



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MÉXICO**

**Facultad de Medicina**

---

---



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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN CHIAPAS  
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 23**

**Estado de salud en estudiantes de bachillerato  
y su relación con la funcionalidad familiar**

**Trabajo que para obtener el diploma de especialista en**

**Medicina Familiar**

---

---

**Presenta**

**FRANCISCO JAVIER RUEDA PEÑA**



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.

**Estado de salud en estudiantes de bachillerato  
y su relación con la funcionalidad familiar**

**Trabajo que para obtener el diploma de especialista en  
Medicina Familiar**

**Presenta**

---

**FRANCISCO JAVIER RUEDA PEÑA**

**TUXTLA GUTIERREZ**

**Tutor**

**M. en C. JORGE MARTINEZ TORRES  
COORDINADOR DELEGACIONAL EN INVESTIGACIÓN  
ASESOR METODOLOGICO  
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS**

**Autorizaciones**

**DRA. BRENDA GISELA CASTILLEJOS ANLEU  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN  
UMF No 23 DEL IMSS EN TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS**

**DR. JOSÉ RAMIRO CORTES PON  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
H.G.Z No II  
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS**

**Estado de salud en estudiantes de bachillerato  
y su relación con la funcionalidad familiar**

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

**PRESENTA:**

**FRANCISCO JAVIER RUEDA PEÑA**

**AUTORIZACIONES**

**DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M**

## *Agradecimientos*

---

### *A mis hijos:*

*Por ser el motor insistente en mi ser, su vana inocencia e incansable  
Desborde de amor y cariño expresado hacia ami, hoy son mi mejor fruto...  
Gracias mis preciosos campeones... por ustedes culmino e inicio otro camino*

### *A mi esposa*

*Incansable amiga y guerrera a ti por tu desmedido amor, comprensión y paciencia  
Resarciedo cada paso equivocado en esta difícil tarea a ti mil gracias...por cada  
Instante de nuestras vidas aun juntos mano a mano codo a codo...  
Simplemente gracias por tu cariño.....*

### *A mis padres: y hermanos*

*Gracias por seguir impulsándome cada día, por sus ánimos y esperanzas depositados en mí, por su amor  
desmedido por estar en mis momentos más difíciles y de aflicción.....  
Pero sobre todo gracias por creer en mí después de múltiples tropiezos.*

### *A mis Maestros*

*Gracias por su amistad, por el ferviente deseo de permitirme ser mejor en esta ardua carrera  
Por hacer de mi un especialista.....Gracias.*

## Índice

Resumen –

I.- Marco teórico

II. Planteamiento del problema

III.- Justificación

IV. 0.-Objetivos

V.- Metodología

VI.1.- Tipo de estudio

VI.2.- Población y tiempo de estudio

VI.3.- Tamaño de muestra y muestreo

VI.4.- Criterios de inclusión

VI.5.- Criterios de exclusión

VI.6.- Criterios de eliminación

VI.7.- Variables del estudio

VI.8.-Procedimiento

VI.9.- Normas éticas

VI.10.- Recursos

VI.11.- Análisis estadístico

VI.12.- Resultados

VI.13.- Discusión

VI.14.- Conclusión

VI.15.- Recomendaciones

VI.16.- Bibliografía

VI.17.- Cronograma de actividades

VI. 18. - Anexos

## Resumen:

**Objetivo General:** .Determinar el estado de salud en estudiantes de bachillerato y su relación con la funcionalidad familiar

**Material y métodos:** Estudio trasversal y descriptivo que se aplicó a 201 estudiantes de bachillerato de diferentes semestres con edad de 14 a 20 años, se aplicaron tres cuestionarios: Cuestionario de Dartmouth que mide estado de salud en adolescentes, variables socio demográficas, faces II para funcionalidad familiar. Se realizó análisis estadístico univariado y bivariado con medidas de tendencia central y desviación para variables cuantitativas y frecuencias simples y relativas para variables cualitativas. Se utilizó prueba de coeficiente de correlación de Pearson para determinar la relación entre los puntajes del estado de salud y los puntajes del FACES II

**Resultados:** Se encuestó a 201 adolescentes estudiantes de bachillerato con una media de edad de 16.7+- 1.2, con una frecuencia por sexo mayor en mujeres; media edad padre de 44.3+- 12, media edad madre 41.5 +- 6.4, media escolaridad padre 7.19+- 3.7, media escolaridad madre 6.33+-3.6; con características familiares de nivel socioeconómico bajo o muy bajo 70.6%, nuclear en 91.5%, de tipo moderna, 68.2 % urbana 85.6 % y en fase de dispersión 65.2 %, la funcionalidad familiar el faces 20, medias altas 4.14+- 1.16 y 30 4.44+-0.9, medias bajas en faces 9 1.74+-1.0, media baja faces II 28 2.04+-1.2, medias altas de Dartmouth en actividad física 2.93 +1, media comunicación familiar 2.88+-1.2, medias bajas en trabajo escolar 2.70+-1.0, hábitos de salud 1.31+-0.7, con una diferencia de en las medias de actividad física y hábitos por sexo.

Existiendo correlación entre la edad, escolaridad de los padres, y el Dartmouth total.

**Conclusiones:** Existe alteración en el estado de salud de los estudiantes, ocasionado por su funcionalidad familiar afectada por diversos factores sociodemográficos, que hacen que el estudiante de bachillerato tenga un desempeño deficiente en su trabajo escolar y repercuta en su estado de salud.

## Marco Teórico

La adolescencia es una etapa de desarrollo humano aceptada por todos, que no significa sólo el tránsito de la niñez a la adultez, sino que en su devenir sobrevienen diversos y complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que caracterizan la edad. El término adolescencia, según el diccionario Robert, proviene del latín adolescencia, que es la época de crecimiento acelerado. De igual forma lo define María Moliner; pero la noción no se desarrolló hasta el siglo XIX paralelamente a la revolución industrial. Tradicionalmente, se considera a la adolescencia como una etapa relativamente exenta de problemas de salud; sin embargo, es evidente que, aun cuando la morbilidad y la mortalidad son bajas en los adolescentes, están expuestos a factores de riesgo.<sup>1,4,7</sup>

Factores de la dinámica familiar, muerte o separación de los padres, el tipo de padres, maltrato hacia los adolescentes, bajo rendimiento escolar aumentan tres veces los riesgos.<sup>8</sup>

Es conocida la posición intermedia que ocupa el adolescente que lo conduce a situaciones contradictorias. Unas veces es considerado adulto exigiéndosele responsabilidad, mientras que en otro se le percibe como incapaz de tomar decisiones limitándose su independencia.<sup>1</sup>

Cada vez más, los adolescentes se enfrentan con la opción importante sobre la conducta y se arriesga con respecto a un rango de problemas.<sup>2</sup>

En términos simples y convencionales se trata de un periodo de desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Se refiere al momento de la vida durante el cual una persona joven debe de establecer un sentido personal de identidad, a pesar de las presiones sociales.<sup>3</sup>

Aunque según la creencia popular durante este periodo se atraviesa por trastornos y alineación psicológica, en realidad es una fase adaptativa de crecimiento.<sup>5</sup>

**Eric Ericsson, Peter Blos, Arminda Aberasturi** han servido para la comprensión del proceso adolescente.

**Bernand y Colli** describen, la crisis de la adolescencia corresponde al proceso de cambio brutal.

**Michael Vincent** propone el término de revolución (1980), en vez de transición.  
**Pierre Male** elabora varios textos “La crisis juvenil” y hace una definición de adolescencia

**Papalia.** Dice que en la actualidad la adolescencia es un periodo más prolongado por diversas razones, pero en tiempos de crisis se convierte en una tendencia secular.

**Ibarra L.** Encontró que los padres evaden algunos temas esperando hacerlo después. El mismo autor en (1999); indica que la comunicación entre padre e hijo no escapa el tema del sexo como lo hacen otros temas.

**Pérez C.** Indica que la mayor repercusión de problemas en la esfera personal y social de la adolescente.<sup>1, 5,6</sup>

Durante las últimas décadas se han producido importante avances metodológicos en el campo de la investigación clínica aplicada, a partir de la identificación de nuevos objetos de interés de la medicina para el estudio de la fenomenología salud-**enfermedad**.

