



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

**ISSEM YM**

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL  
ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS  
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

**“EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS MÉDICOS DE CONSULTA  
EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE NEZAHUALCOYOTL”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA: PRESENTA

**DR. GOMEZ RUVALCABA JULIO CESAR**

CIUDAD NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO

HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

2017



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.

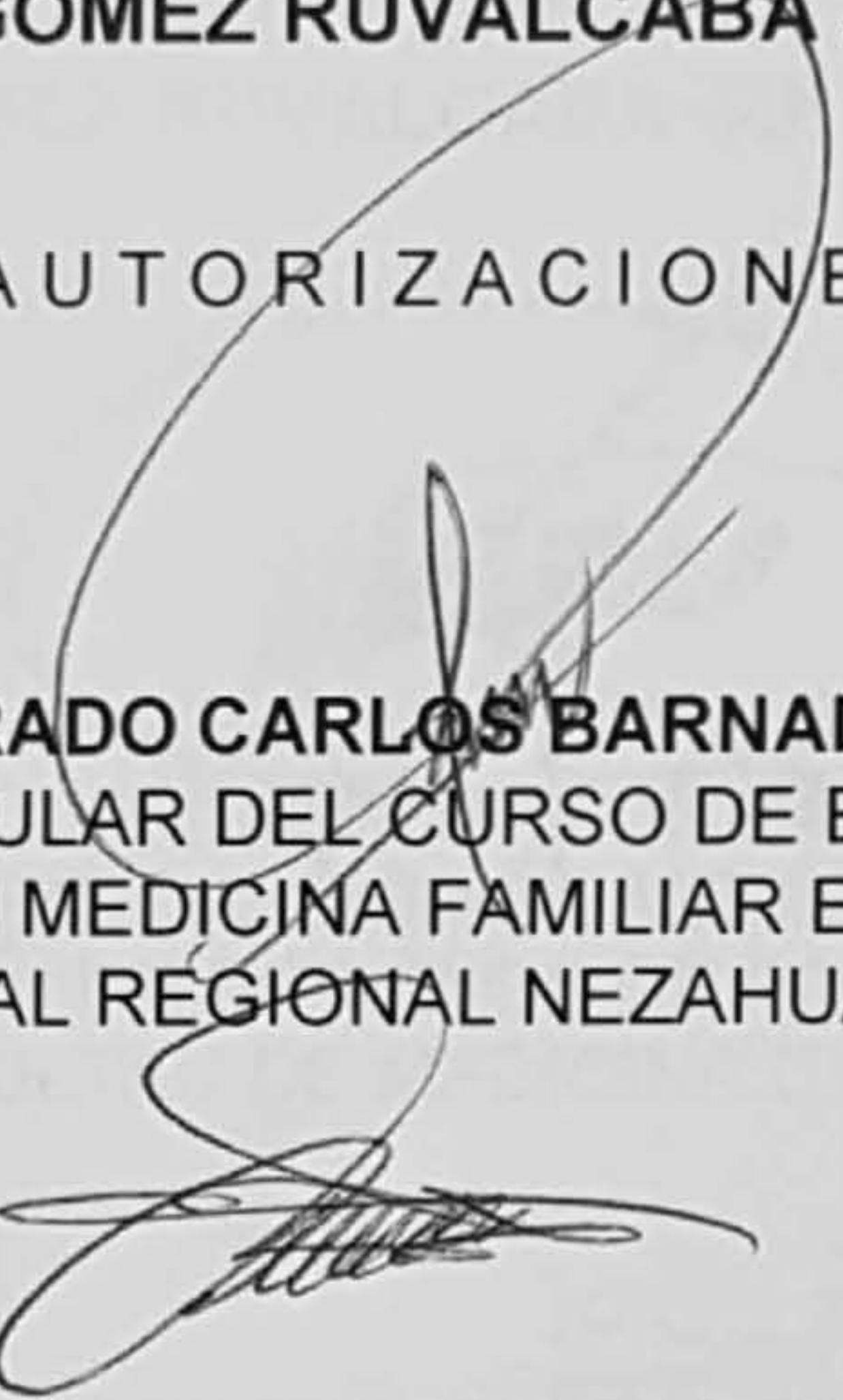
**EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS MÉDICOS DE CONSULTA  
EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE NEZAHUALCOYOTL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

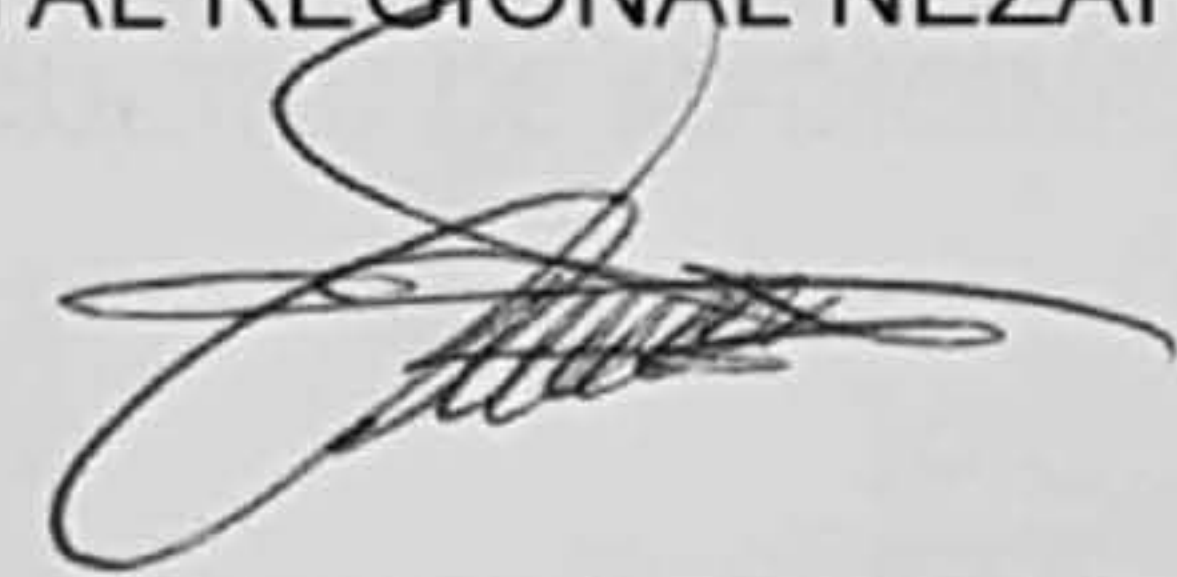
PRESENTA:

**DR. GOMEZ RUALCABA JULIO CESAR**

AUTORIZACIONES:



**DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL  
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL



**DR. OSCAR BARRERA TENAHUA**  
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL  
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL



**DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ**  
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



**ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO**  
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA EN  
SALUD

EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS MÉDICOS DE CONSULTA  
EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE NEZAHUALCOYOTL

