



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

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
SECRETARIA DE SALUD**

**SEDE TABASCO
CAAPS COMALCALCO**

**“LA FAMILIA DE ORIGEN COMO INFLUENCIA EN EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES DEL CENTRO AVANZADO DE ATENCIÓN PRIMARIA
A LA SALUD DE COMALCALCO”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

PATRICIA DEL ROCIO OLAN ESCALANTE



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“LA FAMILIA DE ORIGEN COMO INFLUENCIA EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL CENTRO AVANZADO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD DE COMALCALCO”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

PATRICIA DEL ROCIO OLÁN ESCALANTE

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE

MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DEPARTAMENTO DE

MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme la vida y ésta oportunidad que creí perdida

A MI HIJA, LITZY ALONDRA

Por existir, por entender mi ausencia y por ser el mayor de los motivos para mi superación personal

A MIS PADRES Y HERMANAS

Por ser parte de mi vida; por su apoyo incondicional en todo momento, por sus enseñanzas y por no dejarme caer en los momentos de hastío y de nostalgia

A MIS MAESTROS: ANTONIO OCAMPO DECLE, CELINA SERRANO BAROJAS

Por compartir sus conocimientos y por hacerme amar la especialidad

A MIS ASESORES DE TESIS

Por su tiempo, por sus enseñanzas

A MIS GRANDES AMIGOS DE LA GENERACIÓN

Raúl, Olivia y América, por su apoyo y por todos los momentos gratos que juntos pasamos

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
I.- ANTECEDENTES.....	1
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
III.- JUSTIFICACIÓN.....	5
IV.- OBJETIVOS.....	6
V.- MARCO CONCEPTUAL.....	7
VI.- METODOLOGÍA.....	10
VII.- RESULTADOS.....	13
VIII.- ANALISIS DE RESULTADOS.....	28
VIII.- CONCLUSIONES.....	28
IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	30
X.- ANEXOS.....	34

I.- ANTECEDENTES

La adolescencia, etapa comprendida entre la niñez y la adultez, es un periodo de grandes transformaciones de carácter intelectual, físico y emocional entre las cuales se destacan la aceleración del desarrollo corporal y el aumento de los requerimientos psicosociales, puesto que los jóvenes comienzan a independizarse de los padres, a relacionarse con sus contemporáneos y a adquirir una responsabilidad social básica. ¹

Diversos factores contribuyen al inicio más temprano y al aumento de la actividad sexual en los adolescentes, entre los que destacan:

- Falta de educación en aspectos de sexualidad humana
- Ignorancia de los padres sobre aspectos de sexualidad
- Mala comunicación con los padres
- Problemas entre los padres
- Padres que viven separados
- Ser hijo o hija de madre adolescente
- Nivel socioeconómico
- Influencia de los medios de comunicación social

La mitad de todos los embarazos en adolescentes suceden durante los seis primeros meses siguientes al inicio de las relaciones sexuales y en su mayor porcentaje la primera gestación se presentan en la adolescencia intermedia. ²

El embarazo en la adolescencia es una crisis que se sobre impone a la crisis de la propia adolescencia, debido a los cambios y adaptaciones que exige al organismo el desarrollo del mismo embarazo, por lo que es un fenómeno de enorme interés en la región de Latinoamérica y particularmente en México, que ha merecido la atención de diversas disciplinas del conocimiento como la demografía, la salud y las ciencias sociales y responde a un contexto económico, social y cultural, con repercusiones importantes, tanto en la madre como en el producto, en aspectos relacionados con la esfera bio-psico-social. Las complicaciones obstétricas, desnutrición materna, anemia, hipertensión, parto distócico, etc. y el contexto psico-social pueden influenciar negativamente en los indicadores de morbi-mortalidad perinatal. ³

El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada; por ejemplo, la pre-eclampsia o hipertensión inducida por la gestación (la cual es más frecuente en embarazadas jóvenes, y en primigestas) En el desarrollo de este cuadro clínico, entre otros, se invoca una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped. El feto, por tener el 50 % de su estructura antigénica de origen paterno viene a ser una especie de injerto. El fallo del mecanismo inmunológico adaptativo se ha relacionado con factores tales como la inmadurez del sistema inmunológico materno o, con una alteración funcional, que en parte podría estar asociada con una condición de mala nutrición materna, muy común en gestantes adolescentes. ^{4,5}

Sin embargo, en las adolescentes, el mayor riesgo observado no parece ser debido en gran proporción a las condiciones fisiológicas, si no más bien, a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado, producto de una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente. ⁶

Se ha documentado que los hijos de madres adolescentes (especialmente antes de los 18 años) en circunstancias de pobreza presentan mayor probabilidad de enfermar comparados con los hijos de madres mayores de 20 años de edad en las mismas condiciones sociales. ⁷

Varios autores recomiendan que establecer una política orientada a la educación sexual y sanitaria de las nuevas generaciones, podría en el futuro, mejorar los indicadores relacionados con la incidencia de embarazos en esta etapa de la vida, para mejorar así los resultados perinatales y sociales. ⁸

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los adolescentes, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la población de los 10 a los 19 años; en México, aumentaron en la segunda mitad del siglo XX de 5 a 21 millones. Es el grupo de edad en el que se inicia la exposición a factores de riesgo como sexo inseguro, consumo de alcohol y drogas, consumo inadecuado de alimentos y sedentarismo que determinan problemas de salud en su edad y la aparición de las enfermedades crónico degenerativas en la edad adulta. En las mujeres adolescentes las causas maternas son las principales causas de defunción.

El embarazo en la adolescente, generalmente no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica, además de condicionar, definitivamente, el estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas, un problema tanto social como médico.

Si bien los índices de embarazos en adolescentes registrados mundialmente han declinado desde 1991, siguen siendo altos y las estadísticas de los países en vías de desarrollo superan a los de la mayoría de los países desarrollados ^(American Academy of Child Adolescent Psychiatry) Klein menciona que cada año más de un millón de adolescentes en el mundo se embaraza; 30,000 son menores de 15 años y en su mayoría son embarazos no planeados.⁹ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta que a nivel mundial, alrededor de uno de cada tres adolescentes queda embarazada antes de los 20 años de edad ^(American Academy of Pediatrics).

Según UNICEF, de los 31 millones de partos registrados anualmente en América Latina y el Caribe, dos millones corresponden a adolescentes, es decir, el 15 por ciento del total.

En un informe del 2002, además de las complicaciones en la salud de la madre adolescente, se expuso que, el 24.4 % de los recién nacidos son de bajo peso; lo que representa un importante factor de riesgo para la morbi-mortalidad neonatal.¹⁰

Otras consecuencias del embarazo en la adolescencia; es que las madres tienden a abandonar más la educación que las jóvenes que posponen la maternidad.¹¹ Lo que

también repercute en la vida laboral ya que al carecer de la educación adecuada, la madre adolescente no posee las habilidades que necesita para conseguir un trabajo y conservarlo. Por otra parte las madres adolescentes están más expuestas a vivir en pobreza lo que implica más riesgo de mayor número de hijos y la formación de uniones inestables. Un hijo nacido de una adolescente soltera sin terminar la escuela secundaria tiene una probabilidad 10 veces mayor de vivir en pobreza entre las edades de 8 a 12 años. ¹²

En México, el INEGI (2005) reporta una población general de 103,263,388 habitantes; de los cuales el 51.3% corresponden al sexo femenino. La Encuesta Nacional de Salud (ENSA) reporta que en la República Mexicana, el 49.9 % de los adolescentes ya han iniciado vida sexual activa, y que el porcentaje de embarazo oscila entre el 15 y el 30 %

En el año 2001 de un total de 19.723 egresos hospitalarios de mujeres de 10 a 14 años en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, en 3.184 (16.14 %) la causa de egreso fue parto eutócico; 733 (3.72 %) fue aborto; 177 (0.90 %) parto obstruido y 102 (0.52%) fue hemorragia obstétrica. Para las mujeres de 15 a 19 años durante el mismo periodo de un total de 193.305 egresos; 105.749 (54.71 %) fue por parto normal; 15.871 (8.21 %) aborto; 3.602 (1.86 %) parto obstruido; 2.581 (1.34 %) fue hemorragia obstétrica. Aproximadamente el 44.1 % de los nacimientos fueron por cesárea y en el 20.1 % se utilizaron fórceps.

