

11226



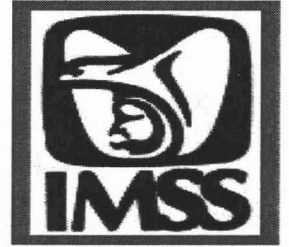
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MEDICA FAMILIAR 28 GABRIEL MANCERA



**VALORACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE
SATISFACCIÓN FAMILIAR,
INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ESTILO
DE VIDA EN EL ADOLESCENTE.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:

M E D I C I N A F A M I L I A R

0352244

P R E S E N T A

DRA. JULIETA SOLIS ZAMORA



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.

DEDICATORIAS... DOY GRACIAS:

A Dios:

Por permitirme llegar a esta etapa de vida.

A Mis Padres:

Por su apoyo incondicional a pesar de ideales diferentes.

A Mi Esposo:

Mi complemento, con quien hemos aprendido a la par de Familia.

A Mi Hija:

Motor de nuestra familia. Por donar parte de su tiempo.

Amigos, Maestros, Familiares y quienes lo lean:

Por sus críticas, facilidades, porras, bendiciones, enojos y enseñanza que promueven cambios en mí.

AGRADEZCO A:

Universidad Autónoma de México.
"Departamento de Medicina Familiar"

Escuela Secundaria Técnica no. 9
"Julián Carrillo".

Unidad de Medicina Familiar no. 28
"Gabriel Mancera"

ASESORES DE TESIS

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Julieta Solís
Comara

FECHA: 23/09/05.

FIRMA: 


Dra. Silvia Landgrave Ibañez.

Coordinadora de la Biblioteca "José Laguna García".
Dpto. De Medicina Familiar.





Dr. Raúl Efren Ponce Rosas.
Prof. Asociado C. "TC". Coordinación de
Investigación. Dpto. De Medicina Familiar.

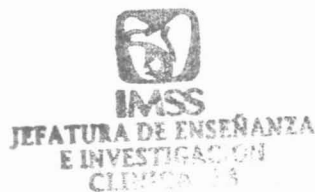
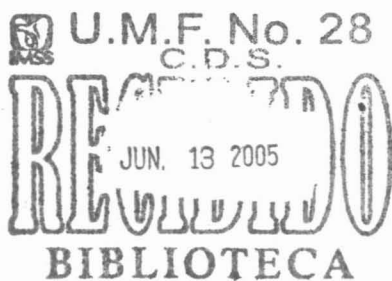
AUTORIDADES



Dr. José Antonio Rodríguez Covarrubias.
Director de la UMF no. 28
"Gabriel Mancera"
IMSS



Dr. Augusto Bernardo Torres Salazar.
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en
Salud
Jefe de Enseñanza de la UMF no. 28
"Gabriel Mancera"



INDICE

| | Página |
|--|--------|
| 1. MARCO TEÓRICO. | |
| 1.1. Adolescencia | 1 |
| 1.1.1. Concepto | 1 |
| 1.1.2. Epidemiología | 1 |
| 1.1.3. Clasificación de la adolescencia. | 1 |
| 1.1.4. Características generales del adolescente | 2 |
| 1.1.5. ¿Qué es la adolescencia? | 4 |
| 1.1.6. Factores de riesgo en la adolescencia | 4 |
| 1.1.7. Factores protectores en la adolescencia | 4 |
| 1.1.8. Importancia del adolescente | 5 |
| 1.2. Estilo de Vida | 5 |
| 1.2.1. Concepto | 5 |
| 1.2.2. Elementos positivos y negativos para el estilo de vida en adolescentes | 6 |
| 1.2.3. Conducta juvenil | 6 |
| 1.2.4. Factores en el cambio de estilo de vida | 7 |
| 1.3. Familia | 7 |
| 1.3.1. Definición | 7 |
| 1.3.2. Funciones de la familia | 8 |
| 1.3.3. ¿Qué es la familia? | 9 |
| 1.3.4. Funcionalidad familiar | 9 |
| 1.3.5. Disfuncionalidad familiar | 10 |
| 1.3.6. Crisis Familiar | 11 |
| 1.3.7. Importancia de la familia | 12 |
| 1.3.8. APGAR familiar | 12 |
| 1.4. Inteligencia Emocional | 13 |
| 1.4.1 Historia de la inteligencia | 13 |
| 1.4.2 Definición de inteligencia emocional | 14 |
| 1.4.3 Emoción | 14 |
| 1.4.4 Bases biológicas de inteligencia emocional | 15 |
| 1.4.5 Componentes de la inteligencia emocional | 17 |
| 1.4.6 Importancia de la inteligencia emocional | 18 |
| 1.4.7 Educación emocional | 19 |
| 1.5 La Familia: Etapa Con Hijos Adolescentes | 20 |
| 1.5.1 Eventos en la familia con adolescentes | 20 |

| | | |
|-----------|---|----|
| 1.5.2 | Puntos claves en esta etapa | 21 |
| 1.6 | Familia Actual | 22 |
| 1.6.1 | Situación actual de la familia | 22 |
| 1.6.2 | ¿Sé está preparado para los cambios actuales en la familia? | 23 |
| 1.7. | Planteamiento del Problema | 23 |
| 1.8. | Justificación | 24 |
| 1.9. | Objetivos | 25 |
| 1.10. | Hipótesis | 25 |
| 2. | MATERIAL Y MÉTODOS | 26 |
| 2.1. | Tipo de Estudio | 26 |
| 2.2. | Diseño de la Investigación del Estudio | 26 |
| 2.3. | Población, Lugar y Tiempo | 26 |
| 2.4. | Muestra | 26 |
| 2.5. | Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación | 27 |
| 2.6. | Variables | 27 |
| 2.7 | Definición Conceptual y Operativa de las Variables | 31 |
| 2.8 | Diseño Estadístico | 32 |
| 2.9 | Instrumentos de Recolección de Datos | 33 |
| 2.10 | Método de Recolección de Datos | 33 |
| 2.11 | Maniobras para Evitar o Controlar Sesgos | 34 |
| 2.12 | Prueba Piloto | 34 |
| 2.13 | Procedimientos Estadísticos | 34 |
| 2.14 | Cronograma | 35 |
| 2.15 | Recursos Humanos, Materiales, Físicos y Financiamiento del Estudio | 36 |
| 2.16 | Consideraciones Éticas | 36 |
| 3. | RESULTADOS | 37 |
| 4. | DISCUSIÓN | 46 |
| 5. | CONCLUSIONES | 52 |
| 6. | REFERENCIAS | 54 |
| 7. | ANEXOS | 59 |

RESUMEN

Valoración de la percepción de la satisfacción familiar, inteligencia emocional y estilo de vida en el adolescente de la EST 9 “Julian Carrillo”

Dra. Julieta Solís Zamora. R3MF.

INTRODUCCIÓN. La salud del adolescente es un elemento clave para el progreso de todos los países, gran parte de problemas de salud comienzan en la adolescencia y no se manifiestan instantáneamente sino en años posteriores.

La familia juega un importante rol en la formación de los individuos o ser origen de patología. La capacidad de vivir y manejar las emociones se aprende desde la infancia, por ello la familia es la escuela en la que el niño aprende a desarrollar la inteligencia emocional. Los adolescentes tienen menos probabilidad que los adultos de tener estilos de vida psicopatológicos establecidos y por ende facilidad para poder modificarlo.

OBJETIVO. Conocer el nivel de satisfacción familiar, estilo de vida e inteligencia emocional del adolescente.

MATERIAL Y MÉTODO. Se realizó una encuesta a los alumnos de la EST 9 “Julian Carrillo” en Nezahualcoyotl, Estado de México, en septiembre del 2004. Alumnos de 1 y 3 año, ambos turnos y previo consentimiento informado. Se analizaron 195 (13.9%) encuestas en el programa SPSSV10 de las 200 aplicadas.

RESULTADOS. Se obtuvo un rango de edad de 11 a 16 años, predominó la adolescencia temprana; con el 51.2% matutino y 48.7% vespertino; en la variable sexo predominó el femenino con 55.8%, y 44.1% masculino; las horas a la semana que ven TV fue 33.8% de 10-19 hrs, 24.6% de 20-29hrs, 13.8% de 40-49hrs, 12.8% de 30-39, 9.2% de 1-9hrs y 5.6% más de 50hrs; las horas a la semana para platicar con su familia fue 33.3% de 5-14 hrs, 21.5% de 15-24 hrs, 20.5% de 0-4, 12.3% de 25 a 34 hrs, 8.2% de 35-44 hrs y 4.1% más de 45 hrs; En cuanto a la estructura familiar con mayor frecuencia 43.5% nuclear y 32.8% extensa; 50.7% familias tradicionales y 49.4% modernas, por su integración

fueron 79.4% integradas, 18.9% desintegradas y 1.5% semi-integradas. El APGAR familiar reportó: 71.7% funcional, 23% medianamente funcional y 5.1% altamente disfuncional. El estilo vida: 56.9% buena, 23% excelente, 15.8% regular y 4.1% mala. El nivel de inteligencia fue normal o buena 71.2% y baja 28.7%.

CONCLUSIONES.

En este estudio se logró observar parte del perfil del adolescente, encontrando correlación elevada entre el nivel de Inteligencia Emocional y Estilo de Vida que llevan ellos.

Se invita a todos aquellos interesados, a seguir investigando a la familia, que es parte fundamental para la formación de todo ser humano y de su inteligencia emocional, así como crear estrategias para el estudio integral del adolescente y buscar la manera de promover estilos de vida saludable. Que será sin duda alguna punto importante en la prevención de algunas patologías, para que no se presenten en la adultez y por ende de la sociedad.

Palabras clave: Adolescencia, satisfacción familiar, estilo de vida, inteligencia emocional.

1. MARCO TEORICO

1.1. Adolescencia.

1.1.1. Concepto

Epoca de crecimiento acelerado, en lo emocional y social, “dolor” de crecimiento que es necesario para enfrentar cada día penoso y al mismo tiempo maravilloso acto de vivir.¹

Etapas entre la niñez y la edad adulta, se inicia con cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflicto y contradicciones, pero esencialmente positivos.²

Período de desarrollo personal durante el cual se establece un sentido de identidad individual y sentimientos de mérito propio que comprende una modificación de su esquema corporal, adaptación a capacidades intelectuales más maduras, adaptación a las exigencias de la sociedad (conducta madura), la internalización de un sistema de valor personal y preparación para roles adultos.³

1.1.2. Epidemiología

En el ámbito mundial, adolescentes y jóvenes (10 a 24 años de edad) representan la cuarta parte de la población; alrededor de 1,700 millones de personas se encuentran en este grupo de edad, de los cuales 85% viven en los países en desarrollo.

De acuerdo con el censo 2000, en México 21.3% de la población es adolescente, 20.7 millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad y 9 millones de jóvenes de 20 a 24 años de edad.⁴

1.1.3. Clasificación de la adolescencia.

La OMS² establece límites cronológicos para este período:

- ❖ Adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases:
- ❖ Adolescencia temprana (10-14 años)
- ❖ Adolescencia tardía (15-19 años).

Desde una visión didáctica:⁵

- ❖ Adolescencia temprana, de los 10 a los 14 años;
- ❖ Adolescencia media, desde los 15 a los 17 años y

❖ Adolescencia tardía, de los 18 a los 21 años.

Los cambios sociales actuales han llevado a que los niños entren antes (que lo hacían sus padres o abuelos), a los 9 a 10 años y que salgan más tarde, después de los 21 años. ⁶

La pubertad. Término para identificar cambios somáticos dados por aceleración de crecimiento y desarrollo, maduración sexual, no es un proceso exclusivamente biológico, sino que está interrelacionado con factores psicológicos y sociales.

La juventud. Categoría sociológica (15-14^a) que coincide con la etapa postpuberal de la adolescencia, ligada a procesos de interacción social, definición de identidad y toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere. ⁷

1.1.4. Características generales del adolescente.

❖ Crecimiento corporal, aumento de la masa y fuerza muscular, maduración de pulmones, del corazón y por tanto mayor rendimiento físico, más notable en el varón.

❖ El incremento de la velocidad de crecimiento y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de manera armónica, siendo común la torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, que pueden generar trastornos emocionales y conductas de manera transitoria.

❖ Maduración de los órganos sexuales y el inicio de la capacidad de reproducción.

❖ Los aspectos psicosociales:

1. Búsqueda de identidad, necesidad de independencia y tendencia grupal.
2. Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
3. Contradicciones en su conducta y constantes fluctuaciones de su estado anímico.
4. Relaciones conflictivas con sus padres que oscilan entre dependencia y separación.
5. Actitud social reivindicativa: más analíticos, a pensar en términos simbólicos, formular hipótesis, corregir falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias, elaboran una escala de valores, necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida.

La utilidad de conocer las características universales de la adolescencia, está en que permite identificar la normalidad de dichas manifestaciones y evita el error de que sean considerados como aspectos o conductas patológicas. ^{2,7,8}

A continuación se mencionan las principales características: ^{5,9,10}

| PROMEDIO APROXIMADO Y SECUENCIA DE CARACTERES SEXUALES | | |
|---|---|---|
| Edad en años | MASCULINO | FEMENINO |
| 9-10 | | Crecimiento de los huesos pelvianos, brote de los pezones. |
| 10-11 | Primer crecimiento de testículos y pene. | Brote de las mamas, vello pubiano. |
| 11-12 | Actividad prostática. | Cambios en epitelio vaginal y crecimiento de genitales externos e internos. |
| 12-13 | Vello pubiano. | Pigmentación de los pezones, aumento de las mamas. |
| 13-14 | Crecimiento rápido de testículos y pene, tumefacción subareolar de los pezones. | Vello axilar, menarquia. |
| 14-15 | Vello axilar, bozo en labio superior, cambio de voz. | Embarazos normales más precoces. |
| 15-16 | Espermatozoides maduros | Acné, voz más profunda. |
| 16-17 | Vello facial y corporal, acné. | Detención del crecimiento esquelético |
| 21 | Detención del crecimiento esquelético. | |

Fuente ⁹

| DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA | | | | |
|--------------------------------------|--|---|--|---|
| | Psicomotor | Emocional | Cognitivo | Social |
| TEMPRANA | Cambios puberales. Menstruación. Derrames nocturnos. | Adaptación al nuevo esquema corporal (sexual). Aumento cualitativo de la presión instintiva. | Pensamiento concreto y crítico. Primeros conceptos morales. "Soñar despierto" | Firme efecto de los pares. |
| INTERMEDIA | Integra cambios físicos. Preocupación por la apariencia. Sistematización de la práctica deportiva. | Establecimiento de la separación emocional de los padres. Se sienten más seguros. Orientación heterosexual. Idealización del objeto amoroso. | Surge el pensamiento abstracto, expansión de las aptitudes verbales, moralidad convencional. Adaptación al aumento de las demandas escolares. Experimenta sus procesos internos como únicos. | Rebeldía a la figura de autoridad, lucha por sus espacios y tiempos. Aumento de las conductas de riesgo para la salud, primeros planes vocacionales |
| TARDÍA | Perfección y exigencia en prácticas deportivas o artísticas. Aceptación de la imagen corporal. | Establecimiento de un sentido personal de identidad: mayor grado de satisfacción y responsabilidad. Mayor separación de los padres. Equilibrio emocional impulso sexual, encuentra su objeto sexual | Desarrollo del pensamiento abstracto complejo. Surgimiento de la moralidad posconvencional. Equilibrio yoico. Constancia de identidad. | Aumento del control de impulsos, comienzo de la autonomía social, establecimiento de la capacidad vocacional. Retorno al hogar. Integración a la sociedad. |

Fuente ^{5,9}

1.1.5. ¿Qué es la adolescencia?

