



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

**“ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR EN EL EMBARAZO
DE LAS ADOLESCENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
45 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS
POTOSÍ.”**

MIGUEL ÁNGEL AGUILAR REYES

ASESOR

DRA. MARÍA TERESA AYALA JUÁREZ

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 45.

CO-ASESORES

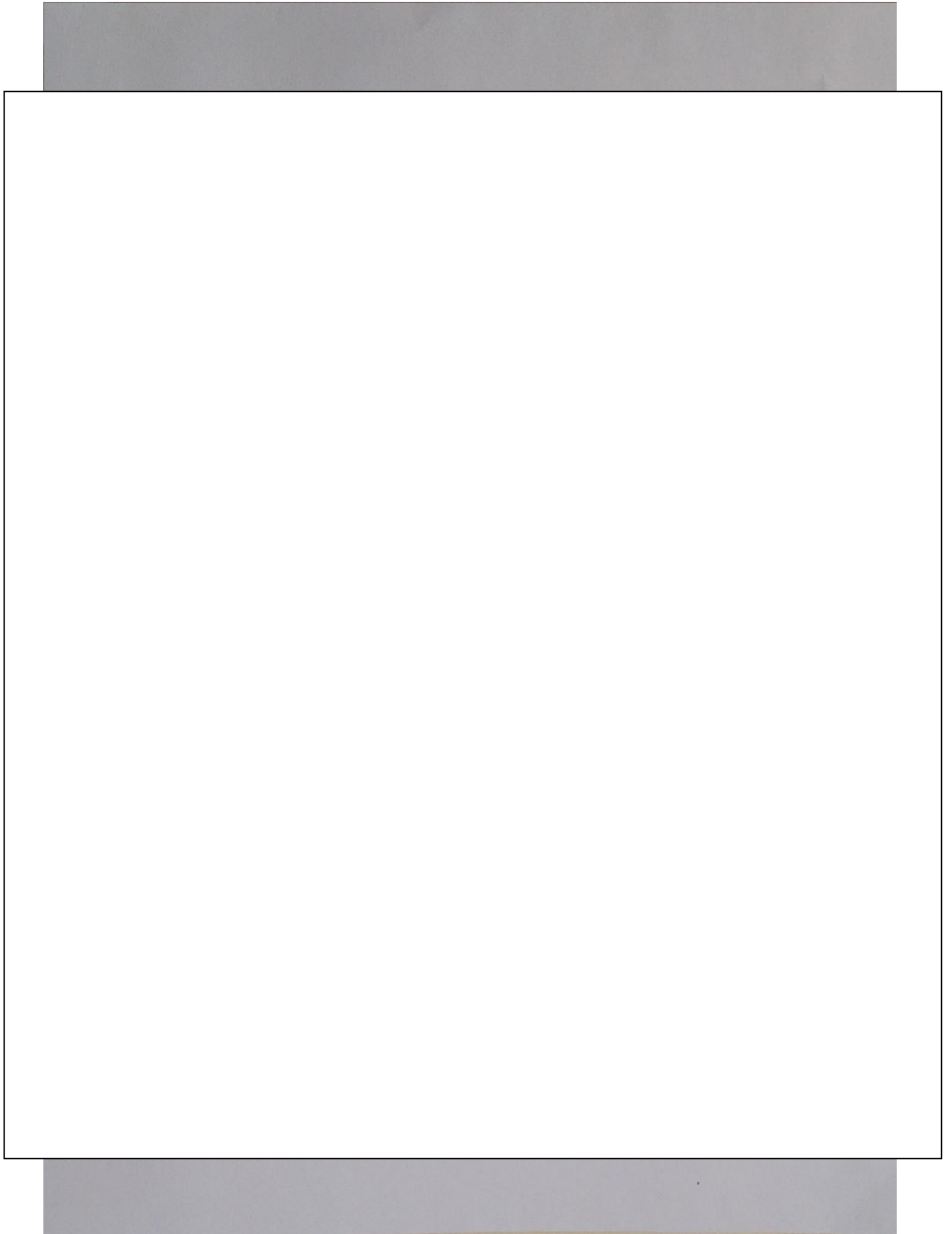
DRA. MARIA ROSARIO ZAVALA MARQUEZ

Especialista En Ginecología Y Obstetricia.

DR. HÉCTOR GERARDO HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

Profesor Investigador De Tiempo Completo. Maestría En Salud
Pública Y Epidemiología.





AUTORES:

--

Agradecimientos

A mis padres por darme las bases para ser lo que soy, a mis maestros por ser los escultores de mi conocimiento, a mis asesores en especial a la Dra. Tere por sus consejos, corregir mis fallas, agradezco a cada una de las personas que con su apoyo hicieron esto posible, como la Dra. Romo y en especial a esa persona que no puede ser nombrada por posibilitar y alentar mis esfuerzos para seguir avanzando más allá de mi actual nivel, a mi musa y mi tortura. Esta tesis es dedicada a los que siguen en el camino para alcanzar la meta final.

RESUMEN

Autores: Ayala Juárez María Teresa¹ Aguilar Reyes Miguel Angel² Héctor Gerardo Hernández Rodríguez³, Zavala Marquez Maria Rosario⁴

Título: “Adaptabilidad y cohesión familiar en el embarazo de las adolescentes en la Unidad de Medicina Familiar 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luís Potosí”

Introducción: La adolescencia es un período difícil, porque en este período de vida ocurren comportamientos irresponsables como relaciones sexuales sin anticonceptivo, lo que derivan en embarazos no deseados. La funcionalidad familiar y se puede medir con el nivel de adaptación y cohesión en la familia mediante la siguiente escala: Adaptación Familiar y Escalas de Cohesión (FACES). Los embarazos adolescentes tienen que ver con un problema en la relación familiar.

Marco teórico: El embarazo en adolescentes forma uno de los principales problemas de salud en Latinoamérica, no solo debido a las complicaciones de salud que puede generar sino también por el gasto económico que representa.

Objetivo: Determinar la adaptabilidad y cohesión familiar en el embarazo de las adolescentes en la Unidad de Medicina Familiar 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luís Potosí

Métodos: Se incluirán a las pacientes embarazadas adolescentes usuarias de la UMF NO. 45 Del IMSS, San Luis Potosí. En un periodo de 2 meses, se aplicara instrumento FACES III con una cédula socio demográfica se registrarán los datos en una base del programa Excel para su análisis estadístico utilizando distribución Multihipergeométrica y porcentajes.

Recursos e infraestructura: Humanos: investigador principal y co-autores, materiales para recolección de datos , unidad de medicina familiar.

Resultados: Los resultados de este estudio muestran que las adolescentes embarazadas adscritas a la UMF no. 45 de san Luis potosí, existe relación entre la

adaptabilidad y cohesión con el embarazo de las adolescentes ya el 77.5% de la población estudiada en el grupo de edad de 17 a 19 años presentaron un funcionalidad familiar extrema (48.39%), se valoró la adaptabilidad y cohesión familiar con predominio aglutinada/rígida sobre los otros niveles de función familiar, la aplicación de la herramienta en conjunto con la tabla de relación cohesión/adaptabilidad identifica el nivel de funcionalidad familiar que se relaciona con el embarazo adolescente

Conclusiones: Los resultados de este estudio demuestran que las adolescentes embarazadas adscritas a la UMF No. 45 De San Luis Potosí, tienen una baja adaptabilidad y cohesión familiar determinando el tipo de familia predominante de acuerdo a su adaptabilidad familiar fue “Estructurada” y el tipo de familia predominante de acuerdo a su cohesión familiar fue “No relaciona”, Lo que responde la pregunta de investigación afirmando relación entre la adaptabilidad y cohesión baja, interpretado en este estudio como un nivel de funcionalidad extrema.