En el 2003, la Secretaría de Salud, en el ámbito nacional, reportó que las complicaciones médicas relevantes en el embarazo en la adolescente fueron: la infección del tracto Urinario en un 23.5%, la anemia en 17.9 %, la ruptura prematura de membranas en 10.3 %, la amenaza de parto prematuro en 9.9 %, la pre-eclampsia en 3.6 %, el retardo en el crecimiento intrauterino en 3.6 %, las malformaciones fetales en 2.3 %. ¹³

Según el INEGI (2005) el estado de Tabasco cuenta con una población total de 1,989,969 y más del 50% (1,012,184) son habitantes del sexo femenino. 441,369 de estos habitantes se encuentran en las edades de 10 a 19 años (Adolescencia) y el embarazo en ellas se reporta en un 12% aproximadamente. De acuerdo con datos estadísticos del INEGI y el sector salud del estado, para el 2005 se reportó 10,020 casos de embarazos en

mujeres adolescentes, de las cuales, de acuerdo a escolaridad y estado civil, el mayor porcentaje se concentra en la educación primaria y secundaria, así como en la soltería.

El municipio de Comalcalco cuenta con una población de 144,523 habitantes (71,065 del sexo masculino y 73,458 del sexo femenino) (INEGI 2005), de los cuales 39,637 son adolescentes (10 a 19 años) y de éstos 19,950 corresponden al sexo femenino. De acuerdo a datos estadísticos del INEGI y el sector salud del municipio, para el 2005 se reportaron 2018 embarazos (10.1%) en mujeres adolescentes, siendo solteras en el mayor porcentaje y teniendo como escolaridad la educación básica (primaria)

En base a lo consultado, surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿El embarazo en la adolescente esta asociada positivamente a las características de la familia de origen? ¿Las adolescentes embarazadas del CAAPS Comalcalco vienen de familias de origen consideradas como disfuncionales?

III.- JUSTIFICACIÓN

Uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana es el embarazo en la adolescencia, el cual es considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante la gestación y el parto, que conlleva a un incremento en las tasas de morbi-mortalidad materna y neonatal. Además, tiene implicancias socioculturales y psicológicas con elevado costo individual, familiar y social.

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por la condición de madre soltera, en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño.

La mayor parte de las veces los embarazos adolescentes tienen que ver con un problema en la relación familiar o un mal funcionamiento en el ámbito de la familia y sus integrantes

(como por ejemplo problemas de la pareja, problemas entre padres e hijos) Los embarazos accidentales son mucho menos frecuentes de lo que se piensa. Casi siempre detrás de un embarazo hay algún tipo de problema familiar que se debe resolver y es necesario asumir la responsabilidad de todos antes de culpar al hijo.

El presente estudio tiene como propósito obtener información sobre la incidencia del embarazo en la adolescente en el CAAPS COMALCALCO, TABASCO (Destacando su edad, escolaridad, estado civil, ocupación, religión y número de gestación) y conocer la influencia de la familia de origen en el mismo.

Los resultados obtenidos en esta investigación serán difundidos en la comunidad de los trabajadores de la salud y de la Secretaría de Educación Pública del municipio de Comalcalco, Tabasco, para que conozcan los factores familiares de riesgo asociados al embarazo en la adolescente y puedan tenerlos en cuenta para identificar adolescentes de alto riesgo y hacer las intervenciones oportunas y específicas para la prevención del embarazo y otros efectos adversos a la salud sexual y reproductiva; además, servirá para replantear estrategias de prevención primaria, beneficiando particularmente a la población en riesgo y en términos generales a toda la población del municipio.

IV.- OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Determinar la influencia de la familia de origen en el embarazo en las adolescentes del CAAPS COMALCALCO, TABASCO, DE SEPTIEMBRE DEL 2005 A ABRIL 2006

4.2 ESPECÍFICOS

- Determinar por grupo de edades, número de gestación y trimestre gestacional, el porcentaje de adolescentes embarazadas
- Relacionar el nivel educativo con la edad de inicio del embarazo, en la población estudiada
- Relacionar el embarazo con el estado civil de la madre adolescente
- Relacionar la ocupación con el embarazo en la adolescente

- Relacionar la funcionalidad familiar de la familia de origen como factor asociado al embarazo en las adolescentes estudiadas

V.- MARCO CONCEPTUAL

5.1 ETIOLOGÍA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo en adolescentes ha aumentado en forma notable en épocas recientes. Una de las razones que explica el aumento de los embarazos en adolescentes, es el hecho, que el crecimiento de la población sexualmente activa, no se acompaña del aumento en la educación sexual.¹⁴ Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos. El 20 % de las adolescentes entre 15 y 19 años en Bahía, Brasil, declararon tener relaciones sexuales premaritales, cifra que alcanzó el 13 % en la ciudad de México y 22.2 % en Guatemala.¹⁵

Diversos factores contribuyen al inicio más temprano y al aumento de la actividad sexual en los adolescentes. Actualmente las familias actúan cada vez menos, como soportes afectivos. Otros factores adicionales son la creciente migración de los jóvenes, que los libera de presiones y controles familiares y sociales, y la influencia de los medios de comunicación, que son cada vez más explícitos en cuanto a las manifestaciones de la sexualidad.¹⁶

5.2 FACTORES DE RIESGO PARA EL EMBARAZO ADOLESCENTE

Se define como embarazo adolescente toda gestación que ocurre en la mujer de 19 años ó menos y / o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.¹⁷ El embarazo en adolescentes es multicausal. Algunos de los factores de riesgo que se presentan en la adolescencia y que favorecen el embarazo precoz o se asocian con él, son:

5.2.1 BIOLÓGICOS

- ⇒ La edad de la pubertad ha declinado desde los 17 años en el siglo XIX, a alrededor de los 10 a los 13 años actualmente. Las adolescentes con una edad de menarquia precoz, están más expuestas al riesgo de embarazarse.¹⁸

- ⇒ El período entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones premaritales. ¹⁹
- ⇒ El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes sigue siendo bajo. ²⁰

5.2.2 PSICOLÓGICOS

- ⇒ Durante la etapa temprana de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia **Media**, las hace asumir que a ellas “**eso no les va a pasar**”. La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser también un factor poderoso durante la adolescencia.

5.2.3 FAMILIARES

- ⇒ Es conocido que la mayor parte de las jóvenes se embarazan por que buscan en su pareja el afecto y apoyo que no encuentran en su relación familiar, y están dispuestas a entregarse por completo a esta relación sin importar a veces las consecuencias. Cuando no existe buena comunicación familiar es muy probable que la adolescente termine por embarazarse o en el caso de los hombres, éste deje embarazada a su pareja. ¹
- ⇒ Es importante la relación con la familia que incluso algunas jóvenes buscan embarazarse para lograr salir del hogar paterno a través de una pareja “apurada”. Estos casos son frecuentes cuando hay violencia intrafamiliar, maltrato hacia los hijos, o intervienen nuevas parejas en la relación familiar habiendo a veces una muy mala relación con los hijos. A veces el riesgo de abuso sexual de una joven por parte de algún familiar puede ser el motivo que mueva a la adolescente a intentar embarazarse para salir de la casa. ¹
- ⇒ Las mujeres que fueron madres durante la adolescencia tienen mayor probabilidad de que sus hijas también sean madres adolescentes en comparación a aquellas que fueron madres en la adultez. ¹⁸

- ⇒ En las familias en donde se repite la maternidad adolescente pueden existir normas o creencias construidas culturalmente y refinadas mediante las interpretaciones compartidas por la gente sobre una variedad de factores, incluyendo la longevidad, el acceso a las oportunidades económicas y sociales, la pertenencia a organizaciones sociales, restricciones ambientales y necesidades familiares. Los tiempos de las transiciones en el curso de vida, pueden ser más acelerados; y la maternidad temprana puede representar una opción viable de desarrollo personal disponible en el contexto familiar. ¹⁸

- ⇒ La estructura familiar y el lugar en donde vive la familia están estrechamente relacionados con el riesgo del embarazo en la adolescencia. Los hijos de padres o madres solteros y los adolescentes con hermanos y hermanas mayores, quienes son sexualmente activos o han tenido embarazos o tienen hijos, son más propensos a iniciarse en la actividad sexual a temprana edad. Los jóvenes que crecen en familias abusivas son más propensos a ser sexualmente activos y a no usar métodos anticonceptivos Constantemente. Y aquellos adolescentes que viven en vecindarios asediados por la pobreza, el desempleo y el alto índice de criminalidad son más propensos a empezar a tener relaciones sexuales a temprana edad, a no usar anticonceptivos y a quedar embarazadas o causar un embarazo (sugiriendo por supuesto que la pobreza es tanto la causa como el resultado de los embarazos en la adolescencia) ¹⁵

5.2.4 SOCIO-CULTURALES

- ⇒ En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, es frecuente el fatalismo. La adolescente es incapaz de valorar la alternativa de evitar un embarazo. El “**machismo**” y la necesidad del varón de “probarse”, son un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador.

