se asemejan a la de menores, se agrega, por otra parte, son los únicos sujetos disponibles para el estudio de las causas y tratamientos de la enfermedad o discapacidad mental.

Se debe solicitar el consentimiento de la familia inmediata-cónyuge, padres, hijos adultos, hermanos- aunque sea de valor dudoso debido a que, en algunos casos, las personas son consideradas como una carga por sus familias.

#### Carácter confidencial de la información.

En el transcurso de la investigación puede que haya que compilar y almacenar información relativa a personas cuya revelación a terceros pueda causar perjuicio o malestar. Por lo tanto, los investigadores deberán tomar las medidas necesarias para proteger el carácter confidencial de dicha información, por ejemplo, omitiendo los datos que pudieran facilitar la identificación de los participantes, limitando el acceso a los datos o tomando cualquier otra medida apropiada.

En el presente estudio se consideraron los lineamientos establecidos en la Ley General de Salud (SSA, 1987) en materia de investigación, la cual establece entre otros, en el TITULO SEGUNDO, capítulo 1, en lo referente a la investigación en los seres humanos, y son los siguientes:

#### Disposiciones Comunes

Artículo 13- En la presente investigación prevaleció el criterio de respeto a la dignidad, protección de derechos y bienestar de la mujer, durante la entrevista con ellas tanto para el consentimiento como para la aplicación del instrumento.

Artículo 14- Para el consentimiento informado de la mujer se procedió a cerca de los objetivos y propósito general del estudio, informando también que su aceptación era decisión personal y completamente libre y que el hecho de aceptar

o no el estudio, no implicaría compromisos de ninguna índole e incluso al aceptar, tendría la oportunidad de retirar su participación en cualquier momento que así lo considerará. Situación que no ocurrió.

Artículo 17-Fracción I. Se Considera que es un estudio que no implica riesgo alguno para las mujeres entrevistadas, porque como se señaló en su momento sólo se aplicó un cuestionario sobre las variables a estudiar, lo cual no implicó riesgos para sus factores psicológicos, emocionales o sociales.

Artículo 21 -Fracción VI- Se permitió a cada mujer expresar sus dudas acerca del estudio, mismas que fueron aclaradas al término de la aplicación del instrumento.

Fracción VIII Se aseguró que el nombre de cada mujer no aparecería en el estudio ya que se mantendrá en forma confidencial la información proporcionada (Artículo 16).

Artículo 22: -Fracciones I Y II. El Consentimiento se elaboró directamente por lo autores de este estudio en conjunto con el asesor y el visto bueno de la Comisión de ÉTICA DE LA INSTITUCIÓN (Capítulo II, Artículo 28 Y 29).

## RESULTADOS.

El tamaño de la muestra se conformó por 20 pacientes embarazadas adolescentes todas ellas adscritas a la Unidad Medico Familiar No.17 de ambos turnos.

Se elaboró una relación de acuerdo a edad en la que 9 pacientes (45%) tienen 19 años disminuyendo el porcentaje gradualmente hasta ser el menor una única paciente con 16 años (5%). Cuadro y gráfica 1.

En cuanto al estado civil predominó las pacientes casadas con una frecuencia de 13 (65%) y menos frecuente las no casadas 7 (35%). Cuadro y gráfica 2.

El ingreso mensual predominante en estas pacientes fue de 2000 a 4000 pesos 12 pacientes (60%), la distribución fue: 12 (60%) percibían un ingreso mensual entre 2,000 y 4,000 pesos, 1 (5%) tienen un ingreso entre 4,000 y 10,000 pesos y 3 (15%) tiene un ingreso menor de 2,000. Cuadro y gráfica 3

El tipo de familia predominante fue la familia extensa 11 pacientes (55%) seguida por la familia nuclear con 7 pacientes (35%) 1 paciente pertenecía a una familia compuesta y 1 a la familia desintegrada. Cuadro y gráfica 4

La etapa del ciclo familiar más frecuente fue la etapa de expansión e independencia con 13 pacientes (65%). 6 familias (30%) pertenecen a la etapa de dispersión y 1 familia (5%) pertenecen a la etapa de retiro. Cuadro y gráfica 5.

El tipo de vivienda que predominó fue la prestada con 16 pacientes (80%), entendiéndose por esto que la pareja vive en casa de alguna de las familias de origen. 2 pacientes (10%) rentan casa, 1 paciente (5%) viven en casa propia y otro paciente (5%) no definió el tipo de vivienda. Cuadro y gráfica 6.

Al analizar el riesgo reproductivo encontramos a 18 pacientes (90%) con riesgo reproductivo leve, 1 con riesgo reproductivo moderado (5%) y 1 paciente con riesgo reproductivo severo (5%). Cuadro y gráfica 7.

Se aplicó el instrumento de funcionalidad familiar de Emma Espejel el cual valora 9 funciones, las cuales se analizaron individualmente, encontrándose que para las funciones de afecto, apoyo, autoridad, conducta disruptiva, recurso se obtuvieron mayores porcentajes para funcionalidad familiar sin embargo en las funciones de afecto negativo, comunicación, control, recurso se encontró mayor porcentaje



para disfuncionalidad familiar. Encontrando para la funcionalidad global mayor porcentaje 15 familias (75%) que para la disfuncionalidad familiar 5 familias (25%). En la función de Autoridad se encontró que 14 familias (70%) fueron funcionales y 6 familias (30%) fueron disfuncionales. Cuadro y gráfica 8.

En la función de Control se encontró que 13 familias (65%) fueron funcionales, y 7 pacientes (35%) fueron disfuncionales.

En la función de Supervisión se encontró que 15 familias (75%) fueron funcionales y 5 familias (25%) fueron disfuncionales.

En la función de Afecto se encontró que 15 familias (75%) fueron funcionales y 5 familias (25%) fueron disfuncionales.