Palabras clave: dinámica familiar, adolescentes, embarazo

INDICE

Resumen	1
1. Marco Teórico:	4
1.1. Introducción	6
1.2. Antecedentes	9
1.3. Marco conceptual	
2. Justificación	19
3. Planteamiento del problema	22
4. Objetivo:	24
4.1 Objetivo general.	
4.2 Objetivos específicos.	
5. Hipótesis de trabajo	25
6. Material y métodos	26
6.1 Tipo de estudio	
6.2 Población, lugar y tiempo de estudio	
6.3 Tipo de muestra y tamaño de muestra	
6.4 Criterios de selección:	
- Inclusión,	
- Exclusión	
- Eliminación	
6.5 Variables a recolectar	
6.6 Método o procedimiento para captar la información	
7. Aspectos éticos	29
8. Recursos, financiamiento y factibilidad	30
9. Resultados	31
9.1 Análisis de resultados	
10. Análisis estadístico	35
10.1 Tablas (cuadros) y gráficas.	
10.2 Análisis estadístico	
11. Discusión	37
12. Conclusiones	40
13. Sugerencias	41
14. Referencias bibliográficas	42
15. Anexos.	46
.1 Cronograma	
2 Consentimiento informado	
3 Instrumentos de recolección de datos, etc.	

1-MARCO TEORICO

1.1.-INTRODUCCIÓN

La familia es un sistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, que conforma un micro grupo, en el cual existen dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad de sus componentes. En ese sentido, frente al problema clínico de una determinada persona no es suficiente que sea entendido como un fenómeno individual e interno, sino que los problemas de las personas pueden ser entendidos en conjunto con su contexto relacional. ¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica” y fija sus límites entre los 10 y 19 años. ²

La adolescencia es un período difícil para la mayoría de las personas jóvenes, porque tienen que afrontar decisiones respecto al matrimonio, educación y trabajo, que determinarán el curso de sus vidas. En este período de vida ocurren comportamientos poco responsables como tener relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos, el cual puede tener efectos negativos en el ámbito social, económico y de salud porque derivan en embarazos no deseados y/o enfermedades de transmisión sexual. ³ La interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales. Es uno de los factores protectores cuando funciona en forma adecuada, por lo tanto, es uno de los focos de la prevención primordial y primaria.

Es importante conocer la funcionalidad familiar y se puede medir con el nivel de adaptación y cohesión en la familia mediante la siguiente escala: Adaptación Familiar y Escalas de Cohesión (FACES), que es una herramienta para evaluar la adaptación y cohesión de los grupos familiares. La adaptabilidad familiar se define

como la habilidad a la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. Los cuatro niveles de adaptabilidad familiar son rígidos, estructurados, flexibles y caóticos. La *cohesión* se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. Existen cuatro niveles de cohesión: desvinculada, separada, conectada y amalgamada.⁴

FACES III es un instrumento que consta de 20 ítems, cada uno con una escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca), divididos en dos partes. La parte I, compuesta por 20 ítems y que evalúa el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento ("Familia Real").⁴

La mayor parte de las veces los embarazos adolescentes tienen que ver con un problema en la relación familiar o un mal funcionamiento a nivel de la familia y sus integrantes. Frecuentemente 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.⁵

1.2- ANTECEDENTES

Soto-Acevedo, León-Corrales y Castañeda-Sánchez (2015) realizaron un estudio titulado “Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México”. Los participantes fueron 65 adolescentes embarazadas. Se les aplicó el instrumento SF-36 para evaluar calidad de vida relacionada con la salud, así como el test APGAR familiar para valorar su funcionalidad. Los resultados mostraron que el 76.9% tuvo buena calidad de vida y 23.1% mala; mientras que 12.3% presentó disfunción familiar severa, 38.5% disfunción moderada y 49.2% fue miembro de una familia funcional. En conclusión, la calidad de vida en 8 de cada 10 adolescentes embarazadas es buena y la familia se mantuvo funcional en cerca de la mitad de los casos. ⁶

Barcelata y Farias (2014) hicieron un estudio titulado “Embarazo adolescente: una mirada al funcionamiento familiar en un contexto urbano-marginal” de México. Se trabajó con 47 adolescentes de 13 a 18 años. Se aplicó una cédula socio demográfica y una prueba sobre funcionamiento familiar. En conclusión, si se encontraron diferencias entre el grupo de embarazadas y el grupo de no embarazadas: las embarazadas tenían menor edad que las no embarazadas y la mayoría de ellas tiene alrededor de 15 años de edad. En la cohesión, se apreció que el nivel en los vínculos en el grupo de no embarazadas es mayor que en el de embarazadas el cual reportó menor involucramiento de la familia con respecto a las preocupaciones de cada uno de sus miembros. Más de la mitad de los casos de las embarazadas presentaron una baja adaptabilidad, aunque un buen porcentaje presentó niveles moderados. Las no embarazadas presentaron mayor nivel de adaptabilidad. ⁷

En el año 2003, en Nuevo León, México, Antonio Luna Navarro y Víctor Gómez Soto, realizaron un estudio sobre “Disfunción familiar en adolescentes embarazadas”. El método fue descriptivo, observacional, transversal y prospectivo, la muestra fue de 32 pacientes embarazadas menores de 20 años y el instrumento que se utilizó fue el FACES III para la evaluación de la disfunción familiar, llegando

a las siguientes conclusiones: La disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas de riesgo, entre ellas el embarazo en adolescentes. ⁸

En el año 2003, en Acapulco Guerrero, Victoria Cueva Arana, Jesús Fernando Olvera Guerra y Rosa María Chumacera López realizaron un estudio sobre “Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo” , el método fue un estudio transversal descriptivo en 74 adolescentes embarazadas que acudieron por primera vez a la consulta externa del módulo de alto riesgo en el Hospital General Regional “Vicente Guerrero”, entre el 1 de septiembre y el 30 de noviembre de 2003. Se aplicó un cuestionario semiestructurado de 43 reactivos que exploró características sociales y familiares, llegando a la conclusión que el embarazo en la adolescente, en la medida que no sea planeado por la pareja, contribuye a la presentación de complicaciones obstétricas, disfunción familiar, problemas en el desarrollo del hijo y retraso en el desarrollo educativo de la futura madre.⁹

En el año 2017, en Chiclayo-Perú Villavicencio D., Villanueva K. realizó una investigación sobre “cohesión- adaptabilidad familiar y actitudes sexuales en las adolescentes de una institución educativa de Chiclayo” cuyo objetivo era determinar la relación que existe entre el funcionamiento familiar y actitudes sexuales en las adolescentes. En el análisis de resultados se encontró que el 79.3 % presenta un nivel favorable de cohesión – adaptabilidad familiar, así mismo se halló que el 57.5 % indica que existe una actitud desfavorable de actitudes sexuales; además se ha podido determinar que existe relación significativa entre la dimensión de flexibilidad familiar y el indicador de inseguridad en actitudes sexuales, entre la dimensión de flexibilidad familiar y el indicador de neuroticismo en actitudes sexuales y finalmente se encontró relación significativa entre la dimensión de facilitadora familiar y el indicador de inseguridad en actitudes sexuales.¹⁰

Calderón, Aguirre, Rodríguez y Guisandes (2014) desarrollaron una investigación titulado “Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud de

Cuba". La muestra fue de 58 gestantes menores de 20 años, pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario "Josué País García" de Santiago de Cuba, de enero a diciembre del 2013, para lo cual se aplicó el instrumento de evaluación FACES III. Los resultados mostraron la presencia de la disfuncionalidad en 38 familias, para 65.5 %; no obstante, 20 familias eran funcionales, para 34.5 %. ¹¹

Arias, Carmona, Castaño, Castro, Ferreira, et al. (2013) desarrollaron una investigación titulada "Funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de salud de Manizales, Colombia". La muestra fue de 190 adolescentes embarazadas entre los 12 y 21 años, el instrumento utilizado fue la Escala de funcionalidad familiar, APGAR. Los resultados mostraron que el 72.1% de la población presentó disfuncionalidad familiar de leve a severa. La buena funcionalidad familiar tuvo relación significativa con la no presencia de violencia intrafamiliar ($p=0.000$), la no presencia de embarazo en < de 17 años ($p=0.020$), no empleo de métodos anticonceptivos ($p=0.000$), alto número de embarazos ($p=0.025$), no presencia de abortos inducidos ($p=0.007$), hablar sobre temas de embarazo y sexualidad con los padres ($p=0.000$). ¹²

