

11226

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 2 NORESTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 94**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO

**“INFLUENCIA DEL AMBIENTE FAMILIAR
SOBRE LA AUTOESTIMA DEL ADOLESCENTE”**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

**DRA MÓNICA MARTÍNEZ TÉLLEZ
MEDICO RESIDENTE DEL TERCER AÑO DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

**ASESOR: DRA PATRICIA OCAMPO BARRIO
JEFE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD UMF 94.**

2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Agradezco a mi Familia por haberme apoyado desde el inicio de mi preparación, por que siempre han estado conmigo en los buenos momentos y han sido mi impulso en los malos, por que sin ellos no seria quien soy.

A Karen el más hermoso regalo que la vida pudo haberme dado, le agradezco ser la inspiración de mi camino; por que sin ti mi existencia no estaría completa.

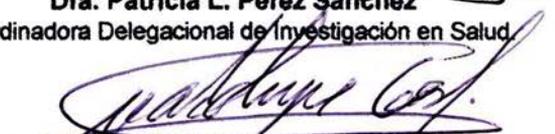
Dra. Mónica Martínez Téllez.
Medico familiar.

Febrero 2004

AUTORIZACIONES:



Dra. Patricia L. Pérez Sánchez
Coordinadora Delegacional de Investigación en Salud



Dra. Guadalupe Garfias Garnica
Coordinadora Delegacional de Educación en Salud.



Dra. Ana Maria Cortes Aguilera
Directora de la Unidad Medicina Familiar

ESPECIALIZACIÓN
ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



Dra. Patricia Ocampo Barrio
Jefe de Educación Médica U. M. F. 94
Asesor de investigación



Dra. Lidia Bautista Samperio
Profesor titular Especialidad Medicina Familiar UMF 94



INDICE

Marco teórico.....	2
Antecedentes científicos	7
Planteamiento del problema.....	9
Pregunta de investigación.....	9
Objetivo del estudio.....	10
Hipótesis.....	10
Diseño del estudio.....	10
Especificación de variables.....	11
Definición conceptual y operacional de variables	11
Escala de medición.....	11
Determinación estadística de la muestra.....	12
Tipo de muestreo.....	12
Criterios de inclusión, no inclusión y exclusión.....	12
Procedimiento para obtener la muestra.....	13
Análisis estadístico	13
Características del instrumento.....	14
Prueba piloto.....	14
Consideraciones éticas.....	14
Programa de trabajo.....	15
Difusión de resultados.....	15
Resultados.....	16
Análisis de resultados.....	16
Conclusiones.....	17
Sugerencias.....	17
Bibliografía	18
Anexos.....	20

MARCO TEORICO.

Etimológicamente el término adolescencia proviene del latín "adolescere" que significa "crecer hacia la madurez". Mucho se ha hablado sobre la adolescencia por habersele calificado como una "etapa crítica" y al mismo tiempo básica para el desarrollo integral de la personalidad. Existen muchas definiciones que intentan enunciar los elementos y características de la misma; sin embargo, es difícil encontrar una que la contemple bajo los tres aspectos básicos de la vida humana: el biológico, el psicológico y el social. Una definición centrada en los aspectos biológicos nos dice que ésta es: "la edad que sucede a la infancia y que comienza con los primeros signos de la pubertad". En contraparte el campo de estudio psicológico la define como: "la suma total de todos los intentos para ajustarse a la etapa de pubertad y al conjunto de nuevas condiciones internas y externas que confronta el individuo". Hallengstead, define a la adolescencia desde un concepción sociológica, "como el período de la vida de una persona durante la cual, la sociedad en la que vive cesa de considerarlo niño, pero no le otorga plenamente el estatuto de adulto, sus cometidos y sus funciones". (1, 2) Considerando lo anteriormente dicho, es importante señalar que el adolescente es un ser humano "completo" y por lo tanto, si deseamos comprender el proceso que vive, debemos dejar de considerar en forma aislada a los tres factores antes mencionados (3).

Con demasiada frecuencia se confunde la adolescencia con la pubertad, al respecto P. Blos dice que: "la pubertad es un acto de la naturaleza y la adolescencia en un acto del hombre". (2) El término pubertad designa a una serie de cambios biológicos, tanto en la esfera del crecimiento físico como en el de la maduración sexual. Su inicio se ve influenciado por el sexo; de manera imperceptible para el adolescente y su familia a partir de los 8-10 años en la mujer y de los 10-12 años en el hombre, se comienzan a incrementar la producción de hormonas sexuales hipofisarias y suprarrenales lo que viene a fortalecer los caracteres sexuales primarios. Progresivamente comienzan a hacerse evidentes los caracteres sexuales secundarios, el primer carácter sexual secundario es la aparición del botón mamario en la niña (telarca) y el aumento del tamaño testicular en el varón. (4) El incremento de Hormonas Foliculo Estimulante, Luteinizante y por ende de los Esteroides Sexuales se van haciendo cada vez más importante hasta que alcanzan la concentración necesaria para que se produzca la menarca, ensanchamiento de caderas, crecimiento mamario en las niñas, en tanto que en los niños aparece la espermaquia, el robustecimiento del tórax y cambios en tono de la voz, en ambos nace el vello púbico y el axilar. (1)

Los cambios puberales llevan al joven a percibir impulsos sexuales, el desarrollo mental característico de esta etapa lo lleva a tener en pensamiento lógico matemático con capacidad de abstracción y crítica (5). Esta nueva forma de sentir y pensar le obliga a realizar cambios emocionales que le permitan exhibir una conducta adaptada. Los cambios psicológicos de la adolescencia se agrupan en tres estadios: cambios emocionales tempranos, intermedios y tardíos. (4)