- ⇒ Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, la delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, con el consecuente mayor riesgo. La pérdida de la religiosidad, es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente. Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos, aunque algunos estudios

estiman que el 50% de los adolescentes menores de 17 años es sexualmente activo (June J, 1991) En 8 países participantes de las encuestas de demografía y salud se encontró que entre 53 y 71% de las mujeres habían tenido relaciones antes de los 20 años. En Chile distintos estudios indican que el 40% de los adolescentes escolares han tenido relaciones sexuales (47% de los hombres, 32% de las mujeres), siendo más alto en el nivel socioeconómico bajo (63%), seguido del medio (49%), y menor en el alto (17%)

- ⇒ La edad media en que se contrae matrimonio es un indicador de las opciones al alcance de las mujeres: cuando pueden elegir, muchas mujeres retrasan el matrimonio para estudiar y/o buscar empleo. Esta orientación al cumplimiento de metas es un factor que favorece un inicio más tardío de la actividad sexual.

VI.- METODOLOGÍA

6.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Descriptivo, transversal y prospectivo

6.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

6.2.1 VARIABLES DEPENDIENTES

Embarazo en la adolescente

Es la presencia de signos positivos de embarazo en una mujer de 19 años o menos

6.2.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

Edad de la embarazada

Es el tiempo cronológico de vida desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista, se medirá en años cumplidos

Ocupación

Es actividad principal a la que la persona se dedica y de donde obtiene los ingresos económicos para satisfacer sus necesidades, puede ser ama de casa y oficios domésticos

Estado civil

Es relación jurídica en la que se encuentra la persona ante la sociedad, puede ser casada, soltera o unión libre

Escolaridad de la embarazada

Años de estudio de la persona cursados y aprobados en el sistema nacional de educación, que puede ser estatal o privado, laico o religioso

Religión

Conjunto de creencias que definen la relación entre el hombre y la divinidad

Funcionalidad familiar

Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa

Escala FACES III

(Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales: Escala de evaluación de Adaptabilidad y Cohesión familiar) Instrumento desarrollado por David Olson en 1985, que abarca 3 dimensiones de la funcionalidad familiar (Cohesión, Adaptabilidad y comunicación) Permite ubicar a la familia en 3 posibles prototipos: Balanceadas, de Rango medio y Extremas

6. 3. UNIVERSO DE ESTUDIO

En México, según la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA), el porcentaje de embarazo en adolescentes oscila entre el 15 y el 30 %. Para efectos de este estudio tomamos un valor promedio de 22.5 % de la población adolescente existente, con un Coeficiente de confiabilidad del 5 % y un nivel de confianza del 95%

Se estudiaron 64 embarazadas adolescentes de 19 y menos años, que asistieron a su primer control prenatal en el CAAPS COMALCALCO, TABASCO

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres embarazadas de 19 años o menos en cualquier edad de su embarazo que asistieron a su primer control prenatal al CAAPS COMALCALCO, TABASCO
- Embarazadas que dieron su consentimiento informado

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres que no cumplieron con los requisitos anteriores y aquellas que durante la entrevista decidieron no continuar

6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE SEGURIDAD

En la realización del presente estudio se tomaron en cuenta los siguientes criterios éticos y de seguridad:

- Se brindó entrenamiento especial al personal que participó como entrevistador, con el fin de sensibilizarlos en el tema, capacitarlos en la correcta aplicación del cuestionario y orientarlos sobre la mejor manera de ofrecer atención a los participantes en el estudio
- A todas las adolescentes embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio se les invitó a participar voluntariamente en la investigación informándoles con detalle los propósitos de la misma. Se les explicó que tendrían el derecho a decidir si participaban o no; y que podrían cambiar de opinión en cualquier momento de la entrevista si lo consideraban conveniente.
- Los cuestionarios se aplicaron en el CAAPS COMALCALCO, TABASCO, teniendo en cuenta las máximas condiciones de privacidad y seguridad
- Se informó a las instituciones relacionadas con el tema de la realización de este proyecto y se obtuvo de estas Instituciones la asesoría y ayuda

- A todas las mujeres se les garantizó el carácter estrictamente anónimo de esta investigación

6.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

A cada una de las adolescentes embarazadas seleccionadas se le aplicó un cuestionario que contenía la siguiente información:

- I. Identificación general
- II. Información sociodemográfica
- III. Escala FACES III

Mediante el paquete estadístico Stata 8.0 se hizo un análisis univariado, bivariado y multivariado y finalmente se construyó un modelo estadístico con las variables más significativas que se asociaron con la variable dependiente (embarazo en la adolescencia)

VII.- RESULTADOS

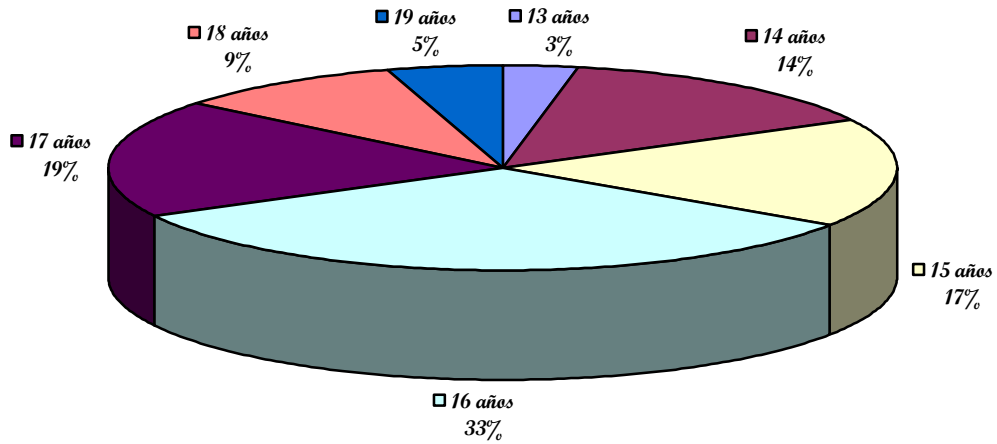
De una muestra de 64 adolescentes embarazadas, entre las edades de 13 y 19 años, se encontró el mayor número de gestantes en la edad de 16 años (Tabla y figura 1), con 21 casos, representando el 32.81% de la población observada. Los casos menos frecuentes fueron en la edad de 13 años, con 2 gestantes (3.12 %) No se encontraron gestantes menores de 13 años.

