



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD

SEDE: EMILIANO ZAPATA, TABASCO

**COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA
COMUNIDAD RURAL DE JONUTA, TABASCO.**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. SELENE DEL CARMEN CERDAN ALFONSO

ASESOR:

DR. BLADIMIR MORALES ARIAS

EMILIANO ZAPATA, TABASCO A 15 ENERO DEL 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES

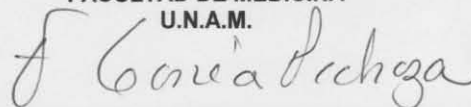
**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. SELENE DEL CARMEN CERDAN ALFONSO

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
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.**



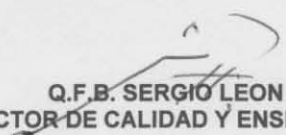
COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SELENE DEL CARMEN CERDAN ALFONSO

AUTORIZACIONES:


Q.F.B. SERGIO LEON RAMIREZ.
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA EN SALUD.



**SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE CALIDAD Y
EDUCACION EN SALUD**

P.o.

DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL
ESTADO DE TABASCO.



**COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA
COMUNIDAD RURAL DE JONUTA, TABASCO.**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. SELENÉ DEL CARMEN CERDAN ALFONSO

AUTORIZACIONES:

**DR. BLADIMIR MORALES ARIAS
PROFESOR TITULAR DE MEDICINA FAMILIAR**

EMILIANO ZAPATA, TABASCO A 15 DE ENERO DEL 2008

DEDICATORIA

A los 2 seres más queridos, que desde el momento en que nací tuvieron la responsabilidad de cuidarme y guiarme como una persona dedicada, perseverante, leal y con valores morales.... **Mis Padres**

Al hombre que me brindo su apoyo incondicional de una manera emocional e intelectual y me alentaba para continuar en esta etapa de mi vida; el cual con su conocimiento, experiencia y sobre todo su paciencia me ayudo a culminar con éxito la Especialidad... **Mi Esposo**

A la persona más pequeña de la familia, el cual con su característico buen humor me permitía ver los obstáculos con optimismo.... **Mi Hermano**

AGRADECIMIENTOS

A Dios que es la persona que me brindo la oportunidad de existir en este mundo, el cual con su bondad y misericordia me dio la fuerza, la voluntad e inteligencia para poder vencer los retos que se me presentaban día a día

Un especial agradecimiento a la UNAM por habernos brindado la oportunidad de especializarnos en esta rama de la medicina y las orientaciones otorgadas por medio de las supervisiones periódicas y efectivas que realizaron durante los tres años de estudio.

A las autoridades de la Secretaria de Salud por el apoyo otorgado para la realización de esta especialidad.

A los asesores por habernos apoyado con sus conocimientos teóricos y prácticos en el amplio campo de medicina familiar,

A todos los médicos de las distintas especialidades que compartieron sus conocimientos y supieron guiarnos y ponernos en el preámbulo del mismo.

A todos mis compañeros de la especialidad, por esos momentos y experiencias compartidas y por haberme permitido conocerlos, muchas gracias.

COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA COMUNIDAD RURAL DE JONUTA, TABASCO".

Cerdán Alfonso Selene del Carmen

Centro de Salud Rural, La punta, Poblado Boca de San Antonio, Jonuta, Tabasco.

RESUMEN

Introducción: La adolescencia, por ser un período crítico sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social del adolescente, así como también en el marco familiar en que éste se desenvuelve, se considera como un período de riesgo en el cual pueden darse las bases para la aparición de síntomas y enfermedades, así como también de alteraciones de la personalidad. El contexto familiar es el principal responsable de la enseñanza y aprendizaje de los adolescentes. Por lo que una familia que cumple con sus funciones genera un adolescente con mayor bienestar general y este a su vez va a percibir a su familia más cohesionada, organizada, con bajo nivel de conflicto y con mayor adaptabilidad para enfrentar las crisis que se generen en cualquiera de las etapas de su ciclo vital.

Objetivo: Funcionalidad a través de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar en adolescentes del poblado Boca de San Antonio, Jonuta, Tabasco.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo, y transversal, tomando una muestra de 171 adolescentes de 12 a 19 años del Poblado Boca de San Antonio, Jonuta, Tabasco, consistió en aplicar una encuesta subdividida en dos etapas: una ficha de identificación y de elementos sociodemográficos y el segundo cuestionario que evalúa la cohesión y adaptabilidad familiar según la escala FACES III. El análisis de los datos se llevó a cabo a través del programa estadístico Excel.

Resultados: Balanceados un subtotal de 58 que corresponde a un 33.91%; dentro de estos los subtipos fueron: Estructuralmente Conectada: 11(6.43%); Flexiblemente Conectada: 15(8.77%); Flexiblemente Separada: 17(9.94%); Estructuralmente Separada: 15 (33.91%). Rangos Medios un subtotal de 65 que corresponden a un 38.01%; dentro de los subtipos fueron: Rígidamente Conectada: 8(4.67%); Estructuralmente Aglutinada: 10(5.84%); Flexiblemente Aglutinada: 8(4.67%); Caóticamente Conectada: 7(4.09%); Caóticamente Separada: 9(5.26%); Flexiblemente Desligada: 6(3.50%); Estructuralmente Desligada: 11(6.43%); Rígidamente Separada: 6 (3.50%). Rangos Desbalanceados un subtotal de 48 que corresponden a un 28.07%; dentro de los subtipos: Rígidamente Aglutinada: 9(5.26%); Caóticamente Aglutinada: 13(7.60%); Caóticamente Desligada: 15(8.77%); Rígidamente Desligada: 11(6.43%).

Conclusiones: De los resultados encontrados el porcentaje mayor fue para el género femenino, para la edad se encontró una media de 15, con mediana de 16.9, un mínimo de 12 y máximo de 15, predomina el estado civil soltero, y el nivel escolar con porcentaje mayor es primaria, con bajo porcentaje de adolescentes que estudian un nivel profesional. La religión que predomina es católica; en la ocupación, la campesina es la más frecuente. Cabe hacer mención que la población estudiada es de una zona rural. Las familias que predominan según la cohesión y adaptabilidad son las flexiblemente separadas, encontrándose en el rango establecido por Olson como balanceados y las menos frecuentes son las familias flexiblemente desligadas y rígidamente separadas, reportándose como rangos medios según la escala de evaluación.

INDICE GENERAL

1.- INTRODUCCION.....	1
2.- MARCO TEORICO.....	3
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
4.- JUSTIFICACIÓN.....	21
5.- OBJETIVOS.....	22
5.1.- GENERAL	
5.2.-ESPECÍFICO	
6.- METODOLOGÍA.....	23
6.1. TIPO DE ESTUDIO	
6.1.1. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
6.2. TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
6.3. CRITERIO DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN	
6.7. INFORMACION A RECOLECTAR	
7.- CONSIDERACIONES ETICAS.....	28
8.- RESULTADOS.....	29
1. DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS	
2. TABLAS Y GRÁFICAS	
9.- DISCUSIÓN.....	34
10.- CONCLUSIÓN.....	36
11.- RECOMENDACIONES.....	37
12.- ANEXOS.....	38
13.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	40

1.- INTRODUCCIÓN

La etapa de la adolescencia es considerada como una etapa crítica caracterizada por un desequilibrio propiciada por el hecho de que la madurez biológica se completa antes de que llegue a su término la madurez psicológica. Para este estudio se tomó en cuenta la pirámide poblacional utilizada por la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, tomando la edad de 12 a 19 años.

La familia viene a ser el principal contexto donde se desarrollarán las posibilidades del adolescente, y la cual a su vez tiene la tarea de preparar a sus miembros para enfrentar cambios (crisis) que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales.

El principal motivo de los trastornos de conducta del adolescente es la crisis familiar. Un clima familiar donde la violencia doméstica y los conflictos paterno-filiales son permanentes o donde la falta de autoridad eficiente para normar es una constante, produce una desestabilización mayor en el adolescente, que atraviesa por una etapa de cambios que le acarrea confusiones.

En el grupo familiar surgen conflictos entre padres e hijos por el control de los recursos que el joven quiere o considera suyos. El adolescente se siente con una autonomía e independencia cada vez mayores. En cierto sentido, el papel del adolescente resulta ser conflictivo, a veces se espera que adopte un papel adulto y otras veces un papel infantil, su papel subordinado lo hace responder en ocasiones con agresividad abierta y a veces encubierta. Esta situación produce un alejamiento de sus padres y así el joven toma a sus compañeros como marco de referencia, por lo que tiende a adoptar las normas y criterios de sus compañeros.

En esta etapa las tareas parentales son difíciles. Los padres deben aceptar el crecimiento y desarrollo de sus hijos y darle progresivamente las condiciones para que se desarrolle y pueda llegar a decidir personalmente su futuro laboral, sexual y familiar.

Las funciones que cumple la familia son múltiples y esenciales para el desarrollo del adolescente y para la supervivencia y estabilidad de la sociedad. La construcción de la realidad del adolescente y sus experiencias serán

percibidas, interpretadas y enjuiciadas en función del marco familiar, y gran parte de los recursos con los que el adolescente se manejará en el mundo provendrán de la familia. El sistema relacional de una familia en la etapa adolescente se enfrenta a intensos cambios de uno a más de sus miembros y, por lo tanto, necesariamente también cambia su propio funcionamiento.

Las consideraciones antes expuestas nos hacen reflexionar acerca de la importancia de estudiar el funcionamiento familiar, apreciándose que cuando la familia pierde la capacidad funcional ocurren alteraciones en el proceso Salud-Enfermedad de sus miembros y en sus relaciones; y por lo tanto, en el sistema como un todo. La familia es tanto más saludable en la medida que facilite el crecimiento y el desarrollo de cada uno de sus integrantes, y contribuya a la satisfacción de sus necesidades materiales y afectivas según las exigencias de cada etapa de la vida.

De la Cuesta & Pérez (1996) consideran el funcionamiento familiar como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de las categorías de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad. El funcionamiento familiar también puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y la flexibilidad.

Para el presente estudio se utilizó el instrumento del FACES III: modelo Circunflejo del funcionamiento familiar de Olson (1993, 1997) que se basa en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. La primera tiene dos componentes, los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar. Implica los factores de ligas afectivas, fronteras o límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y diversiones. La segunda dimensión, la de adaptabilidad, se refiere a la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de adaptación.

2.- MARCO TEORICO

La adolescencia debe entenderse como una etapa de crisis personal intransferible en el esquema del desarrollo biopsicosocial de todo ser humano, que abarca un largo periodo de la vida que comprende de los 10-12 años hasta los 22 años (dependen de quien lo analiza).