Para poder hablar de **estado de salud** adecuado es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida. Usualmente la salud se define de una forma negativa, como la ausencia de enfermedad.<sup>13, 15</sup>

Las medidas de salud relacionadas con la calidad de vida, en pacientes con síntomas y que se les evalúa su funcionamiento, y su satisfacción con su estado de salud, han recibido mayor atención.<sup>14</sup>

Durante la última década la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha ido transformando en una importante medida del impacto de los cuidados médicos.<sup>16, 18</sup>

**El estado de salud**, estado funcional y calidad de vida son tres conceptos que a menudo se usan para referirse a la salud, esta comprende muchas dimensiones, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud son todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona.

En la década de 1950 se desarrollaron las escalas de medición de las actividades básicas de la vida, pero fue hasta 1970 cuando se desarrolla la moderna generación de instrumentos de medida de la calidad de vida asociada a la salud, fueron primero genéricos luego específicos basados en la salud del paciente.<sup>17, 18</sup>

En el 2001, el instituto de medicina publica una impresión para mejorar la calidad del cuidado de la salud en Estados Unidos, se basaba en la experiencia del cuidado de la salud de adolescentes con enfermedades crónicas. Un análisis de 1994, por la salud nacional en Estados Unidos realiza un estudio y determinaron que existen 12.6 millones con problemas crónicos síquicos, comportamiento emocional y necesidades de salud de estos el 6.5% estaban en condiciones limitadas de la función.<sup>19</sup>

En si la adolescencia como crisis impacta en la salud familiar, teniendo en cuenta las áreas que lo componen como la socioeconómica, sociopsicológica, el funcionamiento familiar y la salud individual.<sup>19</sup>

Además nuestro país esta conformado por una diversidad de poblaciones que presentan características distintas entre si, debido a factores socioculturales, religiosos, idiosincráticos. En el seno de la familia existen crisis y cuando los mecanismos para resolverlas falla crean una alteración en la funcionalidad familiar.<sup>20</sup>

El alto predominio de la morbilidad y de riesgo en la salud juvenil esta documentada, tales problemas como embarazo, uso de drogas, dificultades

emocionales, fracaso escolar y conducta antisocial. El estilo de vida de la familia en la comunidad se convierte en aspecto importante, por que muchos comportamientos de riesgo se basan en procedimientos individuales y familiares que amenazan la vida.<sup>22, 25</sup>

Uno de los factores familiares de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de **salud** en los hijos es el ambiente familiar negativo por problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado “**familia**” y de ahí se considera importante también para la **salud**, su modo de vida familiar.<sup>12, 13</sup>

La importancia del estado funcional del paciente, tanto físico, social o mental en el contexto de un concepto como el de la calidad de vida que se considera multidimensional y el hecho de que la medición del estado de salud se considere un fenómeno subjetivo proporciona la necesidad de obtener un valor numérico que represente la preferencia del enfermo por un determinado estado de salud.<sup>26</sup>

La importancia de conocer estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad como lo expreso Florenzzano, al reportar más del 55% de adolescentes con algún tipo de adicción pertenecían a familias con algún grado de disfunción familiar, de igual forma Huerta Martínez enfatizo la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar.<sup>23</sup>

La familia se define como un grupo social organizado a modelo de un sistema abierto , constituido por un numero variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar , vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales o de afinidad . La salud de los individuos se encuentra influenciada por la vida familiar. Una alteración en la salud reduce la productividad, el desarrollo intelectual y la participación social. <sup>24</sup>

La familia debe cumplir como grupo social 3 funciones básicas: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual, siendo éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el **funcionamiento familiar**.

Hablar de **funcionalidad familiar** se encuentra con que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional o se invierte la jerarquía, o se confunde con autoritarismo.

Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos así como cumplir las funciones asignadas, la comunicación clara, coherente y afectiva donde se comparten los problemas, y que sea capaz de adaptarse a los cambios, pero es importante para que la familia sea funcional es que no exista sobrecarga de rol, flexibilidad o complementariedad de rol.

No se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo sino como un proceso de cambios y ajustes constantes, por lo tanto una familia es funcional si promueve un desarrollo favorable de **la salud** de todos los miembros y debe tener jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.<sup>13</sup>

### **Índices Clinimétricos:**

El cuestionario COOP/WONCA es un instrumento creado para la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). La adecuada validez y fiabilidad de sus medidas y su facilidad de aplicación han sido fundamentales para la extensión generalizada de su uso en diferentes poblaciones.

El cuestionario COOP/WONCA fue desarrollado originalmente por un grupo de médicos de atención primaria en The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project (COOP Project), Hanover, New Hampshire EE.UU. Originalmente el cuestionario constaba de 9 ítems con escala tipo Likert de 5 puntos, donde las puntuaciones más altas expresaban peores niveles de funcionamiento. Fue en 1988 cuando la World Organization of National

Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) adoptó este instrumento Cuestionario general de salud de Dartmouth-COOP/WONCA: Cuestionario contó para evaluar Salud y problemas sociales de los adolescentes. El cuestionario pasó por varias etapas para escoger las dimensiones que podían ser evaluadas a través de viñetas, inicialmente constaba de 17 viñetas, las que posteriormente se redujeron a 14 y al momento actual consta de 6 como son: Actividad física, sentimientos, trabajo escolar, comunicación familiar, hábitos de salud. <sup>30</sup>

Las viñetas COOP/WONCA con un formato reducido y algo diferente de las originales COOP presentan unas ventajas únicas para ser utilizadas en la consulta: utilizan un único ítem para medir una dimensión de funcionamiento 6 ítems en total más uno opcional y es uno de los instrumentos más cortos validados y disponibles; por su brevedad y representación visual puede utilizarse por personas con un nivel de instrucción muy bajo; puede administrarse por un profesional sanitario o ser autoadministrado, interpretarse directamente sin necesidad de cálculos aritméticos y es atractivo y aceptado tanto por los profesionales como por los pacientes.

Cada dimensión está representada por 1 pregunta que tiene 5 posibilidades de respuesta que va del 1 al 5 en la escala de Likert, la máxima puntuación a obtener es del 5 al 30. En un estudio realizado por Wassón reporta valores de confiabilidad adecuados.<sup>27-28</sup>

## FACES II

El faces II (Escala de medición de cohesión y adaptabilidad familiar), fue concebido como un instrumento para la evaluación de las familias, con fines terapéuticos fundamentalmente y dentro del marco del modelo circunflejo (Olso y cols, 1979, 1980).

Según el modelo circunflejo, las familias con niveles medios de cohesión y adaptabilidad familiar son las más ajustadas.

El Faces II (Olson, Bell y Portner, 1982), pese a las críticas que ha recibido (ligadas sobre todo al modelo Circunflejo, cumple el doble propósito de dar

información acerca del funcionamiento familiar percibido y del funcionamiento ideal.

Según Olson y sus colaboradores (1982), la consistencia interna de cohesión es  $r=.87$  y de adaptabilidad es  $r=.78$ , la fiabilidad test-retest es  $.83$  para cohesión y  $.80$  para adaptabilidad.

Según el modelo circunflejo, las familias con niveles medios de cohesión y adaptabilidad familiar son las más ajustadas.

Por ello el FACES II evalúa los niveles percibidos e ideales de cohesión y adaptabilidad familiar.

La cohesión se define como los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen con otros y el grado de autonomía que experimenta. La adaptabilidad es la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo.

En las formulaciones iniciales de los instrumentos de evaluación familiar desarrollados por Olson y sus colaboradores, se buscaba identificar el funcionamiento percibido por los diferentes miembros de la familia y se situaba a las familias en cuadrantes de mayor o menor ajuste según los resultados obtenidos. No obstante, con posterioridad, se planteó la posibilidad de que las familias, aun manifestando un funcionamiento a priori desajustado en cohesión o adaptabilidad, se encontrasen a gusto en esos niveles; esto es, que su funcionamiento actual y el que considerasen ideal coincidiesen.

La primera versión de este instrumento surgiría en 1980 (Bell, 1980; Portner, 1981) y constaba de 111 ítems. Posteriormente se desarrollarían otras tres versiones tratando de superar cada una de ellas las limitaciones de las anteriores.

La segunda versión, FACES II, apareció en 1982 (Olson, Portner y Bell, 1982) y la tercera versión, FACES III, en 1985 (Olson, Portner y Lavee, 1985), de 30 y 20 ítems, respectivamente. Por lo tanto, a lo largo de todo este tiempo, los autores trataron de desarrollar un instrumento adecuadamente válido para el estudio del funcionamiento familiar.<sup>29, 30</sup>

Este instrumento ha demostrado índices de fiabilidad aceptados, para las subdimensiones de cohesión y adaptabilidad y una validez convergente y

divergente demostrada a través de escalas. La validez de constructo resulta respaldada a través de análisis factorial confirmatorio.<sup>30</sup>

Aplicación: la escala se aplica a personas mayores de 10 años que sean de miembros de familia con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda a las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (1-5), considerando cada aseveración con relación a su familia.