1.3- MARCO CONCEPTUAL

Panorama General y Estadística del Embarazo en la Adolescencia

Desde la perspectiva social, aumentó el interés de su estudio por diferentes motivos: entre los principales destacan la proporción elevada de jóvenes que ya son padres (estamos hablando de 17.9 millones de personas menores de 20 años de edad en el 2017) En tanto, 9 748 (0.4%) madres declararon tener menos de 15 años al momento del nacimiento. La entidad federativa con la mayor tasa de nacimientos registrados de madres entre 10 y 17 años por cada 1 000 mujeres en ese grupo de edad es Coahuila de Zaragoza con 25.5, y la que cuenta con la menor tasa es la Ciudad de México con 12.4; a nivel nacional, la tasa es de 18.7. Existen evidencias de que el embarazo en edades tempranas puede representar un riesgo bio-psico-social para la madre y el recién nacido, como una mayor mortalidad materno-infantil. Además, una parte importante de estos embarazos terminan en aborto y muchos de ellos se llevan a cabo en condiciones de inseguridad. Sin duda, todo esto es cierto, sin embargo, varias investigaciones y políticas dirigidas a mejorar la salud reproductiva de los adolescentes se han olvidado de que la maternidad temprana en nuestro país responde a un contexto económico, social y cultural, para abordar esta problemática es necesario hacerlo desde distintas perspectivas. Cada año 14 millones de mujeres adolescentes dan a luz en el mundo, lo cual representa poco más del 10% del total de nacimientos a nivel mundial. ¹³

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana. ¹⁴Esto significa que un total de 612,284 mexicanas menores de 19 años ya son madres, y que muchas de ellas ya tienen más de un hijo. Las cifras de embarazo adolescente seguramente son más altas, si consideramos que no todos los embarazos llegan a término, sea porque terminan en un aborto espontáneo o en uno inducido. ¹³ La organización para

interrupción legal del embarazo reporto que se practicaron 205,353 abortos legales del embarazo desde abril del 2007 hasta 19 diciembre del 2018, lo que reafirma la alta tasa de abortos ¹⁵. Desde una dimensión biomédica, el embarazo temprano se considera de alto riesgo, pues compromete la salud de la adolescente. ¹⁶Además, la mortalidad materna en México ocupa el octavo lugar entre los países latinoamericanos, con 1 757 muertes maternas anuales. En 2010 murieron 287,000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Dentro de los factores más importantes son: Inicio temprano de actividad sexual, en un rango de los 10 a los 19 años de edad, lo que las expone a embarazos no deseados, abortos, VIH/SIDA y a ser maltratadas física, psicológica o sexualmente, complicaciones del embarazo, incluso la muerte ¹⁷

Adolescencia y Embarazo.

La adolescencia también puede ser considerada como el tiempo transcurrido desde la menarquía en la mujer y la polución nocturna en el hombre, edad en la que se alcanza la madurez sexual en ambos. ¹⁸

El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasa o suspende los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo. Si bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, este debe de hacerse con responsabilidad para uno mismo, la pareja y los hijos presentes y futuros. ¹⁹

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, los adolescentes son personas que están en el grupo de edad de 10 a 19 años. Además divide la adolescencia en dos fases, la adolescencia temprana entre los 10 a 14 años y la adolescencia tardía entre los 15 y 19 años. Contempla cambios rápidos y notables entre los que figuran la maduración biológica, el desarrollo cognoscitivo y el desarrollo psicosocial. La maduración biológica señala el final de la niñez e incluye el crecimiento repentino. ²⁰

La población adolescente de México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años, hoy representa 32.8 %. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años. Los más de 20 millones de adolescentes y jóvenes en México harán decisiones y transiciones que en buena medida determinarán el curso de sus vidas y en esa circunstancia el futuro del país dependerá de las oportunidades de desarrollo personal que se les abran. ¹⁹El 55.2% de los adolescentes mexicanos son pobres, uno de cada 5 adolescentes tiene ingresos familiares y personales tan bajos que no le alcanza siquiera para la alimentación mínima requerida. En 2008 casi 3 millones de adolescentes entre 12 y 17 años no asistían a la escuela. Del total de niños y jóvenes que no asistían a la escuela, correspondían a este grupo de edad 48.6% de hombres y 44.1% de mujeres. ²¹

La mitad de los jóvenes y adolescentes (49.9%) se concentran en solo 7 de las 32 entidades federativas: Estado de México (13.3%), Ciudad De México (8.4%), Veracruz (7.0%), Jalisco (6.6%), Puebla (5.1%), Guanajuato (5.1%) y Michoacán (4.4%). En el grupo de edad de 15 a 24 años, 74 % viven en áreas urbanas y el 26 % viven en áreas rurales. La mayoría de los adolescentes son personas solteras (97% de los hombres y 93% de las mujeres) aunque se estima que cerca de cinco millones están casados o viven en unión libre y poco más de 240,000 cuenta en su haber con una unión disuelta. El grupo que inicia la vida marital más tempranamente es el de las mujeres residentes en localidades rurales; en las edades de 15 a 19 años una de cada 5 está casada o unida. ¹⁹

Aproximadamente un tercio de los jóvenes (31%) están casados o viven en pareja. De los jóvenes que se declaran casados o unidos, el 53% inició su unión entre los 15 y los 19 años de edad. El inicio de la vida sexual es un acontecimiento que influye de una manera muy importante en la vida de los adolescentes. Se ha documentado en México, que el inicio de vida sexual ocurre en promedio entre los hombres a los 16 años y entre las mujeres a los 19 años. ²² Se ha observado que mientras la edad de inicio de la vida sexual activa se registra a edades más tempranas, la edad del matrimonio se ha postergado²³

A pesar de declarar que no se busca el embarazo, solo la mitad de los jóvenes sexualmente activos utilizan algún tipo de métodos anticonceptivo. La edad de inicio de uso de algún método anticonceptivo es entre los 15 y 19 años para más de la mitad de los jóvenes, a la edad de 24 años prácticamente todos los jóvenes sexualmente activos están utilizando algún método anticonceptivo. Los métodos más comúnmente usados son el preservativo y el dispositivo intrauterino. ²⁴

El hecho de referirnos al tema de embarazo en la adolescencia implica hablar de embarazo de alto riesgo el cual se define como aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario. ²⁰ El embarazo en la adolescencia es considerado de alto riesgo por el hecho de poder presentar algunas otras patologías acompañantes como pueden ser: obesidad, hipertensión arterial sistémica, diabetes gestacional y desnutrición materna²⁴

Dinámica familiar

La dinámica familiar se define como el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales e intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación y dotación) al que se atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar. Estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y determinan el buen o mal funcionamiento de la familia, lo cual es un factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad. Es el conjunto de pautas transaccionales que establecen de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo a la etapa del ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia. ²²

Existen diversas escalas o instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar, entre ellos se encuentran: Índice de función familiar de Pless y Satterwhite, la escala de evaluación familiar de Beavers y Timberlawn, la clasificación triaxial de la familia de Tseng y McDermott, la escala de eventos críticos de Thomas Holmes,

el modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar de Salinas y col, la escala de funcionamiento familiar de Espejel y col, el APGAR familiar de Gabriel Smilkstein, el círculo familiar de Thrower, Bruce y Walton, el FACES de David H. Olson, la evaluación del subsistema conyugal de Olson ²⁵

FACES III

En el mundo académico y profesional, se sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. A partir del análisis de la teoría familiar y de la literatura acerca de la terapia familiar se identificaron tres dimensiones de la dinámica familiar que podían expresarse en función de tres variables: cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar²⁶

Cohesión Familiar

Los términos de apego-desapego, proximidad-distancia, aglutinamiento desligamiento, apuntan a la dimensión cohesión familiar, la cual tienen que ver con "la unidad emocional, intelectual y física que los miembros de una familia sienten entre sí. Ha sido definida por Olson y colaboradores como el ligamento emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Los indicadores de la cohesión son: vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación. Se identifica cuatro niveles de cohesión que diferencian distintos tipos de familias: dispersa, separada, conectada y aglutinada ²⁶

Adaptabilidad Familiar

La "adaptabilidad familiar" es la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. La descripción, medición y diagnóstico de esta dimensión incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación.