El efecto de aparición de la adolescencia varía de una persona a otra, de un grupo familiar a otro, de un país a otro y de una cultura a otra. Las generaciones tienen entre si mucha diferencias, pero a la vez, poseen elementos que las ligan y esto hace que en la continuidad de ellas en la historia social de su cultura se conformen características propias de todas las épocas y particulares de cada generación; por lo que se les debe de entender como el producto de su cultura y de su historia personal. ⁽¹⁾

A lo largo de la historia se ha intentado describir y explicar el período de la adolescencia encontrando muchas dificultades para definirla. Al adolescente se le ha descrito como una persona intensamente emocional, muy voluble, egocéntrico, idealista, divorciado de la realidad y con tendencia a establecer profundos lazos afectivos. El adolescente asume respuestas estereotipadas, tiende a formar grupos, presenta baja tolerancia a la frustración y se enfrasca en una búsqueda permanente de un concepto estable de sí mismo. En todo caso, la adolescencia es considerada una fase del desarrollo humano importante y crítica. Supone el final de la infancia y el inicio de la vida adulta, lo que implica transformaciones de diversos procesos psicológicos y reorganización de la personalidad. La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, que el joven vive como un estado de confusión en torno al concepto de sí mismo, a lo que se agregan cambios vertiginosos de carácter físico y fisiológico que lo involucran rápidamente en el mundo de los adultos. Los fuertes cambios biológicos y las influencias socio-ambientales, que determinan demandas y limitaciones específicas en cada cultura, facilitan o dificultan la estabilidad psicológica de los jóvenes. Y dicha estabilidad puede verse seriamente afectada. ⁽²⁾

Definimos a la adolescencia como la etapa del ciclo vital de desarrollo humano que se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo. Su inicio lo marca la capacidad biológica de reproducirse y su final la capacidad social de reproducirse. Durante este proceso el adolescente se humaniza, se apropia y recrea las características y atributos de la historia social de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita a la vez que éste los transforma a ellos.

Para facilitar la planeación y el impacto efectivo de los servicios de salud de atención integral a los adolescentes, es recomendable, dividir esta etapa en:

- Adolescencia temprana o inicial (10 - 13 años), en esta etapa el adolescente se encuentra ambivalente sobre separarse de sus padres o no y prefiere socializar con "pares" del mismo sexo.
- Adolescencia media - 14 - 16 años, este período, es más marcado el distanciamiento afectivo con los padres. Explora diferentes imágenes para expresarse y para que lo reconozcan en la sociedad, así mismo diversos roles de adultos.
- Adolescencia final o tardía - 17 - 21 (El límite superior depende del criterio de cada país para otorgar el estatus de mayoría de edad), en este grupo el adolescente es independiente y capaz de integrar su imagen corporal con su identidad o personalidad. Prefiere relaciones sociales más con individuos que con grupos o colectividades, definiendo su sistema de valores e ideología. ⁽³⁾

También es de vital importancia conocer las tareas evolutivas del adolescente, las cuales incluyen los siguientes aspectos:

1. La construcción de una identidad
Tiene lugar en el espacio relacional con el entorno y hay que entenderla como la posibilidad de ser uno mismo y diferente de los demás, consolidando una perspectiva y dirección propia, en el contexto del tránsito de pasar de niño a adulto. Es el resultado del proceso de búsqueda personal, contrapuesta a la identidad de las otras personas.

2. El desarrollo de la competencia social Se favorece y se reconoce en el entorno y comporta la capacidad para relacionarse de manera adecuada e integrarse en la sociedad de referencia.

3. El proceso de individuación La individuación es el objetivo final del proceso de crecimiento que culmina en ser autónomo y asumir las responsabilidades propias de un adulto. Se trata de un proceso que debe estar autorizado y favorecido desde la propia familia. ⁽⁴⁾

La adolescencia, por ser un período crítico sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social del adolescente, así como también en el marco familiar en que éste se desenvuelve, se considera como un período de riesgo en el cual pueden darse las bases para la aparición de síntomas y enfermedades, así como también de alteraciones de la personalidad.

En la atención primaria, el médico en su trabajo con el adolescente, debe tener como objetivos principales: lograr el desarrollo integral máximo de él, contribuir a su correcta educación y detectar precozmente cualquier trastorno o enfermedad oculta.

El uso tradicional del concepto de riesgo ha sido esencialmente biomédico y se ha relacionado con la mortalidad. Esta concepción no resulta muy útil para la salud del adolescente, cuyos problemas se generan más bien en el contexto social y afortunadamente no siempre originan mortalidad. ⁽⁵⁾

Aunque tradicionalmente la adolescencia se ha considerado como un grupo poblacional exento de problemas de salud, en este aspecto han ocurrido incidencias que constituyen alertas no sólo para el personal de la salud, sino también para padres y maestros, quienes pueden encontrarse en situaciones difíciles para prevenir tales incidencias.

Emocionalmente el adolescente tiende a ser inestable, cambia con frecuencia sus valoraciones sobre las demás personas, sean padres, amigos o parejas, aún no ha concluido la madurez psicológica del individuo, se inicia, se revalora a cada paso en sus relaciones con sus semejantes y quedará sólidamente establecido en etapas posteriores de su desarrollo.

La precocidad de la actividad sexual, el ambiente familiar inadecuado, la influencia del grupo social donde se desarrolla el adolescente, están relacionados con el actual aumento del riesgo de tener embarazos no deseados, abortos, partos, farmacodependencia, suicidio, que en esta edad traen consecuencias adversas. ⁽⁶⁾

El comportamiento sexual humano es variables y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificarse a las sociedades humanas de la siguiente manera: sociedad represiva, restrictiva, permisiva y alentadora. ⁽⁷⁾

En lo referente al embarazo de la adolescente se ha convertido hoy en día, en motivo de diversas investigaciones, ya que en los últimos diez a quince años ha aumentado significativamente el fenómeno del embarazo adolescente, constituyendo un problema de gran importancia por los riesgos que representa para la salud. Una mujer que de luz antes de su cintura pélvica y canal de parto estén cabalmente desarrollados puede sufrir la obstrucción de parto y daños a sus órganos internos. También existen riesgos de anemia, toxemia, infecciones del aparato urinario, disfunción uterina, placenta previa y desproporción cefalopélvica. Por su parte los hijos de madres adolescentes tienen mayores probabilidades de morir ya que éstas tienden a producir niños pequeños y débiles con menos probabilidades de supervivencia. ⁽⁸⁾

En México: los embarazos entre chicas menores de 19 años representan un fenómeno de impacto social importante, barreras económicas, geográficas y culturales impiden al sexo femenino tengan acceso de manera oportuna a la información acerca de la salud reproductiva y sobre el derecho que tienen a tomar decisiones sobre su propia sexualidad y a compartir sus responsabilidades con los hombres. ⁽⁹⁾

Un estudio realizado en La Habana, en adolescentes entre 10 y 19 años, con 53 casos que se embarazaron y el control de 106 adolescentes que no lo hicieron, comparándose diferentes aspectos de la sexualidad, esfera familiar y sociodemográficos, con el fin de determinar la influencia de algunos factores psicosociales del embarazo en la adolescencia. La mayoría de las adolescentes del grupo estudio se incluían en la adolescencia tardía (17 a 19

años), con inestabilidad de pareja (62,3%), mejor nivel de escolaridad de los padres, mayor porcentaje que no estudiaba ni trabajaba (35,8%), con padres divorciados, familias moderadamente disfuncionales (77,3%), con problemas psicológicos que se enmarcaban en el hogar y la familia. ⁽⁶⁾

El enfoque familiar es de fundamental importancia para la salud, el bienestar y el desarrollo del adolescente, la influencia ya sea positiva o negativa de una familia funcional o disfuncional es la que va a repercutir en la salud integral pasada, presente y futura del adolescente. El concepto de una familia sana o funcional, desde el punto de vista de su dimensión social, tiene implicaciones para el adolescente. ⁽¹⁰⁾

Los adolescentes si pueden llevar a cabo las tareas impuestas del desarrollo. Lo hacen de acuerdo con el apoyo familiar y ambiental para crecer con responsabilidad. Esto depende del tipo de familia de origen ya que las familias sanas si pueden influir de manera directa sobre el desarrollo psicosocial y de valores en el adolescente. ⁽¹⁾

La familia es un sistema gobernado por reglas o patrones interaccionales, que trascienden las cualidades de los miembros individuales. En cada etapa de su ciclo vital, la familia tiene ciertas tareas que resolver, dichas etapas son: el desprendimiento de la familia de origen, el encuentro como pareja, la llegada de los hijos, la adolescencia de los hijos, el reencuentro de la pareja y la vejez. La comprensión de la etapa del ciclo vital, que se refiere a la adolescencia de los hijos, es importante, para poder ubicar al adolescente en los contextos familiar, escolar y social en que interactúa. ⁽¹¹⁾

Como sabemos la familia cumple funciones trascendentales para la sociedad, como son la reproductiva, económica y educativa; además relacionada con el desarrollo de la personalidad del hombre. En el grupo familiar se dan las condiciones para que se evidencien en su organización constructiva y funcionamiento el estilo de vida individual y familiar, las costumbres, hábitos, posición social y dinámica relacional; esta posibilita la cooperación mutua, la flexibilidad de roles, el apoyo ante contingencias y exigencias de la vida cotidiana; este funcionamiento garantiza la estabilidad y seguridad necesarias para el ser humano. Cuando el grupo familiar en su

convivencia pierde la capacidad funcional o no logra establecerla se suscita la disfuncionabilidad, responsable de tantas afectaciones de salud de diferentes magnitudes en cualquier período de la vida; el funcionamiento familiar influye en la aparición de enfermedades crónicas, en la descompensación de las mismas, en casi todas las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo.⁽¹²⁾

Entre los posibles “factores de riesgo” o de “protección” la familia juega un importante papel, ya que es un pilar fundamental en los adolescentes, no sólo porque conforma el espacio de socialización por excelencia, sino porque es aquí donde los adolescentes buscan las pautas fundamentales para orientarse en la vida. Desde el nacimiento hasta la adolescencia la familia es un ámbito privilegiado de formación de actitudes, habilidades y valores que permitirán que posteriormente el sujeto afronte una etapa vital decisiva, como es la adolescencia.

La influencia de la familia puede ser contemplada desde las siguientes vertientes:

1. Por una parte, el consumo de drogas en los padres puede propiciar el consumo de las mismas en los hijos, ya que los padres actúan como modelo de conducta para sus hijos.