En la función de Apoyo se encontró que 19 familias (95%) fueron funcionales y 1 familia (5%) fue disfuncional.

En la función de Conducta disruptiva se encontró que 7 familias (35%) fueron funcionales y 13 familias (65%) fueron disfuncionales.

En la función de Comunicación se encontró que 12 familias el (60%) fueron funcionales y 8 familias (40%) fueron disfuncionales.

En la función de Afecto negativo se encontró que 11 familias (55%) fueron funcionales y 9 familias (45%) fueron funcionales.

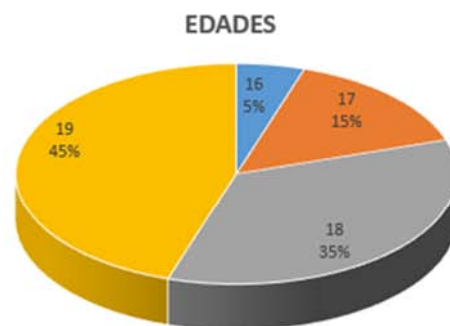
En la función de Recurso se encontró que 10 familias (50%) fueron funcionales y 10 familias (50%) fueron disfuncionales.

En cuanto al puntaje global se encontró que 6 familias (30%) fueron disfuncionales y 14 familias (70%) fueron funcionales. Cuadro y gráfica 9.

En cuanto al puntaje total se encontró que 5 familias (25%) fueron disfuncionales y 15 familias (75%) fueron funcionales. Cuadro y gráfica 10.

**CUADRO Y GRÁFICA 1  
PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN LA EDAD  
U.M.F.17 LEGARIA IMSS**

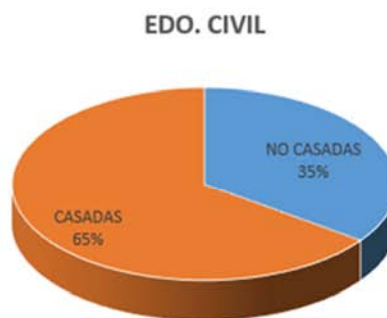
EDADES	CANTIDAD	PORCENTAJE
16	1	5
17	3	15
18	7	35
19	9	45



FUENTE: CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN

**CUADRO Y GRÁFICA 2  
PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN ESTADO CIVIL  
U.M.F.17 LEGARIA IMSS**

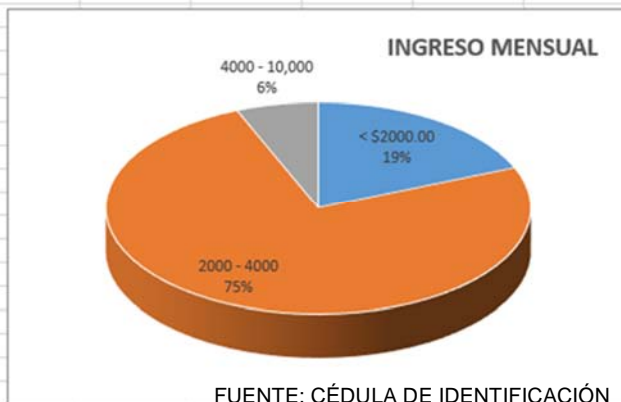
EDO CIVIL	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO CASADAS	7	35
CASADAS	13	65



FUENTE: CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN

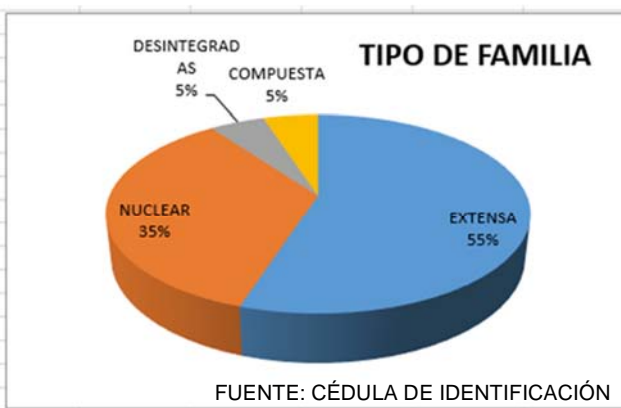
**CUADRO Y GRÁFICA 3**  
**PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN EL INGRESO**  
**MENSUAL**  
**U.M.F.17 LEGARIA IMSS**

INGRESO MENSUAL		PORCENTAJE	
< \$2000.00	3	15	
2000 - 4000	12	60	
4000 - 10,000	1	5	



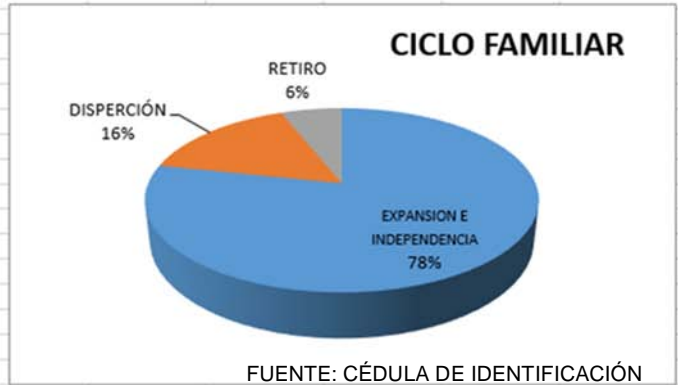
**CUADRO Y GRÁFICA 4**  
**PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN TIPO DE FAMILIA**  
**U.M.F.17 LEGARIA IMSS**