- **Cambios emocionales tempranos.**

Los cambios físicos que experimenta el joven le producen un gran desconcierto, esta situación lo lleva a retraerse y aislarse del mundo exterior en especial de su familia. El encerrarse en si mismo le permite aceptar y entender su nueva fisonomía, así mismo lo mantiene a salvo de la atracción erótica que experimenta por familiares del sexo opuesto. En esta etapa se desarrolla su pensamiento lógico formal abstracto, lo que le permite realizar reflexión y crítica de su entorno familiar y social, teniendo una nueva percepción del medio ambiente y de sí mismo. Esta capacidad intelectual se convierte en fuente de preocupaciones, entre ellas la de la propia fisonomía⁽³⁾. La disparidad con que se presenta el desarrollo de los jóvenes, el ideal que tienen sobre la belleza física y las comparaciones que surgen entre ellos, son factores que ocasionan su desconcierto y que contribuyen al surgimiento de la crisis de identidad.⁽⁵⁾ Los adolescentes necesitan adaptarse a su nuevo aspecto, en muchas ocasiones el cambio es tan rápido y desproporcionado que dificulta reconocer su figura anterior y entorpece sus movimientos, lo que también los lleva a adoptar una actitud hosca, que los aparta de la gente. El autoestima y la confianza en si mismos sufren por igual un deterioro, ya que se enfrentan a la dura realidad de que en ese momento su imagen real no corresponde a la ideal, basado en los estereotipos culturales⁽⁶⁾. Las jóvenes deben afrontar las primeras menstruaciones, cuya importancia radica en la valoración social que de ellas se haga, podríamos decir que en nuestro país, la menstruación implica la posibilidad de procreación. Por lo que la niña que comienza a menstruar recibe un trato diferente y es considerada "una señorita"; sin embargo, no se le prepara con la información y orientación adecuadas, porque se tienen una actitud de confusión y temor al respecto. Se llega a considerar el hecho como una "enfermedad" y como algo que se debe mantener en secreto. Los varones por su parte experimentan las primeras eyaculaciones, y esto se asocia más bien con el placer sexual que con la posibilidad de procrear⁽⁷⁾. El resurgimiento del impulso sexual representa diferencias según el sexo; la niña para lograr su identidad sexual debe abandonar a la madre como objeto central de amor y enfocar su atención y cariño hacia el padre. En tanto que el varón no tiene que realizar este cambio de objeto, ya que la madre sigue siendo el centro de su amor y atención y para lograr la identidad sexual debe asumir un rol activo en relación con ella. Esto conlleva cambios importantes en la relación con los padres.⁽⁸⁾

- **Cambios emocionales intermedios.**

Los jóvenes de ambos sexos salen de la etapa de aislamiento, cuando logran establecer un cierto dominio en su conducta, después de que pasa la violencia de los cambios puberales. En esta segunda fase los adolescentes buscan intensamente identificarse con personas ajenas al hogar, para romper así las ligas emocionales infantiles con su familia y establecer más adelante relaciones de tipo adulto. Romper el vínculo emocional con el progenitor del mismo sexo también origina incertidumbre sobre la identidad sexual, por esto buscan en amigos del mismo sexo aquellos elementos que asimilados, enriquezcan su personalidad y les ayuden a lograr esa identidad diferenciada. En una fase inicial de esta etapa es posible que existan impulsos sexuales de tipo homosexual como parte de la

orientación y consolidación sexual. Sin embargo la declinación de la tendencia bisexual marca el inicio de la orientación heterosexual. En esta etapa el adolescente puede autodefinirse ante la pregunta ¿quién soy?, lo que lo lleva a realizar grandes hazañas en la búsqueda de esta respuesta.⁽⁶⁾

- **Cambios emocionales tardíos.**

Es indudable que durante la adolescencia se presenta la crisis de identidad versus confusión de identidad, donde la tarea del joven es encontrar el sentido de uno mismo como ser humano único, con un rol significativo para ejercer en la sociedad. Para la formación de la identidad es necesario que integre lo que él es para los demás en comparación con lo que él siente que es. Esta fase se caracteriza por una mayor estabilidad emocional y flexibilidad en sus relaciones. Así como el establecimiento de metas y logros a largo plazo, reacomodándose a la realidad. En ambos sexos el sentido de identidad se manifiesta subjetivamente, coincidiendo el "quien soy yo" el "como me percibe el mundo" así como ¿qué sucedería? La elección de pareja adquiere una mejor orientación, se tiene más claro el tipo de relaciones que desea establecerse con amigos y familiares.⁽⁹⁾

Para Ekicón el principal riesgo de esta etapa es la confusión de identidad o el rol, lo que puede expresarse por confusión acentuada que lleva al adolescente a tomar conductas regresivas para evitar así resolver conflictos o se puede embarcar impulsivamente en actos que la sociedad no acepta. Señala que el enamoramiento entre adolescentes es el camino hacia la identidad, ya que al establecer relaciones afectivas más profundas con otras personas, compartiendo sentimientos, pensamientos y valores les facilita su propio proceso de identidad.⁽⁶⁾

La autonomía que alcanza el adolescente provoca angustia y amenaza en sus antiguas relaciones sociales, esto es más aparente en las relaciones que establecen con sus padres. La pérdida aparente de autoridad y la preferencia de los hijos por los amigos les lleva a exagerar y endurecer las reglas y normas familiares, con lo que solo logran generar en el adolescente mas rebeldía e irritabilidad^(10, 11)

Cuando los hijos entran a la adolescencia, la organización familiar sufre un grave desajuste. Por una parte, el joven ha desarrollado ya el pensamiento de tipo crítico, que le permite objetar la autoridad familiar, hasta entonces razón suficiente para normar su conducta. Por otro lado esta necesidad del adolescente de romper vínculos emocionales de tipo infantil que lo unen a sus padres, lo lleva a cuestionar con comentarios incisivos las inconsistencias y las incongruencias que nota en sus padres, además tiene a buscar nuevos ideales y se apega a las corrientes de moda que actualmente por los medios masivos de comunicación tiende a ser de forma transcultural, que son una alternativa contrapuesta a los ideales y valores familiares^(12,13).

Es durante la adolescencia que el joven construye sus propios valores en torno a su medio ambiente social y sobre todo acerca de su propia estima y valor, este proceso le permite actuar con acertividad y en consecuencia de sus propios actos. La autoestima o concepto de si mismo, se refiere a las percepciones individuales de los atributos, así como las descripciones de los roles que se desempeñan. Es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ver las cosas, de

quienes somos nosotros, de que deseamos y a donde deseamos llegar. Es responsable de nuestros fracasos y de nuestros éxitos, ya que una autoestima fortalecida, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, lo que potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará su nivel de seguridad, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso⁽¹⁴⁾. Desafortunadamente cuando el adolescente no consolida una estima propia, se hace vulnerable ante ciertas situaciones sociales, como embarazos no planeados, enfermedades de transmisión sexual y adicciones.⁽¹⁵⁾ Una autoestima baja se asocia a un mayor consumo de sustancias entre los adolescentes. Towberman y Mc Donald examinaron en un corte transversal la autoestima de 1 050 adolescentes y encontraron que el concepto que se tiene de sí mismo se correlaciona significativamente con la experimentación y frecuencia en el abuso de sustancias tóxicas⁽¹⁶⁾. Continuando este campo de investigación Chassin y colaboradores encontraron que los adolescentes varones presentaban mayor riesgo de consumo de alcohol cuando su nivel de autoestima era bajo⁽¹⁷⁾. (Kinnier estudio a 161 adolescentes de secundaria encontrando una asociación estadísticamente significativa entre depresión, conducta suicida y delincuencia con el nivel de autoestima⁽¹⁸⁾).

