

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 43

VILLAHERMOSA TABASCO.

**“ASOCIACION ENTRE LA DISFUNCION FAMILIAR Y LA AGRESIVIDAD EN
LOS ADOLESCENTES”, ADSCRITOS A LA UMF 25 DE SANCHEZ
MAGALLANES TABASCO**

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

PRESENTA:

ROSILES FRANCO JESUS IGNACIO

VILLA HERMOSA, TABASCO 2009



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.

**“ASOCIACION ENTRE LA DISFUNCION FAMILIAR Y LA AGRESIVIDAD EN
LOS ADOLESCENTES”, ADSCRITOS A LA UMF 25 DE SANCHEZ
MAGALLANES TABASCO**

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

PRESENTA:

ROSILES FRANCO JESUS IGNACIO

AUTORIZACIONES

**M.C. ZA VALETA VARGAS NORMA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS, MODALIDAD
SEMIPRESENCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 43
VILLAHERMOSA TABASCO**

**M.P.H. IVONE BROWN GOMEZ
JEFA DE DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
DE LA UMF 43
ASESOR DEL TEMA DE TESIS**

**M. EN A. MANUEL EDUARDO BORBOLLA SALA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR METODOLOGICO**

**M. EN C. CONCEPCION LOPEZ RAMON
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD**

VILLA HERMOSA, TABASCO 2009

**“ASOCIACION ENTRE LA DISFUNCION FAMILIAR Y LA AGRESIVIDAD EN
LOS ADOLESCENTES”, ADSCRITOS A LA UMF 25 DE SANCHEZ
MAGALLANES TABASCO**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

ROSILES FRANCO JESUS IGNACIO

AUTORIZACIONES

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

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

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

DEDICATORIAS

El Señor es mi pastor y nada de faltará.....

A mis padres:

José Benjamín Rosiles de los Santos
Natividad Franco Mena

A mi hermana, cuñado y sobrino:

María Guadalupe Rosiles Franco, Osvaldo Pulido Reyes y Alan García Rosiles

A mis Profesoras de la Especialidad:

Norma Octavia Zavaleta Vargas, Sahara de León Almeida, Ivone Brown
Gómez, Rosario Zapata y Manuel Eduardo Borbolla Sala

A mis compañeros de la UMF 25 de Sánchez Magallanes Tabasco:

Inés, Gladys María, Pablo y Jamileth

A mis compañeros Residentes R1 y R2 de la especialidad

A todas las personas que de cierta manera me apoyaron durante estos 3 años de estudios

INDICE

Resumen.....	i
Glosario.....	ii
Marco Teórico.....	1 - 12
Planteamiento del problema.....	13
Justificación.....	14-16
Objetivos General y Específicos.....	17
Metodología	
Tipo de estudio Población, Lugar y Tiempo.....	18
Criterios de Inclusión, Exclusión y de Eliminación.....	18-19
Método para captar la información y Consideraciones éticas.....	21
Consideraciones de las normas institucionales.....	22
Resultados	
Descripción de los resultados en Cuadros y gráficas.....	23-31
Análisis de los Resultados y Estadísticos.....	32-33
Conclusiones.....	34-35
Referencias bibliográficas.....	36-38
Anexos.....	39-47

INDICE DE GRAFICOS

Gráfica No.1	Sexo de los adolescentes.....	23
Gráfica No.2	Edad de los adolescentes.....	23
Gráfica No.3	Estado Civil de los padres.....	24
Gráfica No.4	Profesión de alguna religión.....	24
Gráfico No.5	Programas agresivos.....	25
Gráfico No.6	Consumo de alcohol en adolescentes.....	25
Gráfico No.7	Tabaquismo en adolescentes.....	26
Gráfico No.8	Funcionalidad Familiar.....	28
Gráfico No.9	Disfunción Familiar.....	28
Gráfico No.10	Tipo de agresividad en hombres.....	29
Gráfico No.11	Tipo de agresividad en mujeres.....	29
Gráfico No.12	Grado de agresividad.....	30
Gráfico No.13	Tipo de agresividad general.....	30

INDICE DE TABLAS

Tabla No.1	Tipo de Familia.....	26
Tabla No.2	Clasificación de la Familia.....	27
Tabla No.3	Ciclo vital de la Familia.....	27
Tabla No.4	Relación entre Agresividad y Funcionalidad Familiar.....	31

RESUMEN

“ASOCIACION ENTRE LA DISFUNCION FAMILIAR Y LA AGRESIVIDAD EN LOS ADOLESCENTES”, ADSCRITOS A LA UMF 25 DE SANCHEZ MAGALLANES TABASCO

Rosiles Franco Jesús Ignacio; Brown Gómez Ivonne; Borbolla Sala Manuel Eduardo.

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco.

OBJETIVO: Identificar la frecuencia de Funcionalidad y Disfunción familiar y su asociación con la presencia de agresividad en los adolescentes de 10 a 19 años de la UMF 25 de Sánchez Magallanes Tabasco.

MATERIAL Y METODOS: Diseño Observacional, Descriptivo, Transversal, Prospectivo. Universo 251 adolescentes adscritos al consultorio 1, turno matutino, de la UMF No. 25, Sánchez Magallanes, Tab.; muestra con error máximo aceptable 5%, nivel de confianza 95%, 59 adolescentes que acudieron a consulta de medicina familiar. Previo consentimiento informado se les aplicó el APGAR familiar y el AQ de Buss y Perry para medir Funcionalidad familiar y Agresividad, ficha de identificación y Estudio Integral Familiar.

RESULTADOS: Las edades fueron de 16 y 19 años; 30 femeninas, 29 masculinos total 59 adolescentes; 42 (71%) presentaron Funcionalidad familiar y 17 (29%) Disfunción de estos 13 (76%) fueron moderada y 4 (23%) severa; La agresividad destacada fue Hostilidad con 30 (51%), Física con 14 (24%), Verbal con 9 (15%) y 6 (10%) de Ira; los hombres tienden a la Física y las mujeres a la Hostilidad. 31 (53%) adolescentes presentaron mayor Agresividad. El 28.82% son de familias desintegradas y el 5.08% semiintegradas. 26.40% ven programas agresivos. 20 jóvenes tiene la falta de alguna figura paterna. El 47.45% consumen alcohol y el 37.28% tabaco.

CONCLUSIONES:

La proporción de los adolescentes funcionales y disfuncionales que presentan agresividad fue mínima de 27.7% y 23.7% respectivamente. La agresividad que prevaleció fue la hostilidad en mujeres y la física en hombres. La funcionalidad prevaleció en el 71% y la disfunción en un 29% siendo mayor la moderada. Los factores predisponentes fueron la falta de figura paterna, comunicación en la familiar, los medios de comunicación y las adicciones.

Palabras claves: Agresividad, Disfunción Familiar y Adolescencia.

ABSTRACT

"Association between family dysfunction and aggression in teenagers", ATTACHED TO THE SANCHEZ MAGALLANES UMF 25 TABASCO

OBJECTIVE: To identify the frequency of Functionality and family dysfunction and its association with the presence of aggression in adolescents aged 10 to 19 years of Sanchez Magallanes UMF 25 Tabasco.

METHODS: Design Observational, descriptive, transversal, prospective. Universe 251 adolescents assigned to office 1 morning shift of the FMU No. 25, Sanchez Magallanes, Tab.; Sample with 5% maximum acceptable error, confidence level 95%, 59 adolescents who attended family medicine consultation. Previous informed consent was applied to the Family APGAR and the Buss and Perry's AQ to measure family functioning and aggression, identification card and Family Comprehensive Study.

RESULTS: The ages were 16 and 19 years, 30 female, 29 male total of 59 adolescents, 42 (71%) had family functionality and 17 (29%) Dysfunction of these 13 (76%) were moderate and 4 (23%) severe; Hostility Aggression was outstanding with 30 (51%), Physics with 14 (24%), Verbal with 9 (15%) and 6 (10%) of Ira, men tend to physics and women's Hostility . 31 (53%) adolescents showed more aggressiveness. The 28.82% are from broken families and 5.08% semiintegradas. 26.40% are aggressive programs. 20 young people have the lack of a father figure. The consume 47.45% 37.28% alcohol and snuff.

CONCLUSIONS:

The proportion of adolescents who present functional and dysfunctional aggression was minimal in 27.7% and 23.7% respectively. La aggressiveness was the hostility that prevailed in females and males physics. The functionality prevailed in 71% and dysfunction in 29% being more moderate. The predisposing factors were the lack of father figure in family communication, media and addictions.

Keywords: Aggressiveness, family dysfunction and Adolescents.

GLOSARIO

Adolescencia.....Período comprendido entre los 10 y 19 años de edad en el desarrollo humano.

Agresividad..... Estado emocional con sentimientos de odio y deseos de dañar a otra persona, animal u objeto.

APGAR familiar Instrumento para medir funcionalidad familiar.

AQ Buss y Perry.....Instrumento para medir agresividad.

Disfunción Familiar..... Alteración de la dinámica familiar en los roles límites, jerarquías, y comunicación, afectando el ciclo vital de la familia.

ABREVIATURAS

AQ	Instrumento para medir Agresividad.
APGAR	Instrumento para medir Funcionalidad Familiar.
FACES III	Instrumento para medir Funcionalidad Familiar.
IMA	Inventario de Motivos para la Agresión.
ISCA	Inventario de Situaciones y Comportamiento Agresivo.
OMS	Organización Mundial de la Salud.

MARCO TEORICO

La familia es el primer contexto educativo en donde el niño comienza a desarrollarse y a socializarse, por lo que la familia funciona como un sistema con una estructura de microsistemas dentro de redes de influencias de mesosistemas y de macrosistemas.