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

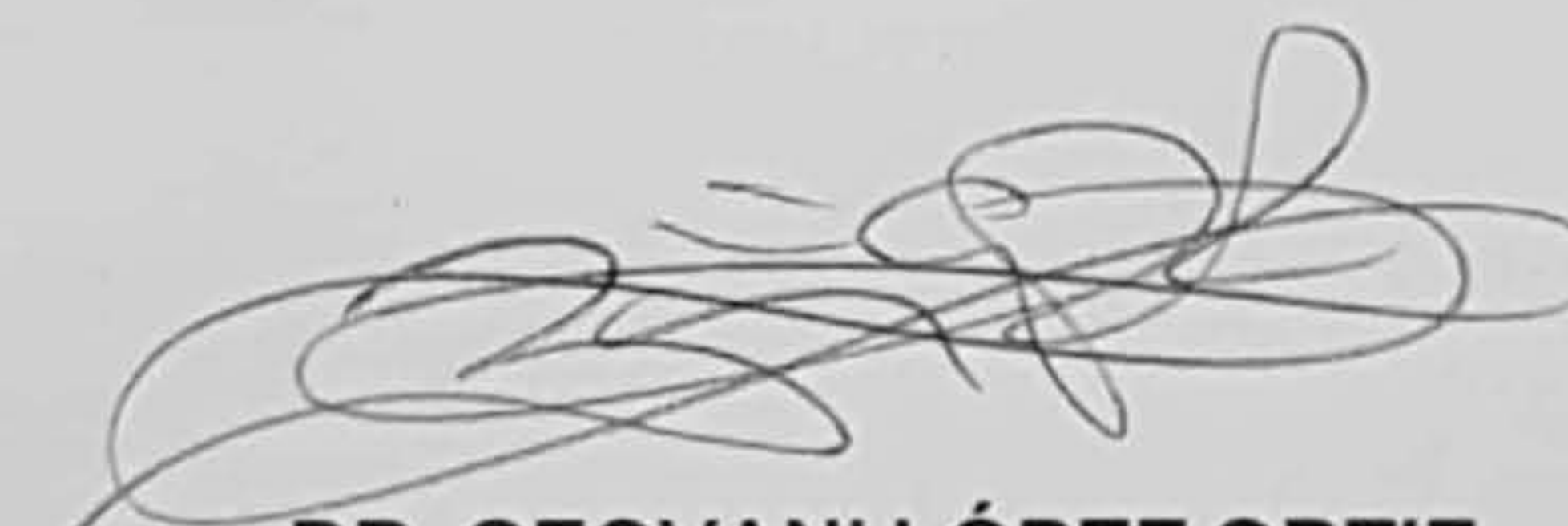
PRESENTA:

**DR. GOMEZ RUVALCABA JULIO CESAR**

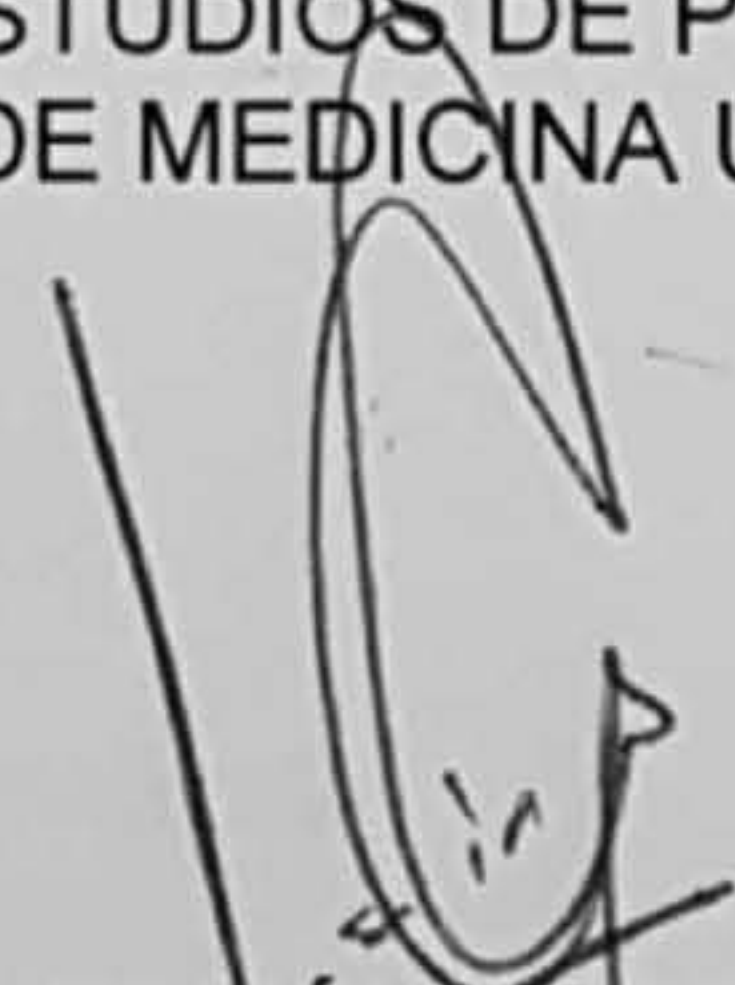
AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSE MAZON RAMÍREZ**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION  
DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

## INDICE GENERAL

1.	Introducción	1
1.1.	Autoestima	1
1.2.	Relación entre autoconcepto y autoestima	4
1.3.	Componentes de la autoestima	6
1.4.	Alta y baja autoestima, factores vinculados y características	9
1.5.	Autoestima, estrés y estilo de vida	14
1.6.	Test de autoestima	14
1.6.1.	Instrumentos para la evaluación de la Autoestima	15
1.7.	Funcionalidad Familiar	15
1.7.1.	Apgar Familiar	18
1.7.2.	Apgar Familiar y sus componentes	20
2.	Justificación	22
3.	Planteamiento del problema	23
4.	Objetivos	24
4.1.	Objetivo General	24
4.2.	Objetivos Específicos	24
5.	Material y Métodos	24
5.1.	Tipo de población lugar y tiempo	24
5.2.	Muestra	24
5.3.	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	25
5.4.	Variables	25
5.5.	Instrumento de recolección de datos	26
5.6.	Método de recolección de datos	26
5.7.	Análisis de la información	27

EVALUACIÓN DE AUTÓNOMAS Y DEPENDIENTES  
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN EL TRASTORNO DE CONDUCTA EXTERNA

6.	Consideraciones éticas	27
7.	Resultados	30
8.	Análisis de Resultados	33
9.	Conclusiones	35
10.	Referencias bibliográficas	36
11.	Anexos	37

# **“EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS MÉDICOS DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE NEZAHUALCOYOTL”**

## **1. Introducción**

### **1.1 Autoestima.**

La autoestima es un factor importante a considerar en la vida de las personas en general y en particular, en el tema del desempeño y de las actitudes hacia las actividades académicas. De acuerdo con Rice, la autoestima de una persona es la consideración que tiene hacia sí misma. Señala este autor que ha sido denominada como el vestigio del alma y que es el ingrediente que proporciona dignidad a la existencia humana.<sup>1</sup>

La autoestima se desarrolla a partir de la interacción humana, mediante la cual las personas se consideran importantes una para las otras. El YO, evoluciona por medio de pequeños logros, los reconocimientos y el éxito.<sup>1</sup>