La situación del adolescente es comparable al viajero que tiene que nadar entre dos orillas (infancia y edad adulta), con muy pocos conocimientos de natación (falta de recursos y de experiencia), con una travesía potencialmente llena de peligros (influencia negativa del ambiente) y sin saber exactamente dónde está y qué le espera al otro lado (desorientado), sin embargo llega, con más o menos dificultades a su destino. ^{1,6}

1.1.6. Factores de riesgo en la adolescencia.

- ❖ Familias con desconocimiento ^{2,7,9} de las características cambiantes en las distintas etapas de la adolescencia, por parte de los padres y/o educadores. Disfunción familiar.
- ❖ Carencia de educación sexual, maduración sexual más temprana y maduración psicoemocional y tecnicocultural más tardía en relación con los adolescentes contemporáneos, embarazo en adolescentes, enfermedades de transmisión sexual.
- ❖ Inducción y proselitismo hacia actividades antisociales.
- ❖ Acción nociva de la comunicación masiva y publicidad moderna, con implantación de patrones ideales falsos.
- ❖ Prolongación de dependencia económica de los jóvenes hasta el término de su preparación vocacional. Deserción escolar. Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social. Condiciones ambientales insalubres marginales y poco seguras.

1.1.7. Factores protectores en la adolescencia.

- ❖ Estructura y dinámica familiar que satisface los procesos físicos y funcionales de la familia. Políticas sociales con objetivos dirigidos a la atención de la niñez y la adolescencia.
- ❖ Desarrollo de medio ambiente saludable y promoción del autocuidado.
- ❖ Promoción de mecanismos que permitan la identificación y esfuerzo de las defensas endógenas y exógenas frente a situaciones traumáticas y de estrés conociendo la capacidad de recuperación, ante condiciones adversas, que poseen los niños y adolescentes. ^{2,7}

1.1.8. Importancia del adolescente.

La salud del adolescente es uno de los elementos clave para el progreso social, económico y político de todos los países. Sin embargo, con demasiada frecuencia sus necesidades y derechos no figuran en las políticas públicas, o del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada.⁵

Aunque gran parte de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no se manifiestan en morbilidad o mortalidad durante la misma, sí lo hacen en años posteriores. De hecho la OMS estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia.^{1,11}

Para la atención integral del adolescente, no sólo es importante conocer las afecciones más frecuentes, sino también realizar una evaluación y diagnóstico familiar, que es área del primer nivel de atención.^{2,7,9}

Cuando se presenta alguna psicopatología en el adolescente es recomendable solicitar la evaluación e intervención del psiquiatra infantil y de adolescentes, ya que no es normal a ninguna edad siendo alguna de éstas las siguientes:

- ❖ Cambios en el rendimiento escolar o interacciones sociales de las que antes disfrutaba.
- ❖ Abuso del alcohol o drogas.
- ❖ Vida sexual promiscua.
- ❖ Incapacidad para enfrentar problemas comunes o actividades cotidianas.
- ❖ Cambios en la alimentación o en los hábitos del sueño.
- ❖ Múltiples quejas somáticas sin base biológica. Miedo irracional.
- ❖ Violación de los derechos de los demás con ingredientes agresivos o sin ellos.
- ❖ Depresión. (Animo negativo prolongado, disminución del apetito, insomnio, ideas de muerte e ideas suicidas).^{2,4,9,42}

1.2. Estilo de Vida.

1.2.1. Concepto.

Es todo aquello que permite irse introduciendo en la manera de vivir de las personas, pautas de conductas, que tanto individual como colectivamente mejoran la calidad de vida.¹²

Wilson lo menciona como “el conjunto de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las cuales se tiene algún grado de control voluntario”.

Autocuidado. Acto de vida para ir asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones.^{13,14}

Todo estilo de vida está favorecido por los hábitos, costumbres, modas, valores... existentes y dominantes en cada comunidad teniendo como característica que son aprendidos y por tanto *modificables a lo largo de toda la vida.*¹²

1.2.2. Elementos positivos y negativos para el estilo de vida en adolescentes.

❖ *Positivos:*

- Saber utilizar de forma positiva la publicidad.
- Existencia de una asociación juvenil y óptima participación de los jóvenes en la comunidad para hábitos culturales, deportivos y tiempo del ocio.
- Comunidad que potencia redes de apoyo social.
- Comunidad que reconoce conductas positivas.¹²

❖ *Negativos:*

- Recursos necesarios poco accesibles.
- Moda de fumar, abuso de drogas, comienzo temprano y mal uso de bebidas alcohólicas.
- Cultura de violencia, agresividad, e insolidaridad como valor social.
- Incorrectos hábitos de relación sexual.¹²

1.2.3. Conducta juvenil

Gran parte de las patologías que provoca más morbilidad y mortalidad entre la población tiene relación con sus hábitos y costumbres lo cual confirma una vez más, el hecho de que *los estilos de vida son uno de los determinantes principales de salud.*¹²

En los *jóvenes* la relación con su familia, escuela, amigos, la calle y medios de comunicación, son los factores determinantes para influir en sus estilos de vida.

Las conductas no saludables suele iniciarse en la adolescencia temprana, incrementándose en la adolescencia media y alcanzando su pico en la tardía. Siendo las conductas saludables en sentido contrario.^{6,12}

Es más factible que respondan los adolescentes con psicopatología a la terapia que los adultos por tenerla más "establecida".⁹

El *autocuidado debe ser una filosofía de vida*, una responsabilidad individual íntimamente ligada a la cotidianeidad, a experiencias vividas, pero a su vez debe estar fundamentada en un sistema de apoyo formal e informal como es el sistema social y de salud.¹³

Las interacciones familiares moldean muchas de las principales conductas que mantienen a los individuos sanos: dieta, cantidad de ejercicio, si fuman o consumen alcohol; es evidente que el comportamiento individual y *el estilo de vida* de las personas surgen de la forma como estos hábitos fueron socializados en familia, ya sea permitiéndolos o precavando sus efectos.

1.2.4. Factores en el cambio de estilo de vida.

Muchos profesionales¹² se sorprenden primero, se angustian y se desesperan después cuando comprueban que tras informar a los jóvenes de conductas a seguir o evitar, siguen con “malas” conductas. La modificación o eliminación de hábitos no es nada fácil por lo que hay que analizar otros factores además de la información, para facilitar estos cambios:

- Las actitudes, valores y creencias del individuo con respecto a la conducta que se quiere modificar o implementar.
- Entrenamiento necesario para la realización de la conducta saludable que se desea facilitar como por ejemplo, es difícil que un joven aprenda a usar de forma correcta y gratificante el condón.
- La existencia y accesibilidad de recursos que ayuden a tener hábitos saludables propuestos.
- El papel del medio que rodea al sujeto como la familia que le refuerce o inhiba su conducta.
- La relación que existe entre sus comportamientos y las consecuencias inmediatas.

1.3. Familia

1.3.1. Definición

Grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que, en general, comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual.

La palabra “familia” proviene de la raíz latina *famulus*, que significa sirviente o esclavo doméstico.¹⁵

1.3.2. Funciones de la familia

La familia^{16,19} desempeña cinco funciones básicas, si bien algunas de ellas tienen mayor trascendencia según la etapa del ciclo de vida familiar en la que se encuentren:

Socialización. Decir que la familia es “aula principal” apunta a cómo en su seno se instaura el proceso de socialización (más temprana y duradera) del hombre, allí se tejen los lazos afectivos primarios, los modos de expresar el afecto, la vivencia del tiempo y del espacio, las distancias corporales generacionales que preceden.

La familia juega un papel vital al imprimir en los individuos un troquel definitivo para su comportamiento ulterior, lo que trasciende positiva o negativamente en la sociedad.

Atención (protección). El sistema parental debe brindar a cada uno de los integrantes del núcleo familiar un hábitat adecuado, satisfacer sus necesidades de alimentación, vestido y, en general protegerlo de agentes agresores.²⁵

Afecto. Mantener una relación afectiva sólida, íntima y genuina entre sus miembros,^{17,18,31} sin coartación en su forma y calidad de expresión, para que cada uno de sus miembros puedan independizarse como una manifestación de madurez afectiva de la familia.

Reproducción. La familia sirve como proveedora de nuevos miembros a la sociedad, actividad que rebasa a la genitalidad; asumir la responsabilidad ante la concepción, desarrollo fetal, primeras etapas de la vida, así como transmitir patrones y costumbres sexuales.

Estatus. El sistema parental establece una serie de acciones y compromisos sociales de diversa índole en relación con su medio social, para formar una “plataforma” a partir de la cual se propicia el desarrollo de sus integrantes, se fortalece el sentido de pertenencia y se identifica la naturaleza social de la familia. También es la legitimación y transmisión de las características del grupo social de origen.

El soporte emocional en últimas décadas, parece haber tomado relevancia entre los cónyuges. Hay interés en la sociedad occidental por la calidad emocional de las relaciones, no sólo al nivel familiar, sino laboral y de tiempo libre; la calidad de los vínculos, aspectos de intimidad y conformidad de sus roles sociales. Ya no basta con ser un padre buen

proveedor de recursos, o un hijo ser solo obediente y laborioso; en la vida familiar se espera ahora que provea felicidad y plenitud. ¹⁹

Según otros autores debe cumplir 3 funciones básicas:

Económica, biológica y espiritual, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo. ²⁰

1.3.3. ¿Qué es la familia?

Un autor ^{15,16} comenta que la familia constituye la parte extracerebral de la mente pues determina en gran medida las respuestas del niño y de sus otros miembros, ya que la vida psicológica no es exclusivamente un proceso interno.

Es un verdadero sistema viviente u organismo multicelular, ya que los cambios que experimenta una parte de ella, provoca cambios compensatorios en otras partes y está sometida a una “presión interna” por la evolución de sus propios miembros (fallecimiento, crecimiento del hijo, separaciones, etc.) y una “presión externa” para acomodarse con cierta flexibilidad a las circunstancias sociales y culturales. ²⁴

1.3.4. Funcionalidad familiar.

Familia funcional es cuando se está aludiendo a aquella compleja interrelación de consanguinidad, filiación y alianza conyugal que permite dar un origen social a los hechos naturales de la procreación, estableciendo una igual dignidad personal a sus miembros. Hay homeostasis sin tensión. ^{24,28}

Autores comentan que la dinámica familiar “normal” es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas, entre cada miembro de la familia, que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le da el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los otros individuos. Siendo los puntos más importantes para regular la estructura familiar las jerarquías, alianzas, límites, redes de apoyo, comunicación y flexibilidad. ^{15,16,21}

❖ Las *relaciones familiares interpersonales funcionales* ^{18,20,25,27} se caracterizan por:

-Compartir responsabilidad (poder).

-Adecuada comunicación (clara, coherente y afectiva) de los subsistemas.

- Facilitar el adecuado desarrollo físico, material, intelectual, psicológico y espiritual en la mayor medida posible. Actuar como un factor natural para prevención del riesgo y seguridad, así como procurar capacitar y adaptarse para resolver problemas
- Asegurar el clima propicio para el equilibrio psíquico, donación amorosa, confianza, seguridad y estabilidad futura. Múltiples y variados contactos dentro y fuera del sistema familiar primario.
- Servir como referencia para normas morales, culturales, conductas y roles a imitar por parte de los hijos, quienes con el tiempo irán asumiendo pautas autónomas de conducta que los regirán de adultos.
- Estimular un alto grado de autonomía y desarrollo de identidad sexual, manteniendo límites claros (frontera psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital).
- Flexibilidad y complementariedad de reglas y roles.
- Permitir el aprendizaje de la libertad individual y solidaridad en atención a las capacidades y situaciones de cada integrante.

Es importante enfatizar que *la funcionalidad familiar es dinámica*, y va a depender de la presencia de eventos tensionales esperados o no esperados y, que de los recursos con que cuenta la familia en un momento dado, ante un evento crítico (enfermedad) puede llegar a ser disfuncional, recuperándose después de un período de ajuste. ^{30,31}

1.3.5. Disfuncionalidad Familiar.

Es aquella donde la familia no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe de su entorno.

Autores plantean que en la génesis de la disfunción familiar intervienen dos fuerzas antagónicas: una negativa que incapacita para realizar sus tareas, a nivel comunicacional (dobles mensajes, bloqueos, desplazamientos, doble vínculo) y otra positiva, constituida por los recursos que cada grupo familiar posee; que se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios o existen deficiencias en la interacción familiar. ^{20,23,28,31}

Cuando se desarrollan síntomas como: enuresis, descompensación de enfermedad crónica, hiperutilizadores de servicios sanitarios, que consultan por molestias poco definidas,

manifestaciones somatiformes, trastornos afectivos o ansiedad, drogadicción, homosexualidad, algunos casos de desnutrición infantil o síndrome del niño maltratado es porque viven en familias con desequilibrio. Esto debe ser tomado como un indicador de disfunción donde no se debe ver al paciente no como el “problemático”, sino como el portavoz de la familia o estar en familias propensas a enfermar.^{18,20,23,31}

❖ *Factores de riesgo para disfunción familiar:*²⁸

- Padres autoritarios.
- Conflictos o violencia familiar.
- Ausencia de figuras de autoridad.
- Figura materna sobreinvolucrada.
- Predominio de formas de comunicación conflictiva.
- Dificultad para marcar límites.
- Confusión de valores y roles.
- Modelo adictivo familiar.

1.3.6 Crisis familiar.

Se considera a la crisis como un fenómeno evolutivo que da lugar a nuevos estados organizacionales. Una familia con crisis se caracteriza por una desorganización familiar e inhabilidad para retornar a la estabilidad, donde los viejos modelos y las capacidades no son adecuados por largo tiempo y se requiere un cambio.

Cuya duración promedio en familias funcionales se alcanza de 5 a 6 semanas, con importantes variaciones anímicas dependiendo del impacto que provoca la crisis en la familia con disfunción severa; si no reciben ayuda terapéutica la crisis puede prolongarse más allá de 72 semanas.

La resolución de la crisis familiar tiene una gama amplia de conductas y grados, depende de cuatro recursos fundamentales: productividad y eficiencia familiar, patrones de liderazgo, expresión de los conflictos y claridad de la comunicación.

La resiliencia es la capacidad de soportar las *crisis*, adversidades y recobrase,^{18,19,30,31} tanto a nivel individual como familiar. Mientras que una crisis o un estado de estrés puede derrumbar a algunas familias, otras emergen de ellas fortalecidas y con mayores recursos.

Se sabe que las crisis familiares se caracterizan por cuatro etapas subsecuentes:

1. Choque. Donde hay aturdimiento, incredulidad y negación.
2. Rechazo. Hay enojo, confusión, agresión verbal y sentimiento de culpa.
3. Depresión. Hay manifestaciones clínicas depresivas.
4. Reorganización. Ya hay aceptación, recuperación y proyectos.

1.3.7. Importancia de la vida en familia.

La familia es un cuerpo intermedio entre la persona y la sociedad,^{15,16,19,21,22,26} que juega un rol importante en la formación de los individuos. *No existe la familia sin problemas*, aunque no hay una definición de normalidad familiar universalmente aceptada. Para que una familia funcione como modelo de aprendizaje o favorezca el aprendizaje de un modelo, es imprescindible que *alguien se resigne a ser adulto*.

El funcionamiento conyugal es estructurante, tanto para la personalidad de adultos como de los hijos, confirmando que la interacción cotidiana es lo verdaderamente valioso en la familia. Cuanto menos quieren los padres ser los padres, más paternalista se le exige ser al estado y son las instituciones públicas las que se van obligadas dar disciplina no con afecto sino por la fuerza y sin amor.

1.3.8. APGAR familiar.

El APGAR es uno de los primeros instrumentos elaborados para el médico familiar. Smilkstein publicó el FAPGAR en 1978 con el propósito de diseñar un breve instrumento de tamizaje para uso diario en el consultorio, para obtener datos que reflejaran el punto de vista de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias, el acrónimo de APGAR fue seleccionado por dar al instrumento mayor credibilidad ante los médicos, quienes podrían asociarlo fácilmente con la escala de APGAR par evaluar a neonatos.²⁹ Este instrumento *mide el grado de satisfacción que percibe el paciente*^{30,31,32} al evaluar la función de su sistema familiar hacia el resto de los miembros de la familia.

Es sencillo, autoaplicable, entendido fácilmente por personas con educación limitada, se contesta en muy poco tiempo y de utilidad tanto en clínica como en investigación. Es un recurso adecuado ya que se pueden hacer pronósticos en cuanto a la recuperación de los problemas encontrados, así como profundizar e identificar áreas más afectadas. Su uso es válido y confiable en adultos y niños mayores de 11 años pero no hay que olvidar que no es

una medida objetiva de la función familiar ya que para conocer con exactitud el grado función-disfunción será necesario recabar información de otros miembros de la familia, test, entrevista familiar, etc.