TIPO DE FAMILIA		PORCENTAJE	
EXTENSA	11	55	
NUCLEAR	7	35	
DESINTEGRADAS	1	5	
COMPUESTA	1	5	



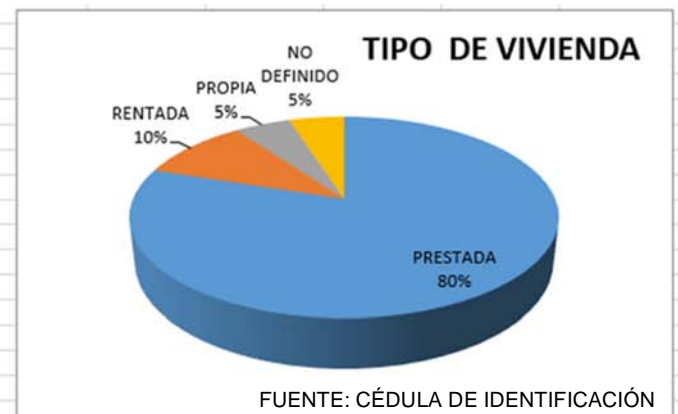
**CUADRO Y GRÁFICA 5  
PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN CICLO FAMILIAR  
U.M.F.17 LEGARIA IMSS**

CICLO FAMILIAR	PORCENTAJE	
EXPANSION E INDEPENDENCIA	13	65
DISPERCIÓN	6	13
RETIRO	1	5



**CUADRO Y GRÁFICA 6  
PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN TIPO DE VIVIENDA  
U.M.F.17 LEGARIA IMSS**

TIPO DE VIVIENDA	PORCENTAJE	
PRESTADA	16	80
RENTADA	2	10
PROPIA	1	5
NO DEFINIDO	1	5

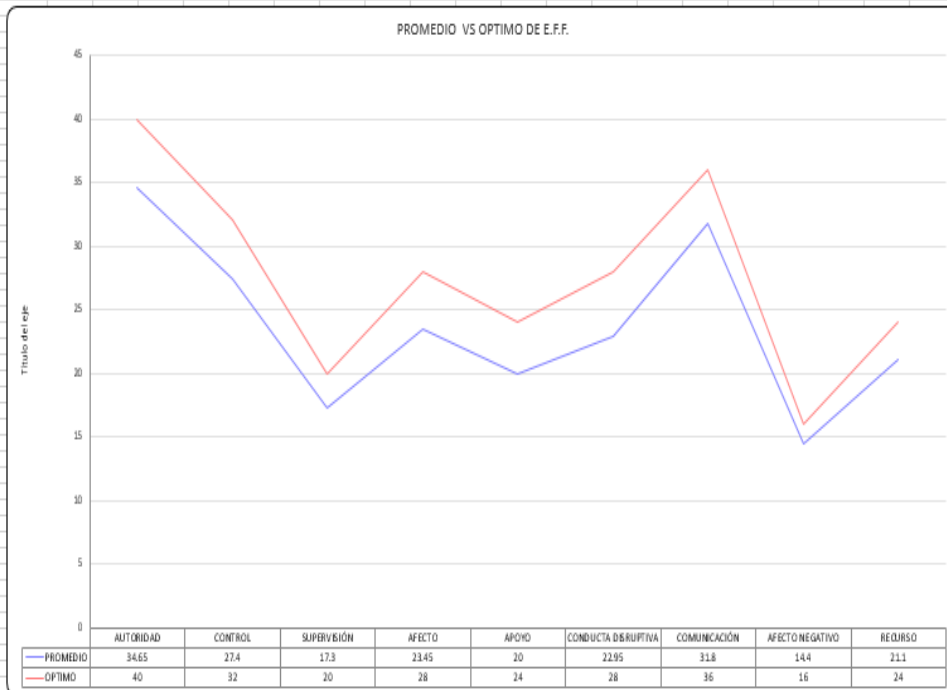




## CUADRO Y GRÁFICA 8 PACIENTES EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN FUNCIONALIDAD FAMILIAR ÓPTIMO U.M.F.17 LEGARIA

E.F.FAMILIAR		ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR																				
FUNCIÓN	ÓPTIMO	PUNTAJE																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	PROMEDIO
AUTORIDAD	40	33	34	35	34	40	32	36	35	34	37	34	34	38	34	32	33	34	34	31	31	34,65
CONTROL	32	24	27	30	26	21	24	31	30	27	29	28	31	29	31	21	25	27	25	22	24	27,4
SUPERVISIÓN	20	15	19	15	19	20	18	20	17	14	20	17	18	18	18	17	18	15	14	16	16	17,3
AFECTO	23	24	23	24	24	27	24	27	24	18	27	22	27	24	24	22	14	27	24	18	21	23,45
APOYO	24	19	19	21	20	24	18	23	20	19	21	20	23	20	22	19	15	21	20	18	18	20
CONDUCTA DISRUPTIVA	23	24	24	24	18	27	25	24	23	24	23	21	22	25	21	19	21	25	27	18	20	22,95
COMUNICACIÓN	36	34	34	32	30	35	31	31	29	28	32	32	34	34	34	24	33	35	30	30	31,8	
AFECTO NEGATIVO	16	16	15	15	15	16	14	15	12	15	14	14	16	15	16	14	12	16	14	10	14	14,4
RECURSO	24	22	22	22	21	24	20	24	22	22	20	21	27	22	24	16	18	19	17	19	20	21,1
PUNTAJE GLOBAL		129	142	140	137	150	137	150	137	126	145	132	150	143	140	129	115	148	145	113	124	137,5
PUNTAJE TOTAL		129	142	140	137	150	137	150	137	126	145	132	150	143	140	129	115	148	145	113	124	137,5