Calificación. La calificación cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones, la de adaptabilidad lo es a la de los ítems pares, con lo cual puede obtenerse la calificación de la familia con relación al esquema del modelo circunflejo. Las escalas que emplean este modelo son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos. Este modelo propone que las dimensiones de adaptabilidad y cohesión presenten 4 posibles grados y niveles de los cuales los intermedios son normales o “balanceados”, mientras que los más altos y más bajos son “externos”.<sup>31, 33.</sup>

## **.- Planteamiento del problema**

Desde una perspectiva sistémica la adolescencia es una de las perturbaciones que afectan el sistema familiar. Es una transición que debe afrontar todo el grupo familiar, que puede llegar a generar estrés cuando se da un desequilibrio, ante este particular.<sup>7</sup>

Este periodo de cierta ambigüedad, poca definición de lo que se espera en diferentes situaciones puede estar asociada a dificultades psicológicas. Así las expectativas de los padres de un adolescente es que sea obediente, en tanto que ante sus coetáneos han de manifestarse con independencia e iniciativa. Así mismo, el adolescente puede vivenciar como un conflicto el disfrutar de cierta independencia familiar y al mismo tiempo mantenerse "atado" en otras esferas. Si los adultos con los que cohabita son autoritarios sería un factor que propicia la rebeldía y la necesidad de independencia.<sup>1</sup>

La prolongación de la independencia de los padres y del tiempo de calificación de los más jóvenes, así como el significado que han cobrado los grupos de padres aparecen asociados a factores que disminuyen la influencia educativa de la familia manifestándose en una desviación entre lo aprendido a través del legado familiar y lo que requieren para asumir la posición de adulto.<sup>1</sup>

Sin embargo, es evidente que están expuestos a factores de riesgo a la salud como el sobrepeso, el tabaquismo, el alcoholismo, mal trato de los padres etc. <sup>4</sup> Respecto al contexto familiar, estudios previos señalan, que el ambiente familiar negativo caracterizado por problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes, constituye uno de los factores familiares de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de **salud**.<sup>12</sup>

Dentro de la familia la cesión de autonomía y la demanda de responsabilidad son los ejes principales sobre lo que se levantan tales discrepancias y el área donde deben construirse nuevas reglas donde parece inevitable la ocurrencia de cierto grado de conflicto entre el adolescente y sus padres. Pero hay otras características que es indispensable conocer según Satir y que son útiles para determinar el grado de **funcionalidad familiar**, lo que engloba el conocimiento de la dinámica familiar.<sup>13</sup>

Durante las últimas décadas se han producido importantes avances metodológicos en el campo de la investigación, a partir de la identificación de

nuevos objetos de interés de la Medicina para el estudio del fenómeno salud enfermedad.

**El estado de salud** se deriva directamente del de salud y posee dimensiones genéticas o hereditarias, bioquímicas, anatómicas y fisiológicas, estado funcional y estado mental. El análisis de los estudios nacionales permite conocer que predominan los que abordan problemas de salud, además de la importancia del diagnóstico de salud y la valoración integral del paciente y su familia.

El estado de salud hace referencia a la percepción general del paciente sobre su estado de salud o enfermedad, sin discriminar a los distintos aspectos que lo originan. Los adolescentes con condiciones crónicas de una enfermedad, a menudo se comportan de manera diferente que sus compañeros que no cursan con alguna patología.<sup>11</sup>

El análisis efectuado nos condujo a plantear la siguiente interrogante:

¿Cuál es el estado de salud de los estudiantes del Colegio de Bachilleres de Chiapas (COBACH) y su relación con la funcionalidad familiar?

## Justificación

La adolescencia es una edad de rápido desarrollo físico, psíquico, emocional que va de los 10 a los 19 años, estos cambios ocasionan variación en la capacidad intelectual, en la personalidad y la adquisición de valores morales, son comunes las alteraciones de la conducta, el mal humor, las dificultades de la vida diaria, los conflictos y las peleas con la familia, provocando ansiedad, depresión hasta llegar en ocasiones al suicidio. <sup>1,3</sup>

Se deben considerar los síntomas de alarma en jóvenes como son: cambios en los hábitos alimenticios y del sueño, pérdida de interés en las actividades habituales retraimiento respecto a los amigos y miembros de la familia, manifestaciones de emociones contenidas, alejamiento o huida, uso de alcohol y de drogas, descuido del aspecto personal, volverse alegre luego de un periodo de tristeza, regalar o tirar objetos favoritos, falta de respuesta a los elogios, aumento de molestias físicas asociadas a conflictos emocionales, pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar.<sup>4</sup>

Es por ello que las relaciones familiares constituyen una de las áreas críticas para el desarrollo de la personalidad del adolescente, la adolescencia es un proceso en el que participan todos ya que transforma la dinámica del grupo familiar, originando un nuevo sistema de relaciones, modificando lo que antes funcionaba y obliga a nuevos comportamientos de cada miembro del sistema (familia).<sup>7</sup>

Durante el periodo adolescente, los contextos familiar y escolar juegan un papel crucial en el ajuste psicológico del individuo, investigadores señalan que la existencia de problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes constituye una de los factores familiares de riesgo estrechamente vinculados con la salud.<sup>12</sup>

#### **IV.- Objetivo general**

1.- Determinar el estado de salud en estudiantes del COBACH de Reforma, Chiapas y su relación con la funcionalidad familiar.

#### **Objetivos específicos**

1.- Determinar las características familiares de los estudiantes del COBACH

2.- Determinar las características sociodemográficas de los estudiantes de bachillerato del COBACH.

3.- Determinar la relación entre estado de salud y la funcionalidad familiar de los estudiantes de bachillerato del COBACH.

## **Metodología**

### **V.1.- Tipo de estudio.**

Descriptivo.

Prospectivo

Transversal

### **V.2.- Población lugar y tiempo:**

Estudiantes del COBACH No. 36 de la ciudad de Reforma Chiapas, en el periodo de febrero a diciembre 2006

### **V.3.- Tipo y Tamaño de la muestra:**

Muestra: Se estudio al 95 % de los estudiantes del COBACH No. 36.

Muestreo: Por conveniencia.

### **V.4.- Criterios de inclusión**

Estudiantes del COBACH No. 36

Que acepten contestar la encuesta

Que sus padres firmen el consentimiento informado.

### **V.5.- Criterios de exclusión**

Que no sean estudiantes del COBACH No. 36

Que no acepten contestar la encuesta

Que sus padres no firmen el consentimiento informado

Con discapacidad auditiva.

Con amaurosis.

**V.6.- Criterios de eliminación:**

Todos aquellos estudiantes del COBACH No. 36 que entreguen el cuestionario incompleto

## Operacionalización de las variables

VARIABLES	Tipo de variable	Definición conceptual.	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Número de años vividos hasta el momento del registro.	Discreta	Años cumplidos
Sexo	Cualitativo	Clasificación de hombre y mujeres teniendo en cuenta numerosos criterios, entre ellos características anatómicas y cromosómicas.	Son características físicas que diferencian a un hombre de una mujer.	Nominal.	Femenino. Masculino.
Estado civil de la pareja	Cualitativa	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Es la circunstancia del individuo que depende para cumplir sus derechos.	Nominal.	Soltera Casada Viuda Divorciada Unión libre
Ocupación de los padres.	Cualitativo	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.	Actividad laboral remunerada que desempeña el padre o tutor	Nominal	Obrero. Albañil, campesino, maestro, comerciante, medico, Ama de casa, Enfermera, mecánico, soldador, No trabaja
No. de hijo que ocupa en la familia.	Cuantitativo	Lugar que ocupa dentro de la familia	Lugar que ocupa dentro de la familia al momento del registro	Discreta	1,2,3,4,5,etc.
Escolaridad de los padres.	Cuantitativo	Proceso bidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar.	Año escolar cursado en una escuela reconocida por la Secretaría de Educación Pública en el momento del registro.	Discreta	Analfabeto. Primaria incompleta. Primaria completa Secundaria Preparatoria Universidad
Jefe de la familia	Cualitativa	Es el miembro de la familia que aporta el mayor ingreso al gasto familiar	Es el miembro de la familia que aporta el mayor ingreso al gasto familiar al momento del registro	Nominal	Entrevistado Esposo(a) Padre Madre Familiar directo.