El APGAR tiene cinco elementos esenciales:

- Adaptabilidad. Capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para solución de los problemas o crisis.
- Cooperación (compañerismo). Comunicación nutridora con decisiones y responsabilidades compartidas entre los miembros de la familia.
- Desarrollo (crecimiento). La maduración física, emocional y la autorrealización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- Afectividad. Las relaciones de cuidado y amor que existen entre los miembros de la familia.
- Resolución. Es el compromiso de dedicar tiempo y atender las necesidades físicas y emocionales de los miembros de la familia.

1.4. Inteligencia Emocional

1.4.1. Historia de la inteligencia.

El estudio de la inteligencia debe entenderse a partir de una visión retrospectiva,^{33,34} que permita su definición dentro de la evolución del pensamiento humano. Se pueden distinguir tres etapas históricas.

-Empírica: Desde los tiempos más remotos la gente ha calificado a las personas (en relación con el entorno cultural) como brillantes, ingeniosas o inteligentes y en caso contrario, como tontas o estúpidas.

-Psicométrica: A finales del siglo XIX se iniciaron los primeros trabajos que culminarían con una definición científica de la inteligencia como la capacidad general y única para formar conceptos, resolver problemas, actuar en forma positiva, pensar y conducirse de manera eficiente en su ambiente. El cociente intelectual (CI) se menciona como un referente de la “persona inteligente” y se sustenta en la relación positiva que existe entre el CI de los alumnos y su rendimiento académico.

-Las inteligencias múltiples: En el siglo XXI la visión clásica entra en crisis por dos razones:

-La inteligencia académica no es suficiente para alcanzar el éxito profesional

-La inteligencia no garantiza el éxito en la vida cotidiana. El CI no contribuye al equilibrio emocional ni a la salud mental, son otras habilidades las responsables de éste.

Es el momento cuando surge el concepto de *inteligencia emocional (IE)*, como una alternativa a la visión clásica.

- ❖ En la literatura científica existen dos grandes modelos de IE:
- ❖ El modelo de la habilidad (John Mayer y Peter Salovey). Daniel Goleman toma el concepto de IE de este modelo aunque le da un enfoque diferente.
- ❖ Los modelos mixtos(Goleman y Bar-On).

1.4.2. Definición de inteligencia emocional.

Goleman y otros autores la refieren como la capacidad de motivarse y persistir frente a las decepciones, controlar el impulso y demorar la gratificación, regular el humor y evitar que los trastornos disminuyan la capacidad de pensar, mostrar empatía y si se tiene ese balance emocional es más fácil alcanzar la felicidad. ^{33,50}

1.4.3. Emoción.

Parte importante de la inteligencia emocional ^{33,35,36} ya que las emociones son alarmas, mensajes potentes que transmiten información crucial sin ponerlos necesariamente en palabras, es un método de comunicación eficiente. Un estado complejo del organismo caracterizado por la excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada, y son las que indican en qué concentrar la atención y cuándo prepararse para actuar. Algunas teorías las mencionan como un impulso pasajero (aunque existen respuestas estereotipadas) que se aprenden en la niñez o son producto de una respuesta ancestral.

Cuando la huella emocional es más duradera, se llama estado de ánimo o humor; cuando se vuelve parte de la personalidad cotidiana se le llama temperamento; si la emoción es muy fuerte puede provocar fobias, depresión, estrés, obsesiones compulsivas, celos.

El proceso de la vivencia emocional suele seguir este recorrido:

1. Hecho desencadenante o estímulo externo o interno.
2. Valoración en la que el sujeto sopesa de qué modo le afecta y la importancia que ha de darle.
3. Cambios psicofisiológicos que produce en el sujeto, tales como rubor, palpitaciones, tensión muscular, relajación.
4. Predisposición a la acción que ya representa una forma de motivación. La respuesta vendrá determinada de la educación, la situación ambiental, el lugar y momento, etc.

Las manifestaciones de la emoción, pueden ser de naturaleza:

-Neurofisiológica. Respuestas involuntarias como rubor, sudoración, taquicardia, presión sanguínea, alteración de la respiración, sequedad bucal.

-Corporal. Pueden llegar a disimularse, son las expresiones faciales, posturas corporales, el paralinguaje que proporciona indicios para inferir emociones.

-Psicológica. El sentimiento es la expresión psicológica de la emoción; así se habla de sentimientos de amor, ternura, afecto, tristeza, etc.

-Social. La expresión social: el orgullo puede dar lugar a intolerancia cuando es extrema, filantropía como sentimiento de entrega a los demás, miedo convertido en pánico colectivo o aversión convertida en hostilidad.

Goleman menciona 8 emociones básicas:

Ira, tristeza, temor, placer, amor, sorpresa, disgusto y vergüenza.³⁷

1.4.4. Bases biológicas de la inteligencia emocional.

Lo emocional muchas veces es percibido como instantáneo, casi reflejo,^{36,37,41} sin embargo su origen se encuentra en el *sistema límbico*, compuesto a su vez por la *amígdala* y el *hipocampo*.

-La amígdala como depósito de la memoria emocional explora la experiencia, comparando lo que está sucediendo ahora con lo que ocurrió en el pasado, decide si esta información tiene valencia emocional y, si la tiene hay circuitos desde la amígdala que indican la secreción de hormonas al cerebro y sentidos.

-El hipocampo está más comprometido en registrar y dar sentido a las pautas de percepción que a las reacciones emocionales, su principal actividad es proporcionar una memoria perfecta del contexto, vital para el significado emocional.

-Mientras la amígdala trabaja preparando una reacción ansiosa e impulsiva, otra parte del cerebro emocional permite una respuesta más adecuada y correctiva: los lóbulos prefrontales. El izquierdo actúa como un termostato nervioso, regulando las emociones desagradables o negativas salvo los más intensos. El derecho es asiento de sentimientos negativos como temor y agresión.

-El neocórtex puede prever las reacciones emocionales, elaborarlas, controlarlas y hasta reflexionar sobre ellas, pero existen circuitos cerebrales que van directamente de los órganos de los sentidos a la amígdala “puenteando” la supervisión racional. Cuando estos recorridos neuronales se encienden, se produce un estallido emocional; en otras palabras, se actúa sin pensar. Otras veces las emociones perturban, sabotean el funcionamiento del neocórtex y no permiten pensar correctamente.

❖ Por ejemplo si hay una señal visual va primero de la retina al tálamo, donde es traducida al lenguaje del cerebro. La mayor parte del mensaje va entonces a la corteza visual, donde es analizada y evaluado en busca de significado y de respuesta apropiada; si esa respuesta es emocional una señal va a la amígdala para activar los centros emocionales. Pero una porción más pequeña de la señal original va directamente desde el tálamo a la amígdala en una transmisión más rápida, permitiendo una respuesta más rápida (aunque menos precisa), así la amígdala puede desencadenar una respuesta emocional antes de que los centros corticales hayan comprendido perfectamente los que ésta ocurriendo.

Personas que carecen de la conexión entre la amígdala y el neocórtex muestran inteligencia normal y razonan como la “gente sana”, sin embargo, su vida es una sucesión de elecciones desafortunadas que los lleva de un fracaso a otro. Para ellos los hechos son grises y neutros, no están teñidos por las emociones del pasado. En consecuencia carecen de la guía del aprendizaje emocional, componente indispensable para evaluar las circunstancias y tomar decisiones apropiadas.

En cierto sentido, se tienen 2 cerebros, dos mentes y dos clases diferentes de inteligencia: la racional y la emocional. El desempeño de la vida está determinado por ambas; lo que importa no es sólo el cociente intelectual sino también la inteligencia emocional.

❖ La inteligencia emocional implica 4 grandes procesos emocionales:

-Percepción y expresión: reconocer de forma consciente las emociones e identificar que se siente y ser capaces de darle una etiqueta verbal.

-Facilitación: capacidad para generar sentimientos que faciliten el pensamiento.

-Comprensión: integrar lo que se siente dentro del pensamiento y saber considerar la complejidad de los cambios emocionales.

-Regulación: dirigir y manejar las emociones tanto positivas como negativas de forma eficaz.³⁴

1.4.5. Componentes de la inteligencia emocional

Goleman describe cinco componentes:^{36,38}

-*Autoconciencia*. Consiste en conocer los propios estados internos, preferencias, recursos e intuiciones y se enfoca a etiquetar y aceptarlos para su beneficio mientras éstos ocurren.

-*Autocontrol*. Permite ser capaz de soportar las tormentas emocionales en vez de sucumbir antes ellas.

-*Automotivación*. Son las tendencias emocionales que guían o facilitan la obtención de las metas, de donde destaca la fuerza la voluntad, el optimismo y un discurso permanentemente positivo y a su vez estos tres componentes constituyen la autoestima.

-*Empatía*. Es la capacidad de captar sentimientos, necesidades e intereses y para estimular su formación es necesario: respeto, delicadeza, disposición al compromiso, escuchar activamente sin realizar ninguna valoración de lo que se exprese y comprender las necesidades de los demás, lo que sienten y ser capaces de ponerse en el lugar de los demás.

-*Habilidad social*. Se fundamenta en la amistad y el trabajo en equipo que requiere de un intercambio de prestaciones y contraprestaciones para interpretar en forma

correcta las señales emocionales. Para ello es necesario saber crear un ambiente agradable para la conversación, saber escuchar y motivar a los demás, moderar los conflictos, contemplar los problemas desde distintas perspectivas y reconocer los sistemas de relación e interacción de los grupos.

1.4.6. Importancia de la inteligencia emocional.

La inteligencia emocional no implica estar siempre contento o evitar las perturbaciones, sino mantener el equilibrio, saber atravesar los malos momentos que depara la vida, aceptar los propios sentimientos y salir airoso de esas situaciones sin dañarse ni dañar a los demás. No se trata de borrar las pasiones, sino de administrarlas con inteligencia.³⁶

Su importancia radica precisamente en que muchas veces el cerebro emocional piensa más rápido y mejor que el racional; las decisiones trascendentales no son resultado de razonamientos abstractos sino que están cargadas de sentimientos no explicados por la inteligencia lógica.³⁸

Los estados emocionales afectan al cuerpo y la salud,^{35,39,50} así con la depresión aumenta la actividad del cerebro emocional (límbico) y disminuye la del cognitivo (corteza cerebral). Gestionar bien las emociones, aprender a vivirlas, puede potenciar el sistema inmunológico y cardiovascular. Quienes reconocen no haber tenido una buena relación emocional con sus madres en los primeros años de vida, tienen mayor riesgo de desarrollar ciertas enfermedades en la edad media. Las personas con más y mejores lazos familiares padecen menos trastornos crónicos. En la vida de pareja se ha comprobado que la estabilidad de la relación y el éxito para la toma de decisiones depende mucho de la madurez y estabilidad emocional de ellos.

Según investigaciones recientes, los niños con inteligencia emocional alta aprenden mejor, tienen menos problemas de conducta al controlar sus impulsos, se sienten mejor sobre sí mismos, tiene mayor facilidad para resistir más presiones que sus contemporáneos, son menos violentos, tienen más empatía, resuelven mejor los conflictos, menor probabilidad de conductas autodestructivas, son más felices, saludables y exitosos. De lo que se desprende la urgente necesidad de plantear la educación emocional.

1.4.7. Educación emocional

La diferencia más importante entre el coeficiente intelectual y emocional es que este último no lleva una carga genética tan marcada, lo que facilita la intervención educativa para moldearla.^{40,41}

En la infancia pueden aparecer miedos, inseguridad, celos, envidia, rabia, ansiedad, aversión, etc.,^{34,35,38,39} por lo tanto la educación de las emociones ha de iniciarse a edad temprana y continuarse en la adolescencia; en que el amor, las frustraciones, las fobias, los impulsos incontrolados y las pasiones juegan un papel decisivo en el equilibrio o desequilibrio posterior de la personalidad. Es la educación de las emociones la que contribuye a disminuir los sentimientos de angustia, depresión y ansiedad.

La familia es la escuela en la que el niño aprende, para bien o para mal, a desarrollar su inteligencia emocional, pero desgraciadamente, los padres no siempre son conscientes de la trascendencia que reviste atender, integrar y conducir las emociones infantiles. Cuando un niño tiene inteligencia emocional baja éste es reflejo de un problema familiar y social de fondo. La familia, la escuela e instituciones de salud son fundamentales en el desarrollo de la inteligencia emocional.

No existe a diferencia del coeficiente intelectual, un test preciso para medir el coeficiente emocional e incluso se duda que se pueda medir de alguna manera. El constructo de la inteligencia emocional presenta gran dificultad para su evaluación, pero no por eso, carente de interés, sobretodo en la medida en que se encuentren procedimientos adecuados para evaluarla.^{33,40}

“Cualquiera puede ponerse furioso... eso es fácil. Pero estar furiosos con la persona correcta, en la intensidad correcta, en el momento correcto, por el motivo correcto, y de la forma correcta... eso no es fácil”

ARISTOTELES. *Ética a nicómaco*.³⁷

1.5. La Familia: Etapa con Hijos Adolescentes.

1.5.1. Eventos en la familia con adolescentes.

Recordar que el desarrollo psicológico ^{8,10,43,44,45} depende en todo momento y desde el principio de los elementos que la cultura pone a su alcance. Los padres son las figuras que ejercen una influencia mayor sobre el desarrollo de los valores y que incluso teniendo en cuenta su necesidad de rebelarse, los adolescentes constituyen su autoestima a partir de la aprobación de éstos.

El progreso del adolescente hacia la autonomía adulta saludable e independiente suscita tensiones, conflictos serios o sólo molestias transitorias y está en función de la dinámica familiar. Se presume que la transición hacia la autonomía emocional y psicológica es *prerrequisito*.

La familia debe tener en cuenta que es necesario educarse para poder educar, dado que la conducta de los niños se moldea con la influencia del comportamiento de sus propios padres tanto en el plano social, intelectual y afectivo.

La familia con adolescentes se caracteriza por la coincidencia de: ^{8,26,42,44,45,46}

❖ Crisis de la mediana edad de los padres.

Donde hay auto cuestionamiento sobre logros personales, conyugales y familiares, además ocurren muchos cambios físicos mismos que provocan el temor a perder la juventud. Lo cual puede contribuir al problema de adaptación del adolescente.

La pobre habilidad para manejar la crianza al parecer se relaciona con un ambiente adulto que se muestra indiferente y/o hostil a las necesidades del adolescente, dificultad para desligarse de los hijos y establecer un nuevo equilibrio en el sistema conyugal.

Dentro de esta atmósfera, los jóvenes muestran un mayor deseo de escapar o agredir y un mayor rechazo a los valores de los padres, como el rendimiento escolar y el descuido de los atributos personales esperados. Lo anterior provoca un mayor enojo y hostilidad de los padres, que empeora aún más la situación.

❖ Crisis de transición de los hijos.

Esta resulta de un manejo inadecuado de los recursos para el control de la conducta, diferenciación de roles y asuntos relacionados con la separación.

Las dificultades en la relación padres-hijos, pueden ocurrir principalmente alrededor de la autoridad, sexualidad, valores, pobre comunicación y una expresión afectiva negativa; en especial si durante la niñez hubo situaciones como el exceso de afecto, sobreprotección, exceso de ansiedad, rechazo, exceso de autoridad, perfeccionismo, exceso de responsabilidad, exceso de crítica, incompatibilidad de los padres e inconsistencia.

1.5.2. Puntos claves en esta etapa.

Se consideran importantes para la familia con adolescentes:

- ❖ La relación de pareja debe ser firme, madura y estable, creándose entre cada miembro una relación creativa y una comunicación clara teniendo presente el rol que le corresponde a cada uno de ellos.
- ❖ Establecer redes de apoyo social.
- ❖ La autonomía física y psicológica de cada miembro debe ser respetada.
- ❖ La toma de decisiones para la búsqueda de soluciones debe ser apropiada (con participación de los hijos) para cada problema, no para luchar por el poder.
- ❖ Flexibilidad para cambios cuando las demandas internas o ambientales así lo exijan para conservar la homeostasis sin tensión y sin que un miembro de la familia desarrolle síntomas.
- ❖ Corregir las conductas de los jóvenes, pero no su persona; ser padres democráticos, lo que supone: brindar aceptación, calor humano, empatía pero sin dejar de actuar con firmeza.
- ❖ Relaciones negociables entre padres e hijos.
- ❖ Hacer un esfuerzo por comprender la postmodernidad para manejarla mejor, lo que implica estar informados de los avances tecnológicos y sociales.