- 1 MORONBLANCO
- 2 IBARRAMAYA
- 3 GUERRERO CORNEJO
- 4 PÉREZ GARCÍA
- 5 GALÍNHESPINOZA
- 6 JUAREZ RANGEL
- 7 SILVA CARBAJAL
- 8 LÓPEZ QUIROZ
- 9 HILARIO AREVALO
- 10 DELA ROSA PÉREZ
- 11 RODRIGUEZ HURTADO
- 12 VEGA CAMARGO
- 13 PEREZ GARCÍA
- 14 GÓMEZ CASANOVA
- 15 CLETO VEGA
- 16 VERA MONROY
- 17 SILVA CARBAJAL
- 18 MELGAREJO CAHACHO
- 19 VAZQUEZ ROMERO
- 20 VAZQUEZ RODRIGUEZ

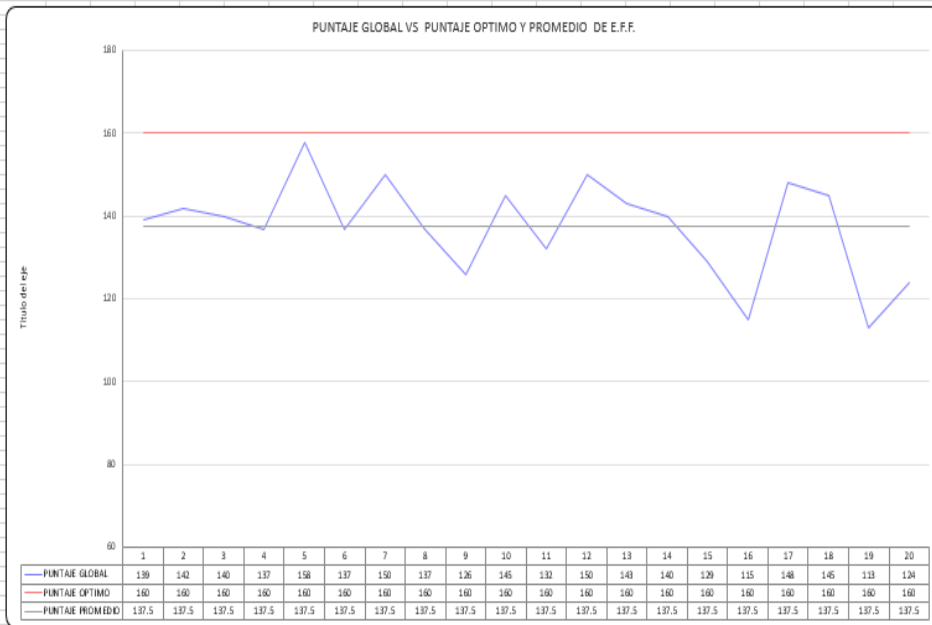


FUENTE: INSTRUMENTO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

## CUADRO Y GRÁFICA 9 PACIENTES EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN FUNCIONALIDAD FAMILIAR GLOBAL VS ÓPTIMO U.M.F. 17 LEGARIA

FUNCIÓN	PUNTAJE																					
	ÓPTIMO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	PROMEDIO
AUTORIDAD	40	33	34	35	34	40	32	36	35	34	37	34	36	38	38	32	33	34	34	31	31	34.65
CONTROL	32	24	27	30	26	31	26	31	30	27	29	28	31	29	31	21	25	27	25	22	26	27.4
SUPERVISIÓN	20	15	19	15	19	20	19	20	17	14	20	17	18	18	18	17	18	15	14	14	14	17.3
AFECTO	23	24	23	24	24	27	24	27	24	19	27	23	27	24	24	23	14	27	24	18	21	22.45
APoyo	24	19	19	21	20	24	19	23	20	19	21	20	23	20	22	19	15	21	20	18	18	20
CONDUCTA DISRUPTIVA	23	24	24	24	18	27	25	24	23	24	23	21	22	25	21	19	21	25	27	18	20	22.95
COMUNICACIÓN	36	34	34	32	30	35	31	31	29	28	32	32	34	34	34	24	33	35	30	30	30	31.8
AFECTO NEGATIVO	16	16	15	15	15	16	14	15	12	15	14	14	16	15	16	14	12	16	14	10	14	14.4
RECURSO	24	22	22	22	21	24	20	24	22	22	20	21	27	22	24	16	18	19	17	19	20	21.1
<b>PUNTAJE GLOBAL</b>	<b>139</b>	<b>142</b>	<b>140</b>	<b>137</b>	<b>158</b>	<b>137</b>	<b>150</b>	<b>137</b>	<b>126</b>	<b>145</b>	<b>132</b>	<b>150</b>	<b>143</b>	<b>140</b>	<b>129</b>	<b>115</b>	<b>148</b>	<b>145</b>	<b>113</b>	<b>124</b>	<b>137.5</b>	
<b>PUNTAJE PROMEDIO</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>	<b>137.5</b>
<b>PUNTAJE OPTIMO</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>

- 1 MORONBLANCO
- 2 IBARRAMAYA
- 3 GUERRERO CORNEJO
- 4 PEREZ GARCIA
- 5 GALINHESEPINHOZA
- 6 JUAREZ RANGEL
- 7 SILVA CARVAJAL
- 8 LÓPEZ QUIROZ
- 9 HILARIO AREVALO
- 10 DE LA ROSA PÉREZ
- 11 RODRIGUEZ HURTADO
- 12 VEGA CÁMARGO
- 13 PEREZ GARCIA
- 14 GÓMEZ CASAMORA
- 15 CLETO VEGA
- 16 VERA MONROY
- 17 SILVA CARBAJAL
- 18 MELGAREJOCAMACHO
- 19 VAZQUEZ ROMERO
- 20 VAZQUEZ RODRIGUEZ