- 2.-Otro factor de riesgo se refiere al “manejo familiar”, que consiste en las distintas habilidades de los padres para controlar la conducta de los hijos, tales como la supervisión, el establecimiento de normas y límites, las habilidades para negociar con los hijos, etc. En este sentido, los estilos educativos juegan un papel importante (sobrepotección, autoritarismo, permisividad).

- 3.- Por último, señalamos la existencia de problemas de relación en la familia y sus consecuencias en el clima familiar. La frecuencia de disputas y tensiones entre los padres, la frialdad en la relación y la falta de comunicación entre ellos, contribuyen a crear entornos de riesgo para los hijos. Por el contrario, los vínculos afectivos, el apego y la buena comunicación, son importantes factores de protección.⁽¹³⁾

En el estudio de los factores de riesgo de la psicopatología del adolescente, uno de los aspectos que interesa es la evaluación de la funcionalidad familiar,

entendida como el conjunto de funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la familia fundamentalmente en los aspectos afectivos, de socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar conforme a las normas de la sociedad a la cual se pertenece y, la disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna(s) de estas funciones por alteración en alguno(s) de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando alguno(s) de sus subsistemas se alteran por cambios en los roles de sus integrantes. Los subsistemas conyugal, parental, filial y fraternal son dinámicos, interactuantes, con variabilidad inter e intrasistemas y los cambios significativos en ellos pueden ser breves o duraderos repercutiendo en la funcionalidad de la familia.

(2)

La autoestima familiar y escolar constituyen una protección frente a estos tipos de conductas de riesgo en el adolescente. Siendo la funcionalidad familiar quien potencia las autoevaluaciones positivas del adolescente en todos los dominios de la autoestima. Pero es importante señalar que existe 2 efectos contrarios de la autoestima, una de protección: si el mediador es la autoestima conformada por los dominios familiar y escolar, y de riesgo: si el mediador es la autoestima conformada por los dominios social y físico. ⁽¹⁴⁾

El funcionamiento familiar comprende una gran variedad de factores, sin embargo, es común que se considere que una familia sana o funcional presente características tales como: comunicación clara y directa, definición de roles, autonomía de los integrantes, solidaridad entre sus miembros y habilidad para resolver problemas; observándose que la escolaridad de los sujetos, así como la de los padres influyen en la percepción que tienen en el funcionamiento familiar, incluyéndose de igual forma la edad, el sexo y nivel socioeconómico de las personas como aspectos que tienen influencia en la percepción del funcionamiento familiar. ⁽¹⁵⁾

Evaluar la funcionalidad de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina de familia. Por lo que existen diversos instrumentos que pretenden evaluar la funcionalidad de la familia. Entre los más importantes se encuentran los siguientes: Family

Assessment Device (FAD), Self-report Family Inventory (SFI), Family Assessment Measure (FAM), Family Environment Scale (FES), Family Functioning Index (FFI), Family Functioning Questionnaire (FFQ), Family APGAR y Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES). Aunque existe esta variedad de instrumentos, la entrevista clínica es el patrón de referencia y su calidad y eficacia dependen mucho de las capacidades, las habilidades, las destrezas, la experiencia, la competencia y la ética de los propios médicos familiares.

En el contexto de la atención primaria, la utilidad que brindan los instrumentos que evalúan la funcionalidad familiar tiene gran importancia, ya que ayudan y apoyan al médico de familia a cumplir con una de sus funciones sustanciales: conocer y saber cómo «funciona una familia» en el continuo salud-enfermedad, en las etapas del ciclo vital de la familia, en las crisis normativas y no normativas, etc.

El modelo FACES III en español (México) demostró ser un proceso de medición fiable y válido por lo que es la herramienta que utilizaremos para realizar nuestro estudio. ⁽¹⁶⁾

El modelo circunflejo diseñado por Olson & Killorin (1985) trata de evaluar dos dimensiones (dos ejes) de funcionamiento en un sistema de relación: cohesión y adaptabilidad, versión conocida como FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar, Olson, 1986), permite una valoración rápida y empírica de los dos ejes, describiendo ambos un estilo de interacción. El modelo ha sido diseñado de tal manera que la "salud" familiar se puede determinar mediante esas dos dimensiones desde los valores medios de los dos ejes, hablando de "separado-conectado" para cohesión y de "rígido-flexible" para adaptabilidad. Así, en este modelo la "salud" descansa en el punto medio, siendo una normalidad equilibrada. La representación gráfica del modelo se compone de dos ejes perpendiculares con adaptabilidad en el eje "Y" y cohesión en el eje "X". Cada dimensión está dividida en cuatro grados, resultando dieciséis subtipos diferentes, que pueden ser utilizados para

caracterizar la familia. Además, tres zonas esbozan las siguientes características de funcionamiento: equilibrado, medio y extremo. ⁽¹⁷⁾

La conducta familiar se desarrolla ante tres elementos, que son el grado de cohesión, adaptabilidad y de la calidad comunicación que haya entre los miembros de la familia.

La "cohesión familiar" es definida como la unión emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Dentro de la dimensión de cohesión es posible distinguir cuatro niveles: desvinculada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y enmarañada (muy alta). La cohesión desvinculada o desprendida se refiere a familias donde prima el "yo", esto es, alta independencia personal. En la cohesión separada se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, con una cierta tendencia hacia la independencia. En la cohesión conectada existe una interdependencia entre los miembros de la familia. Finalmente en la cohesión enmarañada o enredada, prima el "nosotros", apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, con un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.

La "adaptabilidad familiar" es definida como 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. Los cuatro niveles de adaptabilidad que se describen son: rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada), flexible (moderada a alta) y caótica (muy alta). La adaptabilidad caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. La flexible, a un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios. Por otra parte, la adaptabilidad estructurada es aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La adaptabilidad rígida alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.

La "comunicación familiar" es el tercer concepto, considerándosela una dimensión facilitadora. Las habilidades para la comunicación positiva descritas

son: empatía, escucha reflexiva, comentarios de apoyo, etc. Hacen posible que las parejas y familias compartan sus necesidades y preferencias, en tanto se relacionen con la cohesión y la adaptabilidad. ⁽¹⁸⁾

Muchos estudios ponen de manifiesto que un número importante de consultas por trastornos de conducta, somatizaciones y signos y síntomas mal definidos, se deben a alteraciones en la dinámica familiar, la cual afecta directamente en la salud o la enfermedad y en el grado de funcionalidad de los sujetos. ⁽¹⁹⁾

Existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo en la conducta del adolescente, la ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y puedan crear un ambiente donde el adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes. ⁽²⁰⁾

Para estudiar la Validez y confiabilidad de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar se realizó un análisis que estuvo constituido por población de Santiago, Chile, seleccionándose una muestra de 255 padres y madres, provenientes de 151 familias. Con las siguientes características sociodemográfica: respecto de la edad de los padres, estos se agruparon mayoritariamente en la adultez madura (un 73,9% se ubicó en los rangos de edad entre los 35-49 y 50-65 años), no variando significativamente la distribución según la edad de la madre y del padre. Un 75% de las familias encuestadas eran nucleares, un 15,9% eran hogares monoparentales y el resto, familias extensas. En relación con el nivel socioeconómico, un 58,6% al nivel medio. Cerca del 27% de los padres había accedido a educación superior, un 16,1% a la educación técnica, 33,5% a la educación secundaria, 22% a la educación básica y un 0,7% eran analfabetos. Respecto del tipo de unión, un 66,7% de los padres se encontraba casado tanto civil como religiosamente; un 20,9% sólo civilmente y un 12,4% de las uniones eran del tipo de convivencia. Se trató de una muestra que se definió mayoritariamente como católica (70,9%). La administración de esta escala cumplió con el propósito de evaluar su aplicabilidad en la población chilena. La confiabilidad y la validez

encontradas permiten concluir que este instrumento es susceptible de ser utilizado en nuestra población, no obstante sería recomendable replicar el estudio con una muestra de mayor tamaño, buscando mejorar los índices de confiabilidad obtenidos.

Los datos presentados permiten afirmar que la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) es válida desde el punto de vista de su contenido y estructura factorial. A esta conclusión puede llegarse al analizar la documentación sobre la validez de contenido y el comportamiento de las respuestas al cuestionario por la muestra chilena.⁽¹⁶⁾

Se investigó la relación entre la cohesión y adaptación familiar con los trastornos de conducta en adolescentes, para lo cual se aplicaron la Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III) de Olson, el universo de estudio corresponde a los escolares de Secundaria que suman 264 adolescentes, encontrándose los siguientes resultados: tipos de familia según la Cohesión Familiar: Desligada(86%); Separada (08%); Conectada (02%); Amalgamada (04%); lo referente a la Adaptabilidad Familiar se obtuvo: rígida (08%); Estructurada (10%); Flexible (09%); Caótica (73%). Se encontró al igual una correlación positiva entre la adaptabilidad y trastornos de conducta y negativa entre cohesión y trastornos de conducta.⁽²⁾

Un estudio realizado en Zaragoza, España, donde se tomaron a evaluar una población de 814 adolescentes entre 13 y 21 años, de los cuales 456 eran "sanos" y 358 adolescentes "enfermos", con retraso mental; para ver el grado de cohesión y adaptabilidad existente entre sus familias. Demostrándose en este estudio, que existen claras diferencias entre los dos grupos, el "sano" y el "enfermo". En primer lugar, independientemente de la "enfermedad" que el adolescente tenga, recae estadísticamente más a menudo en algunas de las áreas patológicas descritas por Olson (que son "estructurado"- "desligado" y "rígido"- "desligado") y, en segundo lugar, hay un aspecto evolutivo por el que, al menos en el grupo "sano", observamos una menor cohesión en función de la edad.

La observada "marginalización" (en términos de los modelos de Olson) para los adolescentes "enfermos" puede interpretarse de dos maneras. O,

desde un punto de vista general, tener una familia con poca cohesión y adaptabilidad representa un riesgo adicional de padecer cualquier trastorno psicopatológico, o bien el hecho de que el adolescente esté padeciendo una "enfermedad", no importa cuál, cambia las interacciones familiares.