En opinión de Maslow, la mayoría de las personas que no han desarrollado un alto nivel de estima, nunca llegan a autorrealizarse. Abraham Maslow ha sido uno de los representantes de la psicología humanista quien más ha difundido el papel que la autoestima desempeña en la vida de la persona, al incluirla dentro de su conocida jerarquía de necesidades. Para Maslow existen dos tipos de necesidades de estima, la propia y aquella que proviene de las otras personas. Ambas necesidades las ubica jerárquicamente por encima de las necesidades fisiológicas, las de seguridad personal y las de amor y pertenencia.<sup>2,3</sup>

La autoestima está configurada por factores tanto internos como externos. En el entendido que los factores internos; son factores que radican o son creados por el individuo-ideas, creencias, prácticas o conductas. Por factores externos los factores del entorno: los mensajes transmitidos verbal o no verbalmente, o las experiencias suscitadas por los padres, los educadores, las personas significativas para nosotros, las organizaciones y la cultura.<sup>1</sup>

Las personas tienen la capacidad de establecer su propia identidad y atribuirse un valor y, a esa valoración se le llama autoestima. Güell y Muñoz señala que “Si conseguimos mantener un buen nivel de autoestima resistiremos las críticas, nos abriremos mejor a los demás, aprenderemos a pedir ayuda y, en general, nos resultará mucho más gratificante vivir, lo que contribuirá también a prevenir cualquier proceso depresivo”. Santrock expresa que la autoestima es: “La evaluación global de la dimensión de Yo o self. La autoestima también se refiere a la autovalía o a la autoimagen, y refleja la confianza global del individuo y la satisfacción de sí mismo”.<sup>3</sup>

Para White la autoestima es el valor del YO, el valor de la persona ante los ojos de las otras. Esta autora la define como un proceso dinámico y multidimensional que se va construyendo a lo largo de la vida y en el cual se involucra el contexto social, físico, emocional y cognitivo de la persona. La autoestima tiene un significado complejo, y que precisa de cuatro componentes en su definición:<sup>3</sup>

- Es una actitud, ya que contempla las formas habituales de pensar, actuar, amar y sentir de las personas para consigo mismas.
- Tiene un componente cognitivo, pues se refiere a las ideas, opiniones, creencias percepciones y procesamiento de la información que posee la persona respecto de sí misma.
- Tiene un componente afectivo, que incluye la valoración de los positivo y negativo, involucra sentimientos favorables y desfavorables, agradables o desagradables que las personas perciben de sí mismas.
- Tiene un componente conductual, porque implica la intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente.

La autoestima es la meta más alta del proceso educativo y centro de nuestra forma de pensar, sentir y actuar, es el máximo resorte motivador y el oculto y verdadero rostro de cada hombre esculpido a lo largo del proceso vital. La autoestima no es innata, que se adquiere y se genera como resultado de la historia de cada persona. Este aprendizaje



generalmente no es intencional, por cuanto se moldea a la persona desde diversos contextos informales educativos. No obstante, a veces es el resultado de una acción intencional para lograr su consecución.<sup>3,5</sup>

Las ideas anteriores pueden relacionarse con la neurociencia, específicamente con algunos de los principios de aprendizaje del cerebro. Algunos de estos principios son señalados por Caine y Caine. Entre estos pueden mencionarse:<sup>5</sup>

- a) El cerebro es un complejo sistema adaptativo. Pensamientos, emociones, imaginación, predisposiciones y fisiología operan concurrente e interactivamente en la medida en que todo el sistema interactúa e intercambia información con su entorno.
- b) El cerebro es un cerebro social. Las personas empiezan a ser configuradas a medida que sus cerebros receptivos interactúan con el entorno y se establecen relaciones interpersonales. Está claro que a lo largo de la vida los cerebros cambian en respuesta a los compromisos con las demás personas, de tal modo que estas pueden ser vistas siempre como partes integrales de sistemas sociales más amplios. En realidad, parte de la propia identidad depende del establecimiento de una comunidad y de la posibilidad de pertenecer a esta. En consecuencia el aprendizaje y el desarrollo de la autoestima están influidos por la naturaleza de las relaciones sociales dentro de las cuales se encuentran las personas.
- c) La búsqueda de significado es innata. En lo esencial, la búsqueda de significado está dirigida por metas y valores personales. La búsqueda de significado se ordena desde la necesidad de alimentarse y encontrar seguridad, mediante el desarrollo de las relaciones interpersonales y de un sentido de identidad, hasta una exploración del propio potencial y búsqueda de lo trascendente.
- d) El aprendizaje implica tanto una atención focalizada como una percepción periférica. Es decir, el cerebro absorbe información de lo que está directamente consciente, y también de lo que se encuentra más allá del centro inmediato de atención. Incluso las señales inconscientes que revelan actitudes y creencias interiores tienen un efecto poderoso en las personas.<sup>3</sup>

De igual manera, a pesar de que la autoestima es una estructura consistente y estable y a veces difícil de cambiar, su naturaleza es dinámica, por lo que puede crecer, empobrecerse o incluso desintegrarse. Lo importante es que, en mayor o menor grado es perfectible.

## **1.2 Relación entre autoconcepto y autoestima.**

El autoconcepto es la percepción cognitiva consciente y la evaluación que las personas realizan sobre sí mismas, son sus pensamientos acerca de sí mismas. Es la identidad autohipotetizada de la persona y que Erikson se refiere a él como la identidad del yo o el yo autopercibido, la individualidad consistente. Debería describirse como un sistema de actitudes que la persona tiene hacia sí misma, supone la suma total de sus autodefiniciones o autoimágenes.<sup>5</sup>

Se menciona que todas las personas tienen seis aspectos del yo: lo que realmente son, lo que piensan que son, lo que piensan otras que son, lo que creen que piensan las demás de ellas, lo que quieren llegar a ser y las expectativas que creen que otras personas tienen sobre ellas. Los autoconceptos pueden o no tener enfoques cercanos a la realidad, y están permanentemente en proceso de cambio.<sup>5</sup>

Posteriormente, están los autoconceptos temporales o transitorios de la persona. Estas ideas sobre el sí misma, están influidas por el estado de ánimo del momento o por una experiencia reciente. Por ejemplo, la obtención de una puntuación baja en una prueba reciente, puede hacer que la persona se sienta temporalmente poco capaz; en este caso, una crítica aguda por parte de otra persona puede producir un sentimiento transitorio de una autoestima devaluada.<sup>4</sup>

En tercer lugar, está el yo social; esto es, la opinión que creen que otras personas tienen sobre ellas, que a su vez influye sobre ellas mismas. Si tienen la impresión de que otras personas piensan que son incapaces o socialmente inaceptables, pensarán sobre sí mismas de forma negativa. Algunos autores mencionan que la identidad proviene, en parte, de la implicación del yo con las otras personas, la intimidad, la participación en grupo, la cooperación y la competencia. De esta forma, las percepciones sobre los pensamientos de las demás personas impregnan las visiones

sobre sí mismas.<sup>7,8</sup>

La cuarta dimensión es el yo ideal; es decir, qué tipo de personas les gustaría ser. Las aspiraciones pueden ser realistas, demasiado bajas o demasiado altas. Los yo ideales que demasiado bajos impiden la realización, mientras que lo que son muy altos pueden llevar a la frustración y autodesprecio. Los conceptos del yo que son realistas conducen a la autoaceptación, la salud mental y la consecución de metas realistas.