Nivel socioeconómico	Cuantitativa	Condición que guardan los individuos en relación con sus bienes	Numero de salarios mínimos diarios que gana el jefe de familia al momento del registro.	discreta	Muy bajo Bajo Medio Medio alto Alto (Quibrera 1994) <sup>(32)</sup>
Patología presente al momento del registro	Cualitativa	Conjunto de síntomas que Diagnostican una enfermedad	Enfermedad, que fue la causa de la consulta en el momento del estudio	Nominal	Aguda
En base a su Desarrollo	Cualitativa	Grupo social primario formado por individuo unido por lazos sanguíneos de afinidad o matrimonio.	Grupo de personas que realizan el papel de apoyo económico a la familia al momento del estudio.	Nominal	Tradicional Moderna
En base de su Demografía	Cualitativa	Grupo de personas que radican en un área geográfica determinada	Grupo de personas que viven en un lugar con o sin los servicios básicos y de comunicación en el momento del estudio	Nominal	Urbana Rural
Por su integración	Cualitativa	Grupo de personas que viven juntos y están relacionadas y que cumplen una función	Condición que guardan los cónyuges al momento del estudio	Nominal	Integrada Semi-integrada Desintegrada
Estructura	Cualitativa	Grupo de personas unidas por un parentesco, que viven juntas, conjunto de individuos que tienen una condición común	Grupo de personas consanguíneas o no que viven en una sola vivienda	Nominal	Nuclear Extensa. compuesta
Ciclo de vida de la familia	Cualitativa	Son las etapas que corresponden a la historia natural de la familia desde su formación hasta su disolución	Fases de la etapa del ciclo vital familiar, que se obtenga al momento del estudio	Ordinal	Expansión Dispersión Independencia Retiro y muerte (Geyman 1980)
Sedentarismo.	Cualitativa.	Vida de poca agitación o movimiento.	Es el uso que le da la persona a su tiempo libre al momento del registro.	Nominal	Activo Pasivo.

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Indicadores
Estado de salud	Cuantitativa	Es la percepción o sensación de bienestar que puede experimentar las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales,	Es la percepción del individuo de cómo se siente en el momento del estudio medido con instrumento Darmouth para adolescentes	Continua	Puntaje final
Funcionalidad familiar	Cuantitativa	Una familia funcional es aquella que cumple con sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe de su entorno.	Estará dada por el puntaje que obtenga el entrevistado al momento del registro con el instrumento Faces II para adolescentes	Discreta	El puntaje obtenido con el Faces II

## **Procedimiento:**

**Se** entrevistó a la totalidad (201) alumnos estudiantes del COBACH de Reforma que cumplieron los criterios de selección: (Que acudan a clases el día de la encuesta, que acepten contestar la encuesta, que sus padres firmen el consentimiento informado).

**Se** aplicaron dos cuestionarios uno que mide variables sociodemográficas, (sexo, edad, ocupación del encuestado, estado civil, nivel socioeconómico, tipo de familia) a la que se le realizó validez de apariencia y contenido.

**Se** realizó la traducción del Cuestionario General de Salud Darmouth para adolescentes y se dio a revisión a una persona experta en el idioma, posteriormente se realizó un estudio piloto en la Unidad de Medicina Familiar No. 40 en 20 adolescentes que acudieron a el servicio de consulta externa, para evaluar la comprensión de los reactivos por los pacientes, efectuando las modificaciones necesarias para la adecuación del cuestionario.

**El** cuestionario consta de 6 viñetas a evaluar como son: Actividad física, sentimientos y emociones, trabajo escolar, apoyo social, comunicación familiar, hábitos de salud

**Se** aplicó el cuestionario ya validado a 201 alumnos del COBACH de Reforma que cumplieron los criterios de selección (que acudieron a clases el día de la encuesta, que aceptaron contestar la encuesta y completa, que sus padres firmaron el consentimiento informado).

**Además** se aplicó la escala de medición de cohesión y adaptabilidad familiar faces II que mide funcionalidad familiar en el adolescente.

**Una** vez recabados todos los datos se capturaron en el programa SPSSV12 en el que se determina: estadística descriptiva con cálculo de proporciones de todas las variables con escalas dicotómicas, categóricas y pruebas de correlación.

## **Normas éticas e institucionales**

### **Institucionales**

El protocolo se realizara hasta que haya sido aprobado por el comité local de investigación

### **Normas éticas**

El proyecto se ajusta a las normas en materia de investigación científica en seres humanos de acuerdo a las declaraciones de Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35ª. Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41ª.

Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989 con modificación en Edimburgo, Escocia, octubre 2000. Nota de clarificación sobre el párrafo 29 añadida por la Asamblea General, Washington 2002.

## **Ley General de Salud**

Titulo quinto

### **Investigación para la Salud**

Capitulo único

**Artículo 100.-** La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

**IV.** Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

**V.** Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

**VI.** El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

**VII.** Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

## **RECURSOS**

### **Humanos**

- 1 médico residente de medicina familiar
- 2 Maestros en Ciencias.

### **Materiales**

Hojas de papel bond tamaño carta

Un escritorio

Lápices

Un equipo de cómputo

Borradores

Bolígrafos

Discos de 3 ½

Disco CD RW.

Lápiz corrector

Engrapadora

Lápiz marca texto

Fólderres

### **Financieros**

Recursos del investigador.

**Análisis estadístico:**

Se realizó análisis estadístico univariado; con medidas de tendencia central y desviación para variables cuantitativas y frecuencias simples y relativas para variables cualitativas.

Coefficiente de correlación de Pearson para variables cuantitativas y coeficiente de correlación de Spearman para variables ordinales y valor de P para significancia estadística ( $p < .05$ ).

## Resultados:

Se entrevistaron 201 estudiantes de bachillerato del COBACH No. 36 con una media de edad de  $16.7 \pm 1.2$ . Con una proporción por sexo de 1.1 mujeres / 1 hombre (tabla 1)

Tabla 1  
Frecuencia por sexo de estudiantes de bachillerato del COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Sexo	No.	%
Mujer	108	53.7
Hombre	93	46.3
Total	201	201

Fuente: Encuesta Estado de salud en estudiantes de bachillerato

Un 66.7 % han indicado que son casadas. (Tabla No. 2)

Tabla no. 2  
Estado civil de la madre de estudiantes de bachillerato del COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Edo. civil	No	%
Madre soltera	2	1.0
Casado (a)	134	66.7
Unión libre	38	18.9
Soltero (a)	4	2.0
Separado o divorciado (a)	20	10.0
Viudo (a)	3	1.5
Total	201	100.0

Fuente: Encuesta de Estado de salud en estudiantes de bachillerato.

En la tabla No. 3 nos muestra una clara idea de cómo un 42.8% de los padres el mayor rango de escolaridad osciló hasta sexto de primaria, siendo que 14.9% llegaron a terminar la secundaria y con un 14.9 % equivalente a 32 padres solo llegaron a terminar el segundo años de preparatoria.

Tabla no. 3  
Escolaridad del padre de estudiantes de bachillerato del COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Escolaridad en años cursados	No.	%
0	14	7.0
1	2	1.0
2	5	2.5
3	7	3.5
4	5	2.5
5	5	2.5
6	86	42.8
7	1	.5
8	1	.5
9	30	14.9
10	4	2.0
11	32	14.9
12	1	.5
13	1	.5
14	1	.5
15	2	1.0
16	4	2.0
Total	201	100.0

Fuente: Encuestas de Estado de salud en estudiantes de bachillerato

La ocupación del padre es otra de las variables que se tuvieron que medir ya que en un 36% equivalente a 74 jefes de familia se dedican a ser obreros y que un 28.9 al campesinado quedando en tercer lugar aquellos que se dedican a ser empleado de gobierno con 16%, y a comerciantes 9.5% y por ultimo por debajo de éstos a otros.

Tabla no. 4  
Ocupación del padre de estudiantes de bachillerato del COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Ocupación	No.	%
Desconoce	5	2.5
Campesino	58	28.9
Obrero	74	36.8
Comerciante	19	9.5
Empleado de gobierno	13	6.5
Empleada de gobierno	20	10.0
Técnico	6	3.0
Profesionista	5	2.5
pensionado	1	0.5
Total	201	100.0

Fuente: Encuesta de Estado de salud en estudiantes de bachillerato.