La disminución de la cohesión familiar en función de la edad en el grupo "sano" podría interpretarse de tres maneras diferentes:

1. Con el paso del tiempo, el sistema familiar es menos cohesivo, o
2. Con el paso del tiempo, el adolescente llega a ser capaz de diferenciarse a sí mismo del sistema, por eso se introduce cierta "incoherencia", o
3. Debería recordarse que nuestros instrumentos evalúan el sistema familiar a través de la percepción de los adolescentes sobre sus familias y, por consiguiente, la interpretación de la percepción del adolescente puede cambiar, con el tiempo, hacia cierta "desidealización" del modelo familiar. ⁽¹⁷⁾

En Chile en el año 2000, se realizó un estudio de características familiares de adolescentes consultantes (127) y no consultantes (508) en unidades de salud mental, donde se obtuvieron los siguientes resultados: en los adolescentes consultantes se encuentran más características de disfuncionalidad familiar, consideradas no protectoras, lo cual podría explicar, en mayor o menor medida, conductas de riesgo para su salud. A luz de estos resultados, se considera necesario desarrollar programas preventivos que promuevan la adecuada comunicación en el interior de la familia, el fomento de la adquisición de destrezas para enfrentar y resolver los problemas familiares, ayudando a los adolescentes y sus familias a reconocer y revertir los trastornos funcionales de estas. ⁽²¹⁾

El sexo y la cohesión familiar son los factores que con más fuerza predicen el bienestar del adolescente diabético, El bienestar emocional depende de los factores personales y de su entorno, y es independiente del buen control de su glucemia, observándose en un seguimiento de diabetología del Hospital de La Paz, en Madrid, en pacientes adolescentes (12-19 años), obteniéndose como resultados: las familias con un adolescente diabético son "menos autónomas" y más rígidas en comparación con una familia media española; el adolescente con mayor bienestar general es aquel que percibe a su familia como más

cohesionada y organizada, con bajo nivel de conflicto. Los más deprimidos y ansiosos perciben a sus familias como más conflictivas y menos cohesionadas, con elevada autonomía y orientadas predominantemente a lograr objetivos. Los adolescentes que se sienten con más energía, manifiestan mayor cohesión en sus familias, menor nivel de conflicto y menos autonomía. Mientras que los que puntúan más alto en la escala de bienestar positivo, pertenecen también a familias más cohesionadas, con menos conflicto, menos autonomía y mayor grado de organización. ⁽²²⁾

Otros de los factores de riesgo en la edad adolescentes, es la depresión. Un estudio realizado en Málaga, España hace correlación entre disfunción familiar y depresión, en donde se reporta una mayor prevalencia de depresión en familias disfuncionales en comparación con familias funcionales. ⁽²³⁾

La cohesión familiar, más que la estructura de la misma, se ha relacionado con trastornos depresivos en adolescentes, una mala relación entre los padres se relaciona significativamente con la depresión en los hijos. Al igual los trastornos depresivos se relacionan con bajo aprovechamiento escolar. ⁽²⁴⁾

En lo que respecta a uno de los factores de riesgo del adolescente, tenemos la ideación suicida y su asociación con el pertenecer a familias de muy bajos y altos niveles de cohesión familiar, llevándose a cabo un estudio con estas características en adolescentes preuniversitarios de Lima, Perú, cuyos resultados fueron los siguientes: Prevalencia de vida: 48% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 30% suicida, 15% elaboró un plan suicida y 9% intento suicidarse. La prevalencia de ideación suicida fue 15% y 6% en el último mes. Las familias fueron, según el nivel de cohesión familiar, desligada (22%), separada, (32%), conectada (31%) y amalgamada (15%). Al asociar ideación suicida y familia desligada se obtuvo un OR de 2, 17 (IC 95 1,26-3,74) en adolescentes y 1.35 (IC 95 0.21-8.64) en adultos jóvenes. Se identificaron otros factores de riesgo en ambos subgrupos como el antecedente familiar de intento suicida y el hecho de vivir solo.

Existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes adolescentes preuniversitarios del CEPUSM y está asociada, a pertenecer a familias con niveles muy bajos de cohesión familiar. ⁽²⁵⁾

En México, se ha encontrado que el 30% de los casos de suicidio reportados, de la población en general, corresponden a jóvenes. La literatura sobre parasuicidio en niños y adolescentes, indica que los jóvenes que intentan autolesionarse, casi invariablemente provienen de un sistema psicosocial alterado. Generalmente hay una historia de separación y pérdidas repetidas. Los adolescentes con intento de suicidio, el 60% provienen de familia desintegrada y el 40% de familia integrada; También se encontró acorde con Pelcovitz y col. (1999), falta de cohesión en las familias de las adolescentes suicidas, porque pertenecen a familias rígidamente desvinculadas, es decir, que se caracterizan en cuanto a cohesión por una muy alta independencia de los miembros de la familia, sus lazos familiares externos son abiertos, los internos son cerrados; los generacionales rígidos. Con coaliciones débiles utilizadas como escapatorias. Tiempo separado de la familia al máximo (física y emocionalmente), amigos individuales y toma de decisiones también individuales. En cuando a la adaptación, se caracterizaron por estilos pasivo-agresivos de interacción, con un líder autoritario, con negociaciones limitadas, pobre resolución de problemas, rigidez de roles y estereotipos de éstos.

Finalmente, el grupo de las adolescentes con intento de suicidio son un espejo de lo mucho que la familia y sociedad fomentamos, e ahí un espacio a modificar y crecer de inapreciable relevancia. ⁽²⁶⁾

Por otra parte, un aspecto importante en relación con los consumos de drogas lo constituye el hecho de que cada vez participan de estas prácticas personas más jóvenes.

Diferentes investigaciones, realizadas en España para conocer los hábitos de la población juvenil en relación con las drogas, señalan que un elevado porcentaje de los adolescentes y jóvenes ha tenido contacto con estas sustancias, especialmente con el tabaco, alcohol y cannabis. Estos consumos son mayoritariamente ocasionales, se concentran en el fin de semana, son realizados en grupo y en espacios públicos. En cualquier caso, este tipo de prácticas por parte de los adolescentes se vinculan cada vez con mayor intensidad con problemas personales, familiares y sociales. La edad inicial del consumo de alcohol oscila entre los 11 y los 16 años; la edad de iniciación en

el consumo de cannabis oscila entre los 11 y los 16 años, y el consumo de tabaco, en nuestro estudio es la sustancia más prevalente entre las chicas que entre los chicos y además fuman con mayor intensidad. Finalmente, la cohesión y adaptabilidad se muestran como factores protectores sobre la probabilidad de consumir sustancias. La cohesión ha sido definida como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar. ⁽¹³⁾

Otro estudio realizado en Chile en el 2001, nos reporta que se asoció también al consumo, la cohesión y consumo de drogas y alcohol: a mayor nivel de cohesión entre los miembros de la familia disminuyó el porcentaje de consumo de drogas y alcohol. Así, en los adolescentes que perciben a sus familias como desapegadas o desligadas, un 69% eran consumidores; en el caso de las familias separadas, lo fueron un 63%; en las conectadas, 54%, y en las aglutinadas, 39%. De acuerdo a las características del cuestionario FACES III, la percepción de unión y cercanía familiar, de tomar decisiones en forma conjunta, de compartir actividades, así como los sentimientos de mayor cercanía hacia la familia que hacia extraños, son valoradas positivamente, correlacionándose con menor consumo de alcohol y drogas. Y al igual que el estudio anterior consideramos entonces a la cohesión como un factor protector del consumo. ⁽²⁷⁾

El alcoholismo es el problema de droga más importante en el mundo entero por las complicaciones físicas, mentales y sociales que produce. La prevención del alcoholismo no puede de modo alguno desvincularnos de la valoración de los elementos que actualmente se evocan a su patogenia, entre ellos los dependientes del medio familiar. Un estudio realizado en Cuba, con estudiantes del Policlínico C:M. Portuondo en el 2004, al analizar la cohesión de estas familias se observó que solo el 13.6% de ellas no tenían una buena cohesión para enfrentar las diferentes situaciones y tomas de decisiones. Ninguna de las familias funcionales exhibe mala cohesión, el 10.4% de las moderadamente funcionales y el 50 % de las disfuncionales si, parece ser que a medida que se afecta la cohesión de una familia, más posibilidades hay de que esta sea disfuncional. En lo que respecta a la adaptabilidad, en este estudio según su

distribución de roles, se observa que en el 44% hay buena distribución y en el 56.6% mala. Al analizar esta categoría según grado de funcionamiento de los hogares vemos que hay mala distribución en el 50% de las familias funcionales, en el 53.8 % de las moderadamente funcionales y en el 55.5% de las disfuncionales. El que una familia presente dificultades en esta categoría significa que las funciones y responsabilidades recaen en un miembro de la familia, repercutiendo en el funcionamiento de la misma y casi siempre sobre la figura femenina. ⁽¹²⁾

En lo referente al consumo del tabaco a edad temprana, un estudio realizado en la Habana, Cuba refieren que más de las tres cuartas parte de las familias de los adolescentes encuestados fuman, de ellas más de la mitad fuman cerca de sus hijos siendo las madres las que más fuman. En realidad, en hogares de nivel socioeconómico bajo, expresado como escaso nivel educativo, el gasto en tabaco es 34% superior que en hogares de mayor nivel socioeconómico. ^{(28), (29)}

La investigación desarrollada durante las últimas décadas ha aportado una ingente cantidad de datos que, unos tras otro, confirman la relación significativa entre el ambiente familiar y el rendimiento académico de los hijos. Mediante los estudios se trata de explicar cómo las distintas conductas de los padres influyen en la motivación, autoconcepto, concentración, esfuerzo, actitud, etc., de sus hijos, asumiendo que tales variables son condiciones fundamentales que sensibilizan al individuo hacia la utilización de sus procesos y estrategias cognitivas, e incidirán significativamente sobre el aprendizaje y rendimiento escolar. En una revisión bibliográfica realizada con el objeto de identificar las variables propias de la familia que mayor peso tenían en el desarrollo de la educación, concluían que el clima, la cohesión familiar y la comunicación familiar eran los tres pilares básicos. ⁽³⁰⁾

Se realizó un estudio en Sevilla, España, sobre los determinantes de la autoestima en adolescentes, se observó que en general la cohesión y la adaptabilidad familiar, así como la comunicación frecuente y el acuerdo con padres y madres correlacionan positivamente con la autoestima adolescente, al mismo tiempo que un ambiente de conflictividad familiar produce el efecto

contrario. Si tenemos en cuenta el efecto diferencial sobre chicos y chicas, podemos señalar que las variables familiares parecen estar más relacionadas con la autoestima de las segundas. Por ejemplo, la cohesión y adaptabilidad familiar, o los niveles de comunicación sólo están relacionados con la autoestima en el caso de las chicas. Así, mientras que claramente la autoestima de las mujeres se relaciona con el estilo educativo de sus progenitores, no ocurre lo mismo con el nivel de autoestima de los varones. ⁽³¹⁾

En conclusión sabemos que el funcionamiento familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. ⁽²⁾

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia está considerada como un ser en período crítico, que se encuentra sometido a cambios en el desarrollo físico, psíquico y social, así como también en el medio familiar en que éste se desenvuelve, es considerado un período de riesgo en el cual pueden presentarse el inicio de síntomas y enfermedades, así como también de alteraciones de la personalidad. En poblado Boca de san Antonio de Jonuta, Tabasco. Se ha visualizado en la población adolescente alteraciones diversas que afectan el funcionamiento familiar, dentro de las cuales podemos mencionar alteraciones del afecto, de roles y de la comunicación entre los miembros de la familia, además de desintegración familiar, alcoholismo, tabaquismo, suicidio y embarazo en adolescentes, por lo que nos ha llamado la atención el conocer la cohesión y adaptabilidad de esta población y poder identificar posibles causas en la familia y poder interactuar oportunamente.