Habiendo una vez construido conceptos sobre sí mismos y sobre sí mismas, las personas deben enfrentarse a la estima que tienen de sí. Cuando su autoconocimiento las lleva a la autoaceptación y a la aprobación, a un sentimiento de valía, entonces tienen autoestima suficiente como para aceptarse a sí mismos y a sí mismas. Para que las personas se autoestimen, debe existir una correspondencia entre los conceptos de sí mismas y los yo ideales.<sup>7</sup>

Al inicio de la pubertad, la mayoría de los jóvenes y de las jóvenes empiezan a realizar evaluaciones de sí, comparando aspectos tales como los físicos, las habilidades motoras, las capacidades intelectuales y las habilidades sociales con los de sus iguales y con los de sus ideales o héroes. Esta autoevaluación crítica podría acompañarse de un sentimiento de vergüenza que hace a las personas adolescentes vulnerables a la crítica y al ridículo. Como resultado, se preocupan por intentar reconciliar el yo percibido con su yo ideal. Durante la adolescencia tardía, puede que hayan logrado organizar su yo, percibiendo lo que pueden ser con mayor efectividad e integrando sus metas en sus yo ideales.<sup>7</sup>

En los modelos de auto-actualización de Maslow y Rogers, la persona saludable está en proceso continuo de intentar comprender los sentimientos, las percepciones y las motivaciones de su conducta personal. No obstante, este proceso de auto-cuestionamiento ocurre dentro del contexto de un sentido básico de adecuación. Su posición ante la vida parece ser: básicamente me gusto a mí mismo o a mí misma aun cuando no soy perfecto o perfecta.<sup>3</sup>

Otra verdad que parece ser que muchas personas no están totalmente enteradas de todas las creencias que tienen sobre sí mismas. Algunas tienen autoimágenes y autoestimas altamente desarrolladas, mientras que otras solo tienen una autoimagen y estima mal acabada e inarticulada en sí misma. Existe una actividad estructurada conocida como: ¿quién soy yo?, que ilustra esta observación, señalan Eisenberg y Patterson. Para realizar esta actividad se requiere dos personas participantes, una que pregunta y una que responde. La persona que pregunta simplemente repite el cuestionamiento: ¿quién es usted? Con cada cuestión, la persona que responde debe dar una nueva descripción de sí misma. Se ha encontrado que la mayoría de las personas se describen a sí mismas por los roles familiares, educativos o vocacionales que desempeñan. Relativamente pocas responden a más de diez preguntas y muchas no pueden dar auto-descripciones más allá de sus roles.<sup>5</sup>

Aunque algunos aspectos de las creencias y percepciones de una persona acerca de sí misma no están fácilmente disponibles en la consciencia, señalan estos autores, las creencias sobre sí siempre parecen actuar como poderosos determinantes de la conducta. Las personas a las que no les gusta su yo, con frecuencia tienen una baja autoestima y están motivadas para evitar el fracaso, mientras que las personas que gustan de sí mismas a menudo tienen una buena autoestima y están motivadas hacia las experiencias de éxito.

### **1.3 Componentes de la autoestima.**

De acuerdo con Gastón de Mézerville, existen una serie de aspectos interrelacionados que componen la autoestima. A partir de esta concepción, presenta un modelo propio al que ha denominado proceso de la autoestima. En este, se considera a la autoestima según dos dimensiones complementarias, una actitudinal inferida integrada por tres componentes: la autoimagen, la autovaloración y la autoconfianza; y una dimensión conductual observable conformada por otros tres componentes: el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización.<sup>9</sup>

Durante el proceso de la autoestima y sus respectivos componentes, siguiendo las explicaciones. Sobre el primer componente, la autoimagen, consiste en la capacidad de

verse a sí mismo o a sí misma como la persona que realmente es, con sus virtudes y defectos. La persona que tiene una autoestima saludable trata de estar consciente incluso de sus errores, por cuanto la autoestima no se vincula con ser perfecto o ser perfecta.<sup>9</sup>

Se trata de lograr una percepción básica de las características más relevantes de la propia personalidad, su relación con otras personas y con el ambiente.

La autoimagen no es un aspecto estático, incluye el conocimiento propio basado en experiencias pasadas, al igual que las concepciones que la persona va elaborando sobre su posible evolución futura. Las metas por lograr, respecto de la autoimagen, consisten en la búsqueda de un autoconocimiento que le permita a la persona aumentar su capacidad de percibir, de manera equilibrada, tanto los aspectos positivos como negativos de su personalidad.<sup>8,9</sup>

Respecto del segundo componente, la autovaloración, consiste en que la persona se considere importante para sí misma y para las demás. La autovaloración se relaciona con otros aspectos como la autoaceptación y el autorespeto y significa que se percibe con agrado la imagen que la persona tiene de sí.

La confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices, el sentimiento de ser respetables, de ser dignos y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos. La meta en el aspecto de la autovaloración consiste entonces en identificar aquellos medios adecuados que satisfagan la necesidad que tiene la persona de verse a sí misma en forma positiva, de tal manera que le otorgue mayor valor y atención a las dimensiones realmente importantes de su personalidad.<sup>9</sup>

Sobre el tercer componente, la autoconfianza, se señala que ésta se caracteriza porque la persona cree que puede realizar bien distintas cosas y sentirse segura al hacerlas. Esta percepción interna favorece una buena autoestima, sentirse cómodo o cómoda en la relación con otras personas y manifestarse con espontaneidad. La autoconfianza se traduce en que la persona crea en sí misma y en sus propias capacidades para enfrentar distintos retos, lo que a su vez la motiva a buscar oportunidades que le permitan poner en práctica y demostrar sus competencias.<sup>9</sup>

La meta de superación personal en el aspecto de la autoconfianza consiste en desarrollar una actitud realista de creencia en sí mismo o en sí misma y en sus propias capacidades, en la voluntad de ejercitarlas adecuadamente y disfrutar al hacerlo.

En cuanto al cuarto componente, el autocontrol, se menciona que consiste en manejarse adecuadamente en la dimensión personal, cuidándose, dominándose y organizándose bien en la vida. Significa la capacidad de ordenarse apropiadamente y ejercer un dominio propio que fomente tanto el bienestar personal como el del grupo al que se pertenece. Por lo tanto, el término autocontrol incluye otros aspectos, tales como el autocuidado, la autodisciplina, la organización propia o el manejo de sí mismo o de sí misma. La capacidad de autocontrol con frecuencia se ve limitada en aquellas personas con una baja autoestima. Esta falta de capacidad se manifiesta en una situación de descontrol en diversas áreas, tales como el autocuidado, el manejo de las emociones, las relaciones interpersonales, los hábitos de trabajo, de estudio o de la vida en general y la falta de habilidad para organizar acciones en pro del logro de metas deseadas.<sup>9,10</sup>

La meta de superación en este aspecto del autocontrol consiste en adoptar destrezas adecuadas de cuidado personal y patrones de comportamiento caracterizados por una buena disciplina y organización existencial.