En la siguiente tabla no. 5 podemos observar que la mayor escolaridad en la madre oscila en la terminación de la primaria con un 40.8%, a esto le sigue los de secundaria terminada con un 15.9 % y con un 10.9% para aquellos que son analfabetas que no tuvieron ni la primaria terminada y por último 16 (8.0%) que terminaron la preparatoria, los demás están por debajo de estos porcentajes.

Tabla no. 5  
Escolaridad de la madre de estudiantes de bachillerato del COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Escolaridad	No.	%
0	22	10.9
1	4	2.0
2	9	4.5
3	7	3.5
4	6	3.0
5	5	2.5
6	82	40.8
7	2	1.0
8	2	1.0
9	32	15.9
10	5	2.5
11	2	1.0
12	16	8.0
13	1	.5
14	2	1.0
15	1	.5
16	1	.5
17	2	1.0
Total	201	100.0

Fuente: Encuesta de Estado de salud en estudiantes de bachillerato.

Con referente a la ocupación en la tabla no. 6 se puede observar que la mayor ocupación de la madre está en casa teniendo como resultado a 64 (31.8%) madres como ama de casa, 30 (14.9%) que son obreras, comerciante con 28 (13.9%) y empleadas de gobiernos con 18 (9%) de ellas.

Tabla no. 6  
Ocupación de la madre de estudiantes de bachillerato del COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Ocupación	No.	%
Ama de casa	44	21.9
Campesino	64	31.8
Obrero	30	14.9
Comerciante	28	13.9
Empleado de gobierno	18	9
Empleada de gobierno	9	4.5
Técnica	2	1.0
Profesionista	6	3.0
Total	201	100.0

Fuente: Encuesta de Estado de salud en estudiantes de bachillerato.

Con relación al Sostén familiar se observa en la tabla no. 7 que el padre es el responsable directo de éste rubro con 155(77.1%) de ellos, seguido de la mamá con 38 (18.9%) y por último otro pariente directo 8(4 %).

Tabla no 7  
Sostén familiar de estudiantes de bachillerato del COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Jefe de familia	No.	%
Papa	155	77.1
Mama	38	18.9
Pariente directo	8	4.0
Total	201	100.0

Fuente: Encuesta de Estado de Salud en estudiantes de bachillerato

Con relación al rubro del nivel socioeconómico encontramos a 109 (54.2%) de los encuestados que respondieron que tiene un nivel muy bajo, seguido de bajo (16.4) como algo representativo.

Tabla No. 8  
Nivel socioeconómico de estudiantes de bachillerato del COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Nivel socioeconómico	No.	%
Muy bajo	109	54.2
Bajo	33	16.4
Medio	18	9.0
Medio alto	14	7.0
Alto	27	13.4
Total	201	100.0

Fuente: Encuestas de Estado de salud en estudiantes de bachillerato. Quibrera 1994<sup>32</sup>

La tabla no. 9 especifica claramente sobre el tipo de familia por su tipo de desarrollo social donde 137 de los encuestados manifiestan pertenecer a una familia moderna con 137 equivalente a 68.2% y 64 (31.8%) a la tradicional.

Tabla no.9  
Tipo de familia por su desarrollo social de estudiantes de bachillerato del COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Desarrollo familiar	No.	%
Moderna	137	68.2
Tradicional	64	31.8
Total	201	100.0

Fuente: Encuesta de Estado de salud en estudiantes de bachillerato

Con relación al tipo de familia por su nivel de desarrollo se encuentra en la tabla 10 que la urbana es la que ha predominado con un 85.6% de los encuestados mientras que en un 14.4 la rural.

Tabla no. 10

Tipo de Familia por su desarrollo comunitario de estudiantes de bachillerato del COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Desarrollo comunitario	No.	%
Urbana	172	85.6
Rural	29	14.4
Total	201	100.0

Fuente: Encuesta de estado de salud en estudiantes de bachillerato

Con respecto a la tabla 11 nos muestra la estructura familiar contando con la nuclear con 91.5% y la extensa con 5.5 %.

Tabla no. 11

Tipo de familia por su estructura familiar de estudiantes de bachillerato del COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Estructura	No.	%
Nuclear	184	91.5
Extensa	11	5.5
Extensa compuesta	6	3.0
Total	201	100.0

Fuente: Encuesta Estudio de salud en estudiantes de bachillerato

Al respecto en la tabla 12 nos arroja los resultados que dentro el ciclo vital familiar encontramos que la expansión tiene un 65.2% seguida de la dispersión con 29.9 %, la independencia 4.5 % y por último con un .5% la retiro.

Tabla no. 12

Ciclo vital familiar de estudiantes de bachillerato del COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Ciclo vital	No.	%
Expansión	131	65.2
dispersión	60	29.9
Independencia	9	4.5
Retiro	1	.5
Total	201	100.0

Fuente: Encuesta estado de salud en estudiantes de bachillerato

En la tabla 13 podemos observar que en la actividad física la mujeres tuvieron una media de 3.14 y los hombres de 2.66, en seguida los sentimientos las mujeres tuvieron 3.02 de media y los hombres de 2.63, en relación a la trabajo escolar de igual manera las mujeres tuvieron una media de 2.58 y los hombres de 2.84, en apoyo social las mujeres tuvieron una media de 2.80 y los hombres de 2.68, el respecto en la comunicación familiar las mujeres tuvieron

una media de 2.75 y los hombres de 3.03, por último tenemos los hábitos que las mujeres representaron con un 1.19 de la media y los hombres con un 1.46. Teniendo como Darmouth total de 15.4722 de media para las mujeres y para los hombres 15.3226.

Tabla No. 13

Diferencias en las medias del Darmouth por sexo de estudiantes de bachillerato del COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Dimensión	Sexo	No.	Media	DS	t	df	Valor de P
Actividad física	Mujeres	108	3.14	1.018	3.212	199	.002
	Hombres	93	2.68	1.013			
Sentimientos, emociones	Mujeres	108	3.02	1.068	2.465	199	.015
	Hombres	93	2.63	1.140			
Trabajo escolar	Mujeres	108	2.58	1.033	-1.737	199	.084
	Hombres	93	2.84	1.046			
Apoyo social	Mujeres	108	2.80	1.134	.762	199	.447
	Hombres	93	2.68	1.065			
Comunicación familiar	Mujeres	108	2.75	1.261	-1.606	199	.110
	Hombres	93	3.03	1.220			
Hábitos	Mujeres	108	1.19	.582	-2.692	199	.008
	Hombres	93	1.46	.867			
Darmouth total	Mujeres	108	15.4722	3.38898	.326	199	.745
	Hombres	93	15.3226	3.06510			

Fuente: Encuesta estado de salud en estudiantes de bachillerato.

Tabla no. 14

Media de los reactivos del FACES II de estudiantes de bachillerato del  
COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Cohesión	media	DS	Mínimo	Máximo
Faces 1	3.99	1.241	1	5
Faces 2	3.17	1.229	1	5
Faces 3	2.08	1.358	1	5
Faces 4	3.65	1.341	1	5
Faces 5	3.41	1.436	1	5
Faces 6	2.67	1.453	1	5
Faces 7	2.83	1.422	1	5
Faces 8	3.15	1.382	1	5
Faces 9	1.74	1.060	1	5
Faces 10	3.63	1.343	1	5
Faces 11	3.14	1.471	1	5
Faces 12	2.48	1.285	1	5
Faces 13	2.71	1.406	1	5
Faces 14	2.58	1.402	1	5
Faces 15	2.16	1.247	1	5
Faces 16	2.99	1.463	1	5
Faces 17	3.77	1.349	1	5
Faces 18	3.69	1.309	1	5
Faces 19	1.85	1.289	1	5
Faces 20	4.14	1.164	1	5
Faces 21	3.96	1.159	1	5
Faces 22	3.15	1.353	1	5
Faces 23	2.77	1.442	1	5
Faces 24	1.85	1.205	1	5
Faces 25	3.27	1.367	1	5
Faces 26	3.09	1.430	1	5

Faces 27	3.02	1.428	1	5
Faces 28	2.04	1.262	1	5
Faces 29	3.01	1.225	1	5
Faces 30	4.44	0.979	1	5
Faces 31	2.35	1.516	1	5
Faces 32	3.33	1.484	1	5
Faces total	3.17	1.351	1	5

Fuente: Encuesta estado de salud en estudiantes de Bachillerato

La tabla no. 14 especifica claramente a través del cuestionario FACES II donde la cohesión fue de 3.17 en la Fases total con una desviación estándar bajo en la Faces 30 con un 0.979.