¿CUAL ES LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN ADOLESCENTES?

4.- JUSTIFICACIÓN

La familia es la unidad primaria de la sociedad, y dentro de ella sus miembros desarrollan funciones de comunidad, división de roles y transacciones múltiples. La dinámica familiar consiste en conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro haciendo que este funcione bien o mal como unidad.

Tradicionalmente las intervenciones en salud desde el punto de vista clínico se han centrado en el individuo, mientras que desde la óptica de la epidemiología se enfoca en la comunidad dejando en ambos casos por fuera a la familia. Es por esto que los nuevos modelos de atención toman a la familia como un eje de las acciones de salud. De acuerdo a esa relevancia es obvio que para mantener la salud de los individuos se debe mantener la salud de la familia es por esto que es necesario conocer la cohesión y adaptabilidad familiar desde la percepción del adolescente.

Encontramos estudios que revelan la prevalencia de la Cohesión y adaptabilidad en muchos países, en donde se demuestra que el funcionamiento de la familia y la percepción que de este tienen sus miembros es un fenómeno multifactorial, pudiéndose constatar que el sexo, la edad, escolaridad, ocupación, religión están fuertemente asociadas con las pautas de interacción que se establecen en el seno familiar.

Existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar en el adolescente el riesgo de malestar psicológico, conducta suicida, bajo rendimiento escolar, interacción con alcohol, y embarazo.

En el presente estudio identifica el grado de cohesión y adaptabilidad en el adolescente en base a su percepción hacia la familia con el objeto de manejar de manera oportuna las diversas alteraciones que puede traerle al adolescente una inadecuada cohesión y adaptabilidad familiar

5.- OBJETIVO

5.1. Objetivo General

Identificar la funcionalidad a través de la cohesión y adaptabilidad familiar en adolescentes del Poblado Boca de San Antonio, Jonuta, Tabasco.

5.2. Objetivos Específicos:

- I. Aplicar la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III), en los adolescentes.
- II. Identificar el subtipo de cohesión en adolescentes
- III. Identificar el subtipo de adaptabilidad en adolescentes

6.- MATERIAL Y METODOS

6.1 TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo y prospectivo, transversal. Consistió en aplicar una encuesta a adolescentes que estuvo subdividida en dos etapas: una ficha de identificación y de elementos sociodemográficos y el segundo cuestionario que evalúa la cohesión y adaptabilidad familiar según la escala FACES III.

6.1.1 TIPO DE INVESTIGACION

El estudio fue realizado en el poblado Boca de San Antonio, Jonuta, Tabasco. En el periodo comprendido de Marzo a Septiembre de 2007 en donde el investigador participo directamente con la aplicación del cuestionario diseñado para el estudio, y contando con la colaboración de la enfermera del Centro de Salud de la Comunidad.

6.1.2 CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO:

El estudio consistió en la aplicación de una encuesta para obtener información relevante necesaria para la investigación, basándose en una explicación previa de preguntas entendibles, cortas, no gravosas y de análisis.

UNIVERSO:

6.2. TIPO DE MUESTRA:

Todos los adolescentes pertenecientes al Poblado Boca de San Antonio, Jonuta, Tabasco.

6.2.1 TAMAÑO DE MUESTRA:

Se estudiaron todos los adolescentes del Poblado Boca de San Antonio, de Jonuta, Tabasco, del grupo etario mencionado.

6.3 CRITERIOS DE INCLUSION:

- ❖ Adolescentes de 15 a 19 años que pertenecen al poblado Boca de San Antonio, Jonuta Tabasco en el periodo de marzo a septiembre de 2007.

6.4 CRITERIOS DE EXCLUSION:

- ❖ Adolescentes con problemas de alcoholismo y drogadicción.
- ❖ Adolescentes que padezcan de enfermedad mental

6.5 CRITERIOS DE ELIMINACION:

- ❖ Adolescentes que no proporcionen información completa
- ❖ Adolescentes que emigren

6.6.- Variables

Variable Independiente:

Adolescentes del Poblado Boca de San Antonio

Variable Dependiente:

Cohesión y Adaptabilidad

Variable	Definición operacional	Escala de medición
Género:	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción.	a).-Masculino b).-Femenino
Edad:	Medida de duración del vivir, lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona.	De 12 a 19 años
Estado civil:	Situación tipificada como fundamental en la organización de la comunidad, en la que la persona puede verse inmersa y que repercuten en la capacidad de obrar de la misma.	a.- Soltero b.- Casado c.- Unión Libre d.- Divorciado c.- Viudo
Escolaridad:	Grado académico aprobado.	a.- Analfabeta b.- Primaria c.- Secundaria d.- Preparatoria e.- Licenciatura
Religión:	Forma de vida o creencia basada en una relación esencial de una persona con el universo, o con uno o varios dioses. En forma corriente el término <i>religión</i> se refiere a la fe en un orden del mundo creado por voluntad divina, el acuerdo con el cual constituye el camino de salvación de una comunidad y por lo tanto de cada uno de los individuos que desempeñen un papel en esa comunidad.	a.- Católica b.- Adventista c.- Pentecostés d.- Presbiteriano e.- Mormon f.- Testigo de Jehová g.- Otra o ninguna

Ocupación:	Trabajo o cuidado que impide utilizar el tiempo en otra actividad.	a.- empleado b.- campesino c.- Labores del hogar d.- Estudiante e.- desempleado
Adolescencia:	Etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto. El término denota el periodo desde el inicio de la pubertad hasta la madurez y suele empezar en torno a la edad de quince años en los varones y de trece años en las mujeres. Aunque esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general se define como el periodo de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente.	De 12 a 19 años
Cohesión:	Es el grado de unión emocional que tiene cada miembro de la familia hacia los otros integrantes del núcleo familiar.	Del cuestionario FACES III se realiza una suma de los reactivos nones con la cual se establece el subtipo de cohesión. Los valores asignados para cada pregunta son: 1.- Nunca 2.- Casi nunca 3.- Algunas veces 4.- Casi siempre 5.- Siempre
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.	Del cuestionario FACES III se realiza una suma de los reactivos pares con la cual se establece el subtipo de Adaptabilidad. Los valores asignados para cada pregunta son: 1.- Nunca 2.- Casi nunca 3.- Algunas veces 4.- Casi siempre 5.- Siempre

6.7.- Plan de recolección de datos

Para el presente estudio se aplicó la encuesta del Faces III a los adolescentes con edad mínima de 12 y máxima de 19 años, para valorar la cohesión y adaptabilidad de los encuestados, y estaba integrada por 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares. (Anexo 2).

Asimismo, se utilizó la ficha de identificación la cual fue aplicada al integrante adolescentes de la familia, con la finalidad de obtener los datos sociodemográficos del mismo. (Anexo 1).

6.8.- Plan de tabulación y análisis

Los datos fueron recolectados y analizados en una base de datos del programa Excel, asimismo se utilizaron estadísticas de frecuencia, porcentajes, modelo circunflejo de Olson para la interpretación de los resultados, los cuales fueron representados en tablas de distribución de frecuencia y gráfica de barra

7.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

La ética es parte de la filosofía que estudia el comportamiento humano en su relación con el bien y el mal y que regula las relaciones humanas, por lo que toda persona tiene derecho a que se respete su vida, y nadie puede ser privado de ella.

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como un propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. Tokio 2004.

De acuerdo con la ley general de salud en materia de investigación, con apego a lo establecido por el artículo 13 fracción V se respetará su dignidad y el bienestar de los participantes conservando su anonimato y la libertad de elegir si participan en el estudio.

Respecto al artículo 21 a las pacientes seleccionadas se le solicitará su participación voluntaria y se le informarán los objetivos del estudio, así como los procedimientos a realizarse.

En el artículo 17 fracción II, se considera a la investigación como riesgo mínimo para la integridad física y psicológica de los participantes como base a la declaración de Helsinki con sus respectivas modificaciones.

Es muy importante señalar que desde el punto de vista ético, el estudio de **“COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA COMUNIDAD RURAL DE JONUTA, TABASCO”**, no afecta en ningún momento la integridad física ni emocional de los jóvenes estudiantes.

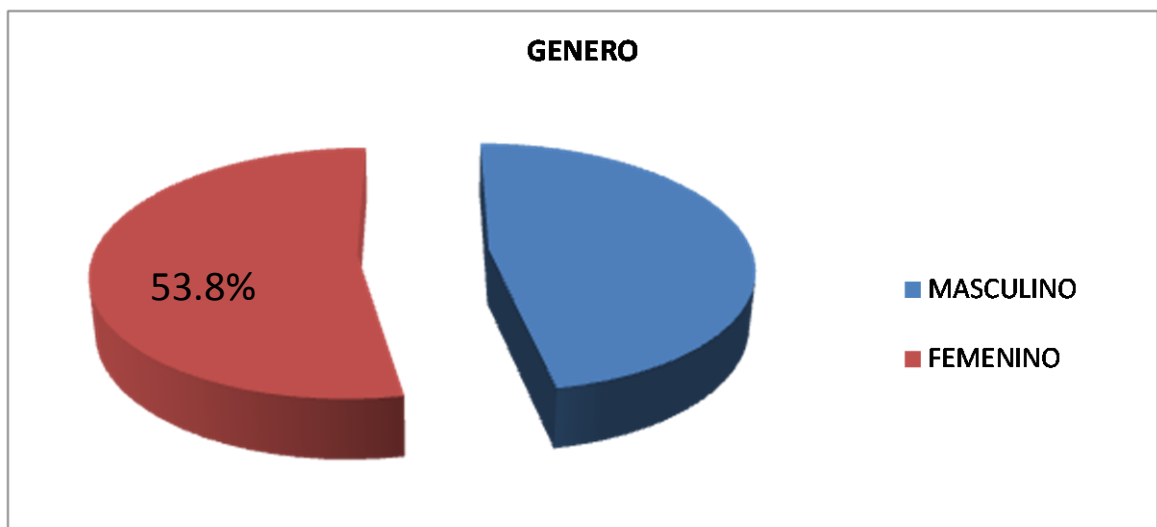
No se pone en riesgo el estado de salud de los jóvenes, sin embargo, los resultados obtenidos dentro del mismo, serán de gran beneficio para la población adolescente y sus familias.