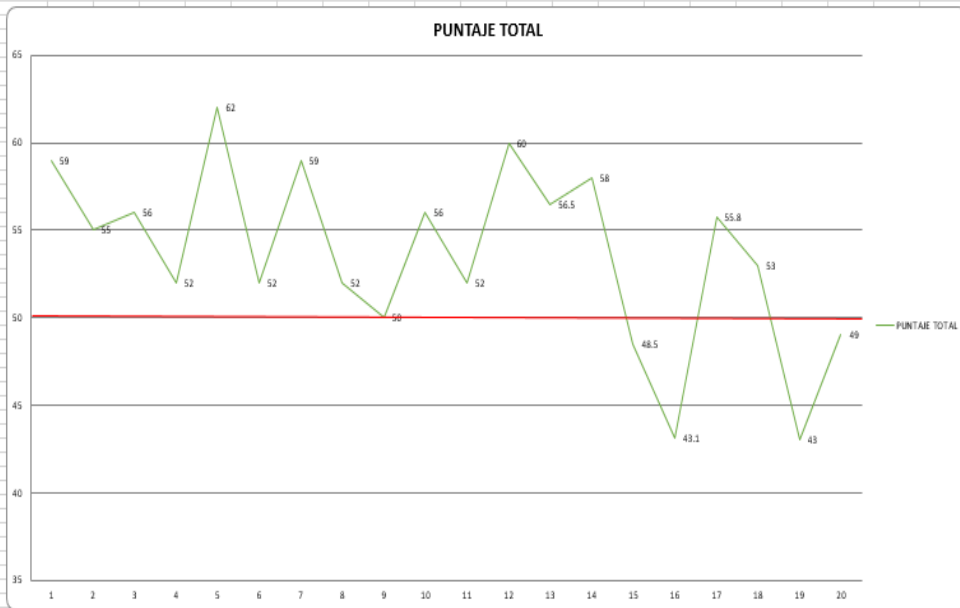


FUENTE: INSTRUMENTO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

**CUADRO Y GRÁFICA 10**  
**PACIENTES EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN FUNCIONALIDAD**  
**FAMILIAR PUNTAJE TOTAL**  
**U.M.F. 17 LEGARIA**

E.F.FAMILIAR		ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR																				
FUNCION	OPTIMO	PUNTAJE																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	PROMEDIO
PUNTAJE GLOBAL		139	142	140	137	153	137	150	137	124	145	132	150	143	140	129	115	148	145	113	124	137.5
PUNTAJE TOTAL		59	55	56	52	62	52	59	52	50	54	52	60	56.5	58	48.5	43.1	55.8	53	43	49	53.595

- 1 MORON BLANCO
- 2 IBARRA MAYA
- 3 GUERRERO CORNEJO
- 4 PÉREZ GARCÍA
- 5 GALVINESPIROZA
- 6 JUAREZ RAÑSEL
- 7 SILVA CARVAJAL
- 8 LÓPEZ QUIROZ
- 9 HILERIO AREVALO
- 10 DE LA ROSA PÉREZ
- 11 RODRIGUEZ HURTADO
- 12 VEGA CÁMARGO
- 13 PÉREZ GARCÍA
- 14 GÓMEZ CASANOVA
- 15 CLETO IIEGA
- 16 VERA MONROY
- 17 SILVA CARBAJAL
- 18 MELGAREJOCAMACHO
- 19 VAZQUEZ ROMERO
- 20 VAZQUEZ RODRIGUEZ



FUENTE: INSTRUMENTO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR



## **DISCUSIÓN**

Hoy, más de la mitad de los habitantes del mundo son menores de 25 años. Aproximadamente un tercio tienen entre 10 y 24 años, y de ellos, un 80% vive en países en desarrollo, la población adolescente debe continuar incrementándose, y entre ellos, la caracterizada como población adolescente estará en el 2020 sobre los 1,200 millones de habitantes alrededor del 15% de la población

La adolescencia es una etapa de la vida en sí misma, como la niñez o la edad adulta, y no como un periodo de transición de un estado a otro. Por lo tanto, y siguiendo los criterios de OMS, la consideramos como la etapa que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años

Las adolescentes enfrentan, durante su desarrollo, problemas relacionados con la reproducción, al hacer frente a su sexualidad, otro problema son las alteraciones en funcionalidad familiar secundarias a un embarazo en la adolescencia. Los adolescentes representan entre el 20 y 25% de la población mundial, en nuestro país conforma el 20.3% del total de la población

Los resultados de nuestro estudio coinciden con el de otros autores en el promedio de edad de las adolescentes embarazadas: 19 años ya que en este estudio encontramos una alta prevalencia de embarazadas de 19 años con alteración en la funcionalidad familiar global, principalmente para las funciones de afecto negativo, comunicación, control y supervisión.

Lo reportado en nuestro estudio refiere predominio de pacientes casadas estas con disfuncionalidad familiar global, al contrario de otros autores que reportan que hay predominio de solteras y en unión libre, lo que pudiera explicarse porque la adolescente probablemente utilizó el embarazo como pretexto para casarse, además de que ese estado civil constituye una situación socialmente aceptada. Encontramos que casi la mitad indicó que se embarazó para casarse o para salirse de su casa, probablemente relacionado con la percepción de que no reciben apoyo y cariño por parte de su familia de origen, lo cual las obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja.

De manera general se encontró en el estudio que existió, predominio de pacientes con un ingreso mensual medio de 2000 – 4000 pesos en relación a la funcionalidad familiar éstas fueron más funcionales lo que nos reafirma que

cuando existe un ingreso más o menos adecuado va a haber tendencia a la funcionalidad familiar.

En el caso del tipo de familia predominó la familia extensa, con mayor tendencia a la disfuncionalidad familiar lo que explica claramente los mapas familiares que se debe a alteraciones en las relaciones paterno filial, así como alteración en los roles y límites familiares.

En relación al ciclo familiar predominó la etapa de expansión con mayor tendencia a la disfuncionalidad condicionada principalmente por las crisis normativas propias de la etapa.