TABLA 1 “DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR EDADES”		
EDAD	ADOLESC	%
13	2	3.12
14	9	14.06
15	11	17.18
16	21	32.81
17	12	18.75
18	6	9.37
19	3	4.68

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 1

“DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR EDADES”



FUENTE: TABLA 1

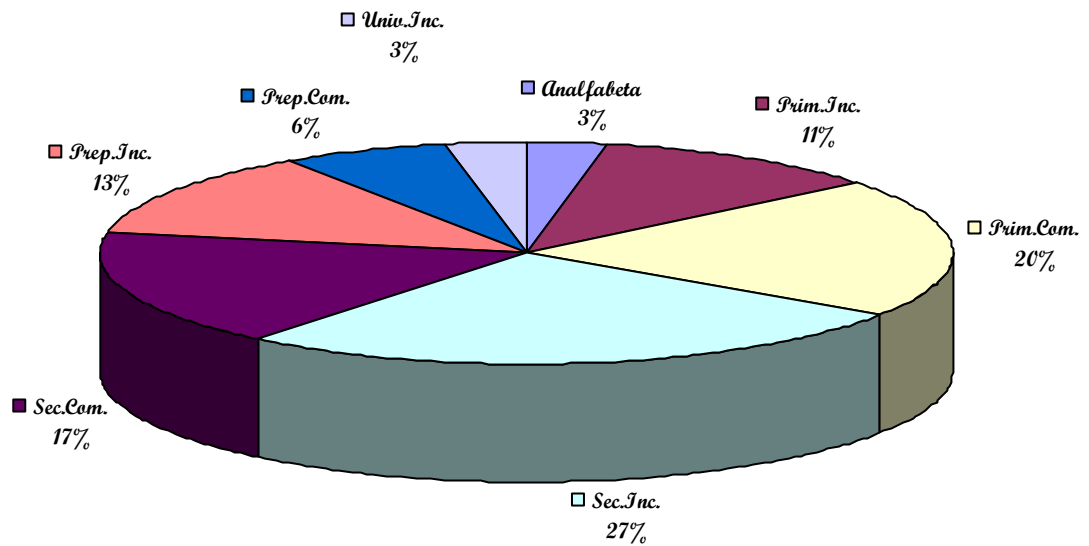
El 26.56 % de estas adolescentes tiene una escolaridad máxima de secundaria incompleta, encontrándose solo 2 casos de analfabetismo, el cual representa el 3.12 % de la población estudiada (ver tabla y figura 2)

TABLA 2		
“DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR ESCOLARIDAD”		
ESCOLARIDAD	ADOLESC	%
ANALFABETA	2	3.12%
PRIMARIA INCOMPLETA	7	10.93%
PRIMARIA COMPLETA	13	20.31%
SECUNDARIA INCOMPLETA	17	26.56%
SECUNDARIA COMPLETA	11	17.18%
PREPARATORIA INCOMPLETA	8	12.50%
PREPARATORIA COMPLETA	4	6.25%
UNIVERSIDAD INCOMPLETA	2	3.12%

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 2

“DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR ESCOLARIDAD”



FUENTE: TABLA 2

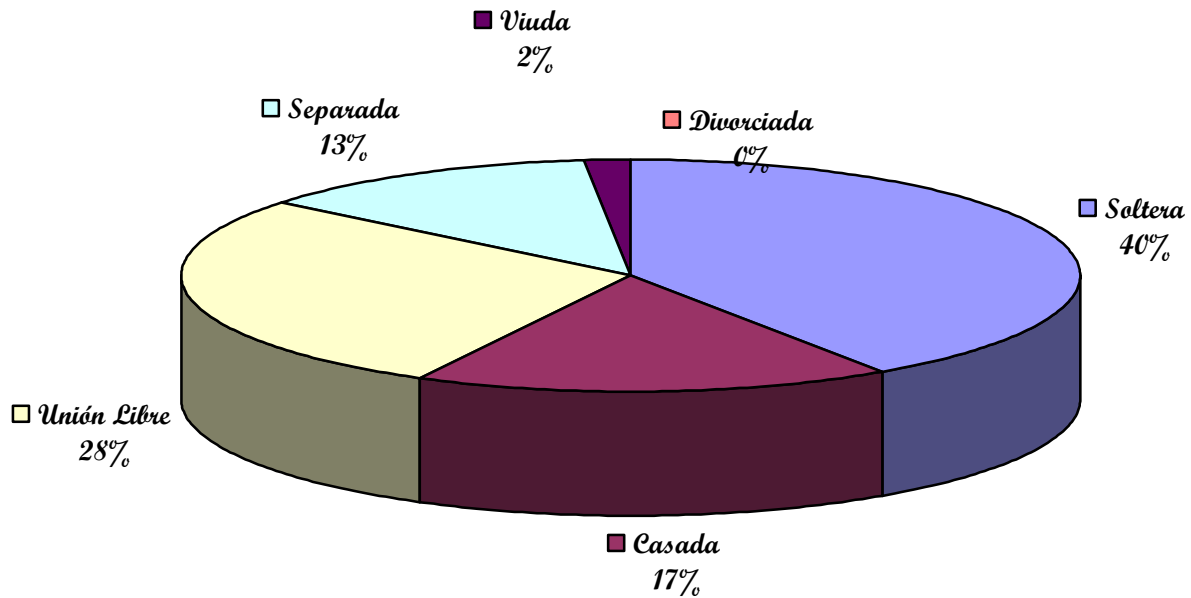
La mayoría de las mujeres encuestadas (40.62 %) manifestaron permanecer solteras y sin el apoyo del padre de sus hijos, mientras que 1 de ellas (1.56%) refirió ser viuda desde hace pocos meses, a causa de un accidente de trabajo (Tabla y figura 3)

TABLA 3		
“DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR ESTADO CIVIL”		
ESTADO CIVIL	ADOLESC	%
SOLTERA	26	40.62
CASADA	11	17.17
UNIÓN LIBRE	18	28.12
SEPARADA	8	12.50
VIUDA	1	1.56
DIVORCIADA	0	0.00

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 3

“DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR ESTADO CIVIL”



FUENTE: TABLA 3

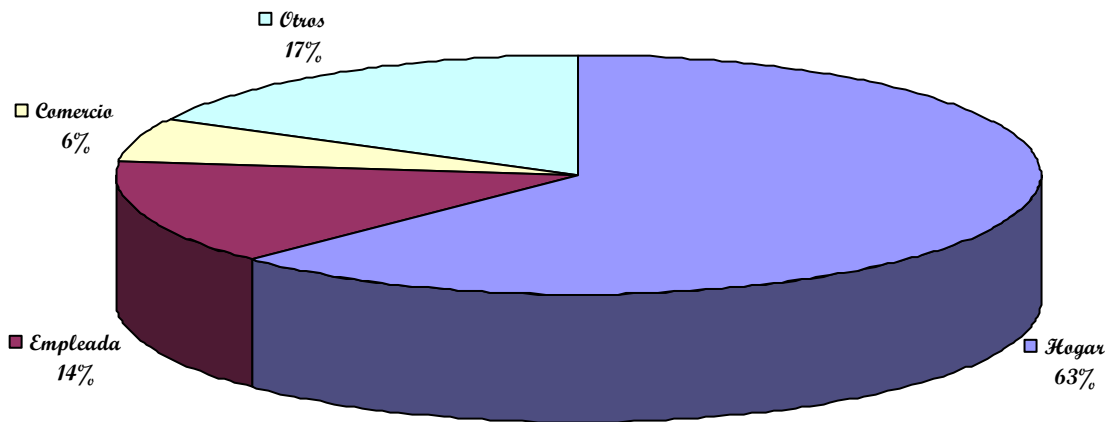
Por otra parte, el 62.50 % (40) de las adolescentes se dedica a las labores del hogar y un gran porcentaje de ellas depende aún de la familia de origen, para subsistir (Ver tabla y figura 4).

TABLA 4 “DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR OCUPACIÓN”		
OCUPACIÓN	ADOLESC	%
HOGAR	40	62.5
EMPLEADA	9	14.06
COMERCIO	4	6.25
OTROS	11	17.17

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 4

“DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGUN OCUPACIÓN”



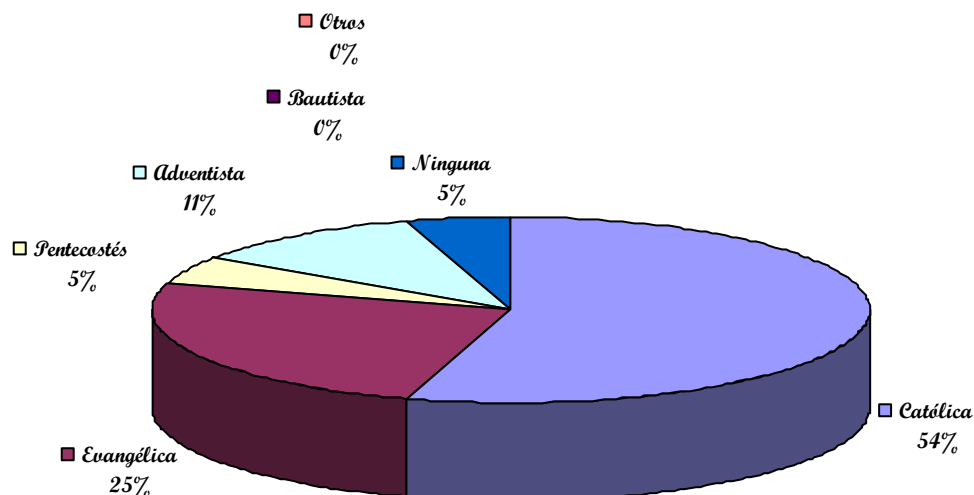
FUENTE: TABLA 4

35 de las 64 encuestadas (54.68 %) ejercen la religión católica, y 3 de ellas (4.68%) no profesan religiosidad alguna (Tabla y figura 5)

TABLA 5		
“DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR RELIGIÓN”		
RELIGIÓN	ADOLESC	%
CATÓLICA	35	54.68
EVANGÉLICA	16	25.00
PENTECOSTÉS	3	4.68
ADVENTISTA	7	10.93
BAUTISTA	0	0.00
ÓTROS	0	0.00
NINGUNA	3	4.68

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 5
“DISTRIBUCIÓN DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR RELIGIÓN”



FUENTE: TABLA 5

De acuerdo con el número de gestación, el 82.81% son primigestas y solo el 4.68 % cursaban su tercera gestación. Una de las secundigestas refirió aborto previo. (Tabla y figura 6)

El mayor número de secundigestas se concentra en la edad de 16 años y las tercigestas en las edades de 16, 17 y 19 años respectivamente.