²⁶

Evolución y desarrollo de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle

FACES III, es una escala formada por 20 ítems, 10 relativos a la cohesión y 10 a la adaptabilidad. La tercera versión, tratar de conseguir que la correlación entre cohesión y adaptabilidad sea, en lo posible, lo más cercana a cero; objetivo que lograron disminuyendo la correlación entre ambas dimensiones desde $r= 0,65$ de la FACES II a $r=0,03$ en la FACES III. También se obtuvo una alta correlación entre las puntuaciones de los ítems de cada subescala y los de la escala global. La correlación encontrada fue superior a $r= 0,51$, para la cohesión, y a $r= 0,42$ para la adaptabilidad.²⁶

Tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento excelente en la práctica clínica como en proyectos de investigación. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre. El cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de la familia con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo a la escala de calificación, considerando cada aseveración correlación a su familia.²⁶

No relacionada o dispersa: Ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, poca lealtad a la familia, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, alta independencia personal, rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, recreación individual.²⁷

Semirrelacionada o separada: Se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia

personal, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.²⁷

Relacionada o conectada: Hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual. Son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia. Aglutinada: cercanía emocional extrema, se demanda fidelidad y lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parentofiliales, hay falta de límites generacionales, falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato.²⁷

Adaptabilidad extremadamente alta origina caos en el interior de la familia, esto es la inexistencia de roles y reglas definidas, una adaptabilidad extremadamente baja rigidez que impide amoldarse a las crisis del ciclo familiar. Incluye conceptos tales

como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia.²⁷

La caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. Las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.²⁷

La flexible, a un liderazgo y roles compartidos, disciplina algo severa, y democrática negociándose sus consecuencias, El liderazgo es igualitario, permite cambios, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.²⁷

La estructurada el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario así como los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.²⁷

La rígida hay liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios. Existe fuerte control parental, y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.²⁷

Las cuatro centrales semirelacionada flexible, relacionada flexible, semirelacionada estructurada y relacionada estructurada corresponden a niveles balanceados de adaptabilidad y cohesión. Las cuatro extremas adaptabilidad y/o cohesión excesivamente alta o bajas²⁷.

Calificación: según cohesión: 10 a 34 no relacionada, 35 a 40 semirrelacionada, 41 a 45 relacionada y 46 a 50 aglutinada. Según adaptabilidad: 10-19 rígida, 20-24 estructurada, 25-28 flexible, 29-50 caótica.²⁶

		COHESIÓN			
		Bajo →	Moderado →	Alto	
FLEXIBILIDAD		DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
Alto ↑ Moderado ↑ Bajo ↑	CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

26

Familia y Embarazo en la Adolescencia.

La familia es considerada como la institución básica de nuestra sociedad; es decir, es la fuente de afectos y solidaridades, así como la fuerza de cohesión social. En la familia se da lugar a una amplia variedad de procesos cruciales para la reproducción social, incluidos la socialización primaria de los individuos, la generación y transmisión de pautas y prácticas culturales así como la construcción de relaciones de poder y autoridad entre géneros y generaciones. La salud familiar puede considerarse como la salud del conjunto de los miembros de la familia, en términos de su funcionamiento efectivo, en la dinámica interaccional, en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes propiciando el crecimiento y desarrollo individual, según las exigencias de cada etapa de la vida. Es preciso diferenciar también la familia funcional de la disfuncional, en donde ésta última se ve imposibilitada para realizar de un modo adecuado las funciones familiares y se ven afectadas áreas como la educación y el desarrollo afectivo.²⁸

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus integrantes. Con base en que

la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones; se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la 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. ²⁹

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. ²⁹

4 .JUSTIFICACIÓN

La población adolescente de México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4 % de la población nacional; hoy representa 21.3 %. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años. ³⁰

De la población mundial en el 2009, de los cuales 1.200 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, constituían el 18% de la población mundial. Desde 1950, el número de adolescentes ha aumentado más del doble, de los cuales el 10% se embarazan, representa el mismo porcentaje de los nacimientos en el mundo, de lo que constituye 15 millones de mujeres de 15 a 19 años tienen un embarazo en la adolescencia, por cada mujer urbana que se embaraza y se une antes de los 18 años, dos mujeres en el medio rural lo hacen.

¹⁴ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años, y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15, dan a luz cada año. En este escenario, México tiene el primer lugar a nivel mundial. Tres millones de adolescentes entre 15 y 19 años se practican abortos inseguros o clandestinos en el mundo para interrumpir un embarazo no deseado. El embarazo adolescente pone en riesgo la salud de la madre y del recién nacido. Cuanto más joven sea la madre, es mayor el riesgo para la madre y el bebé. A nivel global, las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre adolescentes de 15 a 19 años. La ONU se fijó como objetivo que para el 2030 ninguna mujer menor de 14 años tenga un hijo, en México 1 de cada 3 embarazos no son planeados. Las acciones preventivas ante el embarazo adolescente son:

Promover medidas y normas que prohíban el matrimonio infantil y las uniones tempranas antes de los 18 años.

Apoyar programas de prevención de embarazo basados en la evidencia que involucren a varios sectores y que apunten a trabajar con los grupos más vulnerables.

Aumentar el uso de anticonceptivos.

Prevenir las relaciones sexuales bajo coacción.

Reducir significativamente la interrupción de embarazos en condiciones peligrosas.

Aumentar el uso de la atención calificada antes, durante y después del parto.

Incluir a las jóvenes en el diseño e implementación de los programas de prevención de embarazo adolescente.

Crear y mantener un entorno favorable para la igualdad entre sexos y la salud y los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes.¹⁴

El embarazo en adolescentes no sólo tiene repercusiones en la salud de las adolescentes y de sus hijos, sino en sus opciones para continuar con su educación académica, en el abanico de opciones para su proyecto de vida, en sus relaciones sociales y culturales, en sus posibilidades de desarrollo, en las condiciones en que se inserte en la vida laboral, entre otros aspectos. Ser madre o padre adolescente suele iniciar y/o reforzar una serie de condiciones de vulnerabilidad asociadas a la falta de preparación para esta nueva responsabilidad, características propias del desarrollo en esa etapa y a la adopción de roles de género tradicionales, así como a la pérdida de vivencias y adquisición de conocimientos propios de la adolescencia. Adicionalmente, la maternidad y paternidad temprana, suele tener efectos negativos graves en los hijos e hijas de las y los adolescentes, exponiéndolos a condiciones adversas que obstaculizan su desarrollo.

Por lo anterior, el Gobierno de México ha reconocido que el embarazo en adolescentes es problema poblacional que amplía las brechas sociales y de género; se trata de un asunto que pone entredicho sus derechos humanos, su libertad y su desarrollo como personas. Por ello, se diseñó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescente (ENAPEA), la cual fue lanzada en enero de 2015 por la Presidencia de la República.

Por lo tanto este estudio surge ante la necesidad de conocer la adaptabilidad y cohesión familiar lo que aportara un panorama sobre funcionalidad familiar en nuestra población determinando si existe una relación entre la funcionalidad familiar extrema y el embarazo en la adolescencia lo que al indentificarlo con la herramienta serviría como un método para poder disminuir el embarazo adolescente.

3.- Planteamiento del problema:

El embarazo adolescente es un problema de salud pública tanto en México como en el resto de Latinoamérica. El embarazo en adolescentes es un fenómeno que ha cobrado importancia en los últimos años debido a que México ocupa el primer lugar en el tema, entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad. El embarazo en las y los adolescentes afecta negativamente la salud, la permanencia en la escuela, los ingresos presentes y futuros, el acceso a oportunidades recreativas, sociales y laborales especializadas y de calidad y el desarrollo humano. Además del embarazo, tener relaciones sexuales sin protección implica un riesgo permanente de adquirir una infección de transmisión sexual.

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tiene menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz. ³⁴

Es por eso que resulta importante identificar algunos de los factores que contribuyen a la aparición de un embarazo durante la adolescencia, como es la disfuncionalidad familiar, que se puede traducir como un funcionalidad familiar extrema, al identificar esos factores ,se puede derivar a psicología o psiquiatría para que se realicen intervenciones, así como reforzar el uso de métodos

anticonceptivos ,es factible para la institución de salud ya que cuenta con los servicios.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Existe relación entre la adaptabilidad y cohesión con el embarazo de las adolescentes en la unidad de medicina familiar 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí?

4.- OBJETIVOS:

4.1.- Objetivo general:

Valorar la adaptabilidad y cohesión familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 45 del IMSS, San Luis Potosí

4.2.- Objetivos específicos:

Determinar el tipo de familia predominante de acuerdo a su adaptabilidad familiar en las adolescentes embarazadas UMF No. 45 del IMSS, San Luis Potosí.