En la tabla no. 15 nos muestra la frecuencia de cohesión en donde las familias se encuentran en un 36.6 % aglutinada, mientras que la conectada se encuentra en un 24.6%, la separada con 23.8% y por último la dispersa con 14.9 %.

Tabla No 15  
Cohesión de estudiantes de bachillerato del COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Variable(Tipo familia)	Frecuencia	Porcentaje
Aglutinada	74	36.6
Conectada	49	24.6
Dispersa	30	14.9
Separada	48	23.8
Total	202	100

Fuente: Encuesta estado de salud en estudiantes de Bachillerato

Con respecto a la adaptabilidad la siguiente tabla refiere que en su mayoría las familias están dentro de ser familias caóticas con un 98.5 % y flexible con 1%.

Tabla No. 16  
Adaptabilidad de estudiantes de bachillerato del COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Caótica	199	98.5
Flexible	2	1.0
Total	202	100

Fuente: Encuesta estado de salud en estudiantes de Bachillerato

Haciendo énfasis al tipo de familia la tabla muestra un balance entre la extrema con un 50% y la de Rango medio con 49.5%.

Tabla No.17

Tipo de familia de estudiantes de bachillerato del COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Extrema	101	50
Rango medio	100	49.5
Total	202	100

Fuente: Encuesta estado de salud en estudiantes de Bachillerato

En la tabla No. 18 notamos que existe una desviación estándar de 1.247 en lo que se refiere a la comunicación familiar, por debajo de esta están las demás.

Tabla no. 18

Medias del cuestionario de Darmouth para medición de estado de salud de estudiantes de bachillerato del COBACH NO. 36 de Reforma Chiapas

Reactivos	Media	Ds	Mínimo	Máximo
Actividad física	2.93	1.039	1	5
Sentimientos/emociones	2.84	1.116	1	5
Trabajo escolar	2.70	1.044	1	5
Apoyo social	2.74	1.101	1	5
Comunicación familiar	2.88	1.247	1	5
Hábitos de salud	1.31	0.739	1	5
Darmouth total	15.4	3.23601	7.00	24.00

Fuente: Encuesta de estado de salud en estudiantes de bachillerato

## **Discusión:**

En el presente estudio tuvo como objetivo determinar el estado de salud de los estudiantes del colegio de Bachilleres No. 36 de Reforma Chiapas y su relación con la funcionalidad familiar. En dicho estudio se demostró, una media de edad en la muestra de 16.7, con frecuencia mayor que correspondió al grupo de mujeres, en quienes se les encontró trastornos en el estado de salud, basándose en los diferentes cuestionarios aplicados. Esto contrasta con lo obtenido en la literatura donde se indica que los cambios en los hábitos alimenticios y del sueño, pérdida de interés en las actividades habituales retraimiento respecto a los amigos y miembros de la familia, manifestaciones de emociones contenidas, alejamiento o huida, uso de alcohol y de drogas, descuido del aspecto personal, volverse alegre luego de un periodo de tristeza, regalar o tirar objetos favoritos, falta de respuesta a los elogios, aumento de molestias físicas asociadas a conflictos emocionales, pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar.<sup>8</sup>

La salud familiar depende, de la capacidad de la familia para adaptarse a cambios que se dan. Estudios previos señalan, el ambiente familiar negativo por problemas de comunicación con padres e hijos adolescentes, es factor de riesgo más vinculados con el desarrollo de problemas de salud. La adolescencia como evento tuvo repercusión en la salud, que puede deberse a un evento o crisis.<sup>12,20</sup>

Sin embargo difiere un poco de lo encontrado en el presente estudio donde se encuentra la evidencia que la comunicación familiar no es el factor más importante, por el contrario los cambios en hábitos de salud y el trabajo escolar son los que sobresalen al medir estado de salud condicionados por los factores como las condiciones de vida, estilo, condiciones socioeconómicas bajas.<sup>1, 2,3</sup>

Al hacer el análisis de el nivel socioeconómico de los estudiantes de bachillerato encontramos un predominio del nivel bajo esto contrasta con la literatura. Donde se indica que la adolescencia como evento normativo produce un impacto en lo socioeconómico y se explica por la demanda de mayores

necesidades relacionadas con el vestuario, alimentación, necesidades para su desarrollo físico, y sobre todo por ser el nivel socioeconómico un factor de riesgo.<sup>20,32</sup>

La etapa adolescente se generan cambios psicosociales referidos a la adaptación e integración de una nueva estructura corporal , desarrollo del pensamiento y juicio crítico, para el adolescente una de las tareas más importantes la constituye la adquisición de autonomía, representa un periodo crítico, ya que existe carga de presiones, o responsabilidades individuales a la vez que la inexperiencia y la falta de madurez generan tropiezos que se traducen en momentos de angustia, soledad y frustración.<sup>7</sup>

El estado de salud de los estudiantes del bachillerato podemos determinarla como un estado de calidad de vida y de bienestar, haciendo una percepción de acuerdo a la que se manifiesta en los resultados donde las medias más altas consideradas entre la actividad física , hábitos de salud y por último las emociones, aunque hubo diferencias insignificativas por sexo en todas las dimensiones anteriores en el estado de salud de los estudiantes. Lo que nos da un perfil de la persona del estado de salud y donde las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento.<sup>11, 18, 27, 28</sup>

La similitud de las condiciones obtenidas en las encuestas aplicadas en el presente estudio sobre funcionalidad familiar no difiere en mucho de lo publicado hasta ahora en la literatura. Con respecto a la cohesión en FACES II se encontró que la familia dentro de la cohesión se encuentra en primer instancia en el nivel de aglutinada con un 36.6. % es decir, similar a lo que estudios que se han hecho sobre la interacción familiar y salud<sup>23</sup>

El análisis de la escala cohesión y adaptabilidad familiar FACES II de los más confiables para medir la funcionalidad familiar, al evaluar la cohesión el tipo de familia se encuentra conectada con un 24.6% teniendo con ésta en adaptabilidad como una familia caótica. Estos resultados coinciden con estudios previos que indican puntuaciones altas en cohesión que es la percepción del funcionamiento actual e ideal de la familia. Demostrando el vínculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia.<sup>29,31</sup>

En adaptabilidad el tipo de familia que predominó en los estudiantes del bachillerato es la caótica con un 98.5% demostrando que en las familias de estos estudiantes existe una disfuncionalidad familiar. Así entendemos que la adaptabilidad es un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, roles, y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. Tanto la cohesión y la adaptabilidad son curvilíneas es decir que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales. Es decir de familias caóticamente dispersa, caóticamente aglutinada, rígida dispersa, rígida aglutinada<sup>29,30,31</sup>

Por último es importante resaltar que la disfuncionalidad familiar muchas veces también existe por los roles y vínculos que presenta cada miembro de la familia, y por ende la parte más importante y se tiene que considerar es la comunicación entre cada miembro de ellos ya que éste es el principal factor para que dentro de la familia exista disfuncionalidad, lo anterior se relaciona con nuestro estudio cuando los estudiantes del sexo masculino expresan en un quinto grado la comunicación con una media de 2.88 y una desviación estándar de 1.247, algo similar con lo que Herrar Santi expresa en su artículo donde enfatiza que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impiden ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros, además cuando en la comunicación hay doble mensajes y es porque hay conflictos no resueltos entre cada miembro de la familia más en la etapa de la adolescencia.<sup>13</sup>

## Conclusiones:

1. Los estudiantes de bachillerato se perciben mal en tres dimensiones como son actividad física, emociones y comunicación familiar por lo que se deberá trabajar en estas dimensiones con ellos y sus familias.
2. Por sexo se encuentra, que las mujeres se perciben mal en actividad física y emociones y los hombres en la comunicación familiar. Sin embargo algo que llamo la atención fue la parte de la *comunicación* y en donde se debe poner énfasis como medico familiar de las unidades pero además los programas que van enfocados y dirigidos a los jóvenes
3. En relación a las dimensiones del Faces II, se encontró que la dimensión donde el grupo presenta más afectación fue la *adaptabilidad familiar* al encontrar una familia extrema y caótica. En cuanto a cohesión es de tipo aglutinada. Es decir contar con una familia funcional es que se promueva un desarrollo favorable a la salud para todos los miembros, por lo tanto es importante que se tenga jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptabilidad al cambio.
4. A modo de conclusión, estos resultados acercan a reflexionar sobre las posibilidades del cambio en las ideas y las prácticas saludables pero además sobre el papel que la cultura o las experiencias personales y familiares juegan rol importante en la colaboración de las ideas sobre las relaciones familiares, y en las percepciones que los individuos tiene de su realidad familiar.
5. Además se puede afirmar que los dos instrumentos que se utilizaron para medir el estado de salud y la funcionalidad familiar han sido adecuados para aplicarlos e interpretarlos por lo que es importante retomarlo para otras futuras investigaciones y dejar en claro que los especialistas de medicina familiar son los actores más comprometidos para poder llevar a cabo el trabajo de orientación y conducción a una mejor vida de los estudiantes que cursan esta etapa.