8. RESULTADOS

Durante el periodo comprendido de marzo a septiembre del 2007 se realizó la aplicación de una encuesta basada en una ficha de identificación y el FACES para conocer la cohesión y adaptabilidad de adolescentes del Poblado Boca de San Antonio, Jonuta, Tabasco.

Del total de población estudiada el 53.8% de la población es del género femenino que corresponde a 92 adolescentes y 46.2% fueron del género masculino que corresponde a 79 adolescentes. (Grafica 1).

GRAFICA: 1



Fuente: encuesta realizada a 171 adolescentes del Poblado Boca de san Antonio, Jonuta, Tabasco.

Con respecto a la edad de la población encuestada las edades comprendidas fueron de 12 a 19 años, con una media de 16.9 y una mediana de 15, se reporta una desviación estándar de 1.288. Un mínimo de 12 y un máximo de 19, con un cuartil 1 de 14 y cuartil 3 de 17, y una desviación estándar de la media de 0.068. (Tabla: 1).

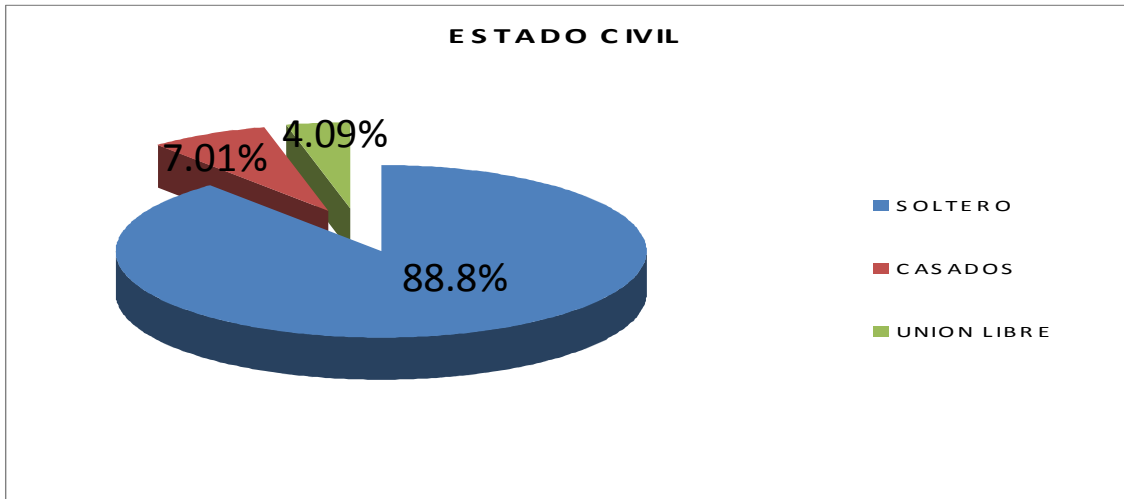
TABLA: 1

No.	Media	Mediana	ST DESV	SE MEAN
171	16.9	15	1.288	0.068
Minimun 12	Maximun 19	Cuartel 1 14	Cuartel 3 17	

Fuente: encuesta realizada a 171 adolescentes del Poblado Boca de san Antonio, Jonuta, Tabasco.

Para el estado civil podemos mencionar que de un total de 171 adolescentes, el 152 son solteros que corresponde a 88.8%, 7 viven en unión libre correspondiente al 4.09%, 12 están casados que corresponde al 7.01%. (Grafica: 2).

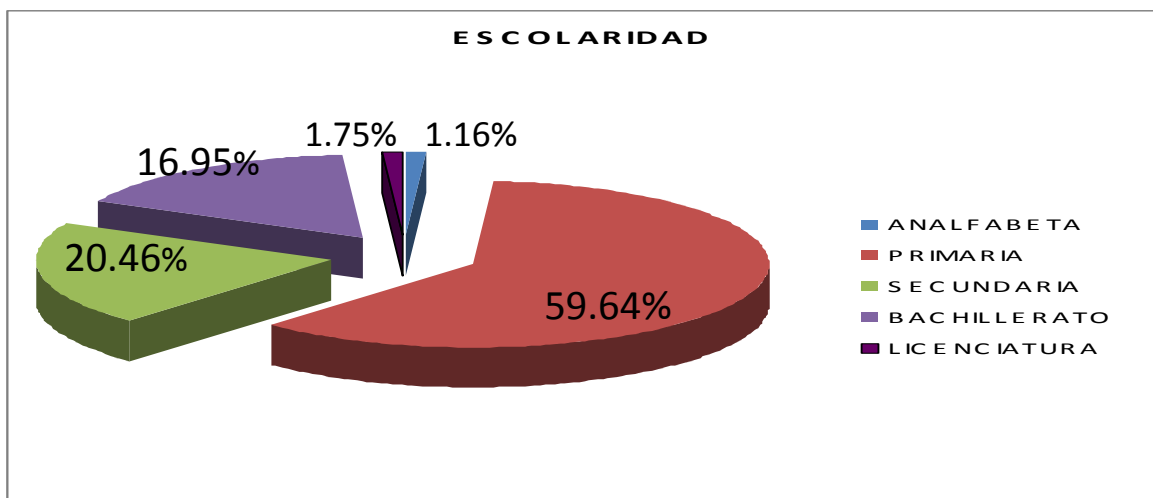
GRAFICA: 2



Fuente: encuesta realizada a 171 adolescentes del Poblado Boca de san Antonio, Jonuta, Tabasco.

De los resultados obtenidos 102 adolescentes tienen un nivel escolar de primaria el cual es un 61.9%, 35 tienen un nivel escolar de secundaria el cual es un 20.46%, 29 tienen un nivel escolar de de bachillerato que es un 16.95%, 3 estudian un nivel escolar profesional que es un 1.75%, 2 adolescentes son analfabetas que corresponde a 1.16%. (Grafica: 3).

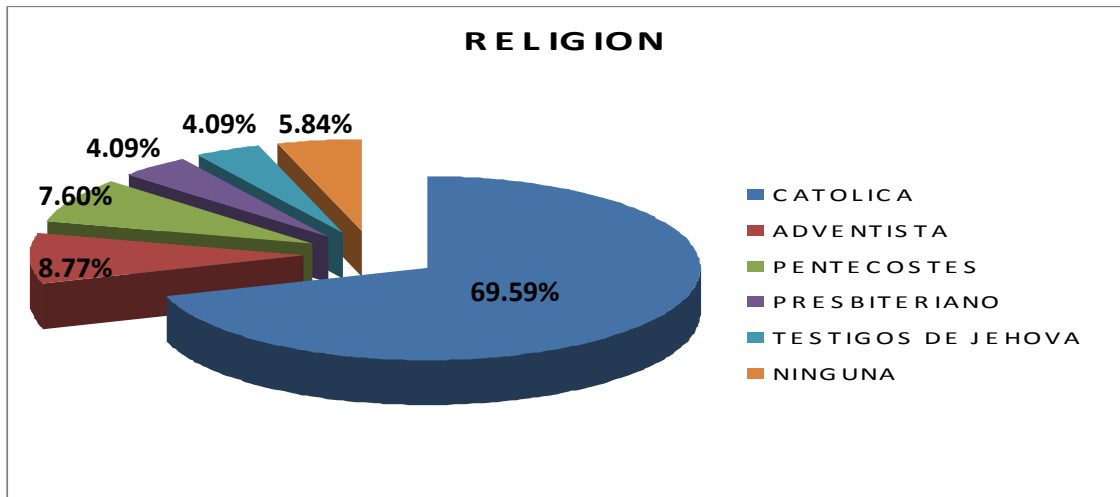
GRAFICA: 3



Fuente: encuesta realizada a 171 adolescentes del Poblado Boca de san Antonio, Jonuta, Tabasco.

Correspondiente a la religión se encontró que 119 adolescente tiene una religión católica lo cual corresponde a 69.59, 15 son de religión adventista lo cual es un 8.77%, 13 son Pentecostés lo cual es un 7.60%, 7 son presbiterianos lo cual es el 4.09%, así como también 7 son testigos de Jehová lo cual es 4.09% y 10 5.84%. (Grafica: 4).

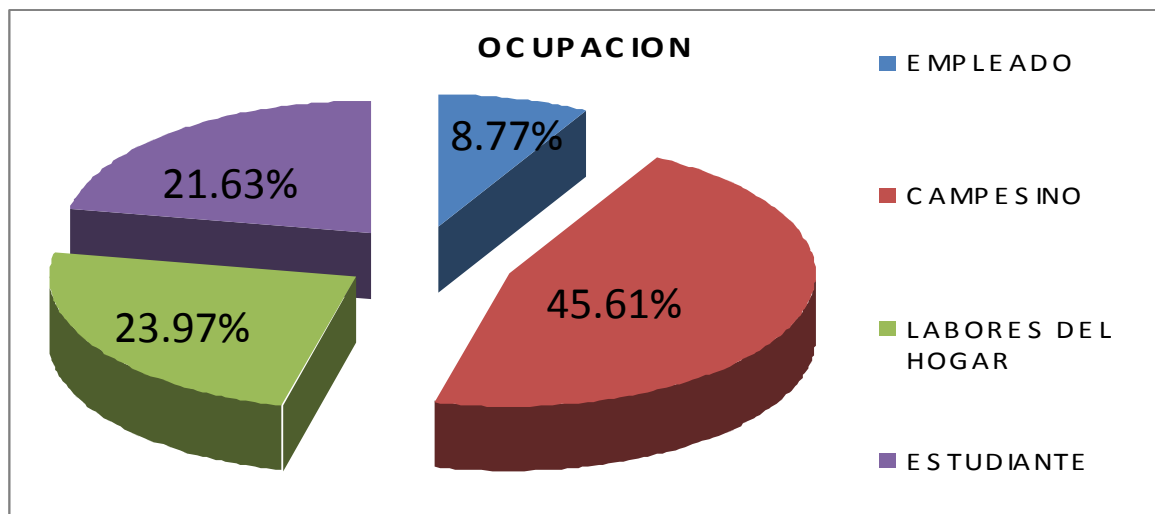
GRAFICA: 4



Fuente: encuesta realizada a 171 adolescentes del Poblado Boca de san Antonio, Jonuta, Tabasco.