Analizándose la distribución del número de gestación por edades se observó que las 2 embarazadas de 13 años eran primigestas, así mismo las 9 de 14 años. Del total de adolescentes con edad de 15 años, 10 cursaban con su primera gestación y sólo una correspondía al segundo embarazo (teniendo un aborto previo) De las edades de 16 años, 17 eran primigestas, 3 secundigestas y una tercigesta. Las de 17 años: 9 primigestas, 2 secundigestas y una tercigesta. 18 años: 5 primigestas y una Secundigesta. Embarazadas de 19 años, una primigesta, una Secundigesta y una tercigesta (Ver figura 7)

El 50% de las embarazadas adolescentes se encontraba cursando el segundo trimestre de gestación al momento de su ingreso a control y aplicación de encuesta, y solo el 17.18 % inició control prenatal en el primer trimestre (Ver tabla 7 y figura 8)

TABLA 6
 “DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR NUMERO DE GESTACIÓN”

GESTA	ADOLESC	%
PRIMIGESTA	53	82.81
SECUNDIGESTA	8	12.5
TERCIGESTA	3	4.68
MULTIGESTA	0	0.00

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 6

“DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE ACUERDO AL NÚMERO DE GESTACIÓN”

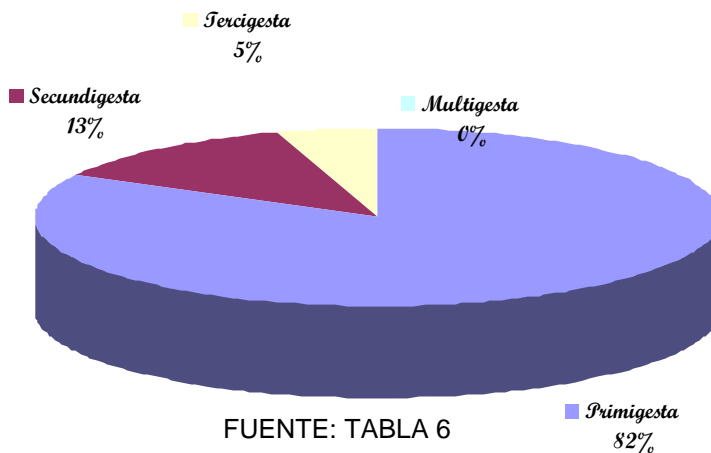
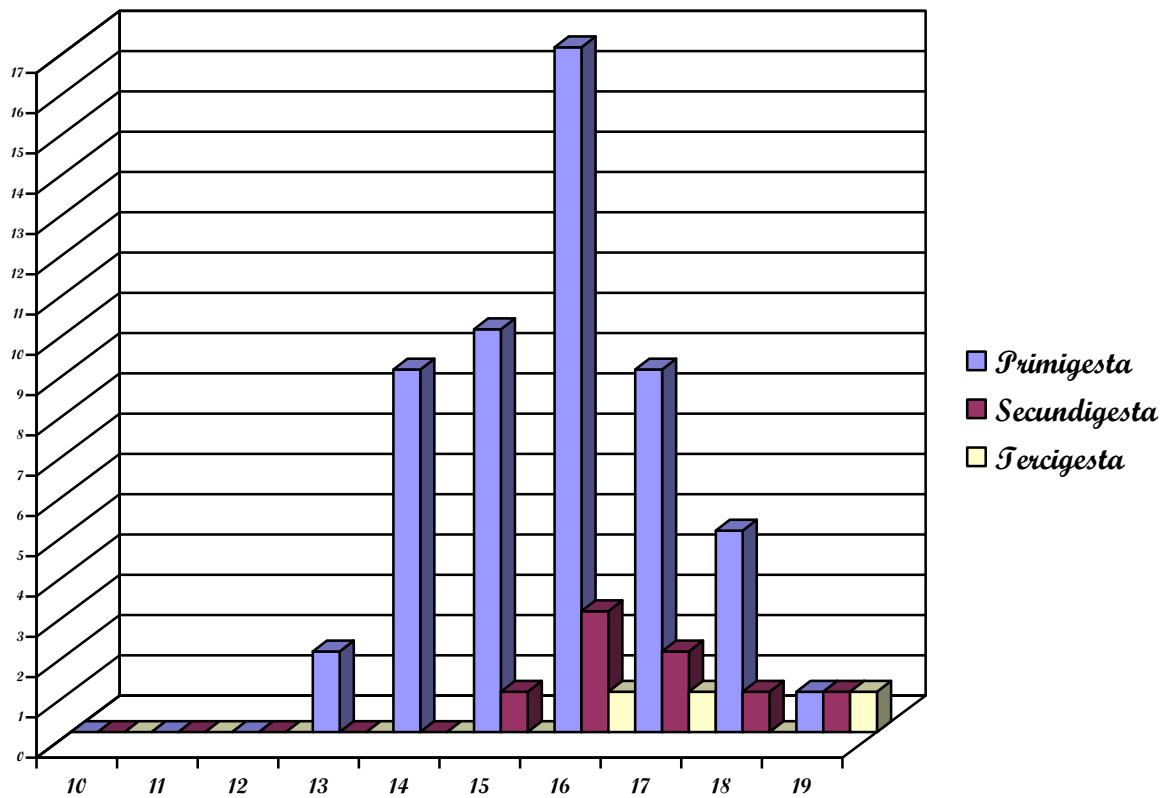


FIGURA 7

“DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE GESTA EN RELACIÓN CON LA EDAD”

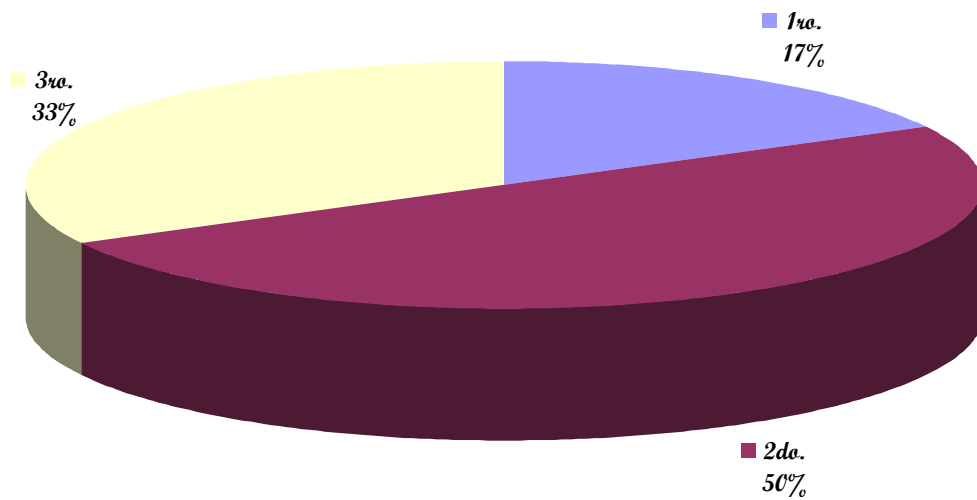


FUENTE: ENCUESTA

TABLA 7		
“DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR TRIMESTRE GESTACIONAL”		
TRIMESTRE	ADOLESC	%
PRIMERO	11	17.18
SEGUNDO	32	50.00
TERCERO	21	32.81