Por lo que es importante tomar en cuenta las siguientes:

## Recomendaciones.

1. Que se involucren a otras disciplinas en la realización de estudios similares al nuestro.
2. Que el medico familiar sea el primer actor entre los miembros de la familia para hacer valer el rol de cada uno de ellos.
3. Que la figura del Medico Familiar sea vista como un verdadero medico de familia y no como un médico generalista sin principios de lo que son los familiogramas.
4. Que los programas vayan dirigidos a través del medico familiar a hacer patente el cumplimiento eficaz de sus funciones de los padres el de sus funciones económicas, biológica y cultural-espiritual.
5. Es importante dar a conocer estos tipos de trabajos ya que permitirán un mayor conocimiento de los que sucede en el ámbito de los jóvenes estudiantes de bachillerato.
6. Que las instituciones de salud promuevan programas dirigidos a jóvenes sobre el estado de salud que guardan cada uno de ellos y como mejorar la relación entre cada miembro de la familia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ibarra M. Lourdes. Adolescencia y maternidad. Revista Cubana de Psicología. 2003; 20: 1.
2. Gerry Fairbrother, Ph.D. Sheinmann Roberta. Et. Factors that influence adolescent reports of counseling by physicians on risk behavior. Journal of adolescent health 2005; 37: 467-476.
3. Murguía Teresa María, Lozano Rafael. Estadísticas vitales en niños y adolescentes mexicanos. Boletín Medico del Hospital infantil de México 2005; 62: 365-383.
4. González Garza Carlos, Rojas Martínez Rosalba. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. Salud Pública de Mexico 2005; 47; 3:209-218.
5. Calzada León C., Altamirano Bustamante Nelly. La adolescencia. Instituto Nacional de Pediatría. 2001; 22: 4.
6. Sánchez Guerrero O. ¿Existe la crisis en la adolescencia? Academia mexicana de Pediatría. 2003; 24: 1.
7. Valadez Figueroa, Amescua Fernández R, Quintanilla Montoya. Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. Archivos en medicina familiar. 2005; 7; 3: 69-78.
8. Villagomez Bedolla Rosa, Balcazar Musacchio A. Suicidio en jóvenes. Revista Facultad de Medicina de la UNAM. 2005; 48; 2: 54-57.
9. [www.inegi.gob.mx/](http://www.inegi.gob.mx/) dirección general de coordinación de los sistemas nacionales de estadístico e informática. Mujeres y hombres en Chiapas. 2005: 1-19.
10. [www.inegi.gob.mx/](http://www.inegi.gob.mx/) dirección general de coordinación de los sistemas nacionales de estadístico e informática. Mujeres y hombres en Chiapas. 2005: 116-125.
11. Consiglio Ezequiel, Beloso Waldo. Nuevos indicadores clínicos la calidad de vida relacionada con la salud. Escuela de Salud publica de Buenos Aires. 2003; 63: 172-178.

12. Estévez López Estefanía, Musitu Ochoa Gonzalo. El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. 2005; 28.4:81-89.
13. Herrera Santi Patricia. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Revista Cubana de Medicina General integral. 1997; 13(6):591-594.
14. Ward M. Michael. Outcome measurement: health status and quality of life. Epidemiology and health-related services.2004 ;( 16):96-101.
15. Desempeño de los sistemas de salud. Percepción del estado de salud. Salud México 2002: 150-152.
16. Lepage Alain, Hunt Sonia: The Problem of Quality of life in Medicine. JAMA, 1997; 248(1): 47-50.
17. Cohen Arielle, Ivanya L. Do adolescent parent read to their children. Abstracts. 2006; 38; 112-136.
18. Llach X. Badia, Tudela Lizan L. Estudios de calidad de vida. Atención primaria. Págs.; 250-256.
19. Britto T. Maria, De Vellis F. Robert. Health Care Preferentes and Priorities of Adolescents with Chronic Illnesses. Pediatrics.2004; 114(5):1272-1280.
20. Arrieche C. Impacto en la funcionalidad familiar del adolescente y sus padres con crisis familiares 2001.
21. Herrera Santi Patricia, González Benítez. La crisis normativa de la adolescencia y su repercusión familiar. Revista Cubana de Medicina General integral. 2002 :( 5):595-599.
22. John W. Wasson, Steven W. Kairys. Una breve encuesta para evaluar los problemas sanitarios y sociales de los adolescentes. Diario de la familia practica. 1994:89-99.
23. Solís Mendoza LA, E. Huerta Soler, L. Vásquez Sainz. Análisis of the Dynamics and Family Functionality in Primary Healthcare. Archivos de Medicina Familiar 2006; 8(1):27-32.
24. Dorado Gaspar MP, Loria Castellanos J.-Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar.2006, vol.8, no.3, pp. 169-174.

25. Rodríguez Pérez Idelsis, Pérez Quintana Zadys, Piedra Menocal Berta. Identificación de comportamientos de riesgos para enfrentar la promoción de estilos de vida saludables. 2005; 9(3): Medicentro.
26. Badia Xavier, Camè Xavier. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. Medicina Clínica 1998; 110:550-556.
27. Guttorm Bentsen B, Natvig Bard. Questions you didn't ask? COOP/WONCA Charts in clinical work and research. Family Practice 1999; 16(2):190-195.
28. López Alonso SR, Martínez Sánchez CM, Romero Cañadillas, AB y Ángel Rueda M. Validez y fiabilidad del cuestionario COOP/WONCA cumplimiento vía telefónica en personas con artrosis de cadera y rodilla. Index Enferm 2005; 14(51):24-28. [En línea]
29. López Larrosa S.-El faces II en la evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar. Psicothema. 2002. vol.14, no. 1, pp.159-166.
30. Martínez-pampliega A, Ioseba Iraurgi, Edurne Galindez. Family adaptability and cohesion evaluation Scale. (Faces): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. 2006, Vol. 6, Nº 2, pp. 317-338
31. Ferreira Rocha AM. Sistema de interacción Familiar asociado a la autoestima de menores en situaciones de abandono moral o prostitución.-Lima: la autora: Tesis digitales UNMSM. [en línea] DisponibleURL:[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/Salud/ferrera\\_ra/Cap3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/Salud/ferrera_ra/Cap3.pdf)
32. Ricardo Quibrera infante, Héctor Gerardo Hernández Rodríguez. Prevalencias de diabetes, intolerancia a la glucosa, hiperlipemia y factores de riesgo en función de nivel socioeconómico. Rev Invest Clin 1994; 46:25-36.
33. Gómez-Clavelina F J, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar.1999; 1(2):45-57

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Febrero 2006	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic 2006	Enero 2007
Elaboración de datos												
Registro de protocolo												
Aplicación de protocolo												
Captura de datos												
Análisis de datos												
Presentación de resultados												
Difusión del trabajo												
Publicación del trabajo												

## ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo que mi

participe en el proyecto de investigación titulado Estado de salud en estudiantes de bachillerato y su relación con la funcionalidad familiar

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número \_\_\_\_\_

El objetivo del estudio es ¿Cuál es el estado de salud de los estudiantes de bachillerato y su relación con la funcionalidad familiar?