Sobre el quinto componente, la autoafirmación, se define como la libertad de ser uno mismo o una misma y poder tomar decisiones para conducirse con autonomía y madurez. Se caracteriza por la capacidad que tiene la persona de manifestarse abiertamente cuando expresa sus pensamientos, deseos o habilidades. Además, incluye otras capacidades tales como la autodirección y la asertividad personal.<sup>9</sup>

Las personas que no se aprecian lo suficiente y valoran poco sus capacidades y cualidades, con frecuencia se abstienen de participar o de decidir, debido al temor que les provoca el poder equivocarse frente a otras personas. Este tipo de comportamiento las conduce a anularse ante las oportunidades de expresar sus opiniones y talentos.<sup>9</sup>

Respecto del último componente de la autoestima, la autorrealización, de Mézerville explica que consiste en el desarrollo y la expresión adecuada de las capacidades, de modo que la persona pueda vivir una vida satisfactoria y de provecho para sí misma y para otras personas. Implica la búsqueda del cumplimiento de las metas que conforman el proyecto vital de su existencia.<sup>9</sup>

Las personas que gozan de una buena autoestima, tienden a manifestar dos características de la verdadera autorrealización; por una parte, que sus metas sean significativas y por otra, que le permitan proyectarse personalmente, generando beneficio para sí y para otras personas y obteniendo satisfacción de ello.

Contrario a la situación anterior, las personas con baja autoestima generalmente se lamentan de su falta de realización personal y asocian esta queja con una sensación de estancamiento existencial.

Las metas por alcanzar en el aspecto de la autorrealización exigen que la persona se proyecte mediante distintas áreas de interés, aptitud o compromiso que le resulten significativas. Para lograr este propósito es necesario que descubra lo que le otorga verdadero sentido a su vida, que desarrolle sus capacidades y se plantee metas que promuevan la realización personal de su existencia.

#### **1.4 Alta y baja autoestima, factores vinculados y características.**

Se refieren a una serie de conductas correlacionadas tanto con la alta como con la baja autoestima. Entre ellas se mencionan: expectativas hacia el futuro, asertividad personal, estilos para enfrentar el estrés, locus de control, toma de riesgos, temor al fracaso y nivel de aspiraciones. Con base en lo planteado por estos autores, a continuación se hace referencia a las conductas mencionadas.

En primera instancia, se señala que existen dos razones por las cuales este tema es importante. Una es que la autoestima de una persona no se ve, sino que se elaboran conjeturas sobre ésta a partir de la conducta evidente. Estos patrones de conducta suministran datos a partir de los cuales se puede hacer inferencias diagnósticas razonables. La segunda razón es que a menudo algunos patrones de conducta pueden

parecer extraños a primera vista; no obstante, si se les vincula con la autoestima subyacente, se puede comprender su significado.<sup>10</sup>

Las personas con alta, media y baja autoestima, tienen diferentes expectativas para el futuro, difieren respecto de la asertividad personal y tienen diferentes estilos básicos para enfrentar el estrés.

Se señala que las personas con una autoestima alta enfocan las tareas y a las otras personas con la expectativa de que serán exitosas y bien recibidas. Confían en sus percepciones y juicios y creen que pueden dirigir sus esfuerzos a soluciones favorables. Sus autoactitudes positivas les permiten aceptar sus propias opiniones y otorgar crédito y confianza a sus reacciones y conclusiones, lo cual a su vez le facilita seguir sus propios juicios cuando existe una diferencia de opinión y considerar ideas nuevas. Esa confianza en sí mismas, acompañada por sentimientos de justicia, es probable que les provean la convicción de que es correcta y las animen a expresar esas convicciones.<sup>10,11</sup>

Por otra parte, las actitudes y expectativas que dirigen a la persona hacia una alta autoestima, a una mayor independencia y creatividad social, también la conducen a una acción social más asertiva y vigorosa. Es probable que sea más participativa que pasiva en los grupos de discusión, reporte menos dificultad estableciendo amistades y exprese opiniones aun cuando sepa que éstas pueden llevarla a una recepción hostil.

Una persona con alta autoestima no se considera a sí misma como el centro del universo y mejor que los demás y las demás. Simplemente conoce muchos aspectos de sí misma, tiene auto-respeto y tiene consciencia de su propio valor como persona única e irrepetible. Reconoce sus cualidades buenas, pero no se cree perfecta. Al contrario, puede ser que tenga mucha consciencia sobre sus defectos y del hecho de que ella comete errores. Pero no ve sus defectos y errores como representativos de alguien sin valor, ella los entiendo como representativos del ser humano.<sup>7</sup>

La personalidad saludable podría decirse que corresponde a una persona con alta autoestima. Varios autores se refieren a ésta señalando que es la forma de actuar guiada por la inteligencia y el respeto por la vida, de tal modo que se satisfacen las



necesidades personales y la persona crece en conciencia y suficiencia y en la capacidad para amarse a sí misma, a otras y al ambiente. Asimismo, una de sus características distintivas es una buena disposición para aceptar o enfrentar experiencias nuevas, su habilidad para responder a ideas, pensamientos o percepciones novedosas, lo cual es un indicio de conciencia de la persona.<sup>7</sup>

Por otra parte la mayoría de los autores concuerdan en que las personas saludables gustan de sí y se respetan, son tanto optimistas como realistas acerca de la estimación personal de su potencial, tienen una imagen realista de los atributos y habilidades personales, pueden experimentar orgullo honesto de sus logros y puede aceptar limitaciones sin culpa, vergüenza o desconcierto.

Otras características señaladas para estas personas son: les gusta estar solas y les gusta estar con otras personas; son felices con lo que son la mayoría del tiempo; escuchan a las demás, pero deciden por sí mismas, son capaces de ser firmes y no sienten la necesidad de someterse, revelarse o escapar; gozan el día de hoy y esperan con alegría el mañana; pueden dar y recibir amor; pueden tolerar la ira de las demás y mostrarse airadas ellas mismas; tienen más facilidad para perdonar y olvidar; son capaces de gozar su individualidad; pueden invertir emociones y entusiasmo en personas, causas y cosas; les importa este mundo y aprecian su papel y responsabilidad como parte de él.

El resultado de ser una persona con una alta autoestima y responsable de su propia vida, es ser una persona actualizadora de sí misma y autotrascendente.