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 8
“DISTRIBUCIÓN DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR TRIMESTRE GESTACIONAL”



FUENTE: TABLA 7

La escala familiar de FACES III calificó a la mayoría de las familias de origen de las encuestadas como FLEXIBLES en cuanto a su habilidad para la adaptación a los cambios correspondientes al ciclo vital y DESLIGADAS en cuanto a su cohesión. De acuerdo a los prototipos de familias dadas por ésta escala, la mayoría de las familias de origen de las adolescentes embarazadas estudiadas pertenecen al grupo de las EXTREMAS (CAÓTICAMENTE DESLIGADAS), mismas que son consideradas como disfuncionales (Aún sin ser ésta una escala exclusiva para valorar funcionalidad familiar)

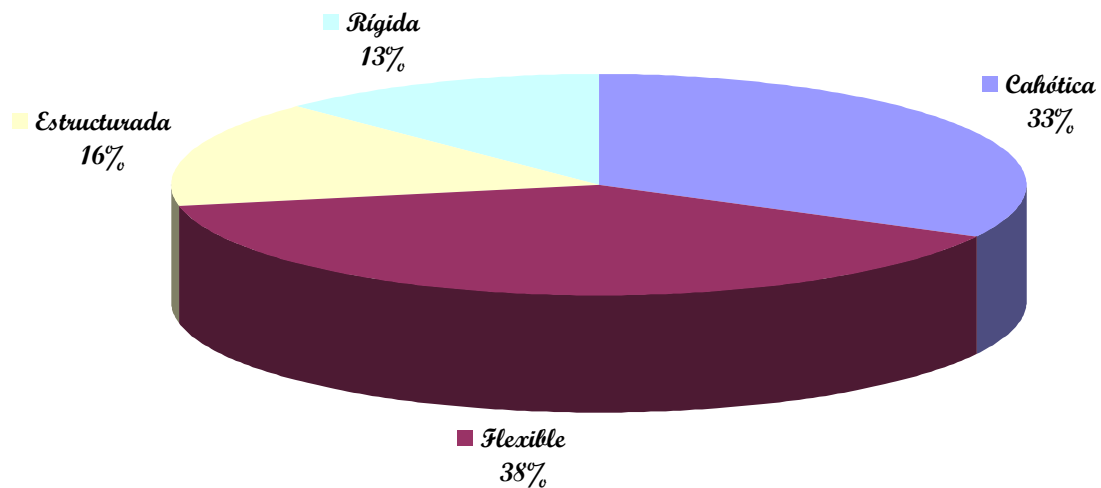
TABLA 8

“CLASIFICACIÓN FAMILIAR DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN ITEMS DE ADAPTABILIDAD”

ADAPTABILIDAD	FAMILIAS	%
CAHÓTICA	21	32.81
FLEXIBLE	25	39.06
ESTRUCTURADA	10	15.62
RÍGIDA	8	12.5

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 9
“CLASIFICACION FAMILIAR DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN ITEMS DE ADAPTABILIDAD”

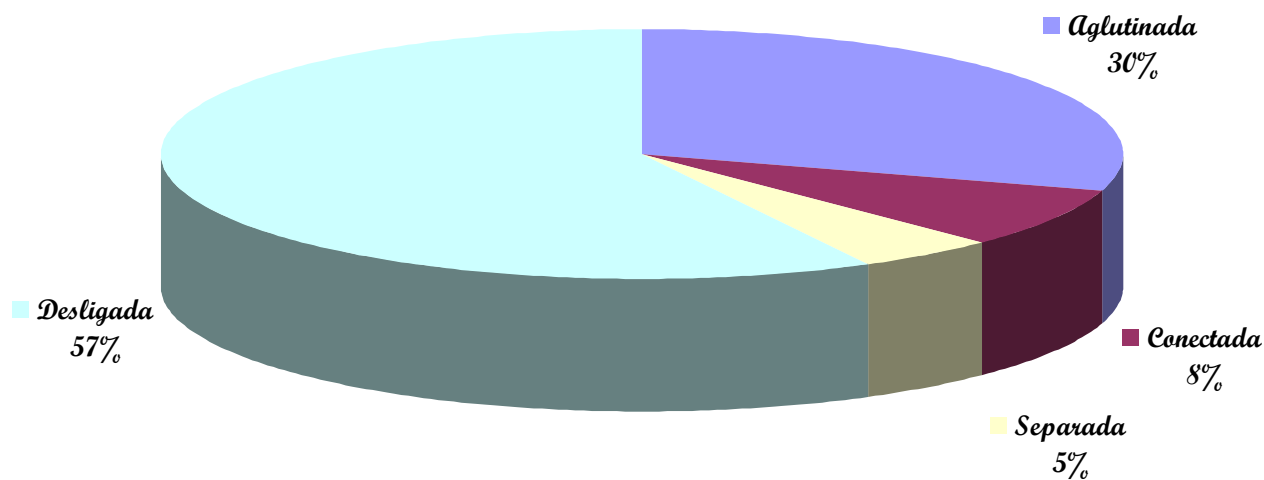


FUENTE: TABLA 8

TABLA 9		
"CLASIFICACIÓN FAMILIAR DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN ITEMS DE COHESIÓN"		
COHESIÓN	FAMILIAS	%
AGLUTINADA	19	29.68
CONECTADA	5	7.81
SEPARADA	3	4.68
DESLIGADA	37	57.81

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 10
"CLASIFICACION FAMILIAR DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN ITEMS DE COHESION"



FUENTE: TABLA 9

TABLA 10

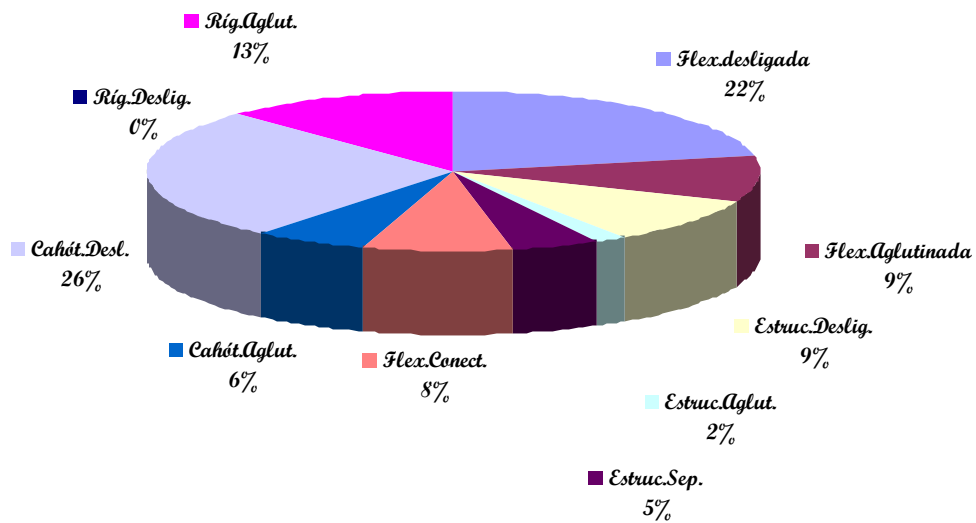
“CLASIFICACION DE FAMILIAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN EL FACES III”

CLASIFICACIÓN	FAMILIAS	%
FLEXIBLEMENTE DESLIGADA	14	21.87
FLEXIBLEMENTE AGLUTINADA	6	9.37
ESTRUCTURALMENTE DESLIGADA	6	9.37
ESTRUCTURALMENTE AGLUTINADA	1	1.56
ESTRUCTURALMENTE SEPARADA	3	4.68
FLEXIBLEMENTE CONECTADA	5	7.81
CAÓTICAMENTE AGLUTINADA	4	6.25
CAÓTICAMENTE DESLIGADA	17	26.56
RÍGIDAMENTE DESLIGADA	0	0.00
RÍGIDAMENTE AGLUTINADA	8	12.5

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 11

“CLASIFICACIÓN DE FAMILIAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN EL FACES III”