Determinar el tipo de familia predominante de acuerdo a su cohesión familiar en las adolescentes embarazadas UMF No. 45 del IMSS, San Luis Potosí

6.3 Objetivos secundarios

Conocer la escolaridad de las adolescentes embarazadas. Usuaris UMF No. 45 del IMSS, San Luis Potosí.

Identificar el estado civil en las adolescentes embarazadas usuarias UMF No. 45 del IMSS, San Luis Potosí.

Determinar la asociación entre los grupos de edad y el embarazo de las adolescentes usuarias UMF No. 45 del IMSS, San Luis Potosí.

5.- Hipótesis de investigación:

Existe relación entre la cohesión y adaptabilidad familiar en las pacientes adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 45 del IMSS, San Luis Potosí.

5.1.- Hipótesis nula o alternativa:

No existe relación la entre cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes en las adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 45 del IMSS, san Luis potosí.

Elementos de la hipótesis.

Adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 45 del IMSS, San Luis Potosí

Dependiente: Adolescentes embarazadas

Independiente: Adaptabilidad y cohesión familiar

6.- Material y métodos:

6.1.- Tipo de estudio y diseño de estudio:

- Transversal, prospectivo y observacional.

6.2.- Población, lugar y tiempo de estudio:

Unidad de Medicina Familiar 45 del IMSS en San Luis Potosí, Paciente adolescente embarazada, lapso de tiempo -2 meses

6.3- Muestra: Se tomo en cuenta un universo de 120 pacientes que cumplían con los criterios de la muestra ,dicho calculo fue el promedio que se obtuvo analizando el número de pacientes de primera vez en el censo de la consultas se saco el promedio de 10 pacientes por mes durante 1 año de manera retrospectiva , con una heterogeneidad del 85%, margen de error del 20%, nivel de confianza del 95%, se obtuvo una muestra de 12 pacientes, la cual no sería representativa por lo que se opto por tomar el tomar la población total de adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 45 del IMSS, San Luis Potosí. que se pudiera captar en 2 meses.

6.4 - Criterios de selección:

6.4.1.- Criterios de inclusión:

- Adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 45 del IMSS, San Luis Potosí y que acepten participar en el estudio (previa carta de consentimiento informado firmado en caso de ser menor de edad deberá ser firmada por el padre o tutor legal).

6.4.2.- Criterios de exclusión:

- Pacientes adolescentes embarazadas que no deseen participar.
- Pacientes adolescentes embarazadas que no se puedan localizar.
- Pacientes adolescentes embarazadas que no acudan a su cita.

6.4.3.- Criterios de eliminación:

Cuestionarios incompletos.

-Pacientes que, a pesar de haber firmado el consentimiento informado, decidan retirarse de participar en el estudio.

6.5- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	TIPO
Embarazo adolescente	Período de la vida del individuo con capacidad reproductiva y fija sus límites entre los 10 y 19 años. ²	Periodo entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto. ²	Cualitativa	1-embarazada no adolescente 2-embarazada adolescente	Dependiente
Cohesión	La unidad emocional, intelectual y física que los miembros de una familia sienten entre sí. ⁴	Es la forma en que cada familia supera las crisis a las que está sometida. Se evaluará mediante la aplicación del FACES III. ⁴	Cualitativa	Cohesión: 10 a 34 no relacionada, 35 a 40 semirrelacionada, 41 a 45 relacionada y 46 a 50 aglutinada.	Independiente
Adaptabilidad	Es la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. ⁴	Es la forma en que cada familia supera las crisis a las que está sometida. Se evaluará mediante la aplicación del FACES III. ⁴	Cualitativa	Según adaptabilidad: 10-19 rígida, 20-24 estructurada, 25-28 flexible, 29-50 caótica	Independiente
Edad	Tiempo transcurrido	Años de la adolescente	Ordinal.	1. De 10 a 13 años.	Variable control

	desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	en el momento de la encuesta.		2. De 14 a 16 años. 3. De 17 a 19 años.	
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Grado de estudios que tiene la adolescente.	Cuantitativa	1-.Primaria 2-.Secundaria 3-Bachillerato	Variable control
Estado Civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Relación que tiene con una persona del sexo opuesto.	Cualitativa	1.Soltera 2.Unión libre 3.Casada 4.Otro	Variable control

6.6- Procedimiento:

Se incluyo a todas las pacientes embarazadas adolescentes usuarias de la UMF No. 45 Del IMSS, San Luis Potosí. En un periodo de 2 meses, se aplico instrumento FACES III con una cédula socio demográfica a las pacientes que asistieron a su control mensual ,previo consentimiento o asentimiento informado ,se registraron los datos en una base del programa EXCEL para su análisis estadístico utilizando distribución Multihipergeométrica y porcentajes.

7.- Aspectos éticas:

El presente estudio se realizara de acuerdo a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, Secretaria de Salud (1984), específicamente en los siguientes apartados: artículo 14, 15, 16, 17, 18, 19, 29, 21 y 22.³⁷

Respecto al Capítulo 1, artículo 17, fracción II se aborda el tipo de riesgo que implica la investigación, es un estudio con riesgo mínimo dado que la investigación requiere de contestar el FACES III, y un instrumento de recolección de datos demográficos para obtener el resultado., en una población vulnerable menores de edad embarazadas.³⁷

Respecto al Artículo 21 previo a la explicación del objetivo del estudio, se solicitara el consentimiento informado de los sujetos de investigación y de acuerdo a la fracción I, IV, VI, VII, VIII, se aclararan las dudas que surgieran al momento de la entrevista en cada una de las preguntas del instrumento. La información proporcionada se manejara en forma confidencial, no se registraran los nombres de los participantes.³⁷

En relación con el capítulo segundo que habla acerca de las investigaciones en comunidades, se consideraran los artículos: 28. 29, 30, 31 y 32.³⁷

El protocolo de investigación se someterá al comité de investigación y ética del Instituto Mexicano del Seguro Social.³⁷

8.- Recursos, financiamiento y factibilidad:

1.- Humanos:

Investigador principal

Asesor estadístico, metodológico y clínico

2.- Materiales:

UMF 45, consulta externa

- Laptop (\$5,000 pesos)
- Impresora (\$2000 pesos)
- Cartuchos de tinta para impresora (\$ 1000 pesos)
- 3 paquetes de hojas blancas tamaño carta (\$500 pesos)
- Lápices (\$100 pesos)
- Plumas negras (\$200 pesos)
- Transporte (\$2500)

FACTIBILIDAD.

Se dispone de recursos humanos y materiales necesarios para su realización, tras las autorizaciones pertinentes, no amerita este estudio de insumos o recursos de alto costo o que aumenten el costo de la atención al paciente estudiado.

9.- RESULTADOS

REGISTRO: R-2019-2402-009

Se incluyo a todas las pacientes embarazadas adolescentes usuarias de la UMF No. 45 Del IMSS, San Luis Potosí. En un periodo de 2 meses, se aplico instrumento FACES III con una cédula socio demográfica a las pacientes que asistieron a su control mensual ,previo consentimiento o asentimiento informado ,se registraron los datos en una base del programa EXCEL para su análisis estadístico utilizando distribución Multihipergeométrica y porcentajes

9.1- ANALISIS DE RESULTADOS

El tamaño de la muestra fue el total de la población adolescente embarazada de la UMF 45 que cumpliera con los criterios de inclusión la cual fue de 40 pacientes como población total ,luego de recolectado los datos de los cuestionarios FACES III con cedula demográfica, estos fueron procesados y presentados en gráficos a fin de realizar el análisis e interpretación respectivo de acuerdo a la siguiente tabla y al marco teórico.

		COHESIÓN			
		Bajo \longrightarrow	Moderado \longrightarrow	Alto	
FLEXIBILIDAD		DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
Alto ↑ Moderado ↑ Bajo	CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

Tabla 1- Al obtenerse los resultados basados en la base de datos se realizo la interpretación de la relación entre la cohesión y la adaptabilidad (flexibilidad) para así interpretar los resultados al nivel de funcionalidad familiar

Relación entre el Nivel de Funcionalidad familiar Balanceada y la edad del paciente

Grado o Nivel de Funcionalidad Familiar							
Rango de edad	semirelacionada/ flexible	%	relacionada/flexible	%	relacionada/ estructurada	%	Total
10--13	0	0	0	0	0	0	0
14-16	1	25.00	2	50.00	1	25.00	4
17-19	5	62.50	0	0.00	3	37.50	8
	6	50	2	16.67	4	33.33	12

Tabla 2- se realizo la interpretación de la relación de cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar, al nivel de funcionalidad familiar balanceada en cada grupo de edad, en este nivel la relación cohesión/adaptabilidad predominante fue semirelacionada/ flexible principalmente en el rango de edad 17-19 años.