En el caso de tipo de vivienda fue más frecuente la vivienda prestada con disfuncionalidad familiar dada en este caso por la inestabilidad económica propia de la pareja joven. Ya que si consideramos la fecundidad temprana a la luz de sus consecuencias económicas y sociales, puede decirse que un hijo a edades tempranas dificultara a la madre y al padre adolescente una serie de oportunidades de desarrollo educativo y laboral.

Es frecuente que las adolescentes ignoren los riesgos y daños que pueden significar las relaciones sexuales a edad temprana, entre ellos, el embarazo.

La aceptación del embarazo fue menor en este estudio a lo reportado por otros autores, pero tuvieron mayor apoyo de la pareja y la familia, así como el sentido de responsabilidad para el cuidado infantil, ya que las redes de apoyo son fundamentales en el cuidado y sostén económico de las adolescentes embarazadas y sus hijos, pero no son suficientes para impedir el inicio de la vida sexual en etapas tempranas de 50% de los adolescentes entre 16 y 19 años.

Algunos autores coinciden que el embarazo en la adolescencia implica frustración de sueños, planes y estudios venideros, por lo que la joven embarazada pasa a depender completamente de su familia o de la familia del cónyuge, en la mayoría de los casos, como se presentó en nuestro estudio.

Finalmente, se reconoce que la participación activa del médico familiar en el proceso de educación de la adolescente embarazada y el enfoque multidisciplinario e integral, continúan siendo una estrategia fundamental para atender este importante problema de salud; por lo que es importante que aproveche toda visita de niños y adolescentes con cualquier motivo de consulta

para lograr un mayor acercamiento a los servicios de salud, particularmente en población rezagada, verificando que se otorgue información oportuna y buscando la promoción de comportamientos saludables en un ambiente de respeto y confidencialidad. También desarrollarse estrategias para que las adolescentes embarazadas ingresen a un control prenatal en una edad gestacional temprana. A la par, se deben implementar estrategias novedosas de captación para adolescentes.

## CONCLUSIONES

Los resultados que obtuvimos a partir del planteamiento del problema es la siguiente: la disfunción familiar la encontramos en el 25% de las embarazadas entrevistadas y con respecto al riesgo reproductivo en el 90% fue moderado o intermedio.

1. Al evaluar el riesgo reproductivo de las embarazadas adolescentes nos dimos cuenta que se presenta en un gran porcentaje, el riesgo intermedio y el alto o bajo solo en una paciente de cada uno de los riesgos
2. Al realizar la evaluación de la funcionalidad familiar en solo el 25% presenta disfuncionalidad familiar y en su mayoría con un margen límite
3. Conocimos la edad de las embarazadas la cual en su mayoría presentaba más de 18 años, el estado civil en donde más del 50% se encontraba en convivencia matrimonial, el ingreso mensual oscilaba en la mayoría hasta el 75% y provenían de familias extensas, ciclo de familia en expansión e independencia y un sueldo mensual promedio entre \$2,000.00 y \$4,000.00

Por lo tanto llegamos a la conclusión que la disfunción familiar puede ser un factor predisponente para el desarrollo de conductas de riesgo en los adolescentes, el cual se agrava si está asociado a la edad, estado civil actual, ingreso mensual, etapa del ciclo familiar, tipo de familia por lo que las adolescentes requieren de mayor participación al momento de tomar decisiones que afecten a la familia, que se distribuya de manera responsable, se les confiera libertad para tomar decisiones sobre su vida, de acuerdo a su grados de madurez y bajo la supervisión de los padres. Mayor calidad del tiempo disponible para compartir, demostraciones de confianza, solidaridad y sobre todo afecto<sup>5</sup>.

Con respecto a la funcionalidad familiar asociada a riesgo reproductivo los resultados nos indican que solo para las pacientes con riesgo reproductivo leve y moderado hay mayor tendencia a la disfuncionalidad familiar.

## **RECOMENDACIONES**

En concordancia con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el gobierno de México define a la salud reproductiva como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. El enfoque de la salud reproductiva imprime un alto valor al derecho de toda persona a regular su fecundidad en forma segura y efectiva, a cursar un embarazo y parto sin riesgos, a tener y criar hijos saludables; a comprender y disfrutar su propia sexualidad y a permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

En el ámbito de la sexualidad y la reproducción, las desigualdades sociales y de género determinan en gran medida las condiciones, el poder y los recursos de que disponen las personas para ejercer su libertad sexual; utilizar los medios que les permitan prevenir embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual; tener acceso y demandar servicios de salud de calidad con oportunidad, disponer, comprender y utilizar la información relativa al cuidado de la salud.

El papel del Médico Familiar es de vital importancia para el primer nivel de atención, es la persona, que puede realizar muchas acciones en beneficio de su paciente o incluso que puede dejar pasar muchas que pueden repercutir en la salud del paciente.

Sin lugar a dudas es un educador familiar y es aquí donde incide muchas de sus acciones que benefician a su paciente. Durante este estudio nos pudimos dar cuenta de la poca o nula educación que tiene la familia de la paciente adolescente embarazada sobre la alteración de la funcionalidad familiar y del riesgo reproductivo. Por eso decimos que es el Médico Familiar el que inicialmente debe proporcionar una amplia y clara información métodos de planificación familiar.

El Médico Familiar debe insistir no sólo en el paciente sino también en la familia sobre la orientación sexual que se le proporciona a los adolescentes enfatizando en los riesgos de un embarazo a esta edad tanto para la madre, el producto y la

funcionalidad familiar de manera conjunta y multidisciplinaria para que se logre evitar embarazos con riesgo reproductivo alto.

Actualmente el Instituto cuenta con una amplia gama de grupos de autoayuda lo que garantizaría un embarazo deseado. Por esto es importante informar al paciente y a su familiar sobre los riesgos que existen en un embarazo en las parejas de adolescentes y hacer conciencia en ellos de la importancia de conocer los métodos anticonceptivos.