Se me ha explicado que mi participación consistirá en Llenar cada uno de los cuestionarios con la mayor precisión

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de ambos padres o tutores o del representante legal

**DR. FRANCISCO JAVIER RUEDA PEÑA 99071645**

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos \_\_\_\_\_

Clave.:2810 – 009 – 014

estudiantes de Bachillerato y su relación con la funcionalidad familiar



EDAD: \_\_\_\_ AÑOS: \_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( ) COLONIA:  
\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Miembros de tu familia que viven en tu casa:

PADRE: ( ) MADRE: ( ) HERMANOS: \_\_\_\_ ABUELOS: \_\_\_\_ OTROS  
FAMILIARES \_\_\_\_\_

Miembros de tu familia que trabajan

PADRE: ( ) MADRE: ( ) HERMANOS: \_\_\_\_ ABUELOS: \_\_\_\_ OTROS  
FAMILIARES \_\_\_\_\_

Anota en los espacios el número de la respuesta que consideres correcto.

1. Casi nunca 2. De vez en cuando 3. Algunas veces 4. Frecuentemente 5. Casi siempre

1. Los miembros de mi familia se apoyan unos a otros en momentos difíciles	
2. En mi familia es fácil que todos expongan su opinión	
3. Es mas fácil discutir problemas con personas ajenas que con mi familia	
4. Todos en mi familia dan su opinión en las decisiones importantes	
5. Mi familia acostumbra a reunirse a convivir en casa	
6. Los niños y jóvenes opinamos sobre nuestra propia disciplina	
7. Mi familia hace tareas donde participamos todos	
8. Mi familia discute sus problemas	
9. En mi familia cada uno hace lo que quiere	
10. En el que hacer domestico todos tenemos que participar	
11. En mi familia, todos conocemos a los amigos de cada quien	
12. Es difícil saber cuales son las reglas que sigue mi familia	
13. En mi familias se consulta a todos para resolver un problema personal	
14. En mi familia todos dicen lo que quieren	
15. Tenemos problemas cuando planeamos hacer algo juntos como familia	
16. Las opiniones de los hijos menores son tomadas en cuenta	
17. En mi familia nos sentimos muy unidos	
18. La disciplina es justa en mi familia	
19. Los miembros de mi familia tienen mas confianza con personas ajenas	
20. Mi familia busca siempre la manera de resolver los problemas	
21. En mi familia todos compartimos responsabilidades	
22. Los miembros de mi familia comparten su tiempo libre	
23. Mi familia tiene reglas que no se pueden cambiar	
24. Los miembros de mi familia se evitan unos a otros cuando están en casa	
25. Cuando surgen problemas todos nos comprometemos a resolverlos	
26. Aprobamos a los amigos de cada quien	
27. en casa tenemos expresar nuestros pensamientos	
28. En mi familia no actuamos unidos, si no por separado	
29. Todos mis familiares tienen pensamientos comunes	
30. Tu familia se interesa y te apoya en tus estudios	
31. Recibes amonestaciones o sanciones por tu conducta escolar	
32. Cuando tienes algún problema personal recurres a algún adulto para que te ayude o aconseje	

Departamento de terapia familiar U.M.F No 1

ESCUELA \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_ GRUPO \_\_\_\_\_

—

## Cuestionario de Salud de Darmouth

Folio:.....

Nombre.....

No de afiliación.....Semestre.....

### Instrucciones:

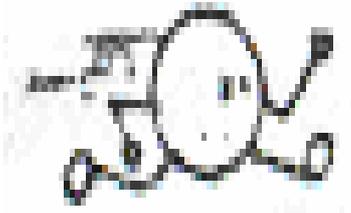
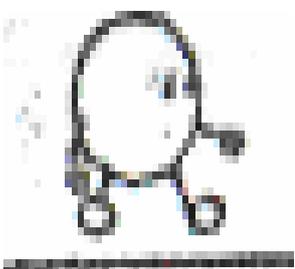
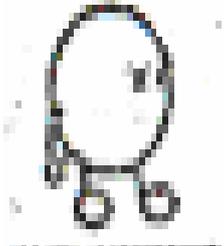
A continuación le mostrare una serie de dibujos acerca del estado de salud. Con ellas intentamos conocer mejor como es tu salud. Hay un total de 6 preguntas, una por cada página, cada pregunta tiene 5 posibles respuestas. Lea cada pregunta detenidamente y después marque con una X la que mejor describa su situación.

Es importante que responda a todas las preguntas. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas.

	1	2	3	4	5
1.-Actividad Física	Muy intensa	Intensa	Moderada	Ligera	Muy ligera
2.-Sentimientos Emociones	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
3.-Trabajo escolar	Todo muy bien	Tan bien como he querido	Yo podría haberlo hecho un poco mejor	Yo podría haberlo hecho mucho mejor	Yo lo hice peor
4.-Apoyo social	Si, tanto como he querido	Si bastante	Si, algunas veces	Si, pocas veces	No, nunca
5.-Comunicación familiar	Todo el tiempo	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
6.-Durante el mes pasado que tan ha menudo has hecho cosas que pueden dañar tu salud: tales como fumar cigarrillos, tener sexo sin protección, tomar bebidas alcohólicas	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Todo el tiempo

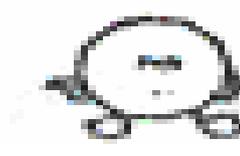
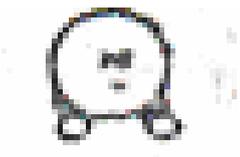
Actividad física

¿Durante el mes pasado que tanta actividad física pudo usted hacer durante diez minutos?

Muy intensa(correr, muy rápido)	
Intensa (trotar, correr despacio)	
Moderada (caminar rápido)	
Ligera (caminar de manera moderado)	
Muy ligera (caminar despacio)	

Sentimientos, emociones.

¿Durante el mes pasado cuantas veces te has sentido sentimientos como ansiedad, depresión, irritabilidad, triste o descorazonado?

Nunca	
Pocas veces	
Algunas veces	
La mayoría de las veces	
Siempre	

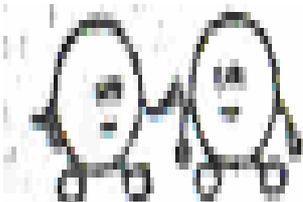
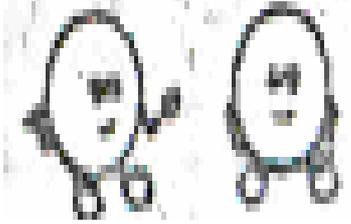
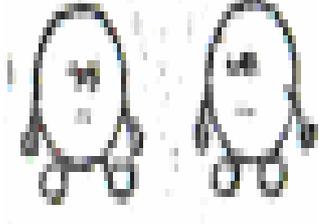
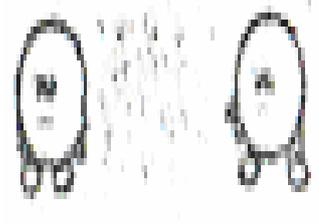
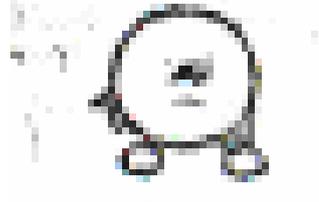
Trabajo escolar

¿Durante el mes pasado, como has hecho las cosas en la escuela?

Todo, muy bien	
Tan bien como he querido	
Yo podría haberlo hecho un poco mejor	
Yo podría haber hecho mucho mejor	
Yo lo hice peor	

Apoyo social

¿Durante el mes pasado que tanta ayuda has recibido cuando la has necesitado?

Si, tanta como he querido	 Two cartoon figures, resembling small people with large heads and small bodies, are standing side-by-side and holding hands. They have simple facial expressions.
Si, bastante	 Two cartoon figures are standing side-by-side. The figure on the left has its right arm raised, while the figure on the right has its arms at its sides.
Si, algunas veces	 Two cartoon figures are standing side-by-side but not touching. They are positioned further apart than in the previous rows.
Si, pocas veces	 Two cartoon figures are standing side-by-side with a significant gap between them. A horizontal dashed line is drawn below the figures, extending across the width of the image.
No, nunca	 A single cartoon figure is centered in the frame. It is a rounder, more spherical character with a simple face and small legs.

Comunicación familiar

¿Durante el mes pasado que tan ha menudo has hablado tu acerca de tus problemas, sentimientos u opiniones con algún miembro de tu familia?

Todo el tiempo	
Muchas veces	
Algunas veces	
Pocas veces	
Nunca	

## ¿Hábitos de salud

Durante el mes pasado que tan ha menudo has hecho cosas que pueden dañar tu salud tales como: fumar cigarrillos.

Tener sexo sin protección (condón)

Tomar bebidas alcohólicas incluyendo cervezas o vino.

Nunca	
Pocas veces	
Algunas veces	
Muchas veces	
Todo el tiempo	