Relación entre el Nivel de Funcionalidad familiar Intermedia y la edad del paciente

Grado o Nivel de Funcionalidad Familiar					
Rango de edad	No relacionada/ flexible	%	No relacionada/estructurada	%	Aglutinada/ estructurada
10--13	0	0	0	0	0
14-16	2	66.67	1	33.33	0
17-19	2	25.00	0	0.00	6
	4	36.36	1	9.09	6

Tabla 3- se realizo la interpretación de la relación de cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar, al nivel de funcionalidad familiar intermedia en cada grupo de edad, en este nivel la relación cohesión/adaptabilidad predominante fue aglutinada/estructurada principalmente en el rango de edad 17-19 años

Relación entre el Nivel de Funcionalidad familiar Extrema y la edad del paciente

Grado o Nivel de Funcionalidad Familiar						
Rango de edad	No relacionada/ Caotica	%	No relacionada/Rigida	%	Aglutinada/ Rigida	%
10--13	0	0	0	0	0	0
14-16	2	100.00	0	0.00	0	0.00
17-19	6	40.00	3	20.00	6	40.00
	8	47.06	3	17.65	6	35.29

Tabla 4- se realizo la interpretación de la relación de cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar, al nivel de funcionalidad familiar extrema en cada grupo de edad, en este nivel la relación cohesión/adaptabilidad predominante fue no relacionada/caótica principalmente en el rango de edad 17-19 años

Distribución de la Funcion Familiar según grupo de edad.						
Rango de edad	14-16	% 14-16 años	17-19	% 17-19 años	Total	% Tot
Balanceado	4	44.44	8	25.81	12	30.00
Intermedio	3	33.33	8	25.81	11	27.50
Extremo	2	22.22	15	48.39	17	42.50
Total	9	100.00	31	100.00	40	100.00
	P =	0.02				

Tabla 5- con los datos obtenidos, se obtuvo como resultado que el nivel de funcionalidad mas frecuente fue extremo en el rango de edad de 17-19 años.se aplica la herramienta Multihipergeométrica relacionando le rango de edad con la funcionalidad familiar encontrando P= 0.02 que afirma que el estudio es significativo

Relación entre el Nivel de estudios y rango de edad del paciente							
NIVEL DE ESTUDIOS POR RANGO DE EDAD							
Rango de edad	PRIMARIA	%	SECUNDARIA	%	PREPARATORIA	%	Total
10--13	0	0	0	0	0	0	0
14-16	2	22.2	7	77.78	0	0	9
17-19	1	3.23	13	41.94	17	54.84	31
	3	7.5	20	50	17	42.5	40

Tabla 6- la relación del nivel de estudios y el rango de edad más frecuente fue secundaria con el 50%.

Relación entre estado civil y grupo de edad							
Rango de edad	soltera	%	casada	%	union libre	%	Total
10--13	0	0	0	0	0	0	0
14-16	9	100	0	0	0	0	9
17-19	17	54.84	4	12.90	10	32.26	31
	26	65	4	10	10	25	40

Tabla 7- la relación entre el estado civil y el grupo de edad más frecuente fue soltera con un 65%.

Los resultados de este estudio muestran que las adolescentes embarazadas adscritas a la UMF no. 45 de san Luis potosí, existe relación entre la adaptabilidad y cohesión con el embarazo de las adolescentes ya el 77.5% de la población estudiada en el grupo de edad de 17 a 19 años presentaron un funcionalidad

familiar extrema (48.39%), se valoró la adaptabilidad y cohesión familiar con predominio aglutinada/rígida sobre los otros niveles de función familiar, la aplicación de la herramienta en conjunto con la tabla de relación cohesión/adaptabilidad identifica el nivel de funcionalidad familiar que se relaciona con el embarazo adolescente.

10.1- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

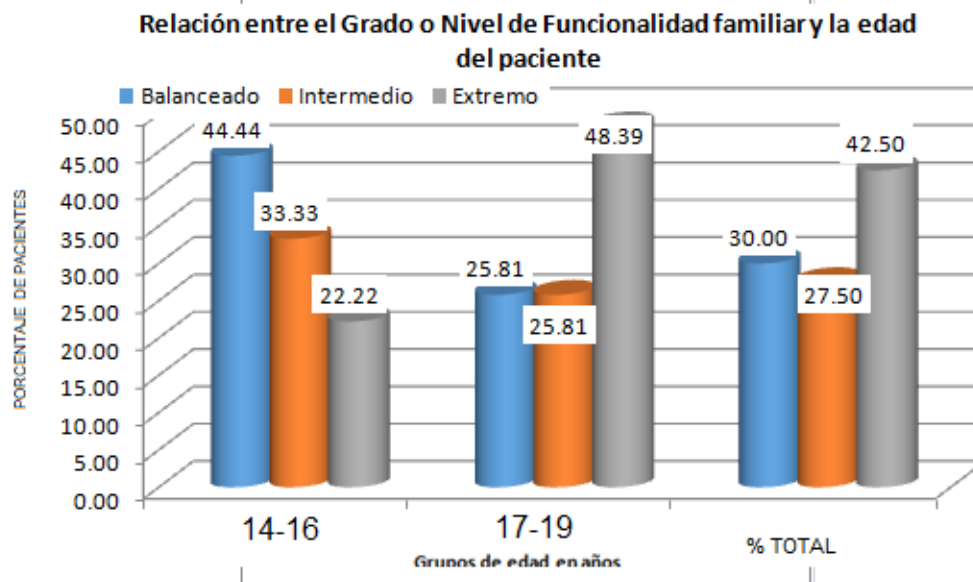


FIGURA 1- *Relación Entre El Grado De Funcionalidad Familiar Y La Edad En La Adolescente Embarazada.*

La figura 1 muestra que la hay deficiente cohesión y adaptabilidad expresada como una funcionalidad extrema en las adolescentes de 17 a 19 años así como una mayor proporción de este rango de edad en la población estudiada.

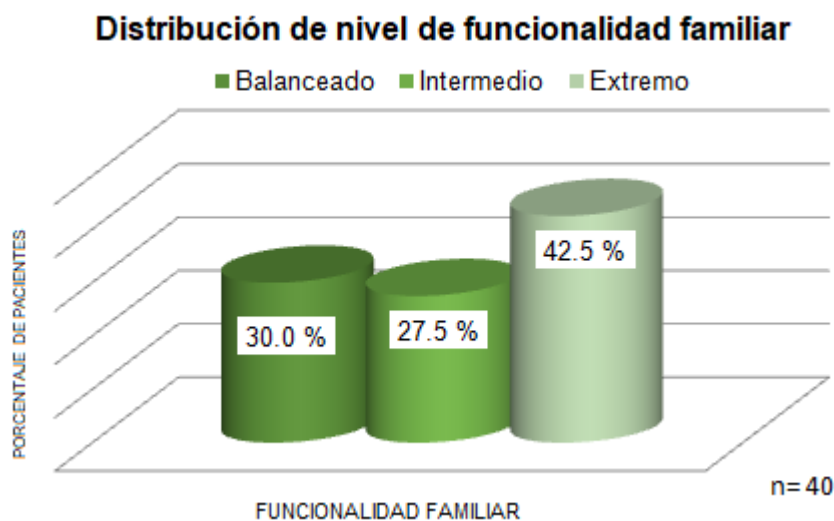


FIGURA 2- *Distribución De Nivel De Funcionalidad Familiar.*

La figura 2 muestra la proporción diferencial entre los diferentes niveles de funcionalidad familiar, siendo la extrema predominantes a casi la mitad de la población estudiada sin un predominio de rango de edad.