Con lo que corresponde a la ocupación se encontró un mayor número para los adolescentes que son campesinos, los cuales son 78 que corresponde a un 45.61%, continúan 41 adolescentes con una ocupación de labores del hogar lo cual es un 23.97%, 37 adolescentes son estudiantes lo cual es 21.63% y 15 son empleados lo cual es el 8.77%. (Grafica: 5).

GRAFICA: 5



Fuente: encuesta realizada a 171 adolescentes del Poblado Boca de san Antonio, Jonuta, Tabasco.

Con respecto a cohesión y adaptabilidad los resultados encontrados fueron los siguientes: Balanceados un subtotal de 58 que corresponde a un 33.91%; dentro de estos los subtipos fueron: Estructuralmente Conectada: 11(6.43%); Flexiblemente Conectada: 15(8.77%); Flexiblemente Separada: 17(9.94%); Estructuralmente Separada: 15 (33.91%). Rangos Medios un subtotal de 65 que corresponden a un 38.01%; dentro de los subtipos fueron: Rígidamente Conectada: 8(4.67%); Estructuralmente Aglutinada: 10(5.84%); Flexiblemente Aglutinada: 8(4.67%); Caóticamente Conectada: 7(4.09%); Caóticamente Separada: 9(5.26%); Flexiblemente Desligada: 6(3.50%); Estructuralmente Desligada: 11(6.43%); Rígidamente Separada: 6 (3.50%). Rangos Desbalanceados un subtotal de 48 que corresponden a un 28.07%; dentro de los subtipos: Rígidamente Aglutinada: 9(5.26%); Caóticamente Aglutinada: 13(7.60%); Caóticamente Desligada: 15(8.77%); Rígidamente Desligada: 11(6.43%). (Tabla: 2)

TABLA: 2

	Subtipo	Cantidad:	Porcentaje:
Balan- ceados	Estructuralmente Conectada	11	6.43
	Flexiblemente Conectada	15	8.77
	Flexiblemente Separada	17	9.94
	Estructuralmente Separada	15	8.77
	Subtotal	58	33.91
Rangos Medios	Rígidamente Conectada	8	4.67
	Estructuralmente Aglutinada	10	5.84
	Flexiblemente Aglutinada	8	4.67
	Caóticamente Conectada	7	4.09
	Caóticamente Separada	9	5.26
	Flexiblemente Desligada	6	3.50
	Estructuralmente Desligada	11	6.43
	Rígidamente Separada	6	3.50
	Subtotal	65	38.01
Desbalan- ceados	Rígidamente Aglutinada	9	5.26
	Caóticamente Aglutinada	13	7.60
	Caóticamente Desligada	15	8.77
	Rígidamente Desligada	11	6.43
	Subtotal	48	28.07

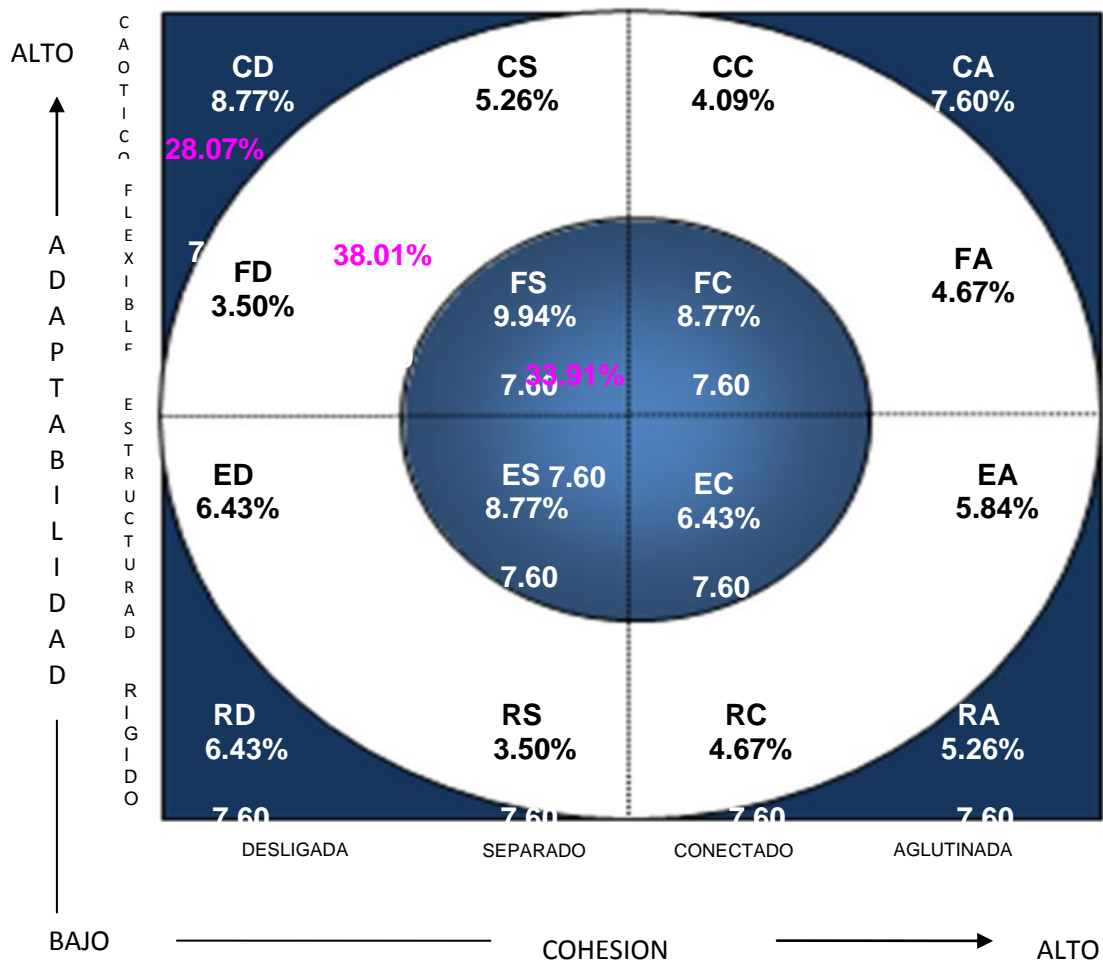
Total	171	100 %
--------------	------------	--------------

Fuente: encuesta realizada a 171 adolescentes del Poblado Boca de san Antonio, Jonuta, Tabasco.

Con respecto a cohesión los resultados fueron los siguientes: para nivel bajo correspondiente a familia desligada se encontró un 25.13%, en los rangos medios se obtuvo un 27.47% para familia separada y un 23.96% para familia conectada; y 23.37% para el nivel más alto que corresponde a familia aglutinada.

Para adaptabilidad los resultados obtenidos fueron: para el nivel más bajo 19.86% que corresponde a familia rígida, en los rangos medios encontramos 27.47% para familia estructurada y 26.88% para familia flexible, y para el nivel más alto un 25.72% para familia caótica. (Grafica: 6)

GRAFICA: 6 COHESION Y ADAPTABILIDAD



Fuente: encuesta realizada a 171 adolescentes del Poblado Boca de san Antonio, Jonuta, Tabasco

9.- DISCUSION DE RESULTADOS

De los resultados encontrados en el presente estudio realizado de marzo a septiembre del 2007 por aplicación de encuesta basada en una ficha de identificación y el FACES III para conocer la cohesión y adaptabilidad de adolescentes del Poblado Boca de San Antonio, Jonuta, Tabasco. Encontramos según las variables utilizadas, el porcentaje mayor para el género femenino, un 53.8%, similar a la reportada en el de estudio de Musitu G., en donde evalúan el funcionamiento familiar en adolescentes. ⁽¹⁴⁾

Para la edad se encontró una media de 15, con mediana de 16.9, un mínimo de 12 y máximo de 19, diferimos de la Dra. Elena Ávila Gálvez quien reporta mayor porcentaje para la edad de 17 a 19 años. ⁽⁶⁾

Para el estado civil de los adolescentes predominaron los solteros con un 88.8%. El nivel escolar que predomina es primaria con un porcentaje de 61.9% recordando que el medio en que se realizó la encuesta es rural, con bajo porcentaje de adolescentes que estudian un nivel profesional de 1.75%.

Con respecto a la religión la predominante es católica con un 69.59% similar a la reporta por Beatriz Zegers donde evalúa cohesión y adaptabilidad en población chilena, ⁽¹⁶⁾ la ocupación predominante fue campesino con un 45.61% difiriendo del estudio realizado por la Dra. Elena Ávila Gálvez en la Habana, Cuba, donde se reporta una ocupación mayor para adolescentes que estudian en el grupo control, en importante recordar que nuestro estudio fue realizado un una comunidad rural de Tabasco y el otro es en una zona urbana de cuba. ⁽⁶⁾

Dentro de los resultados con respecto a cohesión en nuestro estudio se reporta un porcentaje mayor para familias separadas con un 27.47%, familias desligadas 25.13%, familias conectadas un 23.96% y el porcentaje menor para familias aglutinadas con un 23.37%; diferimos del estudio realizado por Florita Pinto Herrera quien evalúa el funcionamiento familiar en adolescentes por medio del FACES III quien reporta un porcentaje mayor para familias desligadas en un 86%, familias separadas un 8%, familias conectadas 2% y familias aglutinadas 4%, En lo que respecta a la adaptabilidad en nuestro

estudio se observó un porcentaje mayor para la familias estructuradas en un 27.47%; 26.88% para familias flexibles, 25.72% para familias caóticas y el porcentaje más bajo para familias rígidas de 19.86%; se difiere del estudio previamente mencionado ya que reporta que el porcentaje mas alto es para la familias caóticas en un 73%, familias estructuradas 10%, familias flexibles 9% y familias rígidas 8%, siendo esta última la única que coincide con nuestro estudio. Podemos considerar que la diferencia puede estar establecida por la zona demográfica en que se realizaron los estudios ya que nuestro estudio es en un medio rural, a diferencia del estudio con el que comparamos que fue realizado en un medio urbano. ⁽¹²⁾

Comparando nuestro estudio con otros autores con respecto a cohesión, coincidimos en parte con porcentajes aproximados reportados por Ramón Florenzano quien evalúa cohesión en adolescentes y su relación con farmacodependencias, estudio realizado en comunidades de Santiago de Chile, en donde los resultados obtenidos corresponde a 31% para familias separadas, 24% para familias aglutinadas, 24% para familias desligadas y 21% para familias conectadas. ⁽²⁷⁾

10.- CONCLUSIONES

Podemos concluir de los resultados encontrados en el presente estudio según las variables utilizadas, que el porcentaje mayor fue para el género femenino, para la edad se encontró una media de 15, con mediana de 16.9, un mínimo de 12 y máximo de 15, predomina el estado civil soltero, y el nivel escolar con porcentaje mayor es primaria, con bajo porcentaje de adolescentes que estudian un nivel profesional. La religión que predomina es católica; en la ocupación, la campesina es la más frecuente. Cabe hacer mención que la población estudiada es de una zona rural.