La capacidad de autoestima es parte del aprendizaje no formal que se da en el seno familiar, desde la niñez, a través de un mecanismo inconsciente de transmisión de valores, reglas, mitos y costumbres; por medio del "modelaje familiar". Con base a esto podemos decir que la autoestima está determinada por las experiencias que adquiere el individuo al interactuar con las personas que le rodean y del mensaje que le envían respecto a su valor como persona. Durante la etapa de adolescencia se consolida el proceso un entendimiento y aceptación que de sí mismo se viene formando lo que conduce a valorar y confiar en sí mismo, permitiendo mantener altos niveles de bienestar físico, mental y espiritual.⁽¹⁹⁾

Aunque el término familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura occidental. La tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con plena independencia para desarrollarse en la sociedad. Es en el ambiente familiar donde a través de las relaciones interfamiliares se transmite casi de manera inconsciente el compendio de valores naturales, sociales y culturales existentes en la sociedad y que de alguna manera influyen en la forma en que el individuo ve, siente y vive la vida.⁽²⁰⁾ A diferencia de lo que se conoce como funcionalidad familiar que es la capacidad de la familia de cumplir con las tareas que se le encomiendan a cada uno de los integrantes de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre.⁽²¹⁾ Un Ambiente Familiar basado en relaciones guiadas por valores devalúa torios, desconfianza y descalificación, condiciona que los integrantes de la familia no se desenvuelvan en un clima emocional que les permita reconocer su propio valor por lo que difícilmente podrán enfrentar de manera satisfactoria los eventos de la vida.⁽²²⁾

La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima; ⁽²³⁾ es la etapa en la que la persona necesita hacerse de una firme

identidad, es decir, saberse individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. Son los años en que el niño pasa de la dependencia a la independencia y a la confianza en sus propias fuerzas. Es una época en la que se ponen sobre el tapete no pocas cuestiones básicas; piénsese en la vocación, en los planes para ganarse la vida, en el matrimonio, en los principios básicos de la existencia, en la independencia de la familia y en la capacidad para relacionarse con el sexo opuesto. A estos aspectos hay que sumar todos aquellos conflictos de la niñez no resueltos y que surjan de nuevo, conflictos que habrá que afrontar también. ⁽²⁴⁾

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Se entendiendo como autoestima a la condición que determina la diferencia entre lo que se desea ser y lo que sé es, abarca los sentimientos y las creencias que el individuo tiene en cuanto a su capacidad, su valía y sus habilidades para afrontar los desafíos. El desarrollo de este tipo de amor por si mismo se da por la interacción dinámica entre el temperamento y las fuerzas ambientales (familiares y sociales ⁽⁴⁾). La estima de cada individuo actúa como un factor de protección ó de riesgo para condiciones que fomentan o limitan su estado de salud. ⁽⁵⁾

En la Sociedad Mexicana la familia se constituye en un medio esencial para el desarrollo del comportamiento humano, Díaz-Guerrero afirma que el desarrollo de la identidad, el estilo y competencia para confrontar y resolver problemas, así como las capacidades intelectuales, son aptitudes adquiridas básicamente a través de la cultura familiar. ⁽²⁵⁾

Existen múltiples estudios que se han avocado al estudio del adolescente con patología, los cuales en general coinciden en relacionar las características sociodemográficas con las condiciones de riesgo susceptibles de afectar a este núcleo de población, el National longitudinal Study of Adolescent Health realizado en Estados unidos de Norteamérica, en 1999, señala que los adolescentes que establecen lazos funcionales de unión con sus familias tienen menor riesgo de emprender conductas arriesgadas. Así mismo se identificó una relación significativa entre autoestima con el rendimiento escolar y la calidad de relación con los compañeros ⁽⁴⁾.

Otro estudio realizado en los Estados Unidos por la Youth Health Risk Survey en 1995; reportó que 53 % de los estudiantes de secundaria y preparatoria aceptaron haber tenido relaciones sexuales, 9% iniciado vida sexual antes de los 13 años, 17% refieren más de un compañero sexual, se determino además que un 80% de adolescentes estudiantes habían probado como mínimo alguna bebida alcohólica y el 52% tenía un consumo frecuente de esta. En este estudio se identifico una asociación significativa de estos eventos con el nivel de estima personal. ⁽²⁶⁾

Aun cuando la cuestión cultural es distinta a la de Estados Unidos, esta situación parece muy semejante a la situación que se vive en la Ciudad de México, en un reporte realizado por Meneses en el año 1999, que informa que de un total de 20.1 millones de adolescentes entre los 15 y 20 años de edad, el 64% de los hombres refirieron haber tenido como mínimo una relación sexual en tanto que solo el 26.3% de estas el 7% indicó haber estado embarazada. Con base a sus resultados establece que una autoestima adecuada en la adolescente tiende a retardar el inicio de la actividad sexual ó cuando esta se inicia tiende a tener relaciones sexuales protegidas. ⁽²⁷⁾

Estudios sobre este campo realizados en el años 1998 refieren que el 48 % de la población adolescente 15 a 19 años ha consumido alcohol o algún tipo de

drogas, también relaciona este hecho estrechamente con las conductas violentas como peleas, uso de armas y lesiones.⁽²⁸⁾ Otras investigaciones llevadas a cabo por Calandra⁽²⁹⁾ y Torres⁽³⁰⁾ señalan que el inicio temprano de la actividad sexual tiene como riesgo esencial el posible contagio de enfermedades de transmisión sexual incluidos el VIH, pues según reporte de la OMS de casi 25 millones de personas infectadas la mitad corresponde a menores de 25 años⁽³¹⁾, así como el riesgo de ser padres o madres en forma prematura. Melzer en 1998 refiere un bajo porcentaje (17%) de varones adolescentes que utiliza algún método anticonceptivo.⁽³²⁾