1.6. Familia Actual

1.6.1. Situación de la familia actual

La situación actual de la familia no es muy halagadora: ^{8,19,47,48,49}

- ❖ Las *grandes transformaciones* que se generan inmediatamente después de las guerras mundiales en el *campo social, político y cultural*, ofrecen un desarrollo desigual en diferentes grupos sociales y geográficos.
- ❖ El marcado *progreso* que se dio en la *ciencia y la técnica* en general para el hombre; sin embargo se puso a su servicio en lugar de servirse de ella.
- ❖ *El cambio en la estructura familiar* está dada esencialmente por la pérdida de la organización patriarcal, disminución del número hijos, el papel de la mujer que trabaja fuera del hogar, menor tiempo que pasan los padres con los hijos, menor duración de los matrimonios e incremento de las familias monoparentales y confusión de roles unido a que algunas de las funciones que eran de la familia han pasado al estado o a la comunidad.
- ❖ Los *valores tradicionales entran en crisis*, la familia carece de objetivos explícitos sustentables y se rige por “eslóganes” que preconizan el divorcio y el aborto, como soluciones para los grandes problemas de la familia.
- ❖ La televisión, instrumento que sirve para la comunicación con el mundo, ver horizontes, estar al día con las noticias, pasar un rato de descanso mirando otras realidades, pero, ciertamente se transforma en un *terrible competidor de la familia* o un miembro más del grupo familiar cuando, por ley del menor esfuerzo, se prefiere no hablar con nadie para no entrar en conflicto, no tener que dar respuestas, no comprometerse y la televisión es una “buena” solución a todo eso. Habla, pero no hay que responderle, lo distrae, pero no involucra más de la que uno decida, puede prestársele atención o no, que total no va a protestar, permite una huida de los problemas reales, aumenta la pasividad intelectual, limita la creatividad, disminuye su tiempo libre, condiciona mayor consumo de alimentos, facilita la obesidad, rompe la “inocencia infantil”; y en general, sin padres que puedan acompañar, opinar, compartir, oponerse o contra argumentar..

1.6.2. ¿Sé esta preparado para los cambios actuales en la familia?

Si no se sensibiliza a la sociedad en su conjunto, respecto a las ventajas que tiene la familia “tradicional”, con respecto a sus funciones básicas y, mientras los economistas o agentes políticos no observen esto como un ahorro para los Estados e inversión para tener una sociedad más sana y feliz, difícilmente se podrá superar la “*crisis de la familia*”. Para complicar esto, la sociedad en general presta bastante poco reconocimiento a la importancia de la familia y *no acude en su ayuda tanto no se encuentra en estrés intenso y sea incapaz de desempeñarse.* ^{19,49}

Hay una montaña de evidencias científicas que muestran que cuando las *familias se desintegran, los niños a menudo terminan con heridas intelectuales, físicas y emocionales que persisten por toda la vida...* Sé esta hablando de problemas de drogas, de crisis de educación, de embarazos en adolescentes y de la criminalidad juvenil. Los padres deben entender “que a los niños hay que hablarles mucho, y hoy en día nadie les está hablando”, excepto la televisión, Internet y amigos. ^{27,50,52}

La forma de prevenir esto es promover un desarrollo psicosocial sano del adolescente con un funcionamiento familiar adecuado. ^{48,51}

*El hombre pese a estar en la punta de la pirámide biológica, es el más indefenso, el que atraviesa la etapa dependiente más larga, el más desprotegido y por eso la necesidad está siempre presente en él: necesita el afecto y el respeto de los adultos, necesita seguridad para desarrollarse, oídos que los escuchen, miradas que lo acompañen, manos que lo guíen, madres y padres que asuman la responsabilidad de educarlo y cuidarlo, necesita de otros niños con quien jugar, campos para correr, mares para nadar, cielos por recorrer. Necesita de un lugar, de un espacio que como una “cuna afectiva” se agigante y desplace a medida que él crece. Los chicos de hoy y los de mañana, al igual que los de ayer, necesitan –sobre todo– que les den **amor mucho y del bueno.*** ⁴⁷

1.7. Planteamiento del Problema:

La familia se considera la primera aula de enseñanza, de todo individuo; un verdadero sistema viviente donde si una parte experimenta cambios, genera cambios compensatorios

en otra. Los cambios actuales que hay en la sociedad, están modificando a todos los integrantes de la familia siendo ésta, parte esencial para el buen desarrollo de los hijos.

Estudios demuestran que la capacidad para manejar las emociones se aprende en la infancia y para ello la familia es la escuela en la que se aprende para bien o para mal a desarrollar su inteligencia emocional, pero desgraciadamente, los padres o educadores no siempre son conscientes de la trascendencia que reviste atender, integrar y conducir las emociones infantiles.

Por otra parte al hablar de inteligencia emocional (IE), es tema no muy estudiado y no se le ha otorgado tanta importancia como al coeficiente intelectual. A pesar de esto, hay reportes, de personas con adecuada IE, que tienen menos probabilidades de conductas autodestructivas y son más felices, saludables y exitosos (entre otros beneficios).

Gran parte de enfermedades en el adulto son por malos estilos de vida que se iniciaron en la adolescencia, que es una etapa de profundos e importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales, tanto para ellos como para quienes les rodean.

El conocer los aspectos psicológicos (IE) del adolescente, de su medio interno (familia) y externo (sociedad) en el que se desenvuelve, será importante para tener un panorama general de esta etapa de la vida y así, promover en un futuro investigaciones ya sabiendo los principales factores que influyen para lograr estilos de vida saludable que reflejen la salud de los individuos.

Al buscar con que adolescentes trabajar para este estudio se decidió buscar una escuela de nivel secundaria y quien mejor que la EST no 9 “Julián Carrillo” de donde fui egresada.

¿Cuál es la percepción de satisfacción familiar, nivel de inteligencia emocional y estilo de vida en los adolescentes de la EST 9 “Julián Carrillo”?

1.8. Justificación.

Siendo la prevención parte importante para el Médico Familiar. Para poder guiar el camino del *adolescente* hacia una vida saludable es indispensable tener una panorámica de él, es decir saber que es lo que piensa, cuales son las características del medio donde se desenvuelve, el tipo de familia que le deja las primeras huellas en forma consciente o inconsciente, la percepción del adolescente hacia su familia, el nivel de inteligencia

emocional con el que está armado el adolescente y las actividades que realiza él para llevar una un estilo de vida saludable.

Fue lo que motivó a realizar el siguiente estudio en la EST 9 “Julián Carrillo” que fue parte de mi formación, y como agradecimiento a ella, de la información que se obtenga espero sirva de apoyo a profesores, adolescentes y sus familias, así como al medico familiar punto importante en el primer nivel de atención.

1.9. Objetivos

General:

Identificar la percepción de satisfacción familiar, inteligencia emocional y estilo de vida del adolescente de los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 9 “Julian Carrillo”.

Específicos:

- Identificar datos generales de los adolescentes.
- Conocer el nivel de inteligencia emocional de los alumnos con un
- Test de IE.
- Conocer que estilo de vida tienen los alumnos con el test FANTASTIC.
- Identificar el nivel de satisfacción familiar con el APGAR familiar.
- Relación entre las variables estudiadas.

1.10. Hipótesis:

Nula:

El nivel de satisfacción familiar, inteligencia emocional y estilo de vida de los adolescentes encuestados es inadecuado.

Alterna:

El nivel de satisfacción familiar, inteligencia emocional y estilo de vida de los adolescentes es adecuado.

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

2.1. Tipo de Estudio.

Prospectivo, transversal, descriptivo, observacional y abierta.

2.2. Diseño de Investigación del Estudio.

La población estudiada fue de todos aquellos que cumplieron con criterios de inclusión.

Se realizó la promoción del estudio a través de carteles (en la escuela) invitándolos a participar en el estudio. Aclarando que la información obtenida sería de forma anónima y voluntaria.

Se aplicó la encuesta a los alumnos con técnica autoplicable con previo consentimiento de participación voluntaria.

Se elaboró una base de datos con los resultados obtenidos y analizarlos mediante un programa de análisis estadístico en el programa SPSS V10.

2.3. Población, Lugar y Tiempo.

La población total fueron los estudiantes de la Secundaria Técnica 9 "Julian Carrillo", del ciclo escolar 2004-2005, la cual fue de 1400 alumnos.

2.4. Muestra.

Universo de trabajo de 1400 alumnos en total.

Tamaño de Muestra = 173 +- 10%.

$$n = \frac{Z^2q / E^2p}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{Z^2q}{E^2p} - 1 \right)}$$
$$n = \frac{(3.84)(0.3) / (0.0049)(0.7)}{1 + \frac{1}{1400} \left(\frac{(0.768)}{(0.00392)} - 1 \right)}$$

Z (nivel de confianza) =95% =1.96 Z2=3.84

E (error) =7% E2=0.0049

q (variable) =0.3

p (variable) =0.7

N (universo de trabajo) =1,400

2.5. Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.

Criterios de Inclusión.

Alumnos de la EST 9 “Julian Carrillo” inscritos en el momento del estudio.

Ambos sexos.

Ambos turnos.

De primer y tercer grado.

Que acepten contestar la encuesta previo consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

Alumnos que no acepten contestarlo.

Criterios de Eliminación:

Alumnos que no contesten todos los apartados de la encuesta o tengan más de una respuesta a la pregunta realizada.

2.6. Variables:

Dependientes:

❖ **APGAR familiar.** Instrumento que mide el grado de satisfacción hacia el resto de los miembros de la familia. Sus componentes son:

Adaptación. Calidad de utilizar los recursos en función del bien común.

Compañerismo. Distribución equitativa de responsabilidades compartiendo de manera solidaria los problemas familiares.

Crecimiento. Grado de crecimiento humano en los miembros de la familia como expresión del apoyo mutuo.

Afecto. Relaciones de cuidado y cariño que deben existir entre los diferentes miembros de la familia.

Resolución. Capacidad para resolver los problemas familiares dedicando el tiempo suficiente a cada miembro de la familia.

Su uso es válido y confiable en adultos y niños mayores de 11 años, según la referencia Smilkstein (Seattle, 1978) ³⁰.

Son 5 preguntas con 3 respuestas c/u. Se suman y clasifican en 3 grupos.

0 a 3 puntos = Altamente disfuncional.

4 a 6 puntos = Moderadamente disfuncional.

7 a 10 puntos = Funcional.

❖ **Estilo de Vida:** Conjunto de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las cuales tiene algún grado de control voluntario.

Se aplica el test de la referencia¹⁴ FANTASTIC que mide el estilo de vida, estandarizada con 25 ítems (5 opciones c/u) cerrados que exploran nueve dominios:

Familia-amigos, actividad física, nutrición, tabaco-toxinas, alcohol, sueño-cinturón de seguridad-estrés, tipo de personalidad, interior (ansiedad, preocupación, depresión) y carrera (labores).

Se suman las respuestas según la puntuación establecida y clasifican en 5 grupos (mínima de 0 y máxima de 100 puntos):

<- 39 puntos = Existe peligro.

40 a 59 puntos = Malo

60 a 69 puntos = Regular.

70 a 84 puntos = Bueno

85 a 100 puntos = Excelente.

Consideraciones: En la pregunta de “peso ideal”. Se pesa y mide con una balanza estándar (mínimo de ropa), se utiliza el IMC/adolescente con referencia⁵⁴. Tabaco y alcohol se deja como pregunta abierta. Depresión se cambia por tristeza.

❖ **Inteligencia Emocional (IE):** capacidad de reconocer los propios sentimientos y los ajenos, motivarse, manejar las emociones, para sí mismo y los demás. Sus componentes.

Autoconciencia. Conocer los propios estados internos, preferencias, recursos e intuiciones; Se enfoca en etiquetar y aceptarlos mientras éstos ocurren.

Autocontrol. Permite ser capaz de soportar las tormentas emocionales en vez de sucumbir antes ellas. Se enfoca en manejar los propios estados internos, impulsos y recursos.

Automotivación. Tendencias emocionales que guían o facilitan la obtención de las metas.

Empatía. Conocer y comprender las emociones y percibir lo que los demás sienten.

Habilidad social. Cuando se logra la empatía es esta listo para esta. Para inducir en los otros las respuestas deseadas.

Hay que tener presente que a diferencia de coeficiente intelectual, no hay un test preciso para medir la inteligencia o coeficiente emocional que es una variable cualitativa.

Se aplica el test de la referencia ³⁸ que mide la IE en niños a partir de los 10 años. Identifica a quienes no tiene problemas de inteligencia emocional.

Se califican cinco áreas de la IE, con 12 preguntas c/u (5 opciones c/u), se suman en base una calificación ya establecida y se clasifican en dos grupos (la mínima de 0 y la máxima de 180 puntos):

Inteligencia emocional baja = igual o menos de 119.

Inteligencia emocional normal = 120 o más.

Independientes:

❖ ***Sexo:*** masculino y femenino.

❖ ***Edad:*** de 11 a 18 años

❖ ***Turno y Grado Escolar:*** Matutino y vespertino. Primero y tercero.

❖ ***Número de Hijo en la Familia:*** Lugar, que ocupa el alumno, como hijo de la familia donde vive.

❖ ***Tipología Familiar:***

La tipología familiar, con la referencia ⁵⁵.

Desarrollo: moderna (sí la madre trabaja) y tradicional.

Demografía: urbana y rural.

Integración:

Integrada: Los cónyuges viven y cumplen sus funciones.

Semi-integrada: Vive juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones (perspectiva del encuestado)

Desintegrada: Falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

❖ ***Estructura Familiar***

Se tomó de varios autores, porque la realizar la encuesta con una sola clasificación es insuficiente.

Irigoyen:

****Nuclear:*** Formada por padre, madre e hijos.

**Extensa*: Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o de afinidad.

**Extensa compuesta*: Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, (amigos, compadres).

Glick 1984:

**Familia con hijos que participan en diferentes casas*: los hijos pueden estar en casa de su madre, padre, tíos, abuelo o ambos en distintos periodos de tiempo sin definir bien su estancia en una sola casa.

**Familia de segundas nupcias*: Uno o ambos padres se han vuelto a casar luego de un divorcio o muerte.

Minuchin y Fishman:

**Familia acordeón*: En la cual uno de los padres tiene que estar por tiempos prolongados alejado de la familia, dejando de asumir su rol y tomándolo el padre que se quede con los hijos.

Se decidió agregar:

**Familia acordeón monoparental*

**Familia extensa-compuesta*.

Demográfica (1998 de Huelva):

**Familia monoparental*: un solo cónyuge y sus hijos.

Se decidió agregar:

**Monoparental extensa*.

**Monoparental extensa compuesta*.

❖ **Estrato Socioeconómico:**

Con la escala de GRAFFAR se deja la pregunta abierta y luego el coordinador la coloca en el sitio correspondiente, se suma y clasifica en:

Estrato Alto = 4-6 puntos

Estrato Medio alto = 7-9 puntos

Estrato Medio bajo = 10-12 puntos

Estrato Obrero = 13-16 puntos

Estrato Marginal = 17-20 puntos

VARIABLES ADHERIDAS AL ESTUDIO.

❖ **Hrs de ver Televisión (TV):**

Tiempo en hrs que los alumnos ven televisión, Internet (chatear) o “Games” a la semana, que va, los parámetros se toman dependiendo a los rangos que contesten.

❖ **Hrs de Platicar con la Familia:**

Tiempo en hrs que los alumnos hablan con su familia exclusivamente, a la semana, los parámetros se toman dependiendo a los rangos que contesten.

2.7. Definición Conceptual y Operativa de las Variables.

| Variable | Variable/Escala de Medición. | Definición Conceptual | Definición Operacional | Indicadores |
|-----------------------------------|------------------------------|--|--|--|
| 1. Folio. | Cuantitativa/escalar | Número de la encuesta. | Se enumera con consecutivos | N números. |
| 2. Edad. | Cuantitativa/escalar | Edad en años cumplidos. | Se pregunta la edad. | Números enteros. |
| 3. Sexo. | Cualitativa/nominal | Sexo biológico. | Se pregunta el sexo del alumno | 1. Masculino. 2 Femenino. |
| 4. Turno escolar | Cualitativa/nominal | Horario de escuela. | Se pregunta el turno escolar. | 1. matutino 2. Vespertino. |
| 5. Grado escolar | Cuantitativo/escalar | Grado de estudio | Se pregunta grado escolar actual. | 1. Primero. 2. Tercero. |
| 6. Promedio escolar | Cuantitativo/escalar | Calificación de la primaria. | Se pregunta el promedio escolar obtenido en la primaria. | Números enteros con una decimal. |
| 7. Lugar que ocupa el encuestado. | Cuantitativa/escalar | Número de posición él en la familia como hijo. | Se pregunta que lugar ocupa como hijo en la familia actual. | Números enteros. |
| 8. Estructura familiar | Cualitativa/nominal | Integrantes de la familia | Se pregunta quienes son los que habitan en su casa de forma estable. | 1. Nuclear 2. Extensa. 3. Extensa compuesta 4. Monoparental. 5. Monoparental extensa. 6. Familia con hijos que participan en otras familias. 7. Familia acordeón monoparental. 8. Familia acordeón extensa-compuesta. 9. Monoparental extensa compuesta. 10. Familia de segundas nupcias. |
| 9. Desarrollo familiar. | Cualitativa/nominal | Actividad de los proveedores (sistema parental). | Se pregunta a que se dedica la persona que provee en mayor cantidad. | 1. Tradicional. 2. 2 Moderna. |
| 10. Integración familiar | Cualitativa/nominal | Presencia y función del sistema filial o parental. | Se pregunta si existe el sistema parental y si cumple sus funciones. | 1. Integrada. 2. Semi desintegrada. 3. Desintegrada. |
| 11. GRAFFAR | Cualitativa/nominal | Estrato socioeconómico | Se pregunta en forma abierta en base al test de GRAFFAR. | 1. Estrato alto 2. Estrato medio alto. 3. Estrato medio bajo. 4. Estrato obrero 5. Marginal |

| | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|---|--|--|
| 12. APGAR Familiar | Cualitativa/ nominal | Mide el grado de satisfacción hacia el resto de los miembros de la familia. | Se aplica el test con 5 preguntas. | 1. Altamente disfuncional. (0-3) 2. Medianamente disfuncional. (4-6) 3. Funcional. (7-10) |
| 13. Inteligencia Emocional | Cualitativa/ nominal | Capacidad de reconocer los propios sentimientos y los ajenos, motivarse, manejar las emociones, para sí mismo y los demás | Se aplica el test con los 5 componentes de IE. | 1. IE baja (0 a 119) 2. IE normal o buena (120-180) |
| 14. Estilo de Vida | Cualitativa/ nominal | Conjunto de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las cuales tiene algún grado de control voluntario. | Se aplica el test con 25 ítems | 1. Existe peligro (igual o menos de 39) 2. Malo (40-59) 3. Regular (60-69) 4. Bueno (70-84) 5. Excelente (85-100) |
| 15. Hrs/ TV. | Cuantitativa/ escalar | Tiempo en hrs que ve TV a la semana. | Se pregunta el número de horas que ve TV el estudiante. | 1. (1 a 9 hrs/sem) 2. (10-19 hrs/sem) 3. (20-29 hrs/sem) 4. (30-39 hrs/sem) 5. (40-49 hrs/sem) 6. (>50 hrs/sem) |
| 16. Hrs/ platica con familia | Cuantitativa/ escalar | Tiempo en hrs que habla con su familia a la semana. | Se pregunta el número de horas que el estudiante platica con su familia. | 1. (0-4 hrs/sem) 2. (5-14 hrs/sem) 3. (15-24 hrs/sem) 4. (25-34 hrs/sem) 5. (35-44 hrs/sem) 6. (>45 hrs/sem) |

2.8. Diseño Estadístico.

Identificar el estilo de vida, satisfacción familiar e inteligencia emocional de los adolescentes de la EST no 9. "Julián Carrillo", en un grupo de 195 estudiantes. Se realizó una medición de manera independiente. Con variables cualitativas y cuantitativas.

Tuvieron distribución paramétrica y no paramétrica con medidas de tendencia central, dispersión, de resumen y la correlación de Spearman. El tipo de muestra fue no aleatorio sistematizado.

2.9. Instrumentos de Recolección de Datos.

La encuesta se formó de varios cuestionarios ya validados para investigar los puntos mencionados.

*ANEXO 1:

*Área 1: Consentimiento informado y ficha de identificación (datos generales).

*Área 2: Tipología familiar.

*Area 3. Estrato socioeconómico GRAFFAR.

*ANEXO 2: APGAR familiar.

*ANEXO 3: Inteligencia Emocional.

*ANEXO 4: Estilo de Vida.

2.10. Método de Recolección de Datos.

El tamaño de la muestra fue de 173 alumnos más menos un 10% de perdidas, el universo de trabajo fue de 1400 alumnos.

Se había planeado que la selección de muestra fuera aleatoria. Sin embargo por cuestión de no provocar interferencia en las clases de los alumnos o crear conflicto con los profesores, se tomó en cuenta la organización de la escuela y las medidas de seguridad por parte de las autoridades del plantel.

Se formaron 4 grupos, elegidos al azar que cursaban el primer y tercer grado, uno de cada turno, sumando en total 200 alumnos, a los cuales se les aplicó la encuesta.

El trabajo se realizó en 3 sesiones con tiempos de 30 para la presentación del investigador y el propósito del estudio, 30 con el objetivo de la aplicación de los instrumentos y 5 minutos para aclarar las dudas que tuvieran los alumnos; en un lapso de 1 semana, en un tiempo total 3 semanas.

Finalmente quedaron 195 encuestas y 5 se eliminaron por estar incompletas.

Se calificaron las encuestas, según lo establecido en cada anexo, obteniendo una calificación final. Se capturaron los datos de cada encuesta en el programa SPSSV10 para finalmente analizarlas por medio de estadística descriptiva e inferencial.

2.11. Maniobras para Evitar o Controlar Sesgos.

Tomando en cuenta que tratándose de estudiantes adolescentes, que pueden mostrarse desconfiados, indiferentes o renuentes para realizar una encuesta que no está incluida en su programa de estudios, descubrirse a sí mismos en su forma de pensar y plasmar esta información en una encuesta, se realizaron las siguientes actividades:

Promoción con carteles colocados en puntos estratégicos invitándolos a conocer sobre el tema del estudio. Con previo consentimiento informado al inicio la encuesta se informo el propósito del estudio, forma de contestar la encuesta, ratificar que toda información sería anónima y que ya terminado el trabajo se reuniría con ellos para analizar los resultados obtenidos. Se explicó pregunta por pregunta, con ejemplos de respuesta en la mayoría de preguntas; con invitación a preguntar dudas o bien se iba al asiento para ayudarlos. Al entregar las encuestas se verificó si había alguna duda. Se calificaron y capturaron los dato y verificaron en 3 ocasiones para no modificar a conveniencia o subjetividad del autor.

Se contó con la colaboración de un ayudante, profesores y prefectos.

2.12. Prueba Piloto

La prueba piloto se realizó en una secundaria no 21 de la misma zona, en el mes de junio del 2004, donde se solicitó permiso al director para reunir en un salón a 20 alumnos al azar. Se aplicó la encuesta, solo con el fin de comentar si son claras las preguntas (proponiendo ejemplos). Se cambiaron algunas palabras por otras más entendibles, sin modificar el significado de la pregunta (y no sesgar la información).

2.13. Procedimientos Estadísticos.

Se elaboró y analizó una base de datos en el programa SPSS V10 por medio de:

Estadística descriptiva:

Medidas de tendencia central, medidas de dispersión, medidas de resumen (frecuencia, % mediana, moda, promedio y desviación estándar)

Estadística inferencial:

Correlación de Spearman (para las variables APGAR, Inteligencia Emocional y Estilo de Vida).

2.14. Cronograma.

Proyectado(P).

Realizado(R)

| Meses 2003-2005. | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Etapa/Actividad | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| Etapa de Planeación del Proyecto. | PR | PR | PR | | | | | | | | | |
| Marco Teórico | | | | PR | PR | PR | PR | PR | PR | | | |
| Material Y Métodos | | | | | | | | | PR | | | |
| Registro y Autorización Del Proyecto | | | | | | | | | PR | | | |
| Etapa de Ejecución del Proyecto | | | | PR | | | | | | | | |
| Recolección de Datos | | | | | P | P | R | | | | | |
| Almacenamiento de Datos | | | | | | | | PR | PR | | | |
| Análisis de los Datos | | | | | | | | | PR | | | |
| Descripción de los Resultados | | | | | | | | | PR | PR | | |
| Discusión de los Resultados | | | | | | | | | | | PR | |
| Conclusión del Estudio | | | | | | | | | | | | PR |
| Integración y Revisión Final | PR | | | | | | | | | | | |
| Reporte Final | | PR | | | | | | | | | | |
| Autorizaciones | | | PR | | | | | | | | | |
| Impresión del Trabajo Final | | | PR | | | | | | | | | |
| Solicitud de Trabajo de Tesis | | | PR | | | | | | | | | |
| Reunión en la EST 9. | | | | | | | | | | | | |

2.15. Recursos Humanos, Materiales, Físicos y Financiamiento del Estudio.

Recursos Humanos:

La encuesta fue aplicada por el Medico residente responsable de la tesis en las aulas de la Escuela Secundaria Técnica no 9 “Julian Carrillo”, y se contó con el apoyo un ayudante, profesores en turno y prefectos.

Se contó con la asesoría de la Dra. Silvia Landgrave y del Dr. Raúl Efren Ponce Rosas.

Recursos Materiales:

Carteles, gises, hojas de encuestas, lápices y plumones, financiado por el Medico Residente responsable de la Tesis y el equipo de computo en el Departamento de Medicina Familiar de la UNAM.

2.16. Consideraciones Éticas.

De acuerdo a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Parte B- principios básicos para toda investigación médica. Punto 10 menciona que es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano en toda investigación.

El Reglamento de la Ley General de Salud de 1987, menciona en su título segundo aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I.-disposiciones comunes, artículo 17- riesgo de la investigación; categoría I que es una investigación sin riesgo. Artículo 20. - donde se menciona el consentimiento informado, para autorizar la participación del sujeto en la investigación con pleno conocimiento del procedimiento, riesgo y la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.

3. RESULTADOS.

De las encuestas aplicadas a los estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica 9 “Julian Carrillo” en el mes de septiembre del 2004 se obtuvieron los siguientes resultados.

Solo 195 (13.9% del universo de trabajo) encuestas se introdujeron a la base de datos:

Estadística Descriptiva.

En la variable edad el rango fue de 11 a 16 años.

Con respecto al grado escolar se aplicaron encuestas a 104 (53.3%) alumnos de primer año y 91 (46.6%) alumnos de tercer año.

Con respecto al turno se reportaron del matutino a 100 (51.28%) alumnos y del vespertino 95 (48.7%) alumnos.

La variable sexo reportó los siguientes datos, del sexo femenino 109 (55.89%) y Masculino 86 (44.1%).

En cuanto al estado de salud hubo: sanos 184 (94.35%) y enfermos 11 (5.6%).

El rango del promedio escolar fue de 6.5 a 10 con una media de 8.2

La frecuencia, por el número que ocupa el hijo en la familia actual se encontró: Primer hijo o único 46.1%, segundo 28.7%, tercero 16.9%, cuarto 5.6% quinto y sexto 1% c/u, y séptimo 0.5%.

La población estudiada fue del 100% en zona urbana. La frecuencia por su estrato socioeconómico fue: 86 (52.1%) de medio bajo, 50 (25.6%) obrero, 52 (26.6%) medio alto, 6 (3%) alto y 1(0.5%) marginal.

Estructura Familiar.

De las familias incluidas en el estudio los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Nuclear 84 (43.5%), extensa 64 (32.8%), monoparental-extensa 12 (6.1%), monoparental 9 (4.6%), acordeón extensa-compuesta 8 (4.1%), extensa compuesta 6 (3%), acordeón-monoparental y de segundas nupcias 4 (2%) c/u, monoparental-extensa-compuesta y familia con hijos que participan en otras familias 2 (1%), c/u, ver cuadro 1.

Cuadro 1.

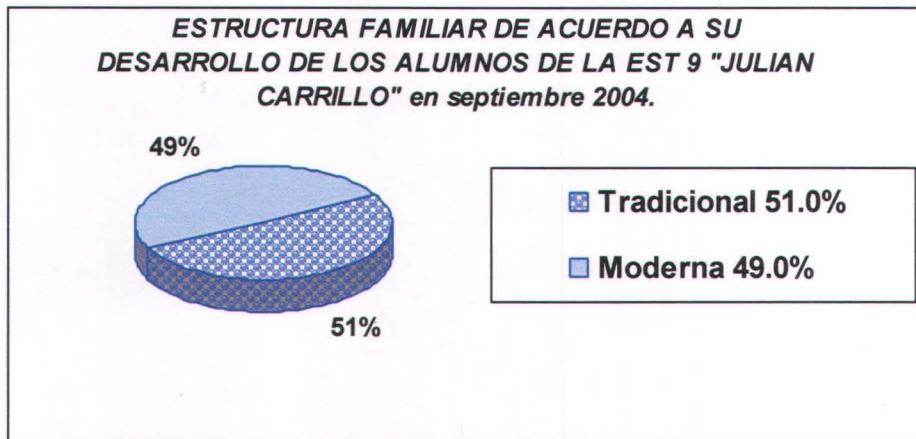
| ESTRUCTURA FAMILIAR DE LOS ALUMNOS DE LA EST "9" JULIAN CARRILLO en septiembre 2004. | | |
|---|-------------------|------------|
| Tipo | Frecuencia | % |
| Nuclear | 84 | 43 |
| Extensa | 64 | 32 |
| Monoparental extensa | 12 | 6 |
| Monoparental | 9 | 4.6 |
| Acordeón extensa-compuesta | 8 | 4 |
| Extensa compuesta | 6 | 3 |
| Acordeón monoparental | 4 | 2 |
| De segundas nupcias | 4 | 2 |
| Con hijos que participan en otras familias | 2 | 1 |
| Monoparental extensa compuesta | 2 | 1 |
| TOTAL | 195 | 100 |

Fuente: Encuesta aplicada. n=195

Desarrollo Familiar

Se encontraron 99(50.7%) familias tradicionales y 96(49.2%) modernas. Ver Gráfica 1.

Gráfica 1.



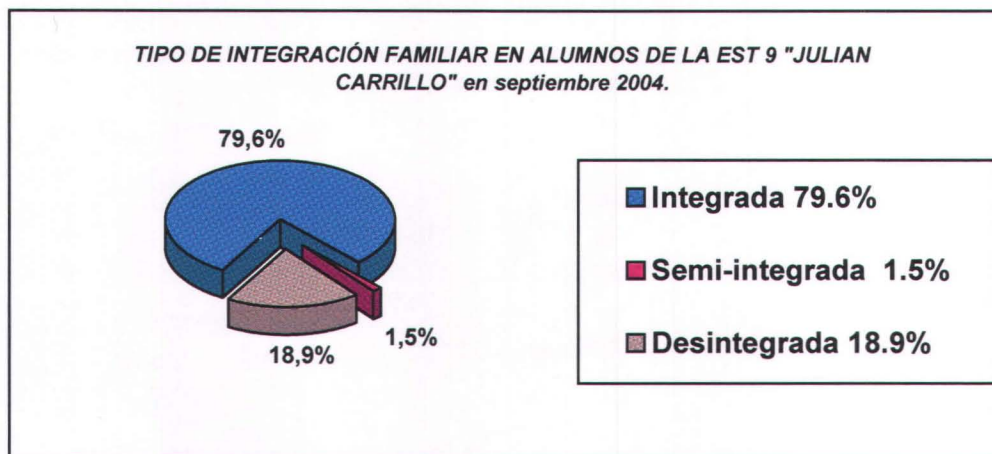
Fuente:

Encuesta aplicada. n=195

Integración Familiar

De acuerdo a su integración se encontraron 155(79.4%) familias integradas, 37(18.9%) familias desintegradas y 3 (1.53%) familias semi-integradas. Ver gráfica 2.

Gráfica 2.