Después de ver nuestros resultados podemos finalizar mencionando que los pacientes enfrentan, durante su desarrollo, problemas relacionados con la reproducción, al hacer frente a su sexualidad, otro problema son las alteraciones en funcionalidad familiar secundarias a un embarazo en la adolescencia. Los adolescentes representan entre el 20 y 25% de la población mundial, en nuestro país conforma el 20.3% del total de la población.

El adolescente se le dificulta de manera importante asimilar la información y evaluar las consecuencias de sus acciones futuras, lo que merma la capacidad de adherencia a las recomendaciones que se le realicen sobre prevención. Se entiende que la asesoría y la guía anticipatoria sobre todo en la adolescencia temprana sean un verdadero desafío para el médico familiar que atiende al individuo y a la familia durante esta etapa, ya que incluso la táctica de intimidación suele ser contraproducente debido a las características del propio adolescente.

Los médicos familiares deben brindar una atención integral y continua a las familias y considerar su preparación, para cuando se encuentren en esta etapa del ciclo vital al fortalecer con guías anticipatorias de salud a este grupo tan vulnerable, es preciso realizar acciones de salud preventivas con los padres de familia, profesores y los propios adolescentes que les proporcionen pautas para el autocuidado, ejercicio e información sobre los cambios en la adolescencia en general y de su sexualidad en lo particular.

Lo anterior nos plantea la necesidad de que el médico que trabaja con familias de adolescentes entienda la estructura familiar, las tareas de la familia y los procesos del adolescente, lo que facilitará la atención médica y la accesibilidad a los servicios de salud.

La función del médico general y familiar es un punto estratégico para la atención de la población adolescente y para la promoción de acciones educativas en diversos ámbitos como la familia, la escuela, los grupos juveniles y los medios de comunicación. Asimismo la promoción de los estilos de vida saludables entre los jóvenes requiere de otras acciones aparte de las educativas dirigidas a habituarlo a utilizar oportuna y sistemáticamente los servicios de salud y otras instituciones sociales a través del siguiente enfoque.

## BIBLIOGRAFIA

1. PAC MF-1 Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar
2. World Health Organization. 10 facts on adolescent health, 2012. Disponible en [http://www.who.int/features/factfiles/adolescent\\_health/en/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html)  
(Consultado el 16 de julio 2012)
3. Molina C. Ramiro. Madres niñas-adolescentes de 14 años y menos. Revista Médica de Chile 2007; 135: 79-86
4. Valdivia, Molina M. Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. Revista Psicológica de la Universidad de Chile 2003;12:85-109
5. Díaz Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. Gaceta Médica de México. Vol. 139 supl. 1 julio-agosto 2003
6. Pantelides Euclades A. ASPECTOS SOCIALES DEL EMBARAZO Y LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN AMÉRICA LATINA. Notas de población, 2004- eclac. CI
7. Padrón Arredondo G. Embarazo en adolescentes. Estudio sociodemográfico de 218 pacientes. Revista Médica del Hospital General de México. 2005;68(1):13-9.
8. Ortiz-Serrano R. Sepúlveda Carolina, Torres Silvia J, Camacho Paul Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. Med UNAB 2005;8:71-77.
9. Acosta S., Ibáñez E. NOVA - Publicación Científica EN CIENCIAS BIOMÉDICAS - ISSN:1794-2470 Vol.8 No. 13 / enero - junio DE 2010 - 1-120
10. Pallitto CC, Murillo V. Childhood abuse as a risk factor for adolescent pregnancy in El Salvador. J Adolesc Health 2008;42:580-586
11. Rowbottom S. Giving girls today and tomorrow: breaking the cycle of adolescent pregnancy. UNFPA; 2007. pp. 1-24. Disponible en <http://www.unfpa.org/public/publications/pid/395>. (consultado el 16 de julio del 2012)



12. Alarcón Argota R. Coello Larrea J. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Revista Cubana de Enfermería. 2009; 25(1-2)
13. Cueva Arana V. Revista Médica del IMSS. Vol. 43 Num. 2. Marzo 2005
14. León P., Minassian M. Embarazo adolescente. Revista Pediátrica Electrónica. [en línea] 2008, Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918
15. Navarro Núñez C. Causas de no uso de método anticonceptivo posparto entre madres adolescentes, Ginecología y Obstetricia de México 2005;73:63-68
16. Oviedo Cruz H, Lira Plascencia J, Ito Nakashimada A, Grosso Espinoza J.M. Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. Ginecología y Obstetricia de México. 2007, 75:17-23
17. Carreón-Vásquez J y cols., Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Archivos de Medicina Familiar. Vol. 6 Núm. 3 septiembre-diciembre 2004 pp 70-73
18. Hernández Leyva B. Guía clínica para la atención prenatal Revista Médica del IMSS 2003; 41(Supl): p.p.S59-S69
19. Rangel J., Valcrio L., Patiño J., et al. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 2004; 47:24-27.
20. Sáez V. Morbilidad de la madre adolescente. Revista Cubana Obstetricia y Ginecolog 2005;31. On line. Disponible en: [http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id\\_revista=72&id\\_ejemplar=3495](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id_revista=72&id_ejemplar=3495) (Consultado el 15 de junio 2012).
21. Paula León. Embarazo adolescente. Rev. Ped. Elec. [en línea] 2008, Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918
22. Ulanowicz M., Parra K., Wendler G., et al. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Postgrado de la VIª Cátedra de Medicina 2006; 153:13-17.
23. Ramos Gutiérrez R.Y. Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. Ginecol Obstet Mex 2009;77(7):311-6
24. Valdivia M., Molina M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. Revista de Psicología de la Universidad de Chile 2003; 12:85-109.