Una autopercepción positiva o una alta autoestima es una resultado deseado del proceso de desarrollo humano. Se le vincula con la salud mental a largo plazo y con el equilibrio emocional. Por otra parte, de acuerdo con Koenig, citado por este autor, las personas cuyas identidades son débiles o cuya autoestima no se ha desarrollado lo suficiente, manifiestan diversos síntomas de falta de salud emocional, tales como síntomas psicósomáticos de ansiedad.<sup>8,9</sup>

Las personas con baja autoestima muestran una identidad cambiante, inestable y abiertamente vulnerable a la crítica o al rechazo, lo que verifica su inadecuación,

incompetencia y falta de valía. Puede que se perturben profundamente cuando piensan que se ríen de ellas, cuando sienten que las acusan o cuando perciben que otras personas tienen una opinión negativa de sí mismas. Cuanta más vulnerabilidad experimentan, mayores son sus niveles de ansiedad. Como resultado, se sienten torpes e intranquilas y evitan a toda costa exponerse al ridículo.<sup>9</sup>

La autoestima baja puede ser una situación temporal. Sin embargo, para algunas y para algunos de ellos la autoestima se puede traducir en otros problemas más serios. Una pobre y persistente autoestima puede estar relacionada con el bajo rendimiento académico, la depresión y otras situaciones como la delincuencia. Una persona con baja autoestima tiene una gran sensación de inseguridad acerca de ella misma. Basa su autoestima, en gran parte, en lo que cree que las demás personas piensan acerca de ella, lo cual lesiona su autonomía e individualidad. En presencia de otras personas disfraza su baja autoestima, en especial cuando se propone impresionarlas. Estas personas tienen muchas esperanzas en lo que las demás pueden darles, pero a la vez tienen grandes temores, por lo que están muy expuestas a sufrir desilusiones y a desconfiar de las otras.<sup>7,10</sup>

La baja autoestima de estas personas proviene de sus experiencias de vida, que probablemente le impidieron sentir confianza en sí misma y funcionar de manera autónoma. Al respecto, Coopersmith, manifiesta que:

Esas personas carecen confianza en sí mismas y son aprehensivas acerca de expresar ideas no populares e inusuales. No desean exponerse a sí mismas, enojar a otros, o realizar acciones que podrían atraer la atención. Probablemente ellas vivan en las sombras de un grupo social, escuchan en lugar de participar y prefieren la soledad de la retirada sobre el intercambio de participación.

Las personas con baja autoestima, presentan características emocionales tales como agresividad, timidez, alarde, impaciencia, competitividad, arrogancia, crítica, rebeldía ante figuras de autoridad y perfeccionismo, entre otras, las cuales propician conflictos en las relaciones interpersonales. Una autoestima baja se correlaciona con la irracionalidad y la ceguera ante la realidad; con la rigidez, el miedo a lo nuevo y a lo desconocido; con la conformidad inadecuada o con una rebeldía poco apropiada; con

estar a la defensiva, con la sumisión o el comportamiento reprimido en forma excesiva y el miedo a la hostilidad a los demás.<sup>8</sup>

La vivencia patológica de una autoestima pobre se manifiesta mediante una actitud de autodesprecio, vinculada con reacciones conscientes o inconscientes de autodestrucción. De esta manera, la persona que se autodesprecia, aun cuando alcance diversos logros que podrían hacerla feliz en cualquier área de su vida, renunciará a esa felicidad mediante conductas autodestructivas, pues se siente indigna de ser feliz.

Finalmente entonces la autoestima es la percepción valorativa que una persona tiene hacia sí misma. Es un proceso dinámico y multidimensional que se construye a lo largo de la vida. Se desarrolla a partir de la interacción humana. Contiene aspectos actitudinales, cognitivos, afectivos y conductuales.

Mediante el autoconocimiento la persona puede lograr la auto-aprobación y por consiguiente la suficiente autoestima para aceptarse a sí misma. Para que la persona obtenga una autoestima alta debe existir una correspondencia entre el concepto de sí misma y su yo ideal.

Existen una serie de aspectos interrelacionados que componen la autoestima: la autoimagen, la autovaloración, la autoconfianza, el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización. Existe una gama de conductas que se correlacionan tanto con la alta como con la baja autoestima, entre ellas: las expectativas hacia el futuro, la asertividad personal, los estilos para enfrentar el estrés, el locus de control, la toma de riesgos, el temor al fracaso y el nivel de aspiraciones. El autoconcepto y por ende la autoestima está determinada en parte por lo que la persona cree que otras, en especial aquellas que considera significativas, piensan de ella.<sup>9</sup>

Las cogniciones crean los estados de ánimo. Los pensamientos negativos provocan una baja autoestima y son consecuencia de distorsiones cognitivas. Si se corrige el sistema equivocado de pensamiento se puede mejorar la autoestima.

Una autoestima pobre y persistente parece estar relacionada con el bajo rendimiento académico, laboral, profesional, etc.

## **1.5 AUTOESTIMA, ESTRÉS Y ESTILO DE RESPUESTA.**

Desde el principio de la investigación moderna sobre la autoestima se ha subrayado la existencia de un estrecho vínculo entre autoestima y estrés, particularmente para manejar el estrés con efectividad, existe una relación entre competencia y autoestima; las habilidades de manejo (o la carencia de éstas) constituyen cierta forma de competencia (o incompetencia) y, por lo tanto, están vinculadas a la autoestima y viceversa. Los factores así asociados con la autoestima, como el incremento de la autonomía, una mayor apertura a las alternativas y una mayor seguridad en las propias percepciones y habilidades, nos predisponen a resultados favorables en el manejo de problemas, retos y oportunidades, desde la rutina hasta el heroísmo. Por el contrario, la autoestima baja influye sobre éstas dimensiones de la respuesta de una persona al estrés en direcciones negativas, y puede incluso acelerarlas. La competencia, sin embargo, no es suficiente. Algunas personas que son extremadamente hábiles o con mucho éxito, se comportan como si estuvieran más impulsadas o motivadas por el miedo al fracaso que por la autoestima honesta. Por lo tanto, la competencia es sólo un modo de vínculo entre la autoestima y el estrés.<sup>10</sup>

## **1.6 TEST DE AUTOESTIMA**

Según ascendemos en la jerarquía metodológica, nos encontramos con el método más frecuentemente utilizado en la investigación sobre autoestima. Los sujetos pueden ser sometidos a un test, observados o invitados a participar en situaciones de laboratorio y después pueden efectuarse retest para establecer comparaciones y correlaciones con diversos tipos de conducta o situación. La autoestima alta y baja es la comparación más frecuente, pero los investigadores también estudian los correlatos conductuales de la autoestima media y defensiva.<sup>8,15</sup>

Medir la autoestima es muy importante porque si éste campo quiere lograr un mayor grado de fiabilidad y validez, entonces debe tratar de demostrar relaciones observables, es decir medibles entre la autoestima y los tipos de conducta que generalmente se atribuyen a ella. Estas incluyen las notas escolares, el logro, la conformidad, la creatividad, la introversión, la extroversión, la identidad, la ansiedad, la depresión, la sicopatología y otros fenómenos similares. También es importante apreciar el valor de medición de la autoestima para el trabajo práctico o clínico. (Mruck)

### **1.6.1 INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA:**

La versión para adultos de 1975 del inventario de autoestima de Coopersmith es un cuestionario de auto informe con 25 ítems de elección obligada. Al sujeto se le presentan cuestiones directas y se le pide que responda indicando si la afirmación es *como yo o diferente a mí*. O las respuestas pueden ser para su mayor comprensión como *me describe o no me describe* La puntuación de un sujeto se compara con una muestra de buen tamaño y es interpretada en métodos de intervalos de autoestima alta, baja o media. Las virtudes de éste instrumento incluyen el hecho de ser coherente con el modelo de investigación de autoestima (validez de constructo) de Coopersmith y la presencia de cierta validez de contenido en términos de cuestiones relacionadas con lo que sabemos sobre la autoestima (especialmente en términos de merecimiento) así como la relativa facilidad con que se administra, puntúa e interpreta en entornos individuales y grupales. Existe también un cuerpo de investigaciones independientes sobre la aplicación de éste instrumento que confirman su credibilidad.<sup>8</sup>

El Inventario de autoestima de Coopersmith inicialmente está conformado por 58 ítems.