FUENTE: TABLA 10

TABLA 11

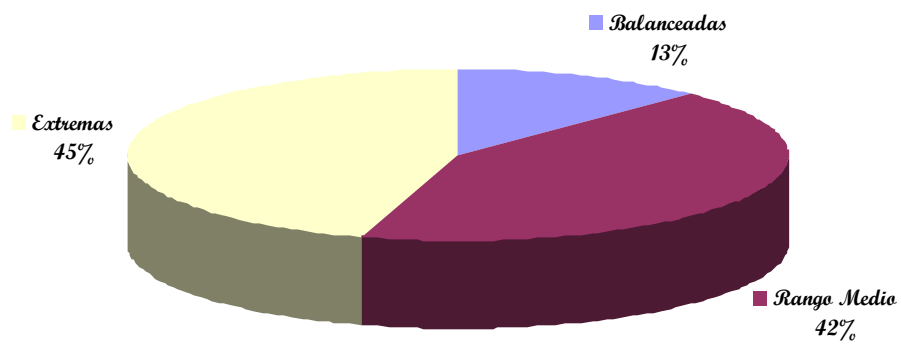
“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS (FACES III)”

CLASIFICACIÓN	FAMILIAS	%
BALANCEADAS	8	12.5
RANGO MEDIO	27	42.18
EXTREMAS	29	45.31

FUENTE:

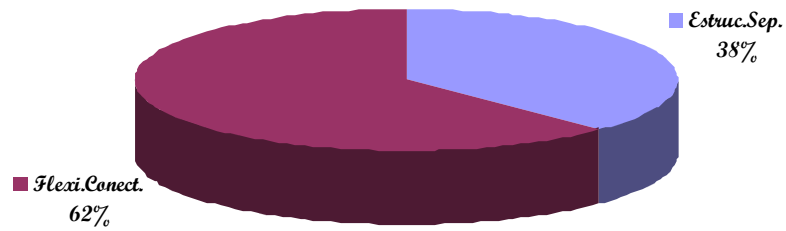
ENCUESTA

FIGURA 12
“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE ACUERDO A FACES III”



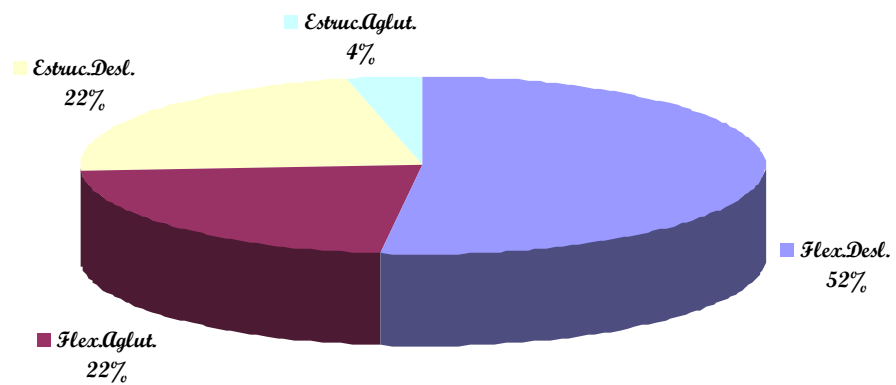
FUENTE: TABLA 11

FIGURA 13
“FAMILIAS BALANCEADAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS”



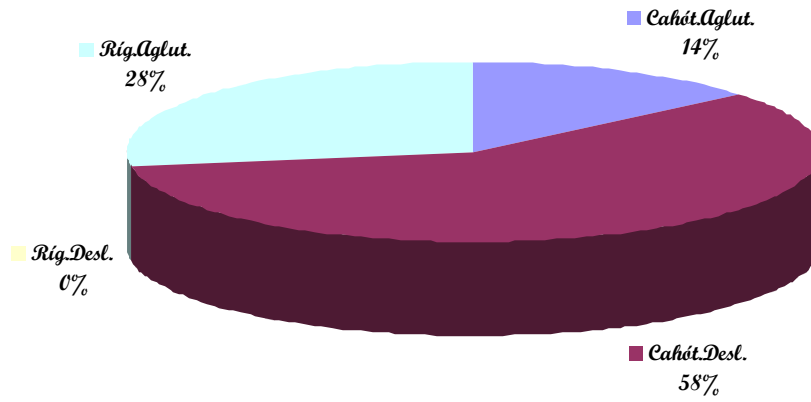
FUENTE: TABLA 10

FIGURA 14
“FAMILIAS DE RANGO MEDIO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS”



FUENTE: TABLA 10

FIGURA 15
“FAMILIAS EXTREMAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS”



FUENTE: TABLA 10

VIII.- ANALISIS DE RESULTADOS

En la realización de éste estudio aplicado a las adolescentes embarazadas del CAAPS Comalcalco, se encontró lo referido en la literatura, ya que éstas fluctúan en las edades concentradas en la adolescencia intermedia² (15 a 17 años 68.74%) y en su mayoría son primigestas² (82.81%), iniciando el control gestacional durante el segundo trimestre⁶ (50%), cuando lo esperado es durante los primeros meses del embarazo. También coincide en cuanto a la deserción escolar¹¹, predominando el curso de la educación básica al momento de la misma (secundaria incompleta 26.56%). Estas adolescentes proceden, en su mayoría, de familias de origen con funcionalidad extrema, es decir, de aquellas consideradas como disfuncionales, lo cual puede considerarse como factor importante asociado al embarazo a edades tempranas, regularmente no deseado y no planeado^{6,9}, viéndose el inicio de la vida sexual e incluso a la concepción, como una salida de aquel núcleo familia que no cumple con las tareas y funciones básicas necesarias para la orientación del adolescente¹.

IX.- CONCLUSIONES

En base al análisis realizado y con los resultados obtenidos y proyectados en cada una de las gráficas presentadas (en las que se observa que de la muestra representativa de 64 adolescentes embarazadas, la mayoría circula entre los 16 años de edad, con un 32.81%, el estado civil soltera con un 40.62%, con educación media básica incompleta en un 26.56% y como ocupación mayoritaria las labores del hogar en un 62.5%), se puede concluir que, aunque si bien es cierto que no se puede influir directamente en la dinámica familiar, ni en las condiciones socio-económicas de las adolescentes, es de gran importancia, que el médico familiar, identifique las familias de riesgo o las ya disfuncionales, con el fin de planear y organizar trabajos de orientación familiar y hasta canalizarlas en el momento requerido para su atención, a un área de servicio de terapia familiar, para influir notablemente en las estadísticas de adolescentes con embarazos no deseados. Así mismo, es de índole del médico familiar, la prevención de embarazos en edades tempranas, mediante la orientación sobre la vida sexual activa y el uso de los métodos de planificación familiar, así como la promoción de la importancia del control prenatal desde las primeras semanas para evitar complicaciones tanto de la madre como del producto. Ya con la adolescente embarazada, es de gran importancia el adecuado control prenatal, manejándose la gestación como de alto riesgo (Sobre todo en

adolescencia temprana e intermedia) El médico familiar debe llevar control de puerperio con el fin de evitar complicaciones y lograr que las adolescentes terminen éste con un método de planificación familiar para evitar los períodos intergenésicos cortos.

De gran importancia es también la forma en que el médico de familia oriente a la madre y/o padre adolescente, en cuanto al manejo de recién nacido y se mantenga vigilante de los cambios de los nuevos roles en el ciclo vital familiar.

Estas conclusiones fueron presentadas al personal médico de la unidad estudiada, con el fin de lograr un cambio significativo en cada uno de ellos, el cual permita incidir en el porcentaje de embarazos en adolescentes en el municipio, a través de la convivencia con ellos.