En México para 1998, la tasa de fecundidad calculada fue de 1.216 por 1 000 habitantes, la tendencia de embarazos adolescentes se proyecta progresivamente más aparente, considerando la probabilidad de que 15 millones de niñas entre los 15 y 19 años darán a luz cada año, debido a que las relaciones sexuales empiezan también cada vez más temprano⁽³³⁾; así para el año de 1999 40% de las adolescentes Mexicanas se reportó con hijos antes de cumplir los 20 años y lo se encuentra en forma constante es la relación que existe en casi todos los estudios realizados desembocan en las disfunción familiar como principal factor para que se den este tipo de problemas, seguido de la deserción escolar, situación económica, medios masivos de comunicación.^(24,31,32) Existen reportes del Departamento de Salud Mental que evalúa el perfil psicológico del adolescente, donde se determina que el autoestima es parte crucial como factor protector para situaciones verdaderamente importantes como lo son el intento suicida, fármaco dependencia y embarazo. Tomando en cuenta lo reportado por INEGI en 1994 quien informa que un 2.12% de intentos suicidas, fueron consumados por jóvenes entre los 15 a 19 años de edad⁽³¹⁾. Para el año de 1998 en el Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México, se realizó un estudio en 1 740 adolescentes mujeres de entre 12 y 17 años con relación a la presencia de ideación suicida. Los resultados de este estudio identificaron una asociación significativa entre ideación suicida y condiciones tales como provenir de una familia integrada por un solo padre, presentar un bajo rendimiento escolar y haber interrumpido los estudios⁽³⁴⁾.

Para este mismo año Ramos y colaboradores investigadores de este mismo Hospital, se dieron a la tarea de determinar la prevalencia de abuso sexual en hombres y mujeres estudiantes de secundaria y preparatoria, los resultados obtenidos muestran el hecho de que el abuso sexual en varones se da principalmente de manera extra familiar, en tanto que en las mujeres el abuso es intrafamiliar, el 89% de los afectados lo mantuvieron en secreto por temor a ser rechazados o culpabilizados⁽³⁵⁾.

El Comité de Expertos en Salud del Adolescente de la Academia Mexicana de Pediatría, en el año de 1998 emite el análisis de la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en el año de 1993; el cual señala que el grupo de 12 a 18 años corresponde al 9% del total de los fumadores nacionales. La edad de inicio en el 72% de todos los fumadores fue antes de los 18 años y de estos el 45% refirió haber iniciado el tabaquismo por presión social de sus compañeros⁽³⁶⁾.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En nuestro país se calcula que existe alrededor de 20.7 millones de jóvenes entre los 10 y 19 años de edad de acuerdo al censo 2000 ⁽³⁷⁾. La U. M. F. No. 94 se ubica dentro de la Delegación Política Gustavo A. Madero. Esta delegación cuenta con un total de 1 235 542 habitantes, de los cuales los menores de 19 años representan aproximadamente el 29.6% ⁽³⁸⁾. La pirámide poblacional de la UMF No 94 en el año 2002 esta representada por un total de 11 255 adolescentes de entre 10 a 19 años de edad, lo que representa el 9.7% de la población derechohabiente. El 66% de estos comprendidos va de los 10 - 14 años y el 34% de los 15 -19 años. ⁽³⁹⁾

La cobertura que ofrece el sistema educativo a la población adolescente es del 97.2% en el grupo de 6-11 años, del 94.7% en el grupo de 12-14 años, del 66.1% en el grupo de 15-19 años, siendo el promedio de escolaridad de 9.6 años. La situación en salud de la población adolescente reportada en la Delegación Gustavo A. Madero se representa de la siguiente forma: Fármaco-dependencia 23.1%, Trastornos Alimentarios 21.7%, Disfunción familiar 21.5%, Delincuencia 19.0%, Tumores malignos 18.9%, Alteraciones de la vista 14.1%, Alteraciones del aprendizaje 7.6%, Alteraciones músculo esqueléticas 3.5%, Embarazo 1.2%. La morbilidad registrada en la UMF No 94 en esta población se manifiesta a través de las siguientes tasas para el año 2002: Infección de Vías Respiratorias Altas 74.3, Gastroenteritis 13.7, Contusiones y Fracturas 7.6, Consejería en Métodos de Planificación Familiar 5.24, Infección de Vías Urinarias 3.78, Dermatitis 2.76, Control de embarazo 2.21, Cervicovaginitis 1.2, Conjuntivitis 2.1, Anemia 1.56, Aplicación DIU 1.2, Caries 1.23, Obesidad 0.4 ⁽³⁹⁾.

Son escasos los estudios realizados sobre la población adolescente que busquen factores de protección para todas las situaciones de riesgo antes mencionadas. Es por ello importante para el Médico Especialista en Medicina Familiar abordar al adolescente desde una perspectiva de salud que anticipe los riesgos sobre la salud y fomente la prevención de una manera planeada con base a las necesidades reales de este grupo social. Por ello es que nace la siguiente pregunta de investigación:

¿INFLUYE EL AMBIENTE FAMILIAR DEL ADOLESCENTE SOBRE SU NIVEL DE AUTOESTIMA?

OBJETIVO GENERAL:

1. Determinar la influencia que el ambiente familiar tiene sobre el nivel de autoestima de los adolescentes de la escuela secundaria N° 72.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar el ambiente familiar de los adolescentes de la escuela secundaria N° 72
2. Identificar el nivel de autoestima de los adolescentes de la escuela secundaria N° 72

HIPÓTESIS:

Los adolescentes que provienen de una ambiente familiar Excelente presentan un nivel de autoestima más elevado.

IDENTIFICACION DE VARIABLES:

Ver cuadro anexo.

TIPO DE ESTUDIO

- OBSERVACIONAL
- TRANSVERSAL
- PROLECTIVO

POBLACIÓN DEL ESTUDIO:

Adolescentes de 10 a 16 años de edad que estudiantes de la escuela secundaria n° 72.

ESPECIFICACION DE VARIABLES.