Dentro de los microsistemas, la familia ejerce influencias mutuas entre sus miembros y, por tanto, la relación marital es uno de los factores que influyen en el comportamiento del niño – adolescente. Por ello, los psicólogos evolutivos consideran, cada vez más, que la naturaleza de la relación marital influye en la conducta y desarrollo.

En principio, los padres se plantean o tienen ante sí una vida en común por delante, de manera que los cambios evolutivos van a tener repercusiones sobre la felicidad y armonía de la familia. Así, en las crisis de cada miembro o de la pareja como tal, las relaciones matrimoniales se tornarán tensas, o por el contrario, la pareja se protegerá frente a los conflictos.

Es por ello que en toda pareja marital puede existir factores de tensión y riesgo y elementos de protección o de amortiguación. Entre los factores de tensión situaríamos los conflictos familiares que desorganizan o rompen la vida en el hogar y entre los elementos de protección y amortiguación el más importante es el afecto que une a sus miembros a través de sus relaciones de apoyo mutuo.

Las interacciones conflictivas provocan una situación psicosocial de riesgo que se manifiesta cuando la familia fracasa por déficit, deterioro en el cumplimiento de las

funciones socializadoras que le competen, poniendo en evidencia cada vez más, la incertidumbre, la fragilidad e inestabilidad de la vida cotidiana familiar.

Ante esta situación familiar se conforma el empeoramiento de los problemas de los niños - adolescentes en los ámbitos de: marginación, problemas sociales, ansiedad y depresión, problemas de atención o de razonamiento, y delincuencia o **agresividad**. (1)

Tomando en cuenta que la adolescencia es la edad de los cambios como indica la etimología latina de esta palabra que significa crecer; es un paso entre la infancia y la edad adulta, este doble movimiento de negación constituye la propia esencia de "crisis", proceso psíquico que se tiene que atravesar.

Los jóvenes son la expresión de la sociedad y de la familia, serán diferentes según las épocas, las culturas y los medios sociales. El adolescente crece y con ello se vuelve agresivo por crecer, que es un acto agresivo en sí; para que se produzca este tipo de comportamiento es necesario que se den 3 factores esenciales: el tener una predisposición para ello, un terreno adecuado que de lugar a una respuesta agresiva y una causa perpetuante que haga que dicha respuesta se produzca repetidamente.

La aparición temprana de la agresividad hace pensar que sus causas se determinan durante la gestación, teniendo antecedentes de exposición a alcohol, drogas, situaciones de conflictos entre la pareja, familiares; durante la primera infancia los patrones de interacción de los cuidadores de los niños forman la base de sus expectativas ante el medio y la manera de interactuar con él.

El maltrato, el ser testigo de violencia familiar, la falta de claridad en las normas y de supervisión son factores asociados con la agresividad. Los padres agresivos suelen tener hijos agresivos y conflictivos.

Una vez establecida la agresividad, se mantiene como un atributo relativamente estable, probablemente porque esta conducta se genera en ambientes sociales que estimulan y mantienen hábitos agresivos, lo cual es común que en la adolescencia la agresividad sea una verdadera conducta antisocial .

Desde el punto de vista etiológico, la palabra **agresividad** deriva de latín *aggredior*, que significa ir o cometer contra otro; el término agresivo hace referencia al comportamiento humano “propenso a faltar al respeto, a ofender o a provocar a los demás (2).

La agresividad es una conducta que es asimilada y aprendida por medio de la imitación y observación directa, lo cual exige un proceso de aprendizaje, concretándose en un inmenso repertorio de respuestas que han pasado a ser hábitos y tradiciones culturales. Esta conducta se aprende como consecuencia de frustraciones y presiones, entre las que se destacan la opresión, la inseguridad y el abandono tanto afectivo como material.

La agresividad es aprendida por experiencia directa o indirecta, por la observación de modelos y juicios sociales. Los escenarios donde se aprenden conductas agresivas son la familia, el entorno social y los medios masivos de comunicación social, especialmente la televisión (3).

Es un estado emocional que implica provocación o ataque, el cual puede tener diferentes objetivos: alejar a un supuesto invasor del territorio propio, defender algo, descargar una hostilidad personal, etc. pero siempre permanece como

elemento constante el ataque, independiente de sus alcances destructivos, lo cual depende de las circunstancias y de la intensidad de la conducta agresiva.

Es un comportamiento caracterizado por una alta actuación tanto fisiológica, emocional, que una persona puede expresar en una situación que considera abusiva, de oposición, malos tratos, agravio, descargando toda su ira contra otra, con intención de poder controlar la situación (4).

Según Archer y Brawne, existen unos parámetros claros para definir la conducta agresiva, teniendo establecido 3 características prototípicas en un caso de agresión:

- La existencia de una intención de causar daño, ya sea físico o de cualquier otro índole.
- La condición de que el acto no quede en la simple advertencia de que se va a provocar un daño, sino que este sea real.
- La alteración del estado emocional, lo cual le da a la agresión el calificativo de colérico.

Se pueden definir varios tipos de agresividad: la agresividad contra si mismo, denominada autoagresividad; la agresividad contra otros o heteroagresividad; y la agresividad sexual. También está relacionada con el poder, la ira y la hostilidad.

La agresividad puede expresarse de diversas maneras, dependiendo de la clase social y de la cultura a la cual se pertenezca; ya sea en forma física llegando a golpear, herir o matar, y de manera verbal mediante sarcasmos, apodos, humillaciones o comentarios mal intencionados .

La agresividad se define generalmente alrededor del concepto de *daño*. Buss y Perry, la definen como “aquella respuesta que da estímulos agresivos a otros organismos” (5).

Existen diversas teorías acerca de la agresividad, cada una de las cuales contribuye a explicar una dimensión del fenómeno. Mackal efectuó una clasificación según el elemento que considera determinante para su formación y las engloba en 6 epígrafes:

Teoría de la Frustración: Cualquier agresión puede ser atribuida a una frustración previa, por la no consecución de una meta.

Teoría Clásica del Dolor: El ser humano procura sufrir al mínimo dolor, por lo que arremete cuando se siente amenazado.

Teorías Sociológicas de la Agresión: Se basa en los hechos sociales que la preceden:

Puede ser de 2 tipos: Individual o grupal.

Teoría Catártica de la Agresión: Surge de la teoría psicoanalista, supone una descarga de tensión reprimida cuya liberación es necesaria, habiendo dos tipos de liberación emotiva: La verbalizada y la fatiga.

Teoría Bioquímica o Genética: El comportamiento agresivo se desencadena como consecuencia de una serie de procesos bioquímicos que tienen lugar en el interior del organismo.

Etología de la Agresión: Surge de etólogos y de teorías psicoanalíticas. Entienden a la agresión como una reacción impulsiva e innata, relegada a nivel del inconsciente y no asociada a ningún placer.

Otros factores implicados en el desarrollo de la agresividad son los cognitivos y los sociales, desde cuyas vertientes se entiende la conducta agresiva como el resultado de una inadaptación debida a problemas de codificación de la información, lo cual hace que tenga dificultades para pensar y actuar ante los problemas interpersonales y les dificulta la elaboración de respuestas alternativas. Cuando un adolescente es agresivo es rechazado y sufre repetidos fracasos en sus relaciones sociales, crece con la convicción de que el mundo es hostil y está contra él, aunque esto no le impide que se autovalore positivamente, su autoestima busca el apoyo social de aquellos con los que se siente respaldado, que son los que comparten con él sus estatus de rechazados, creándose así pequeños grupos desestabilizadores dentro del grupo (4).

De manera general se tienen contempladas ciertos factores causantes de la agresividad como son: Factores neurofisiológicos, biológicos y endocrinos, algunas enfermedades mentales, la situación económica, las tensiones de una sociedad competitiva, la ausencia de proyectos, ambiente familiar deteriorado, sistema escolar ineficiente, la posesión de armas.

Para medir la agresividad existen diversos instrumentos como La Escala de Hostilidad de Iowa, de Cook y Medley, de Sarason, El Cuestionario de Agresión y Hostilidad de Green y Stacey, La Escala de Agresión y Hostilidad de Schultz, de Zaks y Walter así como el cuestionario de Buss y Perry el cual es una de las herramientas más ampliamente utilizadas en el estudio de la conducta agresiva (5).

Este cuestionario desarrollado a partir del Hostility Inventory elaborado por Buss y Dukee en 1975, ha sido modificado partiendo del hecho que las adaptaciones en

distintas culturas y lenguajes apuntaban al mal ajuste de algunos ítems en cada caso particular. Bryant y Smith realizó una reducción a 12 ítems, Vigil – Colet y cols. a 20 ítems y Rodríguez, Peña y Grana a 29 ítems; con el método consensus direct oblimin se permite evaluar el índice de congruencia de cada ítems. En la reducción de 20 se obtiene un índice de congruencia de 0.91, valor considerado apropiado para la aplicación a diferentes muestras procedentes de diversos países y con diferentes idiomas. Este instrumento utiliza la escala de Likert donde destacan puntos de agresión física, verbal, ira y hostilidad. El diseño es de corte transversal, pues se aplica en una sola prueba, se tienen 5 opciones de contestar con valores de 1=completamente FALSO para mí, 2=bastante FALSO para mí, 3=ni VERDADERO ni FALSO para mí, 4=bastante VERDADERO para mí, 5=completamente VERDADERO para mí (5), con una puntuación de 0 a 11 se considera menor agresividad y de 12 a 20 mayor agresividad.

Para los estudiosos del comportamiento humano en relación con la salud colectiva, disponer de un instrumento de medición con criterios paramétricos de validez y confiabilidad es de fundamental importancia para la investigación de las conductas agresivas.

Esta escala Agresion Questionnaire (AQ) ha sido aplicada en sus diversas adaptaciones como se realizó en la versión en español por Rodríguez, Peña y Grana donde fue analizado dicho modelo y su consistencia mediante estudio realizado en Oviedo España a 1382 jóvenes en el 2002 donde reportan una agresión física en 86%, ira 77; en agresión verbal fue menor en un 68% y hostilidad en un 72% (5).

En la Universidad del Centro Occidental “Lisandro Alvarado” en un programa cognitivo – conductual en jóvenes de 12 a 18 años en trabajo de investigación para obtener la especialidad de psiquiatría infantil y juvenil por Raquel Campero en el 2005, en el estado de Mérida España, donde revela que existe agresividad en jóvenes en un 52% (6).

Carmen Santisteban Requena y col., estudian los factores psicosociales comunes y específicos de género revelantes en la violencia de preadolescentes y adolescentes de 2001 al 2004 en Madrid, donde revelan que existe una gran incidencia de agresividad física, seguida de la verbal y con una influencia más limitada de la ira y hostilidad; que los adolescentes son más agresivos físicamente que los preadolescentes, siendo esta más frecuente en varones, y la mujeres más agresivas de forma verbal y en hostilidad (7). Sommantico y col. analizan las transformaciones de las funciones paternas por la carencia de roles de contenido afectivo y la agresividad como modalidad preferencial de gestión del conflicto al sur de Italia encontrando un 79% de agresividad verbal y 60% la hostilidad (25). Juárez y Montejo utilizan el AQ para validar dos instrumentos: el inventario de motivos para la agresión (IMA), y el inventario de situaciones y comportamientos agresivos (ISCA) en estudio realizado a 373 jóvenes estudiantes de Psicología y Medicina en la ciudad de Tunja Colombia destacando la agresividad verbal e ira respectivamente (26).

En la Ciudad de México Félix y Hernández – Pozo realizan una investigación en relación entre la agresividad y la practica deportiva resultado la agresividad verbal con una mayor incidencia según el AQ con un 78% (27).

En Tabasco no existe hasta el momento ningún estudio de investigación donde se mida la agresividad a la población.

Si bien es sabido que una gran parte de la agresividad se aprende en la familia ya sea por los padres, empleados, hermanos o situaciones que se presentan debemos de valorar la funcionalidad familiar lo cual nos apoyará en establecer si la agresividad es originada en el núcleo familiar.

La principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos los miembros para la cual es imprescindible que tenga jerarquías claras, límites, roles bien definidos, así como una comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio. La funcionalidad familiar es un concepto básico para acercarse al conocimiento de la familia, toda vez que permite confrontar las necesidades de especie, económicas, de protección, socialización, culturales y de prestigio a las que responde esta institución en diferentes sociedades y en los diferentes tiempos. Se han realizado investigaciones que documentan la funcionalidad familiar no sólo como un asunto relacionado con la salud mental, sino como un factor predisponente, coadyuvante o causal en la producción y curso de diversas enfermedades y síntomas, tanto en la esfera psíquica como en la orgánica, así lo menciona Giraldo y col. (10).

La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas de las funciones establecidas en la familia por alteración en algunos de los subsistemas familiares.

Existen instrumentos para medir la funcionalidad familiar, dentro de los cuales destacan el FACES III, el APGAR Familiar, Para este caso utilizaremos el APGAR Familiar, cuestionario de aplicación rápida y sencilla, desarrollada por Smilkstein

en 1978, el cual permite considerar si la familia puede ser un recurso útil para los miembros del grupo familiar o por el contrario si empeora la situación que vive el miembro de la familia.

Consta de 5 preguntas las cuales se enfocan a la adaptabilidad, compañerismo, crecimiento, actividad y resolución, cada pregunta tiene tres opciones de respuesta: casi nunca, algunas veces y casi siempre, con una puntuación de 0, 1, 2 respectivamente; la suma de la puntuación revela que de 0 – 3 existe una disfunción severa, de 4 – 6 una disfunción moderada y de 7 – 10 cuando existe Funcionalidad Familiar.

El APGAR es una herramienta útil para conocer la situación psicosocial que vive la familia en determinado momento y puede ayudar a determinar el posible papel que la familia a jugado en el origen de los conflictos y de las soluciones a estos (11, 12).

Dada su simplicidad es utilizado en la práctica cotidiana, además en estudios descriptivos como lo presenta Peña Sánchez en su estudio de la Calidad de vida de pacientes con enfermedades inflamatorias intestinal realizado en Granada España donde reporta una disfunción familiar en 19 pacientes y 121 funcionales. Giraldo Giraldo y col, investigan la Funcionalidad Familiar en los hogares comunitarios de Itagüi Antioquia – Colombia en 1998, donde revelan que el 62% de las familias eran funcionales, el 31% tenía disfunción moderada y el 7% severa. Los médicos familiares Campo, Reyes, Ortiz realizan un estudio descriptivo en la facultad de salud de la Universidad del Valle en Cali, Colombia con el objetivo de evaluar los niveles de stress psicosocial y presión arterial en jóvenes sanos, concluyendo que el estrés psicosocial fue alto para disfunción familiar, de los

cuales el 50.3% presentaba disfunción leve, el 29.7% moderada y el 14% severa (13). En Colima México Ricardo García analiza la frecuencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial descompensada obteniendo un 65% de disfunción familiar siendo más frecuente en las mujeres. En Tabasco Zavala y Domínguez investigan la depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores en zonas urbanas de Cárdenas revelando que existe una disfunción familiar en un 49% y el 51% es funcional (28).

Por otro lado los conflictos familiares han sido estudiados por diversos investigadores buscando identificar las diversas causas que hace que se presente los trastornos de conducta en los hijos, las cuales ha ido en aumento.

Carmen Santisteban Requena menciona que tanto niños como adolescentes le dan un gran peso a la familia en la responsabilidad de hacer algo para frenar la violencia según lo menciona en estudio realizado en Madrid durante el 2001 al 2004.

Otro estudio desarrollado en la Escuela de Formación Emergente de Enfermería de República de Panamá menciona que las familias disfuncionales constituyen la causa fundamental de las conductas agresivas de los adolescentes. Los hijos de padres divorciados son más propensos a presentar conductas agresivas por la falta de la figura paterna, así lo menciona Torrecillas Rojas (14).

Los conflictos maritales pueden, además, provocar un aumento en el nivel de agresividad, hostilidad, irritabilidad y agresión que puede desplazarse hacia el hijo según lo menciona Shaw, Keenan y Vondra en 1994, citados por Ramírez.

Sin embargo Misutu, Román y Gracia en 1988, citados por Ramírez consideran que una familia mal avenida, es más perjudicial para el hijo que el divorcio, y

mencionan que lo que mejor predice los problemas de conducta no es el divorcio sino la discordia matrimonial.

Furstenber et. al en 1991, Jouriles et. al; Harold et. al en 1997, citados por Ramírez también confirman la existencia de problemas internos de conducta en los hijos cuando se presentaban los conflictos entre los padres en especial de autoestima.

Crossman y Rowat citados por Valdés S. analizaron el impacto que tiene la calidad de la relación de pareja y la relación familiar sobre las estrategias de enfrentamiento, el apoyo recibido y el bienestar psicológico de los adolescentes miembros de familias separadas, divorciadas y casadas; demostrando que la existencia de una relación parental poco afectiva y la ausencia de una estructura familiar sólida estaba asociada con una baja satisfacción personal y sentido futuro, así como altos niveles de ansiedad y agresividad en adolescentes miembros de familias divorciadas (19).

O'Connor, Plomin, Caspi y DeFries en el 2000 mencionan que los hijos biológicos de padres divorciados mostraron más problemas de conducta, abuso de sustancias y problemas de adaptación social, en comparación con los hijos biológicos de familias intactas, citados por Valdés (19).

Mestre E. y Vicente M. en su trabajo de investigación de La agresividad en la adolescencia: variables y contexto implicados, concluyen que la influencia de un hogar hostil o desatendido conlleva a un hogar disfuncional y éste es un factor de riesgo de la conducta agresiva. Por su parte Escalante menciona en este mismo contexto que los problemas familiares, la ruptura y la disfunción de la familia están

relacionados con el abuso del alcohol, drogas ocasionando en el adolescente ser agresivo o impulsivo.

En el estado de Tabasco no existe hasta el momento ningún estudio donde se tengan las variables agresividad y disfunción familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La agresividad en los adolescentes es uno de los problemas de salud que va en incremento, apareciendo como una preocupación de los padres, la cual expresan en un inter durante las consultas de Medicina Familiar.

Los escenarios donde se pueden aprender conductas agresivas son la familia, el entorno social, y los medios masivos de comunicación social.

Se han propuestos diversos mecanismos etiológicos de la agresividad: biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma, siendo una etapa crucial y difícil en la vida del ser humano que lo hace ser agresivo (16).

Las familias aún en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y con funciones que deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en la socialización, cuidado, afecto, reproducción y estatus familiar, además de tener establecidas las jerarquías, los límites, roles así como una buena comunicación, estos aspectos interesan a la medicina contemporánea llamándola funcionalidad familiar (23), al no cumplirse alguna de estas funciones se altera la homeostasis llevando a la disfunción familiar, la cual se refleja en problemas de alcoholismo, drogadicción, divorcios, abandono de estudios, y por su puesto agresividad.

¿Existe asociación entre la disfunción familiar y la agresividad en adolescentes usuarios del IMSS en Sánchez Magallanes, Cárdenas, Tabasco, México?

JUSTIFICACION

Según la OMS la Disfunción familiar va en aumento a nivel mundial en especial en países industrializados, reflejándose de diversas maneras, siendo una de ellas la agresividad de los adolescentes (9).