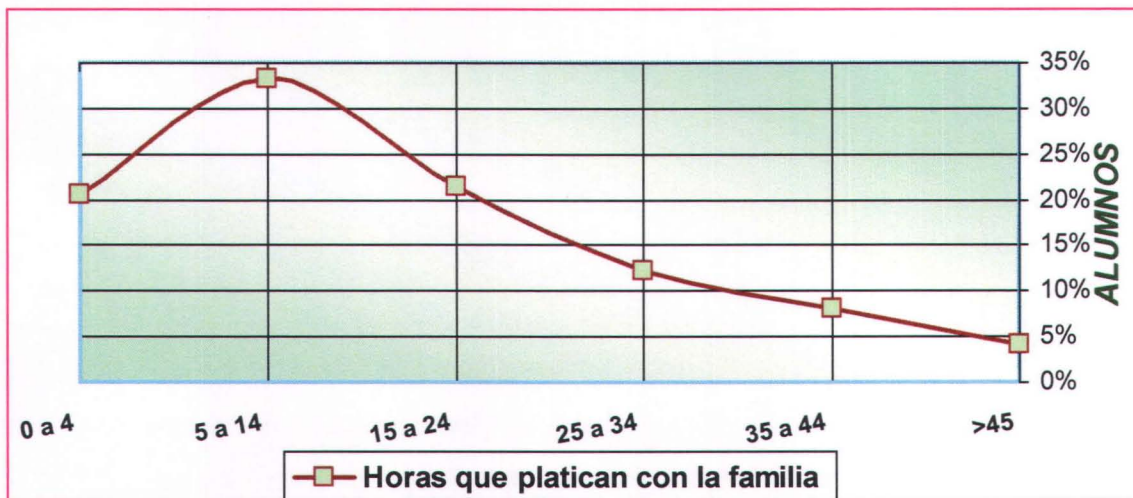
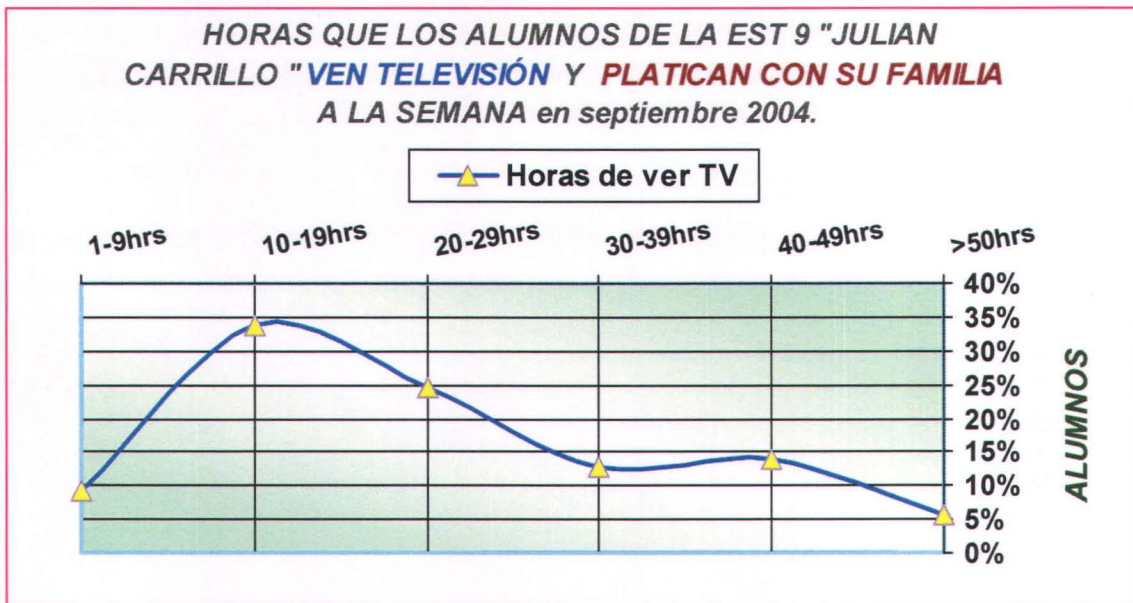
Fuente: Encuesta aplicada. n=195

Horas que los Alumnos ven Televisión y Platican con su Familia a la Semana.

Las horas (rangos) que los alumnos ven televisión a la semana reportaron: (TV, videos, internet-chat) 66 (33.8%) alumnos ven de 10 a 19 hrs, 48 (24.6%) alumnos ven de 20 a 29 hrs, 27 (13.8%) alumnos ven de 40 a 49 hrs, 25 (12.8%) alumnos ven de 30 a 39 hrs, 18 (9.2%) alumnos ven 1 a 9 hrs, 11 (5.6%) alumnos ven más de 50 hrs.

Las horas (rangos) que los alumnos platican con sus familiares a la semana en donde ellos participan reportaron: 65 (33.3%) alumnos platican de 5 a 14 hrs, 42 (21.5%) alumnos platican de 15 a 24 hrs, 40 (20.5%) alumnos platican de 0 a 4 hrs, 24 (12.3%) alumnos platican de 25 a 34 hrs, 16 (8.2%) alumnos de 35 a 44 hrs, 8 (4.1%) alumnos platican más de 45 hrs. Ver gráfica 3.

Gráfica 3.



Fuente: Encuesta aplicada. n=195

APGAR familiar.

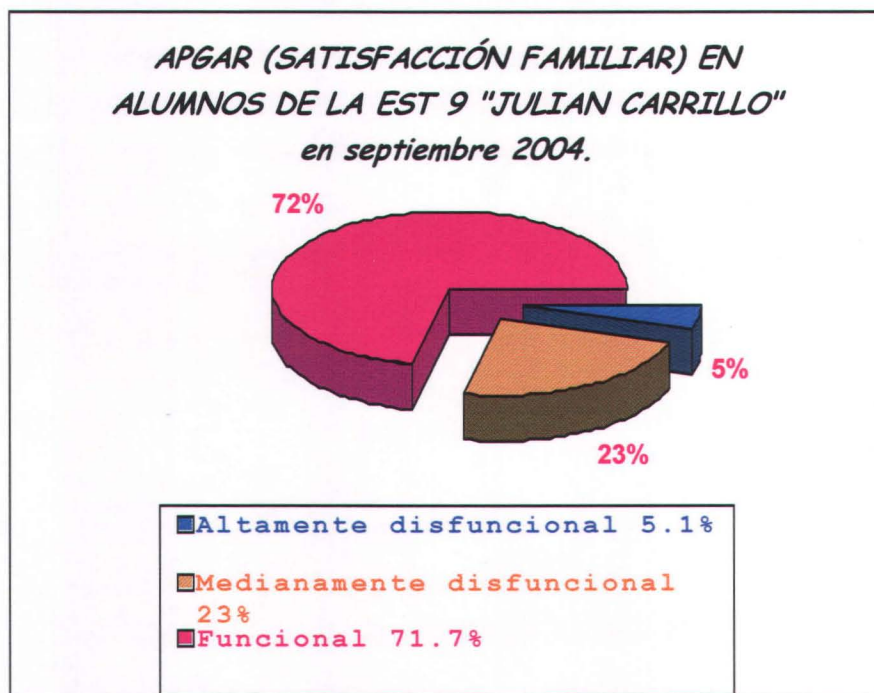
El estudio de la satisfacción familiar, fue aplicado solamente a un miembro de la familia (el alumno), encontrando una frecuencia de: funcional 140 (71.7%), medianamente funcional 45 (23%) y altamente disfuncional 10 (5.1%).

Con respecto a las áreas que evalúa el APGAR se obtuvieron en un mayor porcentaje en la respuesta “casi siempre”:

Adaptación 140 (71.7%), crecimiento 97 (49.7%), afectividad 118 (60.5%) y resolución 114 (58.4%).

En mayor porcentaje para la respuesta “algunas veces”: Compañerismo 93 (47.6%). Ver gráfica 4.

Gráfica 4.

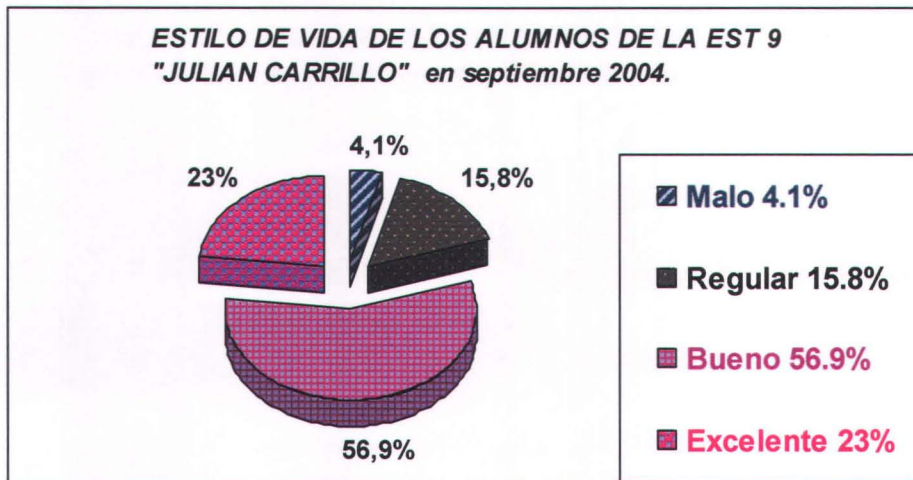


Fuente: Encuesta aplicada. n=195

ESTILO DE VIDA.

Al aplicar el test FANTASTIC que mide el estilo de vida se reportaron 111(56.9%) alumnos con nivel bueno, 31(15.8%) con nivel regular y 8 (4.10%) con nivel malo. Ver gráfica 5.

Grafica 5

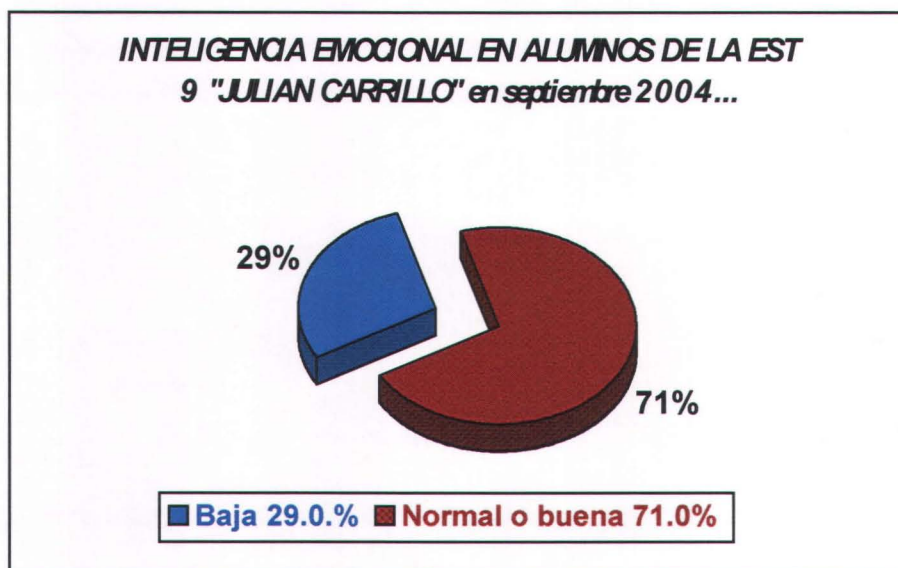


Fuente: Encuesta aplicada. n=195.

INTELIGENCIA EMOCIONAL.

El nivel de inteligencia emocional que reportaron los adolescentes fue de 28.7(28.7%) alumnos con IE baja. Y 139(71.2%) con IE normal o buena. Ver gráfica 6.

Gráfica 6



Fuente: Encuesta aplicada. n=195.

Al analizar la puntuación final de las variables dependientes se reportaron:

La Inteligencia Emocional con una media de 127,57 y en sus áreas:

La autoconciencia con una media de 23,84, autocontrol una media de 23,69, automotivación con una media de 27,93, empatía con una media de 25,97, habilidad social con una media de 26,18.

En el APGAR familiar con una media de 7.34.

En Estilo de Vida con una media 77.24. Ver cuadro 2.

Cuadro 2.

| Puntuación final | Media | Desviación estándar | Mínimo | Máximo |
|------------------------|--------|---------------------|--------|--------|
| <u>APGAR</u> | 7,34 | 2,020 | 0 | 10 |
| Inteligencia Emocional | 127,57 | 19,263 | 52 | 167 |
| Autoconciencia | 23,84 | 5,208 | 7 | 36 |
| Autocontrol | 23,69 | 4,569 | 6 | 33 |
| Automotivación | 27,93 | 5,481 | 9 | 36 |
| Empatía | 25,97 | 4,934 | 3 | 36 |
| Habilidad social | 26,18 | 5,840 | 10 | 36 |
| Estilo de vida | 77,24 | 10,076 | 41 | 96 |

Fuente: Encuesta aplicada. n=195.

Estadística Inferencial.

Al correlacionar las variables estudiadas con la Rho de Spearman se reportaron con un coeficiente entre éstas de:

0.384 entre APGAR e Inteligencia Emocional.

0.359 entre APGAR y Estilo de Vida.

Con una correlación baja, relación definida pero pequeña: “ $r=0.21$ a 0.40 ”

Y de 0.617 entre Estilo de Vida e Inteligencia Emocional.

Con una correlación elevada, relación importante: “ $r=0.61$ a 0.80 ” Ver cuadro 3.

Cuadro 3.

| C. de Spearman | Puntuación | | APGAR | Inteligencia Emocional (IE) | Estilo de Vida (EV) |
|-----------------|------------|--------------------------------------|---------------|-----------------------------|---------------------|
| Rho de Spearman | APGAR | Coef. de C. Sig. (Bilateral) N | 1.000 195 | .384** 195 | .359** 195 |
| | IE | | .384* 195 | 1.000 195 | .617** 195 |
| | EV | | .359** 195 | .617** 195 | 1.000 195 |

$r=0.0$ correlación nula, relación ausente.

$r<.20$ correlación ligera, relación insignificante.

$r=.21$ a $.40$ correlación baja, relación definida pero pequeña.

$r=.41$ a $.60$ correlación moderada, relación considerable.

$r=.61$ a $.80$ correlación elevada, relación importante.

$r=.81$ a $.90$ correlación alta, relación fuerte.

$r>.91$ correlación muy alta, relación muy confiable.

$r=1.0$ correlación perfecta.

Interpretación de la magnitud de la asociación Ponce RER, 1995. Fuente: Encuesta aplicada. $n=195$

4. DISCUSIÓN.

Las políticas gubernamentales se han interesado en la salud de los adolescentes ya que las cifras de su morbilidad y mortalidad repercuten en la sociedad. ^{1,2}

Se dice que la etapa de adolescencia no es “mala” sino un cambio en la vida, donde se enferma poco y muere mucho, es decir un período conflictivo que abre el camino a la enfermedad crónica o incluso a la muerte. De allí la importancia de estudiar las influencias internas y externas del adolescente que lo llevan a determinado estilo de vida. ^{5,12}

La estructura psíquica de los niños aparte de la dotación genética depende fundamentalmente de su organización y funcionamiento familiar. La familia es el factor etiopatogénico en el desarrollo de numerosos trastornos psicopatológicos. ²⁶

Con la transformación actual que ha tenido la familia, a los adolescentes se les ha dado “progreso”, aunado a la destrucción, smog, TV, contaminación y guerra. En lo emocional, hay destrucción de valores, desintegración de la familia y sociedad, la autoridad irracional y en lo social lo enajenante. Con la incorporación de la mujer al mercado laboral hace que hijos pasen solos y/o en grupos de pares (a veces pandillas) muchas horas del día o sean “educados” en forma indiscriminada por la TV, que aumenta la pasividad intelectual, limita la creatividad, disminuye su tiempo libre, condiciona mayor consumo de alimentos y menos actividad física. ^{1,19,52}

La desorganización en la estructura familiar tradicional altera el desarrollo psicosocial del adolescente, ^{9,15,16,21,25,26,45} el divorcio se asocia con deterioro de concepto de sí mismo, aumento de la depresión y de conductas de riesgo en la salud. Existe una relación del poder ejecutivo del subsistema parental o inversión de jerarquía familiar y la aparición de psicopatología en los hijos, en concreto trastornos de conducta y abuso de sustancias. Cuando hay una familia con estructura estable y protección el factor “consumo de drogas” disminuye hasta el 50%.

Adolescentes con antecedente de intento de suicidio, pertenecen en una proporción considerable a familias desintegradas. En familias extensas, la función de las redes de apoyo extrafamiliar es la solidaridad que facilita el cuidado y compensa deficiencias tales como la ausencia de los padres; la desventaja es que los padres pueden no llegar a adquirir

plena independencia ni autoridad sobre los hijos. En las familias de segundas nupcias el problema es a la hora de reorganizar la estructura familiar.

Hay una asociación²⁶ significativa con *la insatisfacción de los hijos* de madres (padres) solteras o que conviven con una persona distinta del padre (madre).

Se ha mostrado mayor insatisfacción quien pertenece a familias de tipo extensa incompleta, a diferencia de los de familia nuclear o extensa completas.

Quienes ven a los padres como nada afectuosos están más insatisfechos, lo que evidencia la importancia del rol afectivo en la socialización, la falta de afecto en la infancia y adolescencia resulta decisiva en el desarrollo personal y global de las personas.

Son más satisfechos quienes reconocen que son ambos padres los que autorizan permisos y/o aplican las normas familiares, que quienes reciben premios de tipo material.

Hay una asociación entre funcionamiento familiar y promedio de calificaciones.

Quienes están más insatisfechos con sus familias se definen como poco felices, más permisivos moralmente y mayor percepción de problemas propios.

La exploración de la familia no es una tarea fácil ni se logra registrando mecánicamente las respuestas en una lista más o menos larga de preguntas, las familias buscan justificarse ante ellas mismas y mantener una apariencia aceptable en términos convencionales, así como un equilibrio u homeostasis interna.¹⁶

Reportes señalan a las mujeres con puntuaciones menores en el APGAR, indicando mayor disfunción familiar, por tanto mayor malestar psíquico, aunque las diferencias no son significativas con los hombres.^{23,26}

Las adolescentes muestran una preferencia por acudir en busca de ayuda ante diversas fuentes de conflicto, primero con sus familias y en segundo término sus amigas; en los hombres la búsqueda estuvo determinada por el tipo de conflicto. En ambos sexos el apoyo familiar resultó ser el más efectivo.⁴²

Autores indican que las interacciones familiares, moldean muchas de las conductas que mantiene a los individuos sanos, sin olvidar los factores culturales, institucionales, escuela y grupos de pares. Y que el comportamiento individual y *el estilo de vida* surgen de como fueron socializados en familia. Investigaciones reportan que las conductas no saludables

suelen iniciarse en la adolescencia temprana, incrementándose en la media y alcanzando su pico en la tardía. Y las conductas saludables en la adolescencia temprana son mejores, principalmente en el sexo masculino y al final de la adolescencia decaen. Hay una relación ambigua entre el autoconcepto o autoestima y estilo de vida ya que no hay parámetros bien establecidos para concretarlo. ^{6,49}

Abunda la información que ratifica la idea de comenzar con la educación de la *inteligencia emocional* ya que tiene efectos sobre la salud y que ésta contribuye a disminuir los sentimientos de frustraciones, inhibiciones, angustia, depresión y ansiedad entre otros. Hay un desafío para todos por superar la “crisis de familia” actual en la formación y educación de los hijos y no abandonarlos a su suerte, así como la formación de la inteligencia emocional. La adolescencia es una potencia viva, cambiante, plástica, vulnerable, es decir es materia a trabajar en el futuro. ^{1,35,36,41,49}

El Médico Familiar como encargado de la salud integral de la familia, estudia parte de ella y en específico del adolescente, es necesario conocer aspectos generales (biológicos, sociales y económicos) y específicos como la satisfacción familiar, nivel de inteligencia emocional y estilo de vida saludable. De ahí nació la inquietud para el estudio.

En el cual se tuvo buena respuesta por parte de los adolescentes para contestar la encuesta, donde solo 5 personas se eliminaron.

La mayoría se encontró en adolescencia temprana, que es el inicio de cambios biológicos y psicológicos.

El sexo femenino predominó a un poco más de la mitad, debido al incremento de la mujer en el campo laboral actual.

La mayoría de los alumnos fueron primogénitos o únicos de lo que se deduce, que la mayoría de los padres o tutores están en una primera experiencia con hijos adolescentes, aparte de ser etapa de crisis para cada uno del subsistema familiar.

El estado de salud fue en su mayoría de sanos sin encontrar predominio por algún grupo.

El promedio escolar, es valor hasta cierto punto “muy maleable” por la forma en que se acostumbra a calificar, lo que motivó a no incluirlo finalmente en el estudio.

El estrato medio bajo predominó, que es característico de la zona en que se desarrolló el estudio, sin lograr relacionarlo con alguna de las características del adolescente.

Al investigar las horas que el adolescente “convive” con la televisión se observó que es parte primordial en casa y que son aparatos que compiten con los padres o tutores, ya que al comparar las horas que platican con sus familiares hay quienes reportaron cero horas. Es algo alarmante, al saber que si no hay una selección adecuada de los programas y del tiempo que se ocupa para ello, se esperan alumnos “mal” educados por la televisión.

Al observar la tipología familiar predominó la nuclear seguida de la extensa. Encontrando otras en muy poco porcentaje pero que son de llamar la atención por modificar su estructura y dinámica familiar. Como la familia monoparental con variedades extensa, compuesta y acordeón en donde un solo progenitor o tutor está a cargo y la mayoría tiene que salir a trabajar dejando la educación de los hijos con algún pariente o conocido, en el tipo acordeón donde uno de los padres sale a trabajar por tiempos prolongados no permite una relación continua sus los hijos; la de segundas nupcias donde hay una reorganización de la estructura familiar y en la de hijos que participan en otras familias, él tiene que permanecer en casa de familiares o extraños, en ocasiones no siendo muy segura su estancia.

Ya que si bien no se puede generalizar al adolescente por el tipo de familia en el que se está formando, en este estudio no se logró analizar con profundidad a la familia y la relación que hay con las características del adolescente, ya que se necesitan estudios más precisos para ver la dinámica y estructura familiar.

En cuanto al desarrollo observó que las familias modernas alcanzaron casi por mitad a la tradicional donde el padre es el proveedor y la madre se dedica al hogar. Lo que refleja el incremento de la mujer al campo laborar por satisfacción o necesidad permaneciendo los hijos a cargo de otros. Sin que se tenga la plena seguridad de que sean bien cuidados o educados, como por ejemplo por la televisión.

Por el tipo de integración familiar, con base a la percepción del alumno se encontró que en un mayor porcentaje hay familias integradas, sin tener la seguridad que en verdad cumplan los padres todas las funciones correspondientes para la formación de los hijos; y en una tercera parte desintegradas por la falta física de uno de los padres y en un pequeño porcentaje semi-integrada donde el alumno reporta que a pesar de estar físicamente no cumple con alguna función a su parecer.

El *APGAR familiar* como reflejo de satisfacción familiar que percibe el adolescente fue en su mayoría de funcional, la cual sería una buena pauta para actuar ya que se sienten con el respaldo de sus familias, a pesar de los cambios propios de la edad.

Con este tipo de preguntas y aunque fue anónima, en ocasiones la persona encuestada trata de ocultar alguna deficiencia en la familia, a pesar de esto hubo quien calificó con altamente disfuncional; alumnos a quienes se les debería hacer un estudio familiar en un futuro si ellos lo permitieran y para saber el trasfondo de su insatisfacción entre otras características.

De manera informal se les invitó a que escribieran como se sentían, si tenían algún problema o duda y para ver la forma de orientarlos (reunión pendiente); la mayoría hizo algún comentario, desde sentirse contento hasta tener problemas con amigos o familiares, nadie expuso ideas de suicidio, sin embargo no se pudo observar la relación con las variables estudiadas.

El estilo de vida reportado fue bueno en la mayoría lo que coincide con un estudio con respecto a que en la adolescencia temprana hay mejores conductas, aunque no se pudo comparar con algún grupo en etapa tardía para ver si tenían conductas menos adecuadas; Solo se logró analizar la correlación entre estilo de vida y *APGAR familiar* encontrando que fue baja, pudiendo ser algunas de las causas que el instrumento de medición para satisfacción familiar no se contestó con sinceridad, otros instrumentos para valorar en forma más integral la satisfacción familiar, haber valorado además la funcionalidad familiar o bien que realmente no existe correlación entre el estilo de vida y la satisfacción que el adolescente percibe.

Al analizar el grado de Inteligencia Emocional la mayoría fue normal o buena y en casi una tercera parte el nivel fue bajo. Con respecto a sus áreas se observó que la automotivación fue la de mayor puntuación con la que se podrían generar cambios con una buena estrategia, para mejorar o ratificar su inteligencia emocional y con menor fue la autoconciencia y autocontrol que se observa normalmente en esta etapa y se observó al efectuar la encuesta.

La correlación entre Inteligencia Emocional y APGAR fue baja. Lo que llamó todavía más la atención con el APGAR familiar, aunado a que no se conoce un instrumento estandarizado para medir la inteligencia emocional.

Al correlacionar la inteligencia emocional y estilo de vida de los adolescentes por medio de la Rho de Spearman se encontró una *relación importante y correlación elevada*. Con lo que se podría esperar que si hay adolescentes con estilos de vida deficientes muy seguramente su inteligencia emocional será baja y viceversa.

Es importante tomar reservas con las correlaciones realizadas, ya que el trabajar con variables cualitativas es más difícil por la subjetividad de éstas.

5. CONCLUSIONES.

El objetivo de este estudio fue valorar la satisfacción familiar que perciben los adolescentes por medio del APGAR familiar, la Inteligencia Emocional con un test y estilo de vida del adolescente por medio del test FANTASTIC de la Escuela Secundaria Técnica 9, la cual se logró con el apoyo principal de los mismos.

La satisfacción familiar en este estudio en su mayoría fue funcional y aunque no se logró observar una correlación con las demás variables, el realizar una valoración integral es importante ya que saber que piensa el adolescente y sobre todo la comunicación con él, hoy en día deficiente.

Los resultados obtenidos nos motivan seguir investigando a la familia, pilar en la medicina familiar, que es la formadora de todo ser humano y que da los antecedentes con los que se desarrolla todo individuo.

Con respecto a los niveles obtenidos en inteligencia emocional y estilo de vida fueron también adecuados en su mayoría y en un menor porcentaje a pesar de ser variables difíciles de medir, hubo quien calificó con malo o deficiente los cuales son merecedores de un estudio familiar completo a futuro y ver si hay alguna característica en especial.

Saber con que nivel cuenta el adolescente y en que componentes de la inteligencia emocional están bajos puede dar pauta a padres, médicos, maestros y quienes estén en contacto con ellos para mejorar sus deficiencias con previa capacitación para saber como ayudar a que lleguen a una vida saludable física y mental en la adultez y no se presenten enfermedades prematuras que se pudieron prevenir en esta etapa.

Comenzar a trabajar con la educación de la inteligencia emocional desde el inicio de la formación de todo ser humano es importante y no esperarse hasta la adolescencia donde puede ser más evidente la deficiencia, siendo la familia guía el principal en su formación.

Estas circunstancias invitan a seguir investigando al adolescente con respecto a los factores que imprimen una huella o troquel en la vida psicológica, social y biológica, como lo es el buen funcionamiento de la familia, la sociedad y todo aquello que tiene contacto con él.

Provocar cambios en el estilo de vida del adolescente que lo lleven a una vida adulta saludable es parte de la prevención que corresponde al primer nivel de atención, y por lo tanto al Médico Familiar a quien se hace una cordial invitación de ver a la familia e individuo en forma integral. Además de beneficiar a la sociedad donde la familia es parte fundamental hacia un mejor futuro.

6. REFERENCIAS.

1. Dulanto E. El adolescente y su circunstancia. Editorial Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México. XX Aniversario. 1972; 129-154.
2. Domínguez AY Adolescencia Salud. Monografías.com.
<http://www.monografias.com/trabajos13/adosa/adosa.shtml>.
3. Ingersoll GM. Adolescence. 2nd ed. Englewood Cliffs. NJ. Prentice-Hall 1989; 2.
4. Santos-Preciado JI, Villa-Barragán JP, García-Avilés MA, León-Alvarez GL, Quezada-Bolaños S, Tapia-Conyer R. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud Pública de México 2003; 45 supl 1:S140-S152.
5. Castells CP, Duo Playa de J. Aspectos psicológicos de la adolescencia. Características normales de esta etapa de la vida. Indicaciones clínicas de desarrollo de patología. Medicine Programa de Formación Continuada en Medicina Asistencial 1999; 7 (132): 6225-6233.
6. Balaguer I, Pastor Y. Un estudio acerca de la relación entre el autoconcepto y los estilos de vida en la adolescencia media. Psicología Online. Guía de profesionales de la psicología. <http://www..psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/56/>
7. Pineda PS, Aliño SM. Capítulo I. El concepto de adolescencia. 15-23.
http://aps.sld.cu/bvs/materiales/manual_practica/capitulo%201.pdf
8. Aberastury A. Knobel M. La adolescencia normal. Una enfoque psicoanalítico. Editorial Paidós. México 1992.
9. Anarney Mc, Kreipe, Orr, Camerci. Medicina del Adolescente. Editorial Medicina Panamericana. 1997.
10. William AD. Contacto con el paciente adolescente. Clínicas Médicas de Norteamérica. Medicina de la Adolescencia. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. Vol. 4.2000.
11. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Públ de Méx 2003; 45 (supl 1): S132-S139.
12. Infiesta JA, Bimella JL, Garrucho G, March JC Estilos de vida y juventud.
<http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libros34/libro34.pdf>

13. El autocuidado en la promoción de la vida.
<http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm>
14. Rodríguez MR, López CC, Munguía MJL, Hernández SM, Martínez B Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos. Rev Méd IMSS 2003; 41 (3): 211-220
15. Santacruz VJ La familia como unidad de análisis. Rev Méd IMSS, 1983; 21, 348-357
16. Saucedo GJM, Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Rev Med IMSS 1991; 29 (1):60-72
17. Shires BD, Hennen BK. Medicina familiar. Guía práctica. Capítulo 3. Estructura y función de la familia. Editorial Mc Graw Hill. México 1983.
18. Velazco OR, Chávez AV, La disfunción familiar, un reto diagnóstico-terapéutico. Rev Méd IMSS 1994; (32):271-275
19. Baeza S. El rol de familia en la educación de los hijos. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL. 2000 año I (3). Jordanas interdisciplinarias de instituciones de promoción social, educación y salud. <http://www.salvador.edu.ar/ual-9pub01-3-06.htm>
20. Herrera SPM. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud Revista Cubana Médica General Integral. 1997;13(6):591-5. http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm
21. García RJ. La familia en el desarrollo psicológico del niño. Rev Mex Puericul Pediatr 2002; 10(55):26-36
22. Chávez AV, Velazco OR. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev Méd IMSS 1994; 32(1):39-43
23. Varela RFJ. Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria. Medicina de familia (And) 2000;1(2):29-32 <http://www.samfyc.es/nueva/resvista/PDF/numero2/141-144.pdf>
24. ¿Qué se entiende por una familia funcional? [http://finisterrae, cl_carreras/cienciasfamilia/contenidos/documentos/familia_funcional.doc](http://finisterrae.cl_carreras/cienciasfamilia/contenidos/documentos/familia_funcional.doc)
25. Alcaina PT. Psicopatología e interacción familiar. http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a5n11.htm#anchor606080