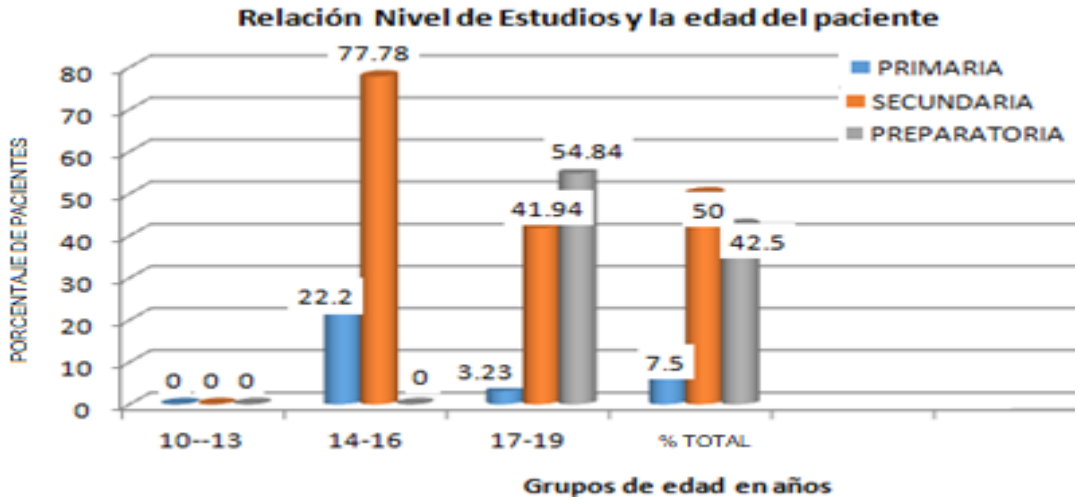


FIGURA 3-Relacion entre el nivel de estudios y el rango de edad.

La figura 3 representa el predominio de nivel de estudios de secundaria, también en relación a que el predominio es de 17 a 19 años. Esto traduce que el embarazo es un factor que frena el desarrollo académico al nivel superior de la adolescente.

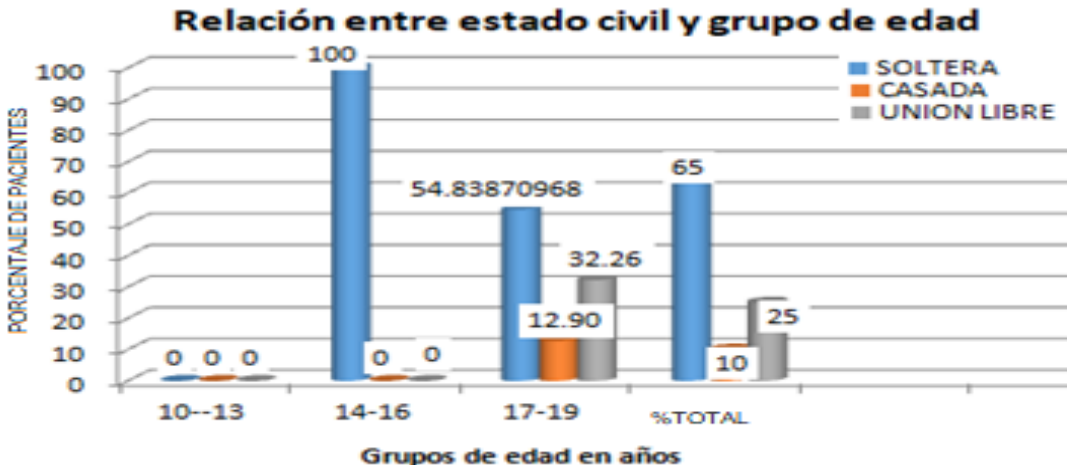


FIGURA 4-Relacion entre el estado civil y el grupo de edad.

La figura 7 representa el predominio del estado de civil soltera entre el grupo de edad en estudio, lo que traduce que la gran parte no vive con la pareja.

11-. DISCUSIÓN

ESTUDIO	SIMILITUDES	DIFERENCIAS	ASPECTOS IMPORTANTES
Luna Navarro y Víctor Gómez Soto en 2003, Nuevo León, México, "Disfunción familiar en adolescentes embarazadas". ⁸	Instrumento que se utilizó fue el FACES III.	la muestra fue de 32 pacientes embarazadas menores de 20 años	La disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas de riesgo, entre ellas el embarazo en adolescentes.
Barcelata y Farias 2014 México "Embarazo adolescente: una mirada al funcionamiento familiar en un contexto urbano-marginal". ⁷	Se trabajó con 47 adolescentes. Se aplicó una cédula socio demográfica y una prueba sobre funcionamiento familiar	Se trabajó con adolescentes de 13 a 18 años. se encontraron diferencias entre el grupo de embarazadas y el grupo de no embarazadas	En cohesión: no embarazadas es mayor que en el de embarazadas. Más de la mitad de los casos de las embarazadas presentaron una baja adaptabilidad, aunque un buen porcentaje presentó niveles moderados. Las no embarazadas presentaron mayor nivel de adaptabilidad.

<p>Calderón, Aguirre, Rodríguez y Guisandes (2014) desarrollaron una investigación titulado “Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud de Cuba”.¹¹</p>	<p>La muestra fue de 58 gestantes menores de 20 años, el instrumento que se utilizó fue el FACES III</p>	<p>Al efectuar el análisis estadístico se evidenció un predominio del grupo etario de 15-18 años</p>	<p>Los resultados mostraron la presencia de la disfuncionalidad en 38 familias, para 65.5 %; no obstante, 20 familias eran funcionales, para 34.5 %.¹¹</p>
<p>Aguilar M., Ayala M. Hernández H. , Zavala M. “Adaptabilidad y cohesión familiar en el embarazo de las adolescentes en la Unidad de Medicina Familiar 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luís Potosí”</p>	<p>La muestra fue de 40 gestantes adolescentes, el instrumento que se utilizó fue el FACES III</p>	<p>El grupo de edad de 17 a 19 años presentó una funcionalidad familiar extrema.</p>	<p>31 adolescentes se encuentran entre los 17 a 19 años de edad, 20 tienen estudios secundaria, 25 son solteras. La Distribución de nivel de funcionalidad familiar fue de predominio extremo en 17 de las cuales 15 fueron del grupo de edad de 17-19 años</p>

Lo significativo con el estudio realizado fue la interpretación de sus resultados de cohesión y adaptabilidad que no se expresaron en resultados individuales como en términos de baja, intermedia y alta cohesión/adaptabilidad con sus respectivos puntajes de la herramienta FACES III, si no su relación entre los diferentes niveles de adaptabilidad y cohesión que al final son expresados en tres tipos de funcionalidad familiar balanceada, intermedia y extrema

12. conclusiones

Los resultados de este estudio demuestran que las adolescentes embarazadas adscritas a la UMF No. 45 De San Luis Potosí, tienen una baja adaptabilidad y cohesión familiar determinando el tipo de familia predominante de acuerdo a su adaptabilidad familiar fue "Estructurada" y el tipo de familia predominante de acuerdo a su cohesión familiar fue "No relaciona", Lo que responde la pregunta de investigación afirmando relación entre la adaptabilidad y cohesión baja, interpretado en este estudio como un nivel de funcionalidad extrema. el embarazo de las adolescentes en el grupo de edad de 17 a 19 años que representa el (48.39%), de la población estudiada presentaron un funcionalidad familiar extrema es similar a los resultados obtenidos en otros estudios ya que la adolescencia es un periodo crítico en la funcionalidad familiar, la escolaridad de las adolescentes embarazadas, fue secundaria lo que es similar a otros estudios realizados y lo esperado por el rango de edad que predominó en el estudio., el estado civil que fue prevalente fue soltera, lo que está relacionado con los factores biopsicosociales de la edad y madurez psicológica, se respondió a la hipótesis afirmando que el embarazo adolescente se relaciona con la funcionalidad familiar, teniendo como conclusión que el embarazo interfiere en el desarrollo académico de la adolescente, la gran parte de los embarazos adolescentes se encontraba la paciente soltera que se relaciona con un impacto negativo en la cohesión y adaptabilidad familiar, en una diferencia significativa con otros estudios realizados fue que la interpretación de sus resultados solo fue identificando si existía una cohesión y adaptabilidad baja, intermedia y alta, los resultados demostrados fueron interpretados con su nivel de funcionalidad familiar y que no se encontró población adolescente embarazada del rango de 10 a 13 años.

14. SUGERENCIAS

Es necesario realizar un seguimiento más apegado a pacientes embarazadas adolescentes debido que se identificó ausentismo considerable en sus citas médicas, también al momento de realizar el envío a segundo nivel por que no todas asisten a vigilancia obstétrica como embarazo de riesgo, realizar por trabajo social y medicina familiar un tamizaje aplicando la herramienta FACES III para identificar el nivel de funcionalidad familiar en adolescentes e intervenir con envío a psicología a las que se identifique tengan una funcionalidad familiar extrema, para así reducir el número de embarazos adolescentes. se puede dar seguimiento a este estudio aplicando la herramienta en adolescentes no embarazadas para identificar si la funcionalidad familiar extrema propicia otras conductas de riesgo, como también aplicar la herramienta al inicio y al final del embarazo para evaluar si el periodo del embarazo en el que se aplica la herramienta cambia los resultados

15- BIBLIOGRAFÍA

(1) Hernández A. Kellogg W. Familia Y Adolescencia Indicadores De Salud. Washington, D.C., E. U. A. Segunda Reimpresión, Diciembre De 1996. P. 3

(2) OMS | El Embarazo En La Adolescencia [Internet]. Who. [Citado 23 De Enero De 2017]. Disponible En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

(3). Comisión Económica Para América Latina Y El Caribe, Naciones Unidas.

Observatorio De Igualdad De Género De América Latina Y El Caribe: Informe

Anual 2011, El Salto De La Autonomía, De Los Márgenes Al Centro. Santiago De

Chile: Naciones Unidas; 2011

(4) Schmidt V, Barreyro J Y Cols. Escala De Evaluación Del Funcionamiento Familiar Faces 3: ¿Modelo De Dos O Tres Factores? Escritos De Psicología Vol.3 No.2 Málaga Abr. 2010

(5) Valdivia P., Molina S., Factores Psicológicos Asociados A La Maternidad Adolescente En Menores De 15 Años. Revista De Psicología [En Línea] 2003, XII Disponible En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26412207> Issn 0716-8039

(6) Soto A, León C, Castañeda S “Calidad De Vida Y Funcionalidad Familiar En Adolescentes Embarazadas Derechohabientes De Una Unidad De Medicina Familiar Del Estado De Sonora, México”(2015)

(7) Barcelata B., Farías S. “Embarazo Adolescente: Una Mirada Al Funcionamiento Familiar En Un Contexto Urbano-Marginal” Eureka Asunción (Paraguay) 11(2):169-186,2014 Issn 2218-0559 (Cd R), E-Issn2220-9026 México (2014)

(8) Luna A, Gómez V. Disfunción Familiar En Adolescentes Embarazadas: VII Foro Delegacional De Investigación En Salud Del Imss En Nuevo León. México: Unidad De Medicina Familiar. 2003; 32(2): 15 – 22.

(9) Cueva V, Olvera J, Chumacera R Características Sociales Y Familiares De Las Adolescentes Embarazadas Atendidas En Un Módulo De Alto Riesgo. Rev. Med Imss 2005; 43 (3): 267-271.

(10) Villavicencio D., Villanueva K., Cohesión- Adaptabilidad Familiar Y Actitudes Sexuales En Las Adolescentes De Una Institución Educativa De Chiclayo, Chiclayo , Perú ,2017

(11) Calderón Aguirre, Rodríguez Guisandes, Disfunción Familiar En Gestantes Adolescentes De Un Área De Salud De Cuba”. Habana, Cuba ,2014.

(12) Arias, Carmona, Castaño, Castro, Ferreira, Et Al. “Funcionalidad Familiar Y Embarazo En Adolescentes Que Asisten A Controles Prenatales En Centros De Salud De Manizales, Colombia ,2013.

(13) Instituto Nacional De Estadística Y Geografía .<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/estsociodemo/estnamentos2017.pdf> (Fecha De Consulta Enero 2018)

(14) United Nations Population Found, América Latina Y El Caribe Tienen La Segunda Tasa Más Alta De Embarazo Adolescente En El Mundo 28 Febrero 2018, (Fecha De Consulta 16 Marzo 2018) <https://lac.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1>

(15) Interrupción Legal Del Embarazo. <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/interrupcion-legal-del-embarazo-estadisticas-2007-2017-19-de-diciembre-2018.pdf>

(16) Sobre La Íntima Relación Entre Aborto Y Salud, Ver Gire, Aborto, Salud Y Bienestar, México, Marzo 2007, [Hoja Informativa] <http://criminalizacionporaborto.gire.org.mx>

(17) Briones G, León P. Mortalidad Materna, México, Df, 2013 Academia Mexicana De Cirugía, A. C Editorial Alfil, Cap. 1, P3 Fecha De Consulta Enero 2018. <http://cvoed.imss.gob.mx/coed/home/normativos/dpm/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/24%20mortalidad%20materna-interiores.pdf>

(18) Cruells J. Prevención Del Embarazo Adolescente. Editorial Alfil, México, Primera Impresión, 2004, 3-89.

(19) Instituto Nacional De Estadística Y Geografía http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/nino2018_nal.pdf

(20) Norma Oficial Mexicana Nom-007-Ssa2-1993, Atención De La Mujer Durante El Embarazo, Parto Y Puerperio Y Del Recién Nacido. Criterios Y Procedimientos Para La Prestación Del Servicio.

(21) Fondo De Las Naciones Unidas Para La Infancia (Fecha De Consulta Enero 2018)
[Http://Www.Unicef.Org/Mexico/Spanish/Ninos_6879.Htm](http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm)

(22) Huerta J. La Familia En El Proceso Salud-Enfermedad. México, Editorial Alfil, 2005 Pp 34-40 Y 87-89.

(23) Secretaría De Salud. El Entorno De La Regulación De La Fecundidad En México. Serie: Resultados De Investigación. México, D.F.: Ssa, 1993:189- 215.

(24) Casas D, Alcázar L, Resendiz S. Propuesta De Creación De Consultorios De Consejería Para Adolescentes En Planificación Familiar. Archivos De Medicina Familiar, Abril-Junio 2010; Vol. 12, Núm. 2, P. 39-42.

(25) Bellon J, Delgado A, Et Al ,Validez Y Fiabilidad Del Cuestionario De Función Familiar Apgar-Familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-96.

(26).- Schmidt V, Barreyro J Y Cols. Escala De Evaluación Del Funcionamiento Familiar Faces 3: ¿Modelo De Dos O Tres Factores? Escritos De Psicología Vol.3 No.2 Málaga Abr. 2010

(27).- Ponce R, Gómez C, Et Al. Validez De Constructo Del Cuestionario Faces 3 En Español (México). Elsevier 2012; 30 (10): 624.

(28) Martínez A. Funcionalidad Familiar Asociada Al Estado Civil. Revista Médica De La Universidad Veracruzana/ Enero-Junio 2008; Suplemento 1 Vol. 8, Núm. 1, P. 60-62

(29) Rangel J, Valerio L. Funcionalidad Familiar En La Adolescente Embarazada. Rev. Fac Med UNAM, Enero-Febrero 2004; 47 (1): 24-27).

(30) Fondo De Las Naciones Unidas Para La Infancia (Fecha De Consulta Enero 2018)
[Https://Www.Unicef.Org/Spanish/Sowc2011/Pdfs/Las-Tendencias-Demograficas.Pdf](https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/las-tendencias-demograficas.pdf)

(31)- México Ocupa El Primer Lugar En Embarazo Adolescente A Nivel Mundial

Michel Olguín Lacunza/Diana Rojas García [Http://Www.Unamglobal.Unam.Mx/?P=41566](http://www.unamglobal.unam.mx/?P=41566)

(32) Organización Mundial De La Salud El Embarazo En La Adolescencia (23 De Febrero De 2018) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

(33) United Nations Population Found México , Embarazo en adolescentes , (Fecha De Consulta 16 Marzo 2018) <https://mexico.unfpa.org/es/topics/embarazo-en-adolescentes>

(34) instituto nacional de las mujeres ,acciones y programas Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, Fecha de publicación 07 de enero de 2019 <https://www.gob.mx/inmujeres/es/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>

(35)- Taller Herramientas Utilizadas En Un Estudio De Salud Familiar. México. Disponible En:

https://Residenciaumf48.Weebly.Com/Uploads/1/3/3/4/13348619/Taller_Herramientas_Utilizadas_En_Un_Estudio_De_Salud_Familiar1.Pdf

(36) <http://www.aulafacil.com/cursos/11244/ciencia/estadisticas/estadisticas/distribuciones-discretas-multihipergeometrica>

(37 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, Secretaria de Salud (1984)
)<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlqsmis.html>