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala Medición	Categorización
Dependientes					
Ambiente familiar	Percepción que el adolescente tiene de la relación con su papá, mamá y hermanos y la que tienen sus papas entre si.	Clima emocional familiar percibido por el adolescente identificado a través del instrumento elaborado ex profeso	Cualitativa	Ordinal	Excelente:322-428 Buena: 215-321 Regular:108-214 Mala:1-107
Independientes					
Autoestima	Los sentimientos y las creencias que tienen los individuos en cuanto a su capacidad y su orgullo.	Valoración individual del adolescente identificado a través del instrumento elaborado ex profeso	Cualitativa	Ordinal	Excelente:172-228 Buena: 115-171 Regular:68-114 Mala:1-57
Independientes					
Sexo	Condición orgánica que distingue el macho y hembra.	Diferencia de género entre hombre y mujer	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, desde que nació hasta la etapa actual.	Edad que señala el adolescente en la encuesta	Cuantitativa	Intervalos	11 -13 14-16
Grado Escolaridad	Grado educativo del individuo	Nivel cursado en su educación que señale el adolescente.	Cualitativa	Ordinal	1° secundaria 2° secundaria 3° secundaria
Tipo de familia	Características de la integración de la familia	Se determina con base en las personas con quienes vive el adolescente, así como por el parentesco que tenga con él.	Cualitativa	Nominal	Nuclear Extensa Extensa compuesta Atípica
Rendimiento escolar	Efecto en el aumento de la cantidad de producción de capacidad académica.	Característica del aprovechamiento del tiempo en que permanece en la escuela, midiendo en base de a las calificaciones del alumno en el último año escolar.	Cuantitativa	Intervalos	Bueno: 10-9 Regular: 8-7 Malo: < 7.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Con la utilización del programa EPI- Info -6 se establece el cálculo del tamaño de la muestra con un nivel de confianza del 99%, una población de 12820 adolescentes reportados de 10 a 16 años de edad, una prevalencia esperada del 21.5 % y peor resultado del 30 % se obtiene un tamaño de muestra de 153 pacientes.

TIPO DE MUESTREO:

Se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

INCLUSIÓN

1. De 10-16 años
2. Que acepte participar de manera voluntaria en el estudio mediante consentimiento informado.
3. Que sepan leer y escribir
4. Cualquier estado civil, ocupación y religión.
5. Sin antecedente de enfermedad o tratamiento psiquiátrico actual conocido.

NO INCLUSIÓN

1. No aplican

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA Y APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS:

Para la recolección de la muestra se solicitará apoyo de las autoridades de la escuela secundaria No. 72 ubicada en avenida 545A y avenida 1547 colonia ampliación san Juan de Aragón. Con el fin de poder aplicar las encuestas y ofreciendo a cambio una sesión educativa sobre autoestima en coordinación con los médicos de promoción. Así mismo se solicitará consentimiento bajo información a los padres de familia.

Una vez obtenido el permiso el investigador acudirá en el día y hora establecida por las autoridades a impartir la sesión informativa, de manera previa se entregará al adolescente los instrumentos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de las variables en estudio considerando que solo se cuenta con 1 grupo y la escala de medición de las variables es ordinal las pruebas estadísticas a utilizar para identificar la influencia del ambiente familiar sobre la autoestima del adolescente será el Coeficiente de concordancia de Kendall, R de Spearman y Ji cuadrada para igualar grupos.

Para el análisis de las variables universales: se utilizará porcentajes

Para la presentación de estas variables se utilizarán gráficas y tablas.

Hipótesis estadística:

H₁= Los adolescentes que provienen de un ambiente familiar adecuado presentan un nivel de autoestima más elevado.

H₀= Los adolescentes que provienen de un ambiente familiar adecuado no presentan un nivel de autoestima más elevado.

Regla de decisión

Se rechazará H₀ si el valor de la p obtenida es mayor al valor de $p=0.05$.

CARACTERISTICAS DE LOS INSTRUMENTOS A UTILIZAR:

Para identificar el ambiente familiar se utilizará el instrumento elaborado por la Doctora en Psicología Social Patricia Andrade Palos. Los contenidos de este instrumento son las dimensiones más importantes de la relación entre el adolescente con su padre, madre y hermanos, así como la percepción que este tiene acerca de la relación entre sus padres.

El instrumento fue validado en el año 1997 a 1998 en adolescentes de la ciudad de México, obteniendo una confiabilidad alpha 0.86. Son características de este instrumento: para la relación que tiene el adolescente con su madre y padre el cuestionario consta de 45 reactivos. Cada uno de estos evalúa características como apoyo, comunicación, rechazo, aceptación. Para determinar la relación entre padre y madre se emplean otros 7 y 10 reactivos para la relación entre hermanos, el cual determina como el adolescente se identifica con sus hermanos; cada uno de los reactivos consta de cuatro opciones de respuesta correspondientes a una escala tipo Lickert, con opción de respuesta de 4 todo el tiempo, 3 la mayor parte del tiempo, 2 algunas veces y de 1 para nunca.

El Instrumento de Autoestima consta de 56 reactivos tipo Lickert con cuatro opciones de respuesta, que van de de 4 todo el tiempo, 3 la mayor parte del tiempo, 2 algunas veces y de 1 para nunca donde se valoran 3 factores: siendo el primero rechazo personal que evalúa sentimientos de agrado o desagrado personal, el segundo el autoestima social que evalúa aspectos de seguridad y simpatía y el último la autoestima escolar que evalúa la adaptación escolar. El coeficiente de confiabilidad de este instrumento es una alpha 0.697.

Ambos instrumentos fueron validados en estudiantes de secundaria del Distrito Federal.

PRUEBA PILOTO:
NO NECESARIA.

CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente trabajo toma en cuenta la Declaración de Helsinki y las modificaciones que ha tenido en Tokio y Ginebra; las disposiciones sobre investigación en la Ley General de Salud (capítulo I), Norma Oficial de la Secretaria de Salud (capítulo II, III) en sus artículos del 6 al 27 y los Estatutos de Investigación del IMSS.

PROGRAMA DE TRABAJO:

Una vez aprobado el protocolo por el Comité Local de Investigación se procederá a solicitar a las autoridades correspondientes de la UMF.94 apoyo para realización del trabajo en la escuela secundaria No. 72.

Se contempla un plazo de 2 semanas para la integración de la muestra y aplicación del instrumento, acción que realizará el investigador principal.

De manera paralela se realiza la evaluación de los resultados. El vaciado de los datos se realizará en un formato elaborado ex profeso para ello, tipo hoja de cálculo que considera los siguientes apartados: número progresivo, sexo, edad, tipo de familia, aprovechamiento escolaridad, resultado de cuestionario: ambiente familiar, autoestima.

El análisis de las variables en estudio considerando que solo se cuenta con 1 grupo y la escala de medición de las variables es ordinal las pruebas estadísticas a utilizar para identificar la influencia del ambiente familiar sobre la autoestima del adolescente será el Coeficiente de concordancia de Kendall, R de Spearman y Ji cuadrada para igualar grupos.

Para el análisis de las variables universales: se utilizara porcentajes

Para la presentación de estas variables se utilizarán gráficas y tablas.

DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

La difusión de los resultados de investigación será primero en sesión de médicos residentes en la unidad sede, además de jornadas medicas de médicos residentes al finalizar el año académico y se buscara la publicación en la revista de UNAM e IMSS.