Así mismo se espera que para el 2012 se dupliquen los problemas intrafamiliares trayendo consigo no solo el aumento de agresividad sino una serie de consecuencias catastróficas para las familias más vulnerables, hablando en este contexto de familias con falta de homeostasis interna, donde las jerarquías, los límites y la comunicación se encuentran afectados. Teniendo un panorama a nivel mundial y en base a estudios realizados sobre disfunción familiar en relación con agresividad podemos mencionar que España muestra una disfunción familiar con un 37% de agresividad, Estados Unidos de Norte América es de los países con el mayor porcentaje de disfunciones familiares con foco en la agresividad llegando al 49%. Por su parte Colombia reporta 38% de agresividad, con influencia de agresividad (10). En México a pesar de los principios familiares que le caracterizan, la presencia de disfunción familiar y agresividad en los jóvenes va en aumento acelerado en especial en las grandes urbes las cuales son influenciadas por el país del norte, sin olvidar que uno de los factores detonantes en estos momentos es situación económica (11,15).

El estado de Tabasco los problemas familiares sobresalen como factor causal en el 57.95% de casos de suicidio y agresividad, siendo los factores sociales como los divorcios, y alcoholismo los causantes de esta situación según lo revela Castro Morales en su estudio realizado (29).

En Sánchez Magallanes, Cárdenas Tabasco no se ha realizado ningún estudio para medir la disfunción familiar, ni la agresividad en los adolescentes de la población adscrita a medico familiar y los factores que pudiesen ocasionar esta situación y son los padres quienes se quejan de la agresividad por parte de los adolescentes en la hora de la consulta de forma espontánea.

Sabemos que las causas son multifactoriales, pero destacan los problemas conyugales, alcoholismo, drogadicción, divorcios, situaciones económicas, los medios de comunicación, entre otras.

El APGAR familiar evalúa el funcionamiento sistémico de la familia e identifica las familias en riesgo y la agresividad es un fenómeno que se potencializa en la adolescencia, por lo que es importante conocer la relación existente entre la agresividad en el adolescente y la disfunción o no disfunción familiar y evaluar su impacto y repercusiones individuales de modo que se puedan generar estrategias que fortalezcan las bases existenciales de las familias y preservarlas como la unidad mas antigua existente.

Con el presente estudio existe la posibilidad de abordar el problema de la disfunción familiar y la agresividad en el adolescente en nuestra población derechohabiente, lo que nos permitirá evaluar el fenómeno y la posibilidad de modificarlo con acciones encaminadas a ello, por lo tanto el estudio es vulnerable y es factible ya que la realización del mismo involucra recursos físicos y personal con disposición para llevarlo a cabo.

Dentro de las políticas nacionales de salud se tiene contemplada la investigación enfocada a prevenir, limitar el daño y las causas primarias de los procesos que

afectan a la población, por lo que el proyecto es viable ya que encaja en las políticas estratégicas de investigación en el campo de la salud.

Teniendo este precedente nace el interés de éste trabajo de investigación el cual consiste en saber el motivo de la agresividad de los adolescentes y confirmar si la disfunción es causa de la misma, y de ésta manera estaremos en condiciones de elaborar programas para orientar, atender las necesidades de los subsistemas con disfunción familiar.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

-Identificar la frecuencia de funcionalidad y disfunción familiar y su asociación con la presencia de agresividad en adolescentes de 10 a 19 años de la UMF 25 de Sánchez Magallanes, Tabasco.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer el tipo de agresividad que presentan los adolescentes
- Clasificar la funcionalidad familiar en el adolescente.
- Identificar los factores de riesgo que condicionan la presencia de agresividad

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio Observacional, Descriptivo, Transversal, Prospectivo.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

La Unidad de Medicina Familiar No. 25 de Sánchez Magallanes, Tabasco del Instituto Mexicano del Seguro Social; cuenta con 377 familias adscritas a medicina familiar, con un total de 1024 derechohabientes, de los cuales 251 son adolescentes de 10 – 19 años, de estos se estudiaron 59 en el período del 1ro. de Septiembre del 2008 al 28 de Febrero del 2009.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra fue de selección por conveniencia en base a criterios de inclusión “n”, muestra a través del programa estadístico STATS, considerando el número de 251 adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 25, en un período de 6 meses, con un error máximo aceptable de 5%, un porcentaje estimado de la muestra de 0.05 y un nivel deseado de confianza de 0.95, de donde “n” obtenida fue de $n=56.5 = 57$.

De donde el grupo de estudio se integro con 59 adolescentes a los cuales se les aplicó el instrumento de medición APGAR Familiar para medir funcionalidad así como el AQ de Buss y Perry para medir agresividad.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Adolescentes de 10 a 19 años que acudieron a la consulta externa, adscritos al consultorio No. 1, turno matutino.
- 2.- Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 25 de Sánchez Magallanes Tabasco.
- 3.- De cualquier sexo.
- 4.- Que acepten participar en el estudio.
- 5.- Sin antecedente de enfermedades psiquiátricas.
- 6.- Que firmen consentimiento informado los padres de los menores de 18 años.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Que no estén adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 25 de Sánchez Magallanes Tabasco.
- 2.- Adolescentes que NO acepten participar en el estudio.
- 3.- Adolescentes con evidencia en el expediente clínico de ser portadores de una enfermedad de tipo psiquiátrico que no permita confiar en la información que proporcione.
- 4.- Que los padres o tutores NO acepten firmar en consentimiento informado para la realización del estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION

1.- A los adolescentes que contestaron incompleto el instrumento de medición de AQ de Buss Perry y el APGAR Familiar.

2.- A los que contestaron mal los instrumentos de medición.

IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES

Variables Independientes:

- Funcionalidad
- Disfuncionalidad

Variable Dependiente

- Agresividad en el adolescente

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición Operacional
Funcionalidad	Cualitativo	Cuando la familia cumple con sus funciones de cuidado, afecto, socialización, reproducción, estatus	Calificación de 7-10 puntos obtenidos en el APGAR Familiar

Disfuncionalidad	Cualitativo	Cuando no existe el cumplimiento de algunas de las funciones establecidas en la familia por alteración de algunos de los subsistemas	Calificación de 0-3 con disfunción severa. De 4 - 6 con disfunción moderada
Agresividad	Cualitativo	Estado emocional son sentimientos de odio y deseos de dañar a otra persona, animal u objeto.	Calificación obtenida en AQ de Buss y Perry. De 0 a 11 menor agresividad y de 12 a 20 mayor agresividad. La agresividad puede ser de tipo verbal, ira, hostilidad, y física.

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN

De un universo de 251 adolescentes, se integró una muestra con un nivel de confianza de 95% y un margen máximo de error aceptable de 5%, integrando el grupo de estudio con 59 adolescentes a los cuales previa firma de consentimiento informado (del padre/tutor en caso de ser menor de 18 años) se les aplicó el APGAR Familiar, el AQ de Buss y Perry de Agresividad, así como una ficha de

identificación y el Estudio Integral Familiar. Los resultados serán presentados en tablas y graficas en el programa Excel 2007.

CONSIDERACIONES ETICAS

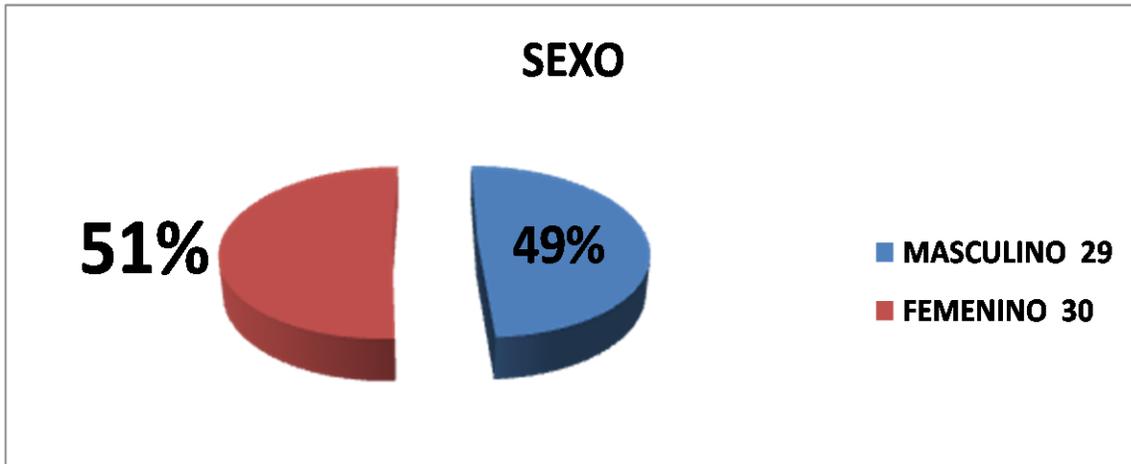
Tomando las consideraciones Éticas y Deontológicas médicas en base a la Declaración de Helsinki de 1964, se informo del estudio a todos los jóvenes adolescentes, así como a los padres de los adolescentes menores de edad que llenaron los requisitos de inclusión, y respondieron al cuestionario, que desde el punto de vista ético de encontrar disfunción y agresividad en sus resultados se ofrecerá soporte medico tanto en el primero como en el segundo nivel de atención si hubiera repercusiones en la salud, además que será respetado el anonimato de cada persona que ingresen al estudio, y que si desean abandonar el estudio en cualquier momento lo podrán hacer sin ninguna represalia; por lo cual se espera la obtención de los resultados deseados.

CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INVESTIGACION CIENTIFICA:

El presente estudio se llevó a su valoración bajo las normas institucionales establecidas, así como su aprobación por el Comité Local de Investigación en salud No. 2701 de Cárdenas, Tabasco, México con el No. de Registro R-2009-2701-15.

RESULTADOS

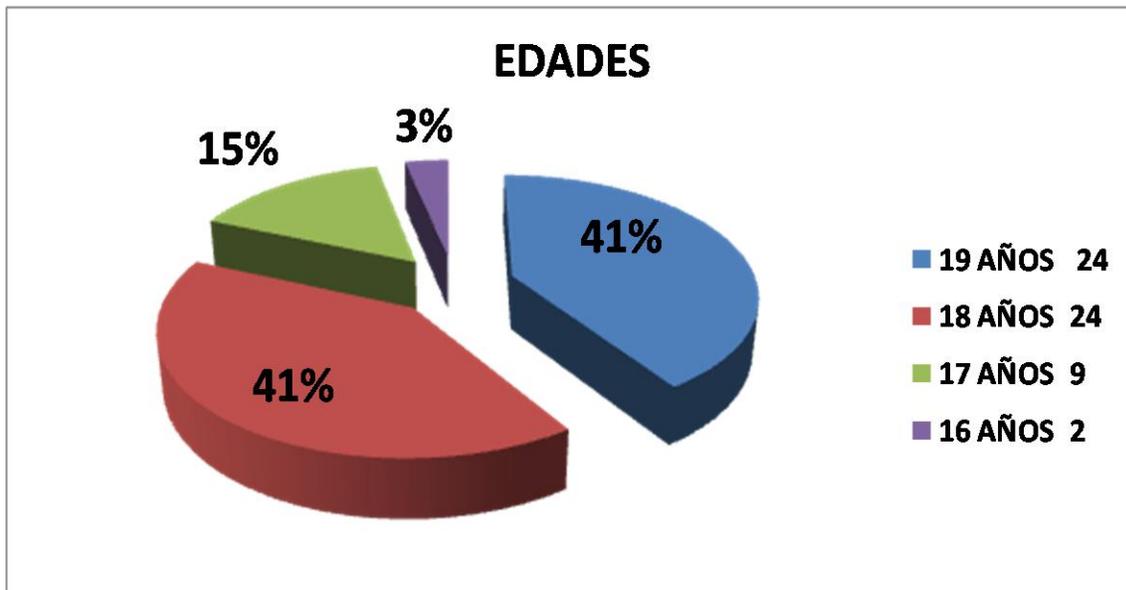
1.- De los adolescentes estudiados 29 (49%) fueron del sexo masculino y el 30 (51%) femeninos. Gráfica No. 1



Gráfica No.1

Fuente: Ficha de identificación

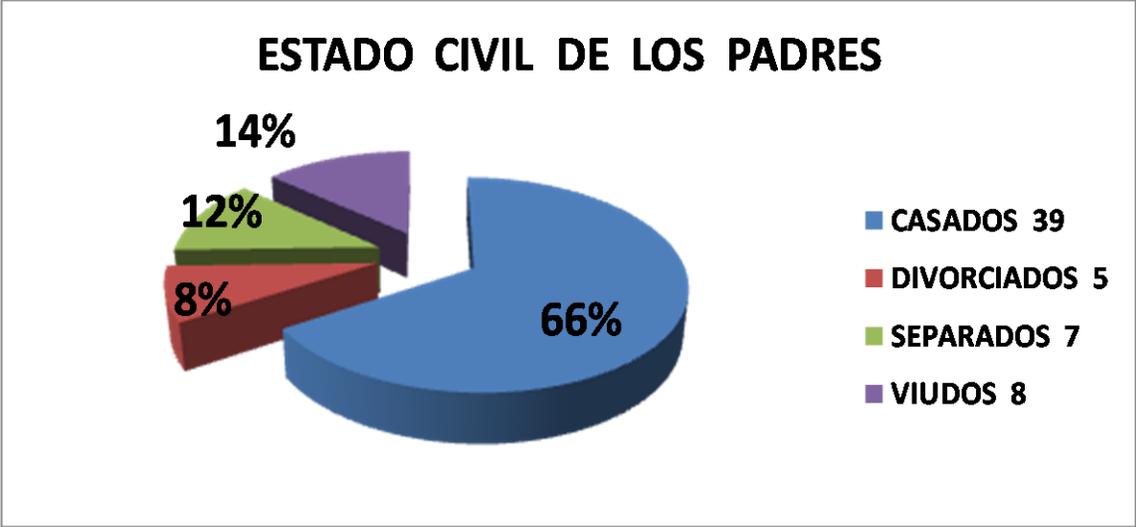
2.- De acuerdo a su edad 24 son de 19 años (41%), 24 de 18 años (41%), 9 de 17 años (15%), 2 de 16 años (3%). Grafica No. 2



Gráfica No.2

Fuente: Ficha de identificación

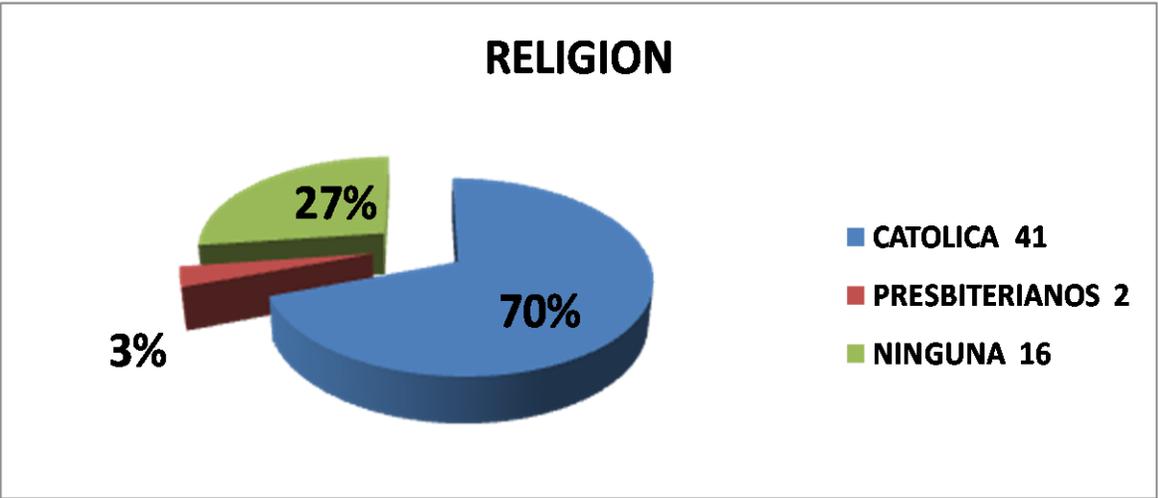
3.- El estado civil de los padres reporta casados 39 (66%), divorciados 5 (8%), separados 7 (12%), viudos 8 (14%) Grafica No. 3.



Gráfica No. 3

Fuente: Ficha de identificación

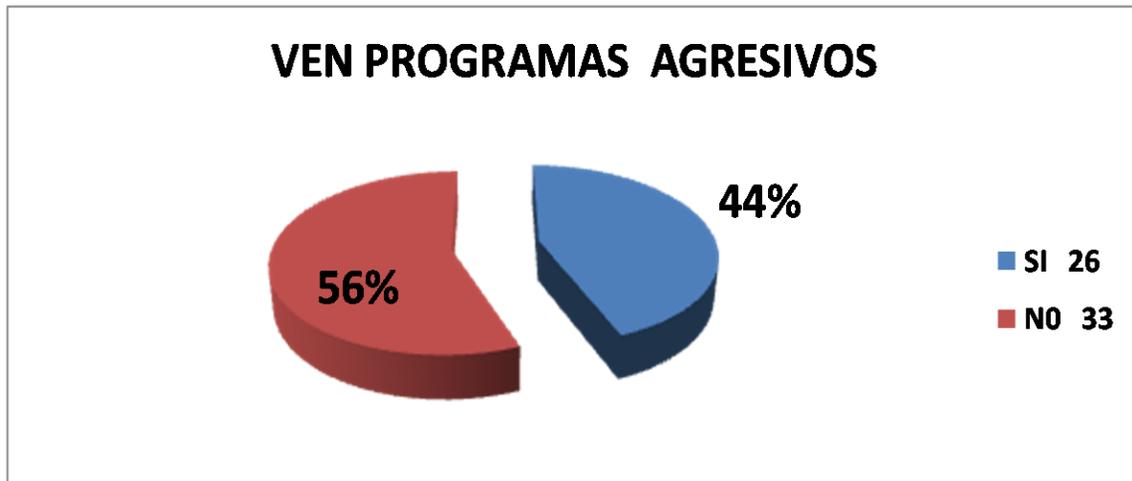
4.- La profesión de alguna religión menciona como católicos 41 (70%), presbiterianos 2 (3%), ninguna 16 (27%). Grafica 4.



Gráfica No.4

Fuente: Ficha de identificación

5.- En cuanto a la afición por ver programas agresivos 26 si les gusta (44%) y 33 no (56%). Grafica No. 5



Gráfica No.5

Fuente: Ficha de identificación

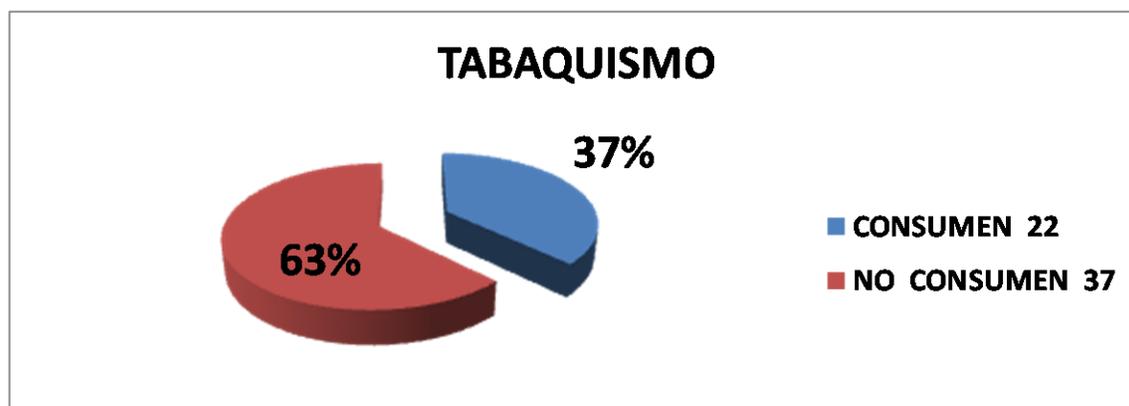
6.- En cuanto al consumo de alcohol en estos jóvenes 28 (47 %) lo realizan, y 31 (53%) no. Gráfica No. 6



Gráfica No. 6

Fuentes: Ficha de identificación

7.- El Tabaquismo en este grupo de estudio revelo que 22 de ellos (37%) lo consumen y 37 (63%) no. Gráfica No. 7



Gráfica No. 7

Fuente: Ficha de identificación

8.- El Tipo de Familia esta dada de la siguiente manera 23 son modernas (38.98%), 36 tradicionales (61.02%); 58 urbanas (98.30%) y 1 rural (1.70%); 39 están integradas (66.10%), 3 semiintegradas (5.08%) y 17 desintegradas (28.82%); la ocupación 1 es comerciante (1.70%), 46 pescadores (77.97%), 4 profesionistas (6.78%), y 8 obreros (13.55%). Tabla No. 1

TIPO DE FAMILIA	No.	%
Moderna	23	38.98
Tradicional	36	61.02
Urbana	58	98.30
Rural	1	1.70
Integrada	39	66.10
Semi integrada	3	5.08
Desintegrada	17	28.82
Pescador	46	77.97
Obrero	8	13.55
Comerciante	1	1.70
Profesionista	4	6.78

Tabla No.1 Fuente: Estudio Familiar Integral

9.- La Clasificación de la Familia es 31 nuclear (52.54%), 6 ampliada (10.17%), 1 compuesta (1.70%). Monoparental 17 (28.81), Binuclear 4 (7.78%). Tabla No. 2

Familia según INEGI	No.	%
Nuclear	31	52.54
Ampliada	6	10.17
Compuesta	1	1.70
Extensa compuesta	0	0
Monoparental	17	28.81
Binuclear	4	6.78

Tabla No. 2

Fuente: Estudio Familiar Integral

10.- El Ciclo Vital de la familia según Geyman 0 en fase del matrimonio, 10 en expansión, 59 en dispersión, 0 en independencia, 7 en retiro y muerte; según el PAC 0 en constitutivo, 10 procreativo, 59 dispersión, y 12 en familia final; no se obtiene porcentajes debido a que algunas familias cursan con 2 o 3 etapas y/o fases de ciclo. Tabla No. 3

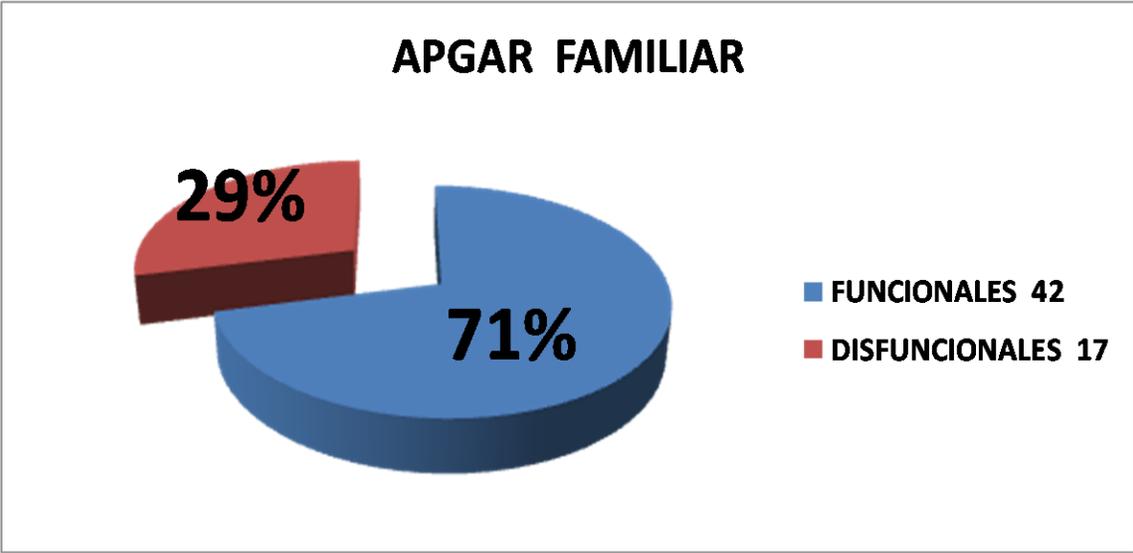
Ciclo Vital de la familia - Geyman	No.	%
Matrimonio	0	
Expansión	10	
Dispersión	59	
Independencia	0	
Retiro y muerte	07	

Ciclo Vital de la familia - PAC	No.	%
Constitutiva	0	
Procreativa	10	
Dispersión	59	
Familia Final	07	

Tabla No. 3

Fuente: Estudio Integral Familiar.

11.- La Funcionalidad Familiar obtenida con el APGAR, se realizó de forma personalizada para cada miembro de las familias encontrándose 42 familias funcionales (71%), 17 disfuncionales (29%). Gráfica No. 8



Gráfica No. 8

Fuente: APGAR Familiar

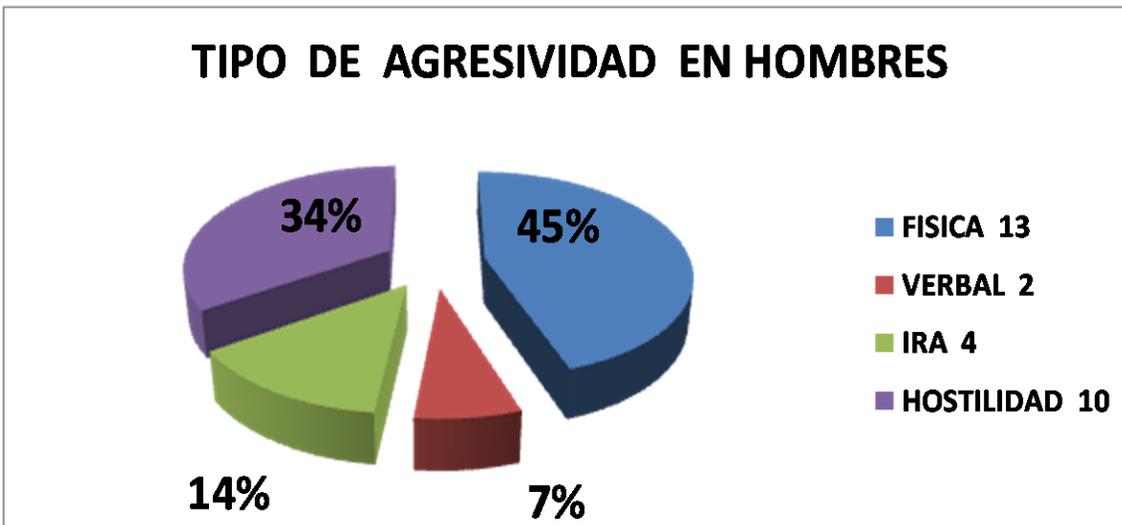
12.- De las 17 familias Disfuncionales, 13 fueron de moderadas (76%) y 4 severas (24%). Gráfica No. 9



Gráfica No. 9

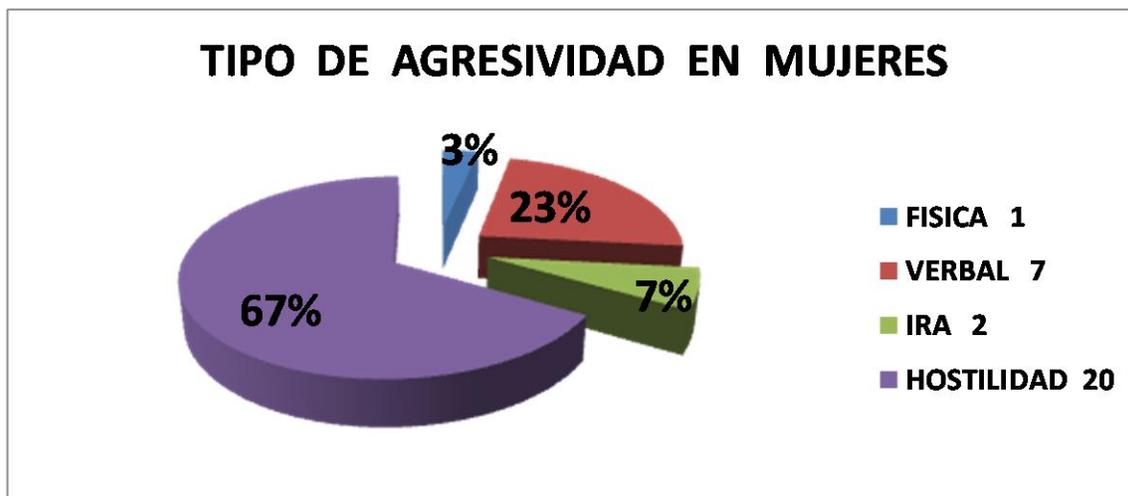
Fuente: APGAR familiar

13.- El Instrumento de medición de Agresividad de Buss y Perry, revelo que del total de los hombres 13 (45%) presentaron agresividad física, 2 (7%) verbal, 4 (14%) de ira y 10 (34%) de hostilidad. Gráfica No. 10



Gráfica No. 10
Fuente: AQ de Buss y Perry

14.- En cuanto a las mujeres 20 (67%) presentaron hostilidad, 7 (23%) agresividad verbal, 2 (7%) verbal y 1 (3%) física. Gráfica No. 11



Gráfica No. 11
Fuente: AQ de Buss y Perry

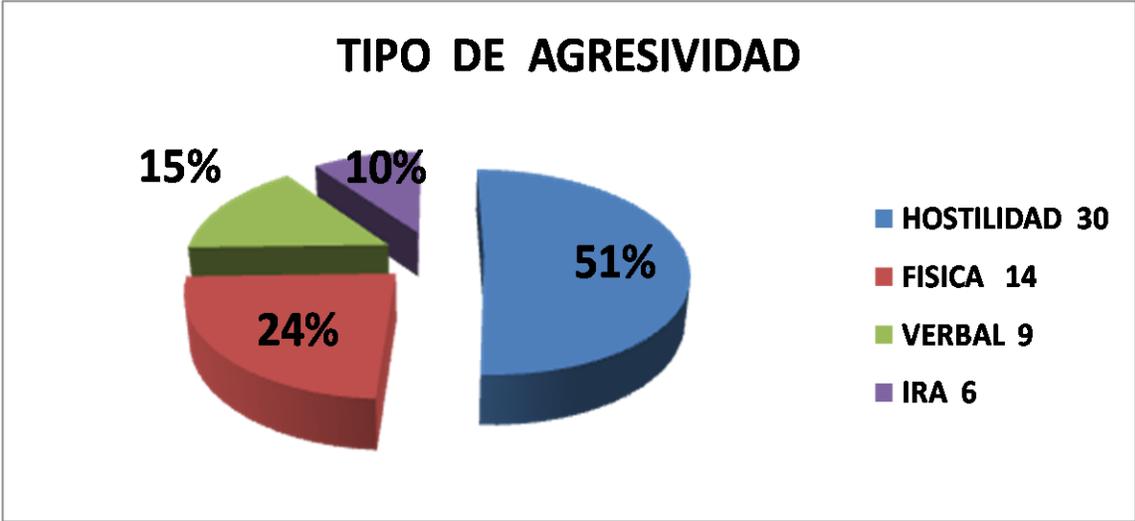
14.- El AQ revela que del total de los jóvenes, 31 (52.54%) obtiene una puntuación de 12 reportando mayor agresividad, contra 28 (47.46%) que su agresividad es menor. Gráfica No. 12



Gráfica No. 12

Fuente: AQ Buss y Perry

15.- El tipo de Agresividad que más destaca en los adolescentes es la Hostilidad con 30 (51%), seguida de la Física con 14 (24%), la Verbal 9 (15%) y por último la Ira 6 (10%). Gráfica No. 13



Gráfica No. 13

Fuente: AQ Buss y Perry

16.- De acuerdo a los resultados obtenidos al aplicar el APGAR Familiar y el AQ de Agresividad de Buss y Perry se encontró que prevalecieron los adolescentes funcionales sin agresividad en un 44.1%(26) seguidos por los funcionales con agresividad en un 27.1%(16) y los que presentaron disfunción y agresividad en un 23.7%(14) siendo menor el numero de adolescentes disfuncionales sin agresividad en un 5.1%(3). Tabla No. 4

Funcionalidad y Agresividad	Número	Porcentaje
Funcionales con Agresividad	16	27.1%
Funcionales sin Agresividad	26	44.1%
Disfuncionales con Agresividad	14	23.7%
Disfuncionales sin agresividad	3	5.1%
TOTAL	59	100 %

Tabla No. 4

Fuente: APGAR Familiar y AQ de Agresividad

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

1.- En el estudio realizado se encontró que 42 (71%) de los jóvenes provenían de familias funcionales y 17 (29%) disfunciones, en comparación con Peña Sánchez donde reporto 121 (86.43%) funcionales y 19 disfuncionales (13.57%); de igual forma Ricardo Gama en Tabasco reporto 51% funcionales y 49% disfuncionales; en los 3 estudios, prevaleció la Funcionalidad Familiar.

2.- Giraldo y col. investigaron la Funcionalidad Familiar en Colombia donde revelan que el 31% de los jóvenes tenían disfunción moderada y el 7% severa; por su lado Campo, Reyes y Ortiz también en Colombia reportan una disfunción moderada en un 29.7% y 14% severa; por nuestra parte el 76% presentó una disfunción moderada y el 24% fue severa; en comparación con los estudios previos existe mayor porcentaje de disfunción tanto moderada como severa en los adolescentes de Sánchez Magallanes Tabasco.

3.- En cuanto a la Agresividad Rodríguez Peña en su estudio reporta 86% de agresión física, 77% de ira, 68% verbal y 72% de hostilidad; por nuestra parte 24% fue física, un 10% de la ira, un 15% de la verbal y un 51% de hostilidad; En el estudio de Rodríguez destacó más la agresión Física con un 86% además de existir de forma general un mayor porcentaje de agresión tanto en ira, hostilidad y verbal en comparación con nuestro estudio donde la Hostilidad fue la prevalente en un 51%, pero aun por abajo del estudio mencionado.

4.- Sommantico y col, en su estudio realizado el sur de Italia encontró una mayor incidencia en la agresividad verbal en un 79% y un 60% en hostilidad; mientras que Juárez y Montejo en Colombia encuentra el 45% en la forma verbal y un 32% en ira; por su parte Félix y Hernández en México encuentran el 58% verbal y un 48% física, de nuestra parte la mayor prevalencia fue la hostilidad en un 51% seguido de la física en un 24%; En los 3 estudios previos el tipo de agresividad fue la verbal seguida de la hostilidad, ira y física, para nosotros destaco la hostilidad como causa numero uno seguida de la agresividad física como sucedió con Félix y Hernández en México.

ANALISIS ESTADISTICO

El resultado de la X^2 en el programa STATS en una tabla de contingencia de 2x2 y 1 grado de libertad fue de 9.48 mayor que el de la tabla que es de 3.84 con 99.7% de probabilidad. Con dichos resultados hay asociación significativa entre la Disfunción familiar y la agresividad en el adolescente.

Filas	Columnas	Valor de Chi-Cuadra	Grado de Libertad	Probabilidad
2	2	9.484375	1	99.730%

VALORES OBSERVADOS

	Con Agresividad	Sin Agresividad	Total
Funcionales	16	26	42
Disfuncionales	14	13	17
Total	30	29	59

CONCLUSIONES

1.-La diferencia entre el porcentaje de los adolescentes funcionales y disfuncionales que presentaron agresividad fue mínima, de 27.1% y 23.7% respectivamente. Considerando que la agresividad tiene factores de riesgo que se dan en el seno familiar se recomienda que los médicos de primer nivel realicen un abordaje familiar en la atención médica para detectar a tiempo algún problema de disfunción familiar que incida en el comportamiento de los adolescentes.

2.- En general el tipo de agresividad que prevaleció en el estudio fue la hostilidad, seguida de la física, verbal y la ira; siendo las mujeres más hostiles y los hombres agresores físicos, por lo que se recomienda promover en las familias de la UMF No. 25 mediante la capacitación, la adaptabilidad transformada en satisfacción con el apoyo familiar, la comunicación, el crecimiento individual del adolescente con expresiones de afecto y cariño además de la resolución de los problemas que lo aquejan en un tiempo preciso.

3.- De acuerdo con los resultados obtenidos al aplicar el APGAR Familiar, de los 59 adolescentes prevaleció la funcionalidad familiar en el 71% y la disfunción se presentó en un 29%, siendo mayor la moderada que la severa en un 76% y en un 24% respectivamente, por lo que se recomienda en base a los resultados obtenidos establecer estrategias donde se promueva no solo la salud, sino las redes de apoyo para fortalecer las bases existenciales de las familias en especial de las más vulnerables, teniendo como propósito, evitar la aparición y corrección de las disfunciones familiares de manera acelerada así como sus

complicaciones, con la finalidad de preservar a la familia como la unidad más antigua existente.

4.- Los factores de riesgo detectados como condicionantes para que los jóvenes sean más agresivos son la falta de alguna figura paterna, el alcoholismo, el tabaquismo, la falta de comunicación en el núcleo familiar, así como los medios de comunicación; ante esta situación se sugiere una mayor adhesión familiar, orientación a los adolescentes sobre adicciones y sus repercusiones, pertenecer a grupos juveniles donde el respeto y la aceptación de sus pares se fortalezca.

En el primer nivel de atención podemos detectar la problemática existente en el consultante al realizar una entrevista detallada, lo que nos llevará a realizar una atención medica con abordaje familiar enfocado a la satisfacción y estructura familiar, sistema y grupo lo que nos abriría una ventana amplia para la detección especifica, temprana y oportuna de algún problema trascendental para la familia; la aplicación de los instrumentos de medición son otra forma practica y sencilla de realizar detecciones en la familia los cuales nos aportaran de forma inmediata un panorama de la situación que se vive en los sistemas y subsistemas familiares, por lo que los médicos deben hacer uso de estas herramientas para detectar y orientar a las familias más vulnerables.

Sin duda alguna la Familia es la base principal generadora de la conducta de cada uno de sus integrantes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ramírez A.M. Conflictos entre padres y desarrollo de los hijos; Revista de Ciencias Sociales Convergencia; Universidad Autónoma del Estado de México, Enero – Abril 2004, (34) : 171 – 182
- 2.-Macias R.F. La agresividad en la niñez. Boletín crianza humanizada, Facultad de Medicina U. de A.; Año IX , Diciembre 2005 (81):1-7
www.medicina.udea.edu.co/Publicaciones/crianzahumanizada/2005/81/
- 3.- Castrillón M.D. Ortiz T.A. Vleco G.F. Cualidades paramétricas de cuestionario de agresión (AQ) de Buss y Perry en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín Colombia; Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad Antioquia, Julio – Diciembre 2004; 22(2) 49-60.
- 4.- González J.M. El Origen de la Conducta Agresiva. Revista Psicoeduca. Mayo 2007:1-13. www.revistapsicoeduca.blogspot.com/
- 5.- Andreu R.J. Peña F.M. Graña G.J. Adaptación Psicométrica de la versión en española del cuestionario de agresión; Universidad de Oviedo, España, Psicothema, año/ vol. 14, número 002; 2002: 476 – 482.
- 6.-Silvera C.R. Programa cognitivo- conductual para reducir la agresividad de los delincuentes juveniles de 12 a 18 años en la circunscripción judicial del estado de Mérida. Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado. Post grado de Psiquiatría infantil y juvenil; 2005:10-22.
- 7.- Santisteban R.C. Violencias de genero: Factores Psicosociales comunes y específicos de genero relevantes en la violencia de preadolescentes y adolescentes; Universidad Complutense de Madrid; Instituto de la Mujer; 2004 Referencia 589/04.
- 8.-Herrera S.P. La Familia funcional y disfuncional, un indicador de salud; Fundación de Investigadores Sociales AC, Biblioteca virtual de la salud. 2004.
www.alcoholinformate.oqr.mx/familia.cfm?articulo=174
- 9.- De la Puente F. Niños y Adolescentes agresivos; Revista Padres y Maestros No. 278; Septiembre 2003:1-6.
- 10.- Giraldo G.C. Funcionalidad Familiar en los Hogares comunitarios de Itagüi ; Revista Pediátrica 1998: 1 a 6
www.encolombia.com/pediatria3522000-funcionalidad.htm
- 11.-Huerta G. Estudio de Salud Familiar. PAC MF-1. Editorial Intersistemas SA de CV. 2004: 56-58, 35-37.

12.-Irigoyen-Coria, Morales de Irigoyen. Nuevo Diagnóstico Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana.2006: 31-39, 43-49, 61-64.

13.- Campo J. Reyes J. Ortiz C. Quintero L. Herrera A. Niveles de la T/A y de estrés psicosocial en estudiantes de la facultad de salud; Universidad del Valle de Cali, Colombia; Revista Colombia Medica; Corporación Editora Medica del Valle; Bioline – Internacional; Vol. 37 (2) Sup. 1, Abril-Junio 2006:21-25.

14.-Torrecilla R.J. González S.M. Gómez S.M. Como influye la familia en las conductas agresivas de los adolescentes. Escuela de Formación Emergente de Enfermería “República de Panamá”. 1997: 1-4. Monografía. Com.

15.-Bautista S. Agresividad en la adolescencia. 2005:4.

16.- Ovalles R.A. Incidencia de la disfunción familiar asociada a la delincuencia juvenil. CC v.1 Capítulo criminológico. Marzo 2007

17.- Servicios Médicos: Violencia Intrafamiliar; UNAM – FES, Acatlán.2006:1-6 www.acatlan.unam.mx/medicos/violencia/3/

18.- Trastornos de la Salud Mental; Trastornos de Conducta; Central Du PAGE. 2000: 1-4.

19.- Valdés S.N. Bienestar psicológico de los adolescentes en función de la estructura familiar. Psicocentro, el portal del mundo de la psicología. 2003:1-12 www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art29001

20.-Vázquez R.A. Influencia de los valores morales en la salud; Julio del 2007:1-9 www.influenciavaloresmoralesensalud.blogspot.com/

21.- Montesinos C. Causas de la agresividad del adolescente. La agresividad en los jóvenes. 2008:1-4 www.psiquiatriainfantil.es

22.- Morales V.F. Codorni R.M. Vigil C.A. Características psicométricas de las versiones reducidas del cuestionario de agresividad de Buss y Perry. Psicothema 2005. vol 17,1:96-100.

23.- Ramírez L.D. Méndez E.E. Barrón G.F. Riquelme H.H. Cantú L.R. Funcionalidad familiar y Enfermedad Crónica Infantil. 2005: 1-12. www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/Funcionalidadfamiliar.pdf

24.- Castellano G. Importancia de los Factores Protectores en el Desarrollo Psicosocial. Centro de Salud “La Vega”. Torrelavega. Cantabria. 2004:1-15.

25.- Sommantico M. Parrellos, De Rosa B. Osorio M. Significado de las funciones en adolescentes italianos. Nuevas fronteras entre paterno y materno. 2008.17:83-92.

www.doaj.org/doi/func=abstrac&id=451317

26.- Juárez A. Montejo M. Propiedades psicométricas del inventario de situaciones y comportamientos agresivos y del inventario de motivos para la agresión. 2008.7:1

www.scribd.com/doc/19713640/Invent-a-Rio-de-Situaciones-y-Comportamientos-Agresivos-Bullying

27.- Félix J. Hernández M. Efecto de la agresión colérica en el desempeño deportivo en deportes de contacto: una versión empírica. 2009 1:81-88.

www.journals.unam.mx/index.php/JBHSJ/artl

28.- Zavala M. Domínguez G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores en zonas urbanas en Cárdenas Tabasco. 2008.

29.-Castro – Morales J. Intentos de suicidios atendidos en el hospital Psiquiátrico de Villahermosa. Salud en Tabasco 2006. 7:363 – 365.

30.-García R. Frecuencia de Disfunción Familiar en pacientes con Hipertensión Arterial descompensada. 2007

ANEXO No. 1

Funcionalidad Familiar

Cuestionario APGAR Familiar

Nombre: _____

Parentesco: _____

Indicaciones: Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y subraye la respuesta de su consideración.

1.- ¿Está satisfecho con la ayuda de su familia cuando tiene un problema?

a) Casi nunca b) A veces c) Casi siempre

2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tiene en su casa?

a) Casi nunca b) A veces c) Casi siempre

3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?

a) Casi nunca b) A veces c) Casi siempre

4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?

a) Casi nunca b) A veces c) Casi siempre

5.- ¿Siente que su familia le quiere?

a) Casi nunca b) A veces c) Casi siempre

ANEXO No. 2

Cuestionario AQ Buss y Perry

Agresividad

Nombre: _____

Indicaciones: Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y subraye uno de los incisos según su consideración.

1.- De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

2.- Si me provocan lo suficiente, puedo golpear a otra persona.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

3.- Si alguien me golpea, le respondo golpeándolo también.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

4.- Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

5.- Hay gente que me incita hasta tal punto que llegamos a pegarnos.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

6.- He amenazado a gente que conozco.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

7.- He llegado a estar tan furioso que rompía cosas.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

8.- Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

9.- A menudo no estoy de acuerdo con la gente.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

10.- Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo evitar discutir con ellos.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

11.- Mis amigos dicen que discuto mucho.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

12.- Me enfado rápidamente, pero me pasa enseguida

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

13.- Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

14.- Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

15.- Algunas veces pierdo los estribos sin razón.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

16.- A veces soy bastante envidioso.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

17.- Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

18.- Se que mis amigos me critican a mis espaldas.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

19.- Algunas ocasiones siento que la gente está riendo de mí a mis espaldas.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

20.- Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán.

a) Completamente falso b) Bastante falso c) Ni falso ni verdadero d) bastante verdadero e) Completamente verdadero.

ANEXO No. 03

Estudio Familiar Integral

Tipología de la Familia

Nombre: _____

Moderna	Tradicional	
Rural	Urbana	
Integrada	Semiintegrada	Desintegrada
Ocupación		

INEGI	IRIGOYEN	DE LA REVILLA
Nuclear	Nuclear	Monoparental
Ampliada	Extensa	Binuclear
Compuesta	Extensa compuesta	
Extensa		

Ciclo Vital de la Familia según Geyman

Fase de Matrimonio
Fase de Expansión
Fase de Dispersión
Fase de Independencia
Fase de Retiro y muerte

Ciclo Vital de la Familia según PAC

Etapa	Fase	
Constitutiva	Noviazgo	Recién casados
Procreativa	Expansión	Consolidación
Dispersión	Desprendimiento	
Familia final	Independencia	Disolución

ANEXO No. 04

Ficha de identificación y factores de riesgo

1.- Nombre completo

2.- Edad

3.- Sexo

4.- Religión

5.- Alcoholismo

6.- Tabaquismo

7.- Estado civil de los padres

8.- Acostumbras a ver programas agresivos

ANEXO No. 05

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTICIPACION EN PROYECTO DE INVESTIGACION CLINICA.

Sánchez Magallanes, Cárdenas, Tabasco A: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Asociación entre la disfunción familiar y la agresividad en los adolescentes ” en la Unidad de Medicina Familia No. 25 del IMSS en Sánchez Magallanes.

Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número: R-2009-2701-15

El objetivo de este estudio es: investigar si la disfunción familiar es causa de agresividad en adolescentes de 10 – 19 años de edad, adscritos al consultorio No. 1, turno matutino, de La UMF 25.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: utilizar el instrumento de medición de agresividad AQ de Buss y Perry, y el de funcionalidad familiar APGAR, así como El Estudio Familiar Integral y la Ficha de identificación.

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

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

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

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, matrícula y firma del
Investigador principal

Nombre y firma del padre o tutor

Testigo