### **1.7 FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como normal o patológica. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.<sup>14</sup>

La funcionalidad familiar cursa por cuatro etapas secuenciales: procesos de identidad, disposición al cambio, procesos de la información y estructuración de roles.<sup>16</sup>

**DINAMICA FAMILIAR:** Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de éste sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el

constante cambio y crecimiento del grupo familiar. Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le son encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante; no obstante lo cual presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto al otro. Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamiento y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.<sup>16</sup>

La manera en que el sistema familiar considera la amplia gama de los sentimientos humanos es de importancia básica para su propio bienestar, por ello, explora como son los patrones familiares referentes a la expresión emotiva y al compromiso familiar y cuales son los sentimientos expresados en la familia, permite conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del grupo familiar.<sup>16</sup>

La funcionalidad familiar es dinámica, ya que las familias no son estáticas y por lapsos o circunstancias pueden caer en crisis, y en ese momento ser disfuncionales en mayor o menor grado, y recuperarse posteriormente. Sin embargo algunas familias ante un problema no consiguen su homeostasis y la disfunción se vuelve irreparable o llegan a la desintegración, no obstante el mayor porcentaje de familias recuperan su funcionalidad sin ayuda técnica específica.<sup>16</sup>

Los incidentes afectan a los miembros de una familia en forma distinta en diferentes momentos, por eso, la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros. El mantenimiento de éste equilibrio es un requisito indispensable para que la familia cumpla con sus funciones eficazmente. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez. (Huerta)

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios:

1) Comunicación: En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente; características opuestas en una disfuncional.

2) Individualidad: La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimula para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

3) Toma de decisiones: La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por su poder. En las familias disfuncionales importa más quien va a “salirse con la suya” y consecuentemente los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.

4) Reacción a los eventos críticos: Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio.

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar.

**Eventos críticos familiares:** El médico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de la familia, debe comprender el impacto de que las crisis ocasionan en el estado funcional de la misma. Este conocimiento facilitará el diagnóstico y manejo de la disfunción familiar.(Huerta)

Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en que está incluida.

Una crisis; es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de una familia, que ocasiona cambios en la funcionalidad de sus miembros y conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar y cuando no son manejadas adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar.(Huerta)

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismos y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etc. <sup>14</sup>

El sano funcionamiento de la familia requiere que estas crisis sean reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente.

Ante la presencia de eventos críticos, al estudiar una familia se debe explorar cuidadosamente la forma en que el grupo los identifica y aborda, así como el nivel de conflicto alcanzado, los cambios posteriores ante tales situaciones, y el grado de compromiso, solidaridad y apoyo entre la pareja y/o el resto de la familia.

Tanto la vulnerabilidad familiar como la capacidad regenerativa del sistema, que se expresa como la disponibilidad de recursos que éste puede poner en juego, se ven afectadas por la concurrencia de éstos factores tensionantes.

La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos.

### **1.7.1 APGAR FAMILIAR.**

La familia como sistema también juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias de riesgo. <sup>14</sup>



El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978, creó el APGAR familiar como respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar. (Arias Y Herrera)

El Dr. Smilkstein diseñó el APGAR familiar como herramienta para la valoración funcional de la familia, según lo expresado por Smilkstein en comunicación personal, al estar enfrentado en la práctica diaria con familias él detectó, la necesidad de evaluar aspectos que no estaban relacionados y no eran evaluados en la historia clínica tradicional, puesto que ejercían una influencia positiva o negativa en el curso de la situación de salud o enfermedad que presentaba la persona en la consulta.

Este es uno de los primeros instrumentos elaborados por un médico familiar. Smilkstein publicó el APGAR Familiar en 1978 con el propósito de diseñar un breve instrumento de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, para obtener datos que reflejaran el punto de vista de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias. El acrónimo APGAR fue seleccionado para dar al instrumento mayor credibilidad ante los médicos, quienes podrían asociarlo fácilmente con la escala de APGAR para evaluar a los neonatos.

El APGAR se elaboró con base a cinco elementos o constructos esenciales: adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, afectividad y resolución. Este instrumento consta de solamente cinco reactivos, uno para cada constructo. La escala de calificación incluye tres categorías de respuesta: casi siempre, algunas veces o casi nunca con puntajes de cero a dos.

El autor afirma que puntajes de 7 a 10 sugieren una familia altamente funcional, de 6 a 4 moderadamente disfuncional, y de 0 a 3 una familia fuertemente disfuncional. No se cuenta con información suficiente para identificar la edad mínima necesaria para responder el cuestionario. El APGAR Familiar tiene consistencia interna (alpha de Chronbach 0.80) y confiabilidad demostrada mediante test-retest. Debido a la brevedad del cuestionario, también es limitada la información que se puede proporcionar. Su valor real puede identificarse en la posibilidad de identificar en forma inicial a las familias en las cuales existe algún nivel de disfuncionalidad. Se ha propuesto una puntuación mayor de 6 como funcional y menor o igual a 6 como disfuncional.

## 1.7. 2 APGAR FAMILIAR Y SUS COMPONENTES

**ADAPTACIÓN:** Se relaciona con la forma en que los miembros de la familia, en tiempos de necesidad y crisis, se ayudan y se adaptan a los cambios o retos que se les presentan.

**PARTICIPACIÓN:** En esta función se evalúa participación: Cómo se comunican los miembros de la familia acerca de asuntos tales como vacaciones, finanzas, cuidado médico, compras y problema personales. Valora si la participación es permitida para todos o si es electiva para algunos.

**GANANCIA O CRECIMIENTO:** Está referida a la manera en que los miembros de la familia proponen o emprenden nuevas actividades tendientes a su desarrollo personal en las diferentes esferas; explora la forma en que la familia facilita o bloquea el inicio de acciones académicas, laborales o recreativas, etc.

**AFECTO:** Se pregunta cómo responden los diferentes miembros de la familia al afecto y si sus expresiones son permitidas.

**RECURSOS:** ¿Cómo comparten los miembros de la familia el tiempo, el espacio y el dinero? Los recursos son elementos esenciales para la dinámica familiar. Con frecuencia alguno de éstos, está implicado como disparador de disfuncionalidad en la familia. Esta función explora tres recursos básicos para la familia: tiempo, espacio y dinero.

El diseño del APGAR considera principios básicos, es dinámico, es un formulario auto-administrado, de fácil lectura e instrucciones simples, probado y validado en diversas culturas, que requiere un tiempo muy corto para ser completado. Los parámetros del APGAR se delinearon sobre la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar, y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de ésta.