RESULTADOS

Este estudio se realizó en estudiantes de la escuela secundaria No. 72. La muestra final fue de 153 adolescentes de los cuales 45.1% fueron del sexo masculino, mientras que 54.9 % al sexo femenino. (ver cuadro y figura 1)

En cuanto a su distribución por edad, un 56.9 % se encontró dentro del rango de 11 a 13 años y un 43.1% correspondió al rango de 14-16 años. (ver cuadro y figura 2)

Con respecto al grado de escolaridad un 30.1% se encontraban cursando el primer grado de secundaria, el 19.6 % el segundo grado y 50.3% el tercer grado. (ver cuadro y figura 3) El desempeño escolar fue bueno en el 58.2 %, un 35.9% lo refirió como regular y 5.9 % como malo. (ver cuadro y figura 4)

El tipo de familia que predominó fue la nuclear en un 68.6%, el 22.2 % correspondieron a familias extensas, 5.2 % a familias compuestas y 3.9% a familias atípicas. (ver cuadro y figura 5) El ambiente familiar identificado por medio del instrumento de Palos fue en un 13.7% excelente, en un 78.4 % bueno, un 7.2 % regular y un solo un 0.7 % como malo. (ver cuadro y figura 6)

El nivel de estima en estos jóvenes fue en un 5.2 % excelente, buena en el 88.2 %, 5.9 % regular y 0.7 % malo. (ver cuadro y figura 7)

Para identificar la influencia del Ambiente Familiar sobre la Autoestima del adolescente, se utilizó Coeficiente de concordancia de Kendall, obteniendo una p no significativa 0.58. También se realizó prueba de r de Spearman la que también dio como resultado una p de 0.58. Estos resultados nos obligaron a aceptar la hipótesis nula que nos dice que no existe relación entre el ambiente familiar y la estima del adolescente. La Ji cuadrada para diferenciación de variables de estudio obtiene una P de 0.30 la cual tampoco resulta significativo. (ver cuadro 8)

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Las características sociodemográficas encontradas en el estudio, identifican una alta frecuencia de mujeres cursando estudios de secundaria esto puede estar condicionado probablemente al acceso cada vez mayor que las mujeres tienen a la educación según reportes de los censos nacionales en poco menos de 30 años, el nivel de escolaridad de la población mexicana en el caso específico de las mujeres se registró un incremento de 122 por ciento, al pasar de 3.2 a 7.1 años de escolar.

Con respecto a la distribución por edad y a la escolaridad la distribución no fue uniforme debido a que la organización de la escuela fue más accesible para la aplicación a alumnos de tercer grado.

Es importante mencionar que el desempeño escolar encontrado fue el manifestado por el propio alumno lo que tal vez pudiera ser la causa del nivel académico alto que se encontró. Revisando estadísticas de la SEP en el ciclo escolar 2002-2003 se reconoce un alto nivel en la educación media del Distrito Federal.

La tipología familia se semejan lo reportado por el INEGI ⁽⁴⁰⁾, donde también destaca un mayor porcentaje de familias nucleares seguido por las familias extensas.

Los resultados obtenidos con respecto a las variables en estudio, estuvieron marcadamente orientadas hacia el nivel de excelente y bueno, esto podría deberse a que a pesar de características y validación del Instrumento este no discrimino de manera adecuada las expectativas sociales del adolescente que tienden a condicionar sus respuestas en el marco de lo que debería de ser y no lo que realmente sucede en ellos y sus familias. ya que estos resultados no son acordes a otros reportes realizados sobre el mismo campo de estudio a nivel nacional, los que han identificado una asociación significativa entre el ambiente familiar y el nivel de estima. ^(15,16, 17).

CONCLUSIONES.

1. Existe una alta participación de la mujer en la educación media.
2. El tipo de familia que predominó fue el nuclear seguido de la familia extensa.
3. No fue posible identificar influencia del ambiente familiar sobre la autoestima del adolescente.
4. El ambiente familiar y la autoestima que predominó fue el nivel bueno.
5. El diseño del estudio no fue el más apropiado para identificar asociación.

SUGERENCIAS

1. Continuar esta línea de estudio de investigación a través de un desempeño de casos y controles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blos P. Psicoanálisis de la Adolescencia. México: Motriz, 1983: 145-154.
2. Blos P. los comienzos de la adolescencia. Buenos aires: Amorrutur, 1983: 139-200.
3. Bleger P. La identidad en el adolescente. Buenos aires. Paidós, 1973: 36-49
4. Joffe, A. ¿Por que medicina de la adolescencia? En: clínicas de Norteamérica, medicina del adolescente, México: McGraw-Hill interamericana, 2000: Vol. 4: 134-260.
5. Arce L M. Conflictos en la evolución del adolescente, En: Teoría y metodología para la intervención en familias, Costa Rica: universidad nacional ,1995: 94-8.
6. Erickson, E. Identidad, juventud y crisis, México: Paidós, 1988: 345-59
7. Maller M. Simbiosis humana, Las vicisitudes de la individualidad, México: Mortiz, 1989: 395-99
8. Perason GH. La adolescencia y el conflicto de generaciones, Buenos aires: Siglo XX, 1973: 120-345.
9. Andrade P. El ambiente familiar del adolescente una alternativa de evacuación: México, psicología social, AMEPSO, 1998: 216-221.
10. Brooks. B. Amor propio durante los años escolares, Su desarrollo normal y su peligrosa disminución. Desarrollo y conducta de niños mayores y adolescentes En: Clínicas pediátricas de Norteamérica, México : McGraw-Hill interamericana , 1992 : 575-591
11. Satir, Virginia. Relaciones humanas, en el núcleo familiar, México: Pax, 1978: 128-139.
12. Haley J. Trastornos de emancipación juvenil , Buenos Aires: 1989
13. Huerta. G. JL. Estudio de la salud familiar, México: PAC medicina familiar. México, 1999: 24-60.
14. Arce L M. Dinámica familiar con hijos adolescentes. Teoría y metodología para la intervención en familia. Costa Rica: Universidad Nacional de Costa Rica; 1995: 89-93.
15. Villa toro V J A, Andrade P P, Fleiz B C. La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes, Salud Mental, 1997; 20(2): 21-2.
16. Labra N. Goyos P, Dinámica familiar, Archivos de Medicina familiar. octubre-diciembre, 2001; 3 (4): 95-98. .
17. Montt S M E, Ulloa C F. Autoestima y salud mental en los adolescentes, Salud Mental, 1996; 19(3): 30-35.
18. Shibutani, Tomotsu. Psicología social y psicología, México, Paidós. 1971. p. 401-403.
19. Towberman DB, McDonald RM. Dimensions of adolescent self-concept associated with substance use. The Journal of Drug Issues, 1993; 23(3):525-533.
20. Chassin L, Tetzloff C, Hershey M. Self-image and social-image factors in adolescent alcohol use. Journal of studies on alcohol, 1985; 46:39-47.
21. Kinnier RT, Metha AT, Okay JL. Adolescent substance abuse and psychological health. Journal of alcohol and drug education, 1994:40(1):51-56.

22. Bozhovich LI. La personalidad y su formación en la edad infantil. La Habana; Editorial Pueblo y Educación; 1976: 195-241.
23. E. B. Neninger, Alamar, Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente, *Revista Cubana Pediatría*, 1999; 71(1):39-42.
24. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Washington D. C. OPS; 1986.
25. Camacho V M, Andrade P P. el concepto de la familia en los adolescentes, *La psicología social en México*, 1992; 4: 295-299.
26. Pereira. C. Problemas de la salud reproductiva en los adolescentes en México. *Medicina y ética*. 1996; 2: 159- 67.
27. Meneses. G. J. Salud del adolescente, estudio integral del adolescente, México: PAC Medicina Familiar, 1999: 12-36.
28. Willis. E. Violencia de los medios de comunicación, Violencia en niños y adolescentes En: *Clínicas pediátricas de Norteamérica*. McGraw-Hill interamericana, 1997: 25-60
29. Calandra N. Vázquez S. Embarazo y adolescentes, *ginecología infantil*, julio, 1996; 3(2). 35-46.
30. Torres. A. La resolución obstétrica de las adolescentes en comparación con las adultas, *Ginecología y obstetricia de México*, Agosto, 1999; 6: 29-40.
31. Melzer. D. Violencia y comportamiento que conllevan alto riesgo para la salud de los adolescentes. Toxicomanías, enfermedades de transmisión sexual y embarazo, violencia en niños y adolescentes, En: *Clínicas pediátricas de Norteamérica*, McGraw-Hill interamericana , 1998: 281-290
32. Martínez. S H. salud de adolescentes, *salud pública México*, 2003; 45, supl 1: S3-4.
33. Arce LM. Dinámica familiar con hijos adolescentes. Teoría y metodología para la intervención en familia, Costa Rica: universidad nacional, 1995:89-93.
34. Tercero. Q. Perfil psicológico d e adolescentes que intentaron suicidarse, *Revista mexicana de pediatría*, sep-oct. 1999; 66(5): 197-202.
35. González, F. C. Berenzon, G. S. ideación suicida y características asociadas a mujeres adolescentes, *salud pública de México*, 2003; 4(5): 430-37.
36. Academia de pediatría, tabaquismo en adolescentes. adicción prevenible, *boletín medico hospital infantil México*, 1998; 55 (8): 485-487.
37. Ramos, L. L. Saldivar, H. G. Villatoro, V. J. Rojas, G. E. Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas, *salud pública de México*, 200; 40(3): 221-233.
38. Santos, P. J, transición epidemiológica del adolescente, *salud pública de México*, 2003, supl 1, 4: S140-153.
39. Departamento de recopilación informática del archivo y expediente clínico.
40. <http://www.cimac.org.mx/noticias/00jul/00072106.html>

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ANEXOS

Cuadro 1 Distribución por sexo de la escuela secundaria N° 72

	Número	Porcentaje
Femenino	84	54.9 %
Masculino	69	45.1 %
Total	153	100%

Fuente: instrumento aplicado

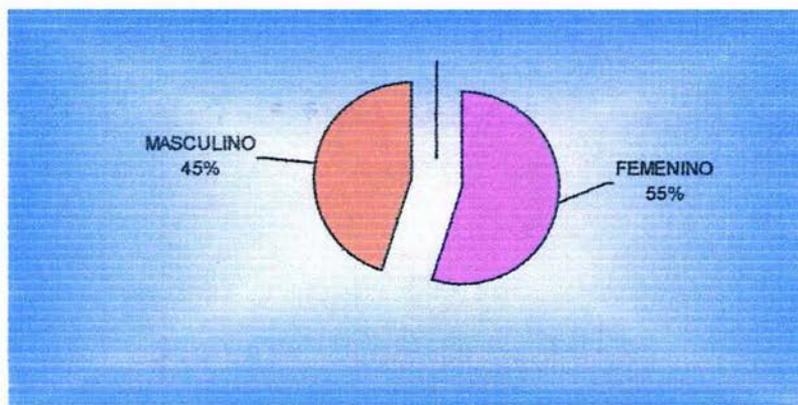


Figura 1 Distribución por sexo de los alumnos de la secundaria N° 72

Cuadro 2 Distribución por edad de los alumnos de la secundaria N° 72

Rangos	Número	Porcentaje
11-13	87	56.9 %
14-15	66	43.1 %
Total	153	100 %

Fuente: Instrumento Aplicado.

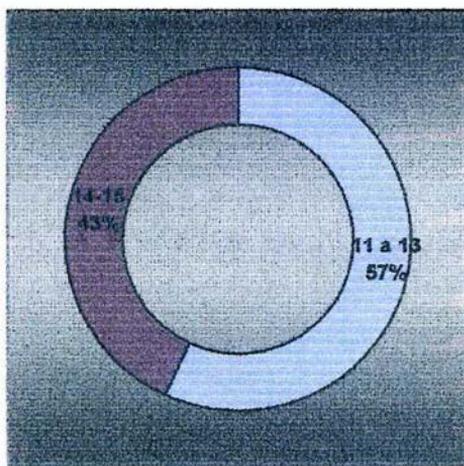


Figura 2 Distribución por edad de los alumnos de la secundaria N° 72

Cuadro 3 Distribución por escolaridad de los alumnos de la secundaria N° 72

	Número	Porcentaje
1ro secundaria	46	30.1 %
2ndo secundaria	30	18.1 %
3ro secundaria	77	50.3 %
Total	153	100 %

Fuente: Instrumento Aplicado.