26. Chamblás I, Mathiesen ME, Mora O, Navarro G, Castro M. Funcionamiento familiar. Una mirada desde los hijos/estudiantes de enseñanza media de la provincia de concepción. <http://www.udec.cl/ssrevi/articulofamilia02.htm>
27. Campañ PE. El modelo sistémico aplicado al campo educativo. Aplicaciones. http://www.dup-alicante.es/hipokrates/hipokrates_1/pdf/ESP/u12e.pdf
28. Instituto Interamericano del Niño. Concepto de la familia. <http://www.iin.oeg.org/Cursos%20a%20distancia/Lectura%2012UTI.PDF>
29. Gómez CFJ, Irigoyen CA, Ponce RER. Selección y análisis de instrumentos par la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999; 1(2):47-57.
30. Méndez EE, Garza ET. Instrumentos para valorar funcionalidad familiar –APGAR familiar. Trabajo con Familias. 1era ed. 1997: 97-99.
31. De la Revilla L. La disfunción familiar Editorial. Aten Primaria 1992; 10 (2): 582-583
32. Smilkstein G. The physician and family function assessment. Fam Syst Med 1984; (2):262-78
33. Cortés SJF, Barragán VC, Vázquez CML. Perfil de inteligencia emocional: construcción, validez y confiabilidad. Salud Mental 2002; 25(5):50-60
34. Fernández BP, Extremera PN. La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. OE-Revista Iberoamericana de Educación. ISSN:1681-5653 <http://campus.oei.org/revista/deloslectores/326Berrocal.pdf>.
35. De la Torre S. Estrategias creativas para la educación emocional. <http://www.iacat.com/webcientifica/Estrategiascreativas.com>
36. Alcacíbar JC. 2002. Inteligencia emocional en la empresa. <http://www.apsique.virtuabyte.cl/tiki-index.php.page=Laboint-emoc-empresa>.
37. Goleman D. La inteligencia emocional. 38ª edición 2003. Editorial Javier Vergara Editor.
38. Chiriboga ZDR, Franco MJE. Validación de un test de inteligencia emocional en niños de diez años de edad. Médico de Familia. <http://www.infomedonline.com.ve/medifami/medf91art2.pdf>.
39. Ser inteligente no supone equilibrio ni felicidad. <http://www.consumer-revista.com/mayo98/interiormetne-01>

40. Inteligencia Emocional. Como pueden ayudar los padres a los hijos a alcanzar un alto nivel de Cociente Emocional.
http://www.inteligencia_emocional.org/aplicaciones_practicas/educar_con_inteligencia_emocional.htm
41. Froufe M, Colom R. Inteligencia racional vs. Inteligencia emocional Santillana indexnet. http://www.indexnet.santillana.es/rcs/_archivos/primaria/biblioteca/cuadernos/interl.pdf
42. Mendizábal RJA, Anzures LB. La familia y el adolescente. Trabajo de revisión. Rev Med Hos General, 1999; 62 (3):191-197.
43. López GMI. El adolescente de hoy en la sociedad urbana. Psiquiatría.1987; 3(1):5-15.
44. Daniel MS, Campbell TL, Seaburn DB. Orientación Familiar en Atención Primaria. Manual para Médicos de Familia y otros profesionales de la salud. Capitulo Equilibrio entre las alianzas. Ed Springer. Barcelona 1998. Pag 170-187.
45. Rodríguez PC. La familia: sus ciclos y los retos que enfrentan.
<http://familiatec.ite5m/publicaciones/doc5/boletin5/familiapresente1.pdf>.
46. Osornio CL. Intento de suicidio en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar. Arch Med Fam 2001; 3(2):33-39
47. Medina S. López O. Seminario “La familia actual: ¿quién educa a los hijos? 14 de junio de 1995. Paraná. Entre Ríos.
<http://www.accionporlosninos.org.pe/TEXTOS/Foro86.doc>
48. Scarinci de DMP. La centralidad de la familia. Octubre 2003.
<http://www.matrimonioyfamilia.org.ar/CEA%20noviembre/B%202%20-%20Enfoque%Antropologico.htm>.
49. Fundación Chile Unido. ¿Crisis de la familia o de sus funciones tradicionales? Marzo 2000. No 21. http://www.chileunido.cl/corrientes/docs_corrientes/cdeo21funcionesfamilieres.pdf.
50. Inteligencia Emocional: sinónimo de madurez.
http://www.inteligenciaemocional.org/aplicaciones_practicas/e/sinonimo_de_madurez.htm.
51. Florenzzano UR. La familia como factor de riesgo. Creces., Santiago. Chile. No 7 segunda década. 1992;24-28.
<http://www.bcn.cl/pags/publicaciones/temasactual/adolefam.htm>.

52. Durá TT, Mauleón RC, Gúrpide AN. La televisión y los adolescentes. *Aten Primaria* 2002; 30(3):171-175
53. Ruano PR, Serra DE. Sucesos vitales y tensiones en familia con hijos adolescentes. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*. No. 27 Valdivia 2001. ISSN 0716-050X.
54. Obesidad Consenso. Fundación Mexicana para la Salud. 2003.
55. Irigoyen CA. *Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar*. 1era Edición. Ed. Medicina Familia Mexicana. 2002.
56. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. *Gac Méd Méx* 2001; 37 (4):347-391.
57. Ponce RER. *Guía para la tutoría de Proyectos de Investigación en Medicina Familiar*. Editorial Medicina Familiar Mexicana.
58. *Reglamento de la Ley en Materia de Investigación para la Salud*. Secretaria de Salud. 1987.

7. ANEXOS:

ANEXO 1.

Area 1: Ficha de Identificación y Consentimiento de Participación Voluntaria.

FECHA _____

FOLIO _____

VALORACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN FAMILIAR, INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ESTILO DE VIDA EN EL ADOLESCENTE.

El cual tiene la autorización por la Dirección de este plantel Escuela. Secundaria. Técnica. No. 9. " Julián Carrillo".

La información que Usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si Usted siente que alguna de las preguntas le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla (s) respetando su pensamiento y decisión. También si usted se sienta en algún momento herida, lastimada o agredida en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtenga será utilizada para fines de investigación que permita obtener una panorámica del pensamiento del ADOLESCENTE y así poder brindar propuestas de intervención en personal de docencia, padres de familia y médicos familiares para fomentar funcionalidad familiar, la Inteligencia Emocional, Estilo de Vida saludable.

El cuestionario se realizará en 3 sesiones. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿ACEPTA CONTESTAR?

NO _____ SÍ _____

Muchas gracias por su participación.

1- ¿Cuántos años tienes? _____

2- ¿ Qué sexo eres? 1. Femenino() 2. Masculino ().

3- ¿ En qué turno vas? 1. Matutino () 2. Vespertino ().

4- ¿Promedio escolar de la primaria? _____

5- ¿Padeces alguna enfermedad? Si _____. No ()

6- Hrs de ver TV a la semana: _____

7- Hrs de platicar con tu familia, a la semana: _____

Area 2: Tipología Familiar:

Estructura:

1. Número de personas que viven en casa. _____

2. Tipo de parentesco de los que viven en tu casa:

A) Padre o tutor B) Madre o tutor C) Hermanos D) Otros familiares E) Otros no familiares.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Desarrollo:

3. ¿A parte de tu padre o tutor alguien más aporta dinero a la casa?

A) Si, ¿quién? _____ B) No

Demografía:

4. Vives en zona:

A) Urbana B) Rural.

Integración:

4. ¿Quiénes en casa cumplen sus funciones?, según tu opinión:

A) Papá y mamá (o tutor) viven en casa y cumplen sus funciones

B) Papá y/o mamá (o tutor) no viven en casa.

C) Papá y/o mamá (o tutor) viven en casa pero no cumplen sus funciones

D) Falta algún otro miembro de la familia en la casa: _____. Motivo _____.

Area 3. Clasificación Del Estrato Socioeconómico: Método De GRAFFAR:

I) Profesión del Jefe de familia (persona que aporta más dinero a la casa): _____

1) Universitaria, gran comerciante, ejecutivo de grandes empresas.

2) Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.

3) Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.

4) Obrero especializado: taxista.

5) Obrero no especializado, servicio domestico.

II) Nivel de Instrucción de la madre: _____

1. Universitaria o su equivalente.

2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa

3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)

4. Educación primaria completa.

5. Primaria incompleta, analfabeta.

III) Principal fuente de ingresos: _____

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos al azar)

2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales.

3. Sueldo quincenal o mensual.

4. Salario diario o semanal

5. Ingresos de origen público o privado (subsidios)

IV) Condiciones de la vivienda:

1. Vivienda amplia, lujosa y con optimas condiciones sanitarias.

2. Vivienda amplia sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias (drenaje)

3. Vivienda con espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias.

4. Vivienda con espacios amplio o reducido pero con deficientes condiciones sanitarias (no hay drenaje).
5. Vivienda improvisada construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

ÁNEXO 2. APGAR. Marca con “x” una sola respuesta a cada pregunta.

| APGAR Familiar | | | |
|---|--------------|---------------|-------|
| Evento/Frecuencia | Casi siempre | Algunas veces | Nunca |
| Estoy satisfecho(a) con la ayuda que recibo de mi familiar cuando tengo algún problema. | 2 | 1 | 0 |
| Estoy satisfecho(a) con la manera como mi familia discute los problemas y comparte las soluciones de los mismos conmigo. | 2 | 1 | 0 |
| Mi familia acepta mis deseos de emprender nuevas actitudes o hacer cambios en mi estilo de vida. | 2 | 1 | 0 |
| Estoy satisfecho con la manera como mi familia expresa el afecto y responde a mis sentimientos tales como: coraje, tristeza y amor. | 2 | 1 | 0 |
| Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos. | 2 | 1 | 0 |
| TOTAL | | | |

Anexo 3. Inteligencia Emocional

| Autoconciencia | | | | |
|---|-------|---------|--------------|---------|
| Evento/Frecuencia | Nunca | A veces | Casi siempre | Siempre |
| 1. Sé cuando hago las cosas bien. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Si me lo propongo puedo ser mejor. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Quiero ser como mis padres. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Olvido el maltrato con facilidad. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Soy un buen perdedor. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Me gusta como soy. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. No sé por qué me pongo triste. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 8. Me siento menos cuando alguien me critica. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9. Lo más importante para mí es ganar. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 10. Me castigan sin razón. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 11. Quisiera ser otra persona. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 12. Culpo a otros por mis errores. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| TOTAL | | | | |

| Autocontrol | | | | |
|---|-------|---------|--------------|---------|
| Evento/Frecuencia | Nunca | A veces | Casi siempre | Siempre |
| 1. Converso cuando me va mal en la escuela. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Cuando estoy inseguro, busco apoyo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Siento decepción fácilmente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Cuando me enojo lo demuestro. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Aclaro los problemas cuando los hay. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Yo escojo mi ropa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Me siento mal cuando me miran. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 8. Me disgusta que tomen mis pertenencias. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9. Cuando tengo miedo de alguien, me escondo. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 10. Impido que me traten mal. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 11. Me siento solo. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 12. Siento angustia cuando estoy aburrido. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| TOTAL | | | | |

| Aprovechamiento Emocional | | | | |
|---|-------|---------|--------------|---------|
| Evento/Frecuencia | Nunca | A veces | Casi siempre | Siempre |
| 1. Me siento motivado a estudiar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me siento confiado y seguro en mi casa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Mis padres me dicen que me quieren | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Me considero animado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Si dicen algo bueno de mí, me da gusto y lo acepto. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. En casa es importante mi opinión. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Me pongo triste con facilidad. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 8. Dejo sin terminar mis tareas. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9. Hago mis deberes sólo con ayuda. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 10. Si me interrumpen ya no quiero realizar lo que estaba haciendo. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 11. Odio las reglas. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 12. Necesito que me obliguen a realizar mis tareas. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| TOTAL | | | | |

| EMPATÍA | | | | |
|--|-------|---------|--------------|---------|
| Evento/Frecuencia | Nunca | A veces | Casi siempre | Siempre |
| 1. Sé cuando un amigo esta alegre. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Se como ayudar a quien esta triste. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Si un amigo se enferma lo visito. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Ayudo a mis compañeros cuando puedo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Confio fácilmente en la gente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Me gusta escuchar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Me molesta cuando algún compañero llora. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 8. Cuando alguien tiene un defecto me burlo de él. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9. Me desagrada jugar con niños pequeños. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 10. Me desagradan las personas de otro color. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 11. La gente es mala. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 12. Paso solo durante mucho tiempo. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| TOTAL | | | | |

| Habilidad Social | | | | |
|---|-------|---------|--------------|---------|
| Evento/Frecuencia | Nunca | A veces | Casi siempre | Siempre |
| 1. Muestro amor y afecto a mis amigos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me gusta conversar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Soluciono los problemas sin pelear. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Me gusta tener visitas en casa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Me gusta hacer cosas en equipo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Me es fácil hacer amigos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Me desagradan los grupos de personas. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 8. Prefiero jugar solo. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9. Es difícil comprender a las personas. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 10. Tengo temor de mostrar mis emociones. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 11. Si demuestro amistad la gente se aprovecha de mí. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 12. ¿Cuántos amigos tienes? | >6 | 4-5 | 2-3 | 1 |
| TOTAL | | | | |
| TOTAL | | | | |

ANEXO. 4 Estilo de Vida. FANTASTIC.

| | Item/Puntuación | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|-----|--|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| F | La comunicación con los demás es honesta, abierta y clara. | Casi siempre | Frecuentemente | Algunas veces | Rara vez | Casi nunca |
| | Doy y recibo afecto. | Casi siempre | Frecuentemente | Algunas veces | Rara vez | Casi nunca |
| A | Obtengo el apoyo emocional que necesito | Casi siempre | Frecuentemente | Algunas veces | Rara vez | Casi nunca |
| | Ejercicio activo 30 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido, etc.) | 4 veces o más a la semana. | 3 veces a la semana. | 2 veces a la semana. | Rara vez | Nunca. |
| N | Relajación y disfrute de tiempo libre | Casi diario | 3 a 5 veces a la semana | 1 o 2 veces a la semana | Menos de 1 vez a la semana | Casi nunca. |
| | Alimentación balanceada. | Casi siempre | Frecuentemente | Algunas veces | Rara vez | Casi nunca |
| | Desayuna diariamente. | Casi siempre | Frecuentemente | Algunas veces | Rara vez | Casi nunca |
| | Exceso de azúcar, sal, grasa animal o comida chatarra. | Casi nunca | Rara vez | Algunas veces | Frecuentemente | Casi diario |
| T | Peso ideal: Talla: Peso: | Peso ideal. | Bajo peso | Más de 2 kgs. | Más de 4 kgs. | Más de 6 kgs. |
| | Fumas tabaco | Ninguno en los últimos 5 años o nunca | Ninguno en el último año. | Ninguno en los últimos 6 meses. | 1 a 10 veces a la semana. | Más de 10 veces a la semana. |
| | Abuso de drogas: prescritas y sin prescribir. | Nunca | Rara vez | Algunas veces | Frecuentemente | Casi diario |
| A | Café, té, refresco de cola. | Nunca | 1 o 2 al día | 3 a 6 al día | 7 a 10 al día | Más de 10 al día. |
| | Consumo alcohol a la semana. | 0 bebidas | 8 a 10 bebidas | 11 a 13 bebidas | 14 a 20 bebidas | Más de 20 bebidas. |
| S | Bebe alcohol y maneja | Nunca | Casi nunca | Sólo ocasionalmente | Una vez al mes | Frecuentemente |
| | Duerme 7 a 9 horas por la noche. | Casi siempre | Frecuentemente | Algunas veces | Rara vez | Casi nunca |
| | Con qué frecuencia usa el cinturón de seguridad | Siempre | La mayoría de las veces | Algunas veces | Rara vez | Nunca |
| T | Eventos importantes de estrés el año pasado | Ninguno | 1 | 2 ó 3 | 4 ó 5 | Más de 5 |
| | Sensación de impaciencia. | Casi nunca | Rara vez | Algunas veces | Frecuentemente | Casi siempre |
| | Sensación de agresividad | Casi nunca | Rara vez | Algunas veces | Frecuentemente | Casi siempre |
| I | Sentimientos de ira (enojado). | Casi nunca | Rara vez | Algunas veces | Frecuentemente | Casi siempre |
| | Piensa de manera positiva | Casi siempre | Frecuentemente | Algunas veces | Rara vez | Nunca |
| | Ansiedad o preocupación | Casi nunca | Rara vez | Algunas veces | Frecuentemente | Casi siempre |
| C | Tristeza. Motivo: _____ | Casi nunca | Rara vez | Algunas veces | Frecuentemente | Casi siempre |
| | Satisfacción con el trabajo o labores que desempeña | Casi siempre | Frecuentemente | Algunas veces | Rara vez | Casi nunca |
| FIN | Buenas relaciones con quienes le rodean | Casi siempre | Frecuentemente | Algunas veces | Rara vez | Casi nunca |
| | TOTAL | | | | | |