X.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vera G, Gallegos M, Varela M. Salud Mental y embarazo en adolescentes: Contexto de la gestación y consecuencias biodemográficas tempranas. *Rev Méd Chile* 1999; 4: 437-43
2. Alan Guttmacher Institute. Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries. Can more progress be made? New York & Washington: Alan Guttmacher Institute; 2001
3. Bolzan, A. Relación entre estado nutricional de embarazadas adolescentes y crecimiento fetal. *Medicina*, Buenos Aires; 1999, 59 : 3
4. Esplín MS, Fausett MB, Fraser A, Kerber R, et al: Paternal and maternal components of the predisposition to preeclampsia. *N Engl J Med* 2001; 344: 867 – 872
5. Olausson P, Cnattinguis S, Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 106: 116-21
6. Evans MA, Rosen LN. Demographic and Psychosocial risk factors for preterm delivery in an active duty pregnant adolescent population. *J Medicine* 2000; 165: 49-53
7. Buvinic M, Valenzuela JP, Molina T, González E. La suerte de las madres adolescentes y sus hijos: la transmisión de la pobreza en Santiago de Chile. E. Schmukler B, comp. *Familias y relaciones de género en transformación*. México, D.F.: Population Council, Edamex, 1998:451-492
8. Shenkman E, Youngblade L, Nackashi J. Adolescents' preventive care experiences before entry into the State Children's Health Insurance Program (SCHIP). *Pediatrics*. 2003; 112(6 Pt 2):e533

9. Álvarez, R. Salud Pública Medicina Preventiva. México. Editorial Manual Moderno 2004, 118-145
10. The National center for health statistics, births to teenagers in the United State, 1940-2000. National vital statistics Reports, 2002 The National center for health statistics, births to teenagers in the United State, 1940-2000. National vital statistics Reports, 2002
11. The national campaign to prevent Teen Pregnancy, Teen pregnancy, so What? Update 2/04, accessed 30 de diciembre de 04
12. The Annie E. Casey Foundation. 2003 Kids Count Data Book Online. Baltimore, MD, 6/11/03
13. La salud de los adolescentes en cifras, Dirección General de Información y Evaluación del desempeño de la secretaría de salud, D.F. México. 2003; 45 (suppl 1); 8-13
14. De la Garza C, Celaya JA., Hernández C, Palacios G. Primigesta adolescente. Ginecol Obstet Mex. 1997; 65 : 533 – 537
15. Centro de Estudio Latinoamericano de Desarrollo (CELADE) Juventud, Población y Desarrollo en América Latina y El Caribe: Problemas, oportunidades y desafíos. *Publicación CELADE* 2000; 326-30
16. Gallego Machado BR. Influencia de la educación sanitaria en madres adolescentes en su conducta para lactar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17 (3):244 – 247
17. Lao T.T., Ho L. F.: The obstetric implications of teenage pregnancy. Hum Reprod 1997; 12: 2303 – 2305

18. June J, Díaz A. Situación de la salud maternoinfantil y sus tendencias en América Latina y el Caribe. Acciones de salud a nivel local. OPS, OMS; 1997
19. Scaramella LB, Conger RD, Simons RL, Whitbeck LB. Predicting risk for pregnancy by late adolescence: A social contextual perspective. *Rev Psychol* 2000; 34: 1233-1245
20. Alan Guttmacher Institute. Teen, sex and pregnancy. New York & Washington: Alan Guttmacher Institute; 1999
21. Alan Guttmacher Institute. Family planning can reduce high infant mortality levels. New York & Washington: Alan Guttmacher Institute; 2002
22. Lankoande J, Quedraogo CM, Quedraogo A, Tieba B. Maternal mortality in adolescents at the University Hospital of Quagadougou. *Rev Med Brux* 2000; 20: 87-89
23. Troya C. Deserción escolar en Paraguay. *Rev Paraguaya de Sociología* 2000; 37: 20-22
24. Meléndez MA. *Reprobación y deserción estudiantil en el Instituto Tecnológico Parral: un estudio de caso*. ANUIES, México 2000; 1-6
25. Luna N, Lusardi R, Margherit M, Báez N. Deserción Escolar. *Rev Educación* 2000; 98: 20-24.
26. Molina S, Marta, Ferrada N, Cristina, Pérez V, Ruth *et al*. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev. Méd. Chile*, 2004
27. Sheeder J, Scott S, Stevens-Simon C. The Electronic Report on Adolescent Pregnancy (ERAP). *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2004;17(5):341-346

28. Beck LF, Morrow B, Lipscomb LE, Johnson CH, Gaffield ME, Rogers M, Gilbert BC. Prevalence of selected maternal behaviors and experiences, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 1999. *MMWR Surveill Summ.* 2002 26;51(2):1-27
29. Phares TM, Morrow B, Lansky A, Barfield WD, Prince CB, Marchi KS, Braveman PA, Williams LM, Kinniburgh B. Surveillance for disparities in maternal health-related behaviors--selected states, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2000-2001. *MMWR Surveill Summ.* 2004 2;53(4):1-13
30. Grady MA, Bloom KC. Pregnancy outcomes of adolescents enrolled in a Centering Pregnancy program. *J Midwifery Womens Health.* 2004;49(5):412-420
31. Klima CS. Centering pregnancy: a model for pregnant adolescents. *J Midwifery Womens Health.* 2003;48(3):220-225
32. Laviola G, Rea M, Morley-Fletcher S, Di Carlo S, Bacosi A, De Simone R, Bertini M, Pacifici R. Beneficial effects of enriched environment on adolescent rats from stressed pregnancies. *Eur J Neurosci.* 2004;20(6):1655-1664
33. Mavroforou A, Koumantakis E, Michalodimitrakis E. Adolescence and abortion in Greece: women's profile and perceptions. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004 17(5):321-6

XI.- ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	FOLIO _____
I) EDAD _____	
II) ESCOLARIDAD _____	
1. ANALFABETA 2. PRIMARIA INCOMPLETA 3. PRIMARIA COMPLETA 4. SECUNDARIA INCOMPLETA 5. SECUNDARIA COMPLETA 6. PREPARATORIA INCOMPLETA 7. PREPARATORIA COMPLETA 8. TÉCNICA 9. PROFESIONISTA	
III) ESTADO CIVIL _____	
1. SOLTERA 2. CASADA 3. UNIÓN LIBRE 4. SEPARADA 5. DIVORCIADA 6. VIUDA	
IV) OCUPACIÓN _____	
1. HOGAR 2. EMPLEADA 3. COMERCIO 4. PROFESIONISTA 5. OTROS	
V) RELIGIÓN _____	
1. CATÓLICA 2. EVANGÉLICA 3. PENTECOSTÉS 4. ADVENTISTA 5. BAUTISTA 6. OTROS 7. NINGUNA	
VI) NUMERO DE GESTA _____	
VII) TRIMESTRE GESTACIONAL _____	
1. PRIMERO 2. SEGUNDO 3. TERCERO	

ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FACES III)

(DESCRIBA A SU FAMILIA)	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 ALGUNAS VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
1. LOS MIEMBROS DE NUESTRA FAMILIA SE DAN APOYO ENTRE SI					
2. EN NUESTRA FAMILIA SE TOMAN EN CUENTA LAS SUGERENCIAS DE LOS HIJOS PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS					
3. ACEPTAMOS LAS AMISTADES DE LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA					
4. LOS HIJOS PUEDEN OPINAR EN CUANTO A SU DISCIPLINA					
5. NOS GUSTA CONVIVIR SOLAMENTE CON LOS FAMILIARES MÁS CERCANOS					
6. CUALQUIER MIEMBRO DE LA FAMILIA PUEDE TOMAR LA AUTORIDAD					
7. NOS SENTIMOS MÁS UNIDOS ENTRE NOSOTROS QUE CON PERSONAS QUE NO SON DE NUESTRA FAMILIA					
8. NUESTRA FAMILIA CAMBIA EL MODO DE HACER SUS COSAS					
9. NOS GUSTA PASAR EL TIEMPO LIBRE EN FAMILIA					
10. PADRES E HIJOS SE PONEN DE ACUERDO EN RELACIÓN CON LOS CASTIGOS					
11. NOS SENTIMOS MUY UNIDOS					
12. EN NUESTRA FAMILIA LOS HIJOS TOMAN LAS DECISIONES					
13. CUANDO SE TOMA UNA DECISIÓN IMPORTANTE, TODA LA FAMILIA ESTÁ PRESENTE					
14. EN NUESTRA FAMILIA LAS REGLAS CAMBIAN					
15. CON FACILIDAD PODEMOS PLANEAR ACTIVIDADES EN FAMILIA					
16. INTERCAMBIAMOS LOS QUEHACERES DEL HOGAR ENTRE NOSOTROS					
17. CONSULTAMOS UNOS CON OTROS PARA TOMAR DECISIONES					
18. EN NUESTRA FAMILIA ES DIFÍCIL IDENTIFICAR QUIEN TIENE LA AUTORIDAD					
19. LA UNIÓN FAMILIAR ES MUY IMPORTANTE					
20. ES DIFÍCIL DECIR QUIÉN HACE LAS LABORES DEL HOGAR					