25. Campero Cuenca L. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México. 2013;149:299-307
26. Méndez Blanco J.P. Conceptos básicos sobre Demografía y salud Reproductiva. Coordinación de Salud Reproductiva División Sociodemográfica. 1ª edición, Noviembre del 2002

# ANEXOS

## CRONOGRAMA

ACTIVIDAD / MES	2012								2013					2014
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	
DELIMITACIÓN DEL TEMA A ESTUDIAR	P	P	P											
	R	R	R											
INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA				P	P	P								
				R	R	R								
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO HASTA PRESENTACIÓN AL CLIS					P	P	P	P						
					R	R	R	R						
REVISIÓN DEL PROTOCOLO POR EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN									P	P				
									R	R				
REGISTRO DEL NÚMERO DE PROTOCOLO										P	P			
										R	R			
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN											P	P		
											R	R		
ANÁLISIS DE RESULTADOS												P	P	
												R	R	
PRESENTACIÓN FINAL DEL TRABAJO													P	

P ACTIVIDAD PLANEADA

R ACTIVIDAD REALIZADA

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### FACTOR DE RIESGO REPRODUCTIVO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 10 A 19 AÑOS

Dra. Ruth Virginia Zavaleta Dorado

Se trata de un estudio, que tiene el objeto de establecer la relación entre riesgo reproductivo y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas de 10 a 19 años adscritas a la U.M.F. No.17

#### SI ACEPTO A PARTICIPAR, SUCEDERÁ LO SIGUIENTE:

1. Contestar algunos datos, sobre mi identificación.
2. Responder 2 cuestionarios, en los que responderé en el primero algunos aspectos de mi vida familiar y en el segundo aspectos de mi salud. Durante aproximadamente 20 minutos.
3. Acudir en una sola sesión, si el medico que investiga, me lo solicitara, a fin de responder otras preguntas relacionado con mi vida privada y la de mi familia.
4. Ninguno de estos eventos pone en peligro mi integridad ni mi vida, no afectando mi vida personal y familiar.
5. Se guardara discreción de este estudio y confidencialidad la información vertida, solo el medico que investiga las conocerá y lo hará de mi conocimiento, a mí, y a mi médico tratante.
6. Puede ser posible que este estudio no me beneficie en nada, sin embargo es posible, que me diagnostique un padecimiento que ponga en riesgo la integridad de mi salud y del producto de mi embarazo. Que de requerir tratamiento, se me canalice a recibirlo, de forma oportuna.
7. No recibiré, a cambio, una percepción económica o compensación por contestar las preguntas.
8. Cualquiera que sea el resultado, se hará de mi conocimiento y solo será usado para fines de la investigación y con conocimiento de mi médico tratante.
9. Es por mi propia voluntad decidir a participar en este estudio, y soy libre de abandonar el estudio si así lo juzgara necesario, en cualquier momento de su curso, sin represalia de ninguna naturaleza.

ACEPTO BAJO CONSENTIMIENTO A PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO, HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTE IMPRESO Y HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEERLO CONCIENZUDAMENTE.

FIRMA: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO INVESTIGADOR: \_\_\_\_\_

## **CEDULA DE IDENTIFICACIÓN.**

### **INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.**

- ◆ Llene los datos de la carátula o compléméntelos con preguntas directas. (se puede hacer al principio o al final de la entrevista).
- ◆ Represente el familiograma (trate de obtener datos de tres generaciones).
- ◆ Explique que va a proceder a hacer unas preguntas sobre la familia.
- ◆ Enfátice e a los miembros de la familia que traten de ponerse de acuerdo para responder.
- ◆ Marque (entrevistador) la o las posibilidades de respuesta que crea convenientes de acuerdo a la verbalización y a la observación de la puntuación e interacción de la misma.
- ◆ si la escala es aplicada por dos entrevistadores es necesario que estos se pongan previamente de acuerdo de cómo van a hacerlo. Hay 4 posibilidades:
  - ❖ Que uno haga las preguntas y marque las respuestas, mientras el otro anota las observaciones interaccionales.
  - ❖ Que alternen los roles haciendo uno las preguntas de números nones y el otro de números pares.
  - ❖ Que las primeras 20 preguntas las haga uno y las siguientes las realice otro.
  - ❖ Que un entrevistador aplique todo a una familia y el otro observe y en la siguiente familia se alternen los roles.

## ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DRA. EMMA ESPEJEL ACO Y COLS.

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 y tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	nadie

Funcionalidad

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	nadie

Funcionalidad

5. ¿quién o quienes de la familia tienen más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	nadie

Funcionalidad

6. ¿quién o quienes de la familia interviene 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 quienes intervienes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	nadie

Funcionalidad

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	nadie

Funcionalidad

9. en casa existen horarios para comer o 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

11. Cuando alguien invita a la casa a quién se le avisa...

Quien invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

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?

Responsables	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

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 quien?

Pide permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

16. Cuando alguien comete una falta. ¿quién y cómo castiga?

Quien castiga	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

17. Si acostumbran hacer promesas sobre premios 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?

Pide ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

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							

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							

Funcionalidad

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

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

22. si consideran ustedes 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 entre algunos de ustedes se toma una decisión o se llega a algún acuerdo. ¿a quienes 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					

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 mas importantes en esta familia. ¿quién se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad



28. Cuando algo se descompone. ¿quien 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 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. ¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

34. Cuando se llegan a enojar en esta familia. ¿quiénes son los que lo hacen y con quienes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

35. ¿Se han llegado a golpear en esta familia? ¿quién con quien?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
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 estimulantes?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
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?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

38. Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etcétera) ¿quién los ha tenido?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

39. ¿quién ha presentado algún problema emocional?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

40. ¿quién en la familia se aísla?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad