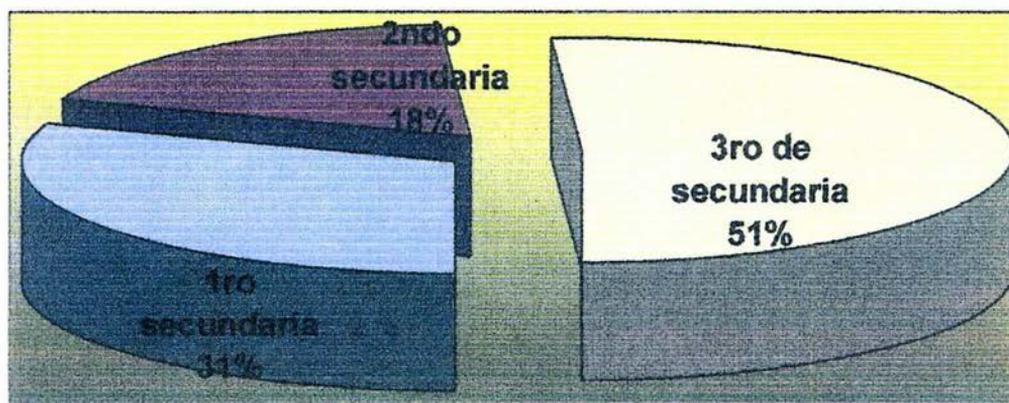


Figura 3 Distribución por escolaridad de los alumnos de la secundaria N° 72

Cuadro 4 Desempeño escolar encontrado en los alumnos de la Secundaria N° 72

	Número	Porcentaje
Bueno	89	58.2 %
Regular	55	35.9 %
Malo	9	5.9 %
Total	153	100 %

Fuente: Instrumento Aplicado.

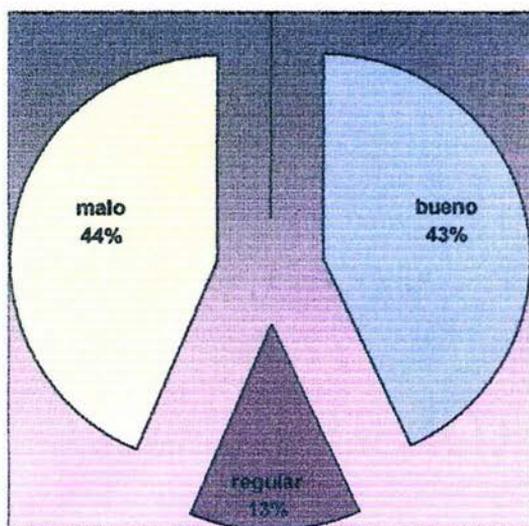


Figura 4 Desempeño escolar de los alumnos de la secundaria N° 72

Cuadro 1 Tipo de familia de los alumnos de secundaria N° 72

	Número	Porcentaje
Nuclear	105	68.6 %
Extensa	34	22.2 %
Extensa compuesta	8	5.2 %
Atípica	6	3.9 %
Total	153	100 %

Fuente: Instrumento Aplicado.

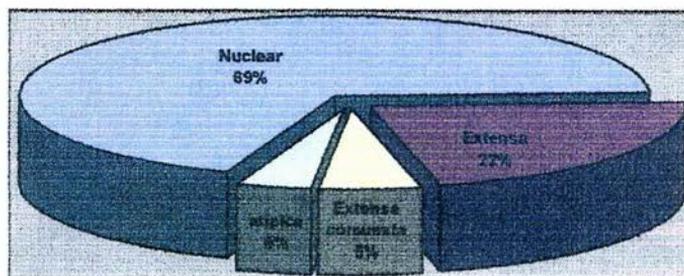


Figura 5 Tipo de Familia de los alumnos de la Secundaria N° 72

Cuadro 2 Ambiente familiar en los alumnos de la secundaria N° 72

	Número	Porcentaje
Excelente	21	13.7 %
Bueno	120	78.4 %
Regular	11	7.2 %
Malo	1	.7 %
Total	153	100 %

Fuente: Instrumento Aplicado.

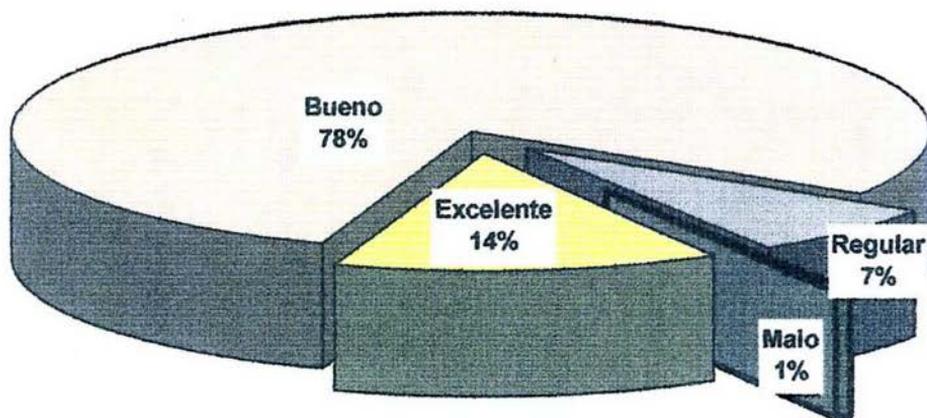


Figura 6 Ambiente familiar en los alumnos de la escuela secundaria N° 72

Cuadro 3 Autoestima de los alumnos de la secundaria N° 72

	Número	Porcentaje
Excelente	8	5.2 %
Bueno	135	88.2 %
Regular	9	5.9 %
Malo	1	.7 %
Total	153	100 %

Fuente: Instrumento Aplicado.

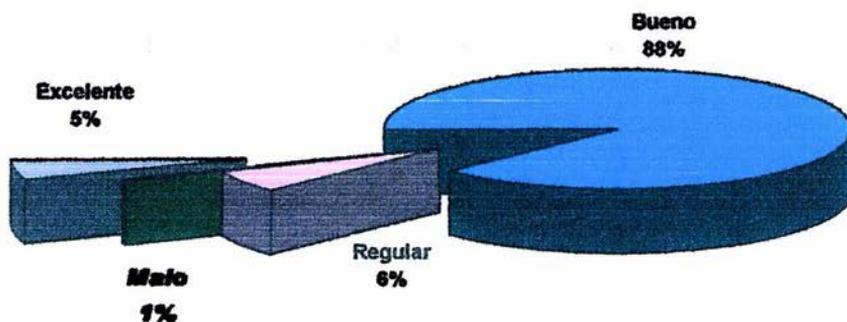


Figura 7 Autoestima de los alumnos de la secundaria N° 72

Cuadro 8 Diferenciación de variables de estudio

	VARIABLE	EXCELENTE	BUENO	REGULAR- MALO	TOTAL
AUTODIAGNÓSTICO	EXCELENTE		7	1	8
	BUENO	20	107	8	135
	REGULAR- MALO	1	8	2	10
	TOTAL	21	120	12	153

Se aplica prueba estadística Ji cuadrada donde se obtiene P de 0.30 la cual no es significativa.