Las familias que predominan según la cohesión y adaptabilidad son las flexiblemente separadas, encontrándose en el rango establecido por Olson como balanceados y las menos frecuentes son las familias flexiblemente desligadas y rígidamente separadas, reportándose como rangos medios según la escala de evaluación.

Consideramos según los resultados obtenidos para cohesión (subtipo separada) que las familias de los adolescentes pueden presentar: separación emocional, con cierta lealtad familiar ocasional; límites parento-filiales claros, pueden compartir el tiempo aunque el tiempo individual es importante, la toma de decisiones pueden ser conjuntas o individuales y los intereses familiares pueden ser distintos.

Según la adaptabilidad (estructurada) de las familias de los adolescentes, estas pueden presentar: liderazgo autoritario y en ocasiones igualitario, disciplina rara vez severa, democracia, toma de decisiones por parte de los padres, roles estables o compartidos y reglas poco modificables.

11.- RECOMENDACIONES

El médico familiar es el que debe crear empatía para poder tener un acercamiento al adolescente y generar un vínculo de unión con las familias que acuden a él, en la consulta externa de primer nivel de atención.

Fomentar un acercamiento de los padres hacia los hijos desde una temprana edad y que debe perdurar en la adolescencia, considerando que las buenas relaciones familiares son la base de una función familiar adecuada.

Incluir a los adolescentes en programas de apoyo emocional, autoestima y valores para incrementar con ello mejoras de las relaciones interpersonales.

Realizar estudios de seguimiento en adolescentes profundizando en Cohesión y adaptabilidad.

12.- ANEXOS

Cuestionario de la investigación

Etapa I

Ficha de Identificación:

1.- Genero: a).- Masculino b).- Femenino

2.-Edad: en años: _____

3.- Estado civil:

- a).- Soltero
- b).- Casado
- c).- Unión Libre
- d).- Divorciado
- c).- Viudo

4.- Escolaridad:

- a).- Analfabeta
- b).- Primaria
- c).- Secundaria
- d).- Preparatoria
- e).- Licenciatura

5.- Religión:

- a).- Católica
- b).- Adventista
- c).- Pentecostés
- d).- Presbiteriano
- e).- Mormon
- f).- Testigo de Jehová
- g).- Otra o ninguna

6.- Ocupación:

- a).- empleado
- b).- campesino
- c).- Labores del hogar
- d).- Estudiante
- e).- desempleado

Etapa II

Instrumento de evaluación de funcionamiento del sistema de relación familiar (Cohesión y Adaptabilidad FACES III).

Describe a su familia	Nunca 1	Casi Nunca 2	Algunas Veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5
1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11.- Nos sentimos muy unidos.					
12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones.					
13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
14.- En nuestra familia las reglas cambian.					
15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19.- La unión familiar es muy importante					
20.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

13.-BIBLIOGRAFIA

1. Dulano G. E. et al. "El adolescente 2000". 1era. Ed. Edit. McGrawhill. Páginas 143-157.
2. Pinto H.F. et al. "Trastornos de conducta y funcionamiento familiar en Adolescentes". Facultad de Psicología, Universidad Nacional Federico Villareal; Lima, Perú.
3. Servicio de Salud Colombia. Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 24 años. 2000 Resolución núm. 00412.
4. Peláez A. "Interviniendo con adolescentes y con padres. El trabajo en el propio entorno del adolescente y la mediación como instrumento de intervención". Rev. de Educación Social; Zaragoza, España, septiembre 2005. (4)
5. Herrera S. P. "Principales Factores de Riesgo Psicológicos y sociales en el adolescente". Rev. Cub. Pediatr, v. 71 n.1 Ciudad de la Habana; ene-mar-1999.
6. Avila G. E. Dra. et al. "Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia". Septiembre-Diciembre 2002. Rev. Cubana Pediatr. V. 74 n. 4 Ciudad de la Habana.
7. Issler J.R. "Embarazo principal causa de muerte entre las adolescentes". UNICEF, Rev. de postgrado de la cátedra vía medicina. Agosto 2001, n. 107. Páginas 1-19.
8. Marin F. Laurie R. et al. "La Relación Familiar como un factor que predice el Embarazo Adolescente". 2005. Rev. Electrónica de Motivación y Emoción. V. X n.25.
9. "Sexualidad Humana y Reproductiva de los adolescentes". Programa Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Secretaria de Salud. 2000-2004. México. Páginas: 173-186.
10. Meneases G.J. et al. "Estudio Integral del Adolescente. Adolescencia y Familia". Programa de actualización continua en Medicina Familiar-1. Edit. Intersistemas, 1999; páginas: 16-21.

11. Bautista L. Y; Dra. "El bajo aprovechamiento escolar y la Dinámica Familiar Disfuncional". Tesis. 2002.
12. Ramirez S. Romaina I; Dra. "Funcionamiento Familiar en Hogares de Adolescentes con Riesgo de Alcoholismos". 2005. CMF 40 38.
13. Sanz M. "Influencia de la Familia sobre el consumo de drogas en los jóvenes". Rev. Iberoamericana de Educación. 2005.
14. Musitu G. et al. "Familia, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación". Rev. Salud Publica Mex. Enero-Febrero 2007. vol. 49, n. 1.
15. Paloma L. J. et al. "Relación entre la escolaridad y la percepción del funcionamiento familiar". Rev. Mexicana de Investigación Educativa- Julio-Diciembre 1999. Vol. 4 n. 8 páginas: 299-343.
16. Zegers B. "Validez y Confiabilidad de la versión en Español de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar. (CAF), de Olson, Russel & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena". Enero 2003. Rev. Chil. Neuropsiquiatr. V.41 n.1.
17. Zdanowicz N, Pascal J, Reynaert C, 2004, " ¿Juega la familia un papel clave en la salud durante la Adolescencia?. Eur. J. Psychiat. Vol. 8 n.4.
18. Ponce Rosa ER; Irigoyen C. A.E. et al. "Validez del Constructo del Cuestionario FACES III en Español (México)". Diciembre 2002. Atención Primaria V. 30 n. 10. Páginas: 624-630.
19. Varela R. F. "Disfunción Familiar en hiperfrecuentadores de Atención Primaria". Medicina de Familia 2000. 2 Páginas 14-144.
20. Larraguibel Q. M. et al. "Factores de Riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes". 2000. Rev. Chilena de Pediatría 71 (3).
21. Rojzblatt S. A. et al. "Características familiares de Adolescentes consultantes en unidades de Salud Menta"l. 1997. Rev. Chil. Pediatr. V. 68 n. 3. Páginas: 113-118.
22. De Dios C; MD. "Factores Familiares y Sociales asociados al bienestar emocional en Adolescentes Diabéticos". Zaragoza, jul-sep. 2003. Eur. J. Psychiat (Ed. En Español). V. 17 n 3.

23. García L. L. et al. "La Depresión del anciano y el papel de la Dinámica Familiar". Atención Familiar. 2000. V. 25 n. 4. Páginas: 62-69.
24. Ocampo J. M. "Relación entre religiosidad , disfunción familiar y soporte social". Colombia 2002. Rev. de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. V. 16 n. 3. Páginas: 28-34.
25. Muñoz M. J. et al. "Ideación suicida y Cohesión Familiar en estudios preuniversitarios entre 15 y 24 años". 2006. Rev. Peruana Med. V.23 n. 4. Páginas: 239-246.
26. Osornio C. L; Profra. "Estructura Dinámica Familiar de Adolescentes del Sexo Femenino con Intento de Suicidio". Jun-Jul. 2000. Rev. Proyecciones. Año 1; n.6
27. Florenzano U. R. et al. "Estudio comparativo del Rol de la Socialización Familiar y Factores de Personalidad en las Farmacodependencias juveniles". 2001. Proyecto FONDECYT No. 1921109.
28. Gómez P. Sosa R. "Adolescencia temprana y tabaquismo" Ciudad de la Habana 2003. <http://www.plazadeportes.com/imgnoticias/1611.doc>.
29. Reddy-Jacobs C, Téllez-Rojo M, et al. "Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México". Rev. Salud Pública Méx. 2006. Suplemento 1. Vol. 48.
30. González-Pineda J. A. et al. "Adaptabilidad y Cohesión Familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico". 2003. Psicotherma Vol. 15 n. 3. Páginas: 471-477.
31. Parra A, Oliva A, Sánchez-Quejia I. "Evolución y determinantes de la autoestima durante los años de Adolescencia". 2004. Anuario de Psicología Vol. 35. n.3. Páginas: 331-346.
32. García L. L. et al. "La Depresión del anciano y el papel de la Dinámica Familiar". Atención Familiar. 2000. V. 25 n. 4. Páginas: 62-69.
33. Ocampo J. M. "Relación entre religiosidad , disfunción familiar y soporte social". Colombia 2002. Rev. de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. V. 16 n. 3. Páginas: 28-34.

34. Muñoz M. J. et al. "Ideación suicida y Cohesión Familiar en estudios preuniversitarios entre 15 y 24 años". 2006. Rev. Peruana Med. V.23 n. 4. Páginas: 239-246.
35. Osornio C. L; Profra. "Estructura Dinámica Familiar de Adolescentes del Sexo Femenino con Intento de Suicidio". Jun-Jul. 2000. Rev. Proyecciones. Año 1; n.6
36. Florenzano U. R. et al. "Estudio comparativo del Rol de la Socialización Familiar y Factores de Personalidad en las Farmacodependencias juveniles". 2001. Proyecto FONDECYT No. 1921109.
37. Gómez P. Sosa R. "Adolescencia temprana y tabaquismo" Ciudad de la Habana 2003. <http://www.plazadeportes.com/imgnoticias/1611.doc>.
38. Reddy-Jacobs C, Téllez-Rojo M, et al. "Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México". Rev. Salud Pública Méx. 2006. Suplemento 1. Vol. 48.
39. González-Pineda J. A. et al. "Adaptabilidad y Cohesión Familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico". 2003. Psicotherma Vol. 15 n. 3. Páginas: 471-477.
40. Parra A, Oliva A, Sánchez-Quejía I. "Evolución y determinantes de la autoestima durante los años de Adolescencia". 2004. Anuario de Psicología Vol. 35. n.3. Páginas: 331-346.