El APGAR familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, sin olvidar que no es una medida objetiva de la función familiar, aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El hablar de alta o baja autoestima se ha convertido en parte cotidiana del vocabulario de los legos así como de los trabajadores de la salud. Debido a la gran influencia que la autoestima puede tener en la vida de las personas. Y ya que el trato del médico hacia sus pacientes se ve fuertemente influenciado por su entorno social y psicológico, el cual está dado a través de su desarrollo desde el núcleo familiar; manifestándose en la autoestima de cada uno de ellos. Es importante el conocer de qué manera es percibido el núcleo familiar por el médico ya que con frecuencia es ignorada ésta parte tan fundamental de los seres humanos.

Todo esto es necesario conocer para entender si los médicos están cursando con baja autoestima, ya que estas podrían presentar características emocionales tales como agresividad, timidez, alarde, impaciencia, competitividad, arrogancia, crítica, rebeldía ante figuras de autoridad y perfeccionismo, entre otras, las cuales propician conflictos en las relaciones interpersonales y en la relación médico-paciente. Una autoestima baja se correlaciona con la irracionalidad y la ceguera ante la realidad; con la rigidez, el miedo a lo nuevo e incompetencia a toma de decisiones asertivas; con la conformidad inadecuada o con una rebeldía poco apropiada; con estar a la defensiva, con la sumisión o el comportamiento reprimido en forma excesiva y el miedo a la hostilidad a los demás.

Así pues la autoestima es un factor fundamental para el buen o mal desempeño en los médicos familiares, así como la determinación del nivel de autoestima que de ser necesario puede mejorar con una intervención oportuna como eje de crecimiento y oportunidad para el personal de salud, en este caso de los médicos familiares.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La autoestima ha sido tema central de diversos estudios y aproximaciones teóricas; varios son los especialistas en el tema que han abordado el tema de la autoestima y sus orígenes. Sin embargo, el término a menudo se da por entendido, aun cuando los autores puedan no estar refiriéndose a lo mismo. Así, la autoestima está determinada por la relación entre las aspiraciones y los logros de una persona; ésta deriva de la evaluación de los otros, y Maslow la categoriza Como una necesidad. Se puede definir la autoestima como "el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta". La baja autoestima puede llevar a sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad, mientras que la alta autoestima se relaciona con personas que se encuentran involucradas en vidas más activas, con sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosas y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo, son menos sensibles a las críticas, suelen tener mejor salud física, disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia, estamos refiriendo a un individuo que tiene mejores características para abordar un estado de salud biopsicosocial de otras personas, como es el caso de los médicos, en este caso de los médicos familiares del Hospital Regional de Nezahualcóyotl, ISSEMyM. De ahí que surja la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de autoestima y la funcionalidad familiar en los médicos del Hospital regional de Nezahualcóyotl?

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL:**

Determinar el nivel de autoestima y su relación con la funcionalidad familiar en los médicos del Hospital regional de Nezahualcóyotl

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- e) Determinar el nivel de autoestima de los médicos del Hospital regional de Nezahualcóyotl.
- f) Determinar la funcionalidad familiar de los médicos del Hospital regional de Nezahualcóyotl
- g) Establecer si existe relación entre el nivel de autoestima y funcionalidad familiar en los médicos del Hospital regional de Nezahualcóyotl.

## **5. MATERIAL Y MÉTODO:**

Tipo de estudio

Se llevó un estudio descriptivo, observacional, trasversal y prospectivo.

### **5.1 Población, Lugar y Tiempo**

La población de estudio fue un total de 47 médicos familiares de la consulta externa, de ambos turnos del Hospital Regional de Nezahualcóyotl en el periodo de enero a junio 2016.

### **5.2 Muestra**

No probabilístico, fue el total de la muestra

### 5.3 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación

- a) **Criterios de Inclusión:** Todos los médicos familiares de ambos turnos del Hospital regional de Nezahualcóyotl.
- b) **Criterios de exclusión:** Se excluyeron del estudio a los médicos suplentes o de contrato. Así como médicos en periodo vacacional o con licencia.
- c) **Criterios de eliminación:** Médicos con otra sub-especialidad, médico que se negaron a participar, encuestas incompletas.

### 5.4 Variables definición conceptual y operativa de las variables.

<b>CARACTERISTICA</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Escala</b>	<b>Medición</b>
AUTOESTIMA	Es la suma de la confianza y el respeto por sí mismo; y refleja el juicio que cada persona hace respecto a sus habilidades para enfrentar los desafíos de su vida, para comprender y superar los problemas, para conocer sus derechos de vivir y manifestarse el derecho de ser feliz, esto es de respetar y defender sus intereses y necesidades.	Cualitativa	Ordinal	Porcentajes Frecuencia simple
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Es la familia es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas de acuerdo con la etapa de ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo.	Cualitativa	Ordinal	Porcentajes Frecuencias
EDAD	Tiempo que un ser ha vivido.	Cuantitativa	Ordinal	Media y Frecuencia, Porcentajes
SEXO	Masculino o femenino	Discreta	Nominal	Frecuencia y porcentajes
ESTADO CIVIL	Modo de ser , situación en que está una persona o cosa. Condición de una persona en relación a los derechos y obligaciones.	Cualitativa	Nominal	Frecuencia simple y porcentajes
ANTIGÜEDAD LABORAL	Tiempo transcurrido desde que se obtiene un empleo	Cuantitativa	Ordinal	Media, porcentajes frecuencia

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR	Realización de estudios de postgrado que otorguen el título de Médico especialista en Medicina Familiar	Cualitativa	Nominal	Frecuencia y porcentajes
---	---	-------------	---------	--------------------------

### 5.5. Instrumento de recolección de datos

Se aplicó un cuestionario a los médicos del Hospital regional de Nezahualcóyotl,; una ficha de identificación, cuestionario de funcionalidad familiar (APGAR) y test de autoestima de Coopersmith. Fue aplicado a los médicos del Hospital regional de Nezahualcóyotl, fue auto-administrado, previa explicación del propósito del cuestionario, y su carácter de confidencial, el contenido de sus tres secciones y características de llenado de cada una.

La primera parte está integrada por una serie de preguntas abiertas referentes a datos personales del médico (edad, sexo, turno de labores, estado civil, antigüedad laboral, realización de especialidad en medicina familiar o no, satisfacción salarial).

La segunda parte está constituida por cinco preguntas las cuales determinan el nivel de funcionalidad familiar del médico entrevistado: APGAR familiar (cuestionario validado internacionalmente) cada pregunta tiene tres posibles respuestas (opción múltiple), con un tiempo aproximado para su llenado de 5 minutos (Anexo I).

La tercera sección está conformada por el test de evaluación de autoestima en adultos; versión corta (test de Coopersmith), validado internacionalmente el cual consta de 25 ítems con respuestas dicotómicas con un tiempo promedio para su llenado de 10 minutos. (Anexo II).

### 5.6 Método de recolección de datos

Dentro de las instalaciones del Hospital Regional de Nezahualcóyotl Issemym en el área de consulta externa se aplicó el instrumento a cada uno de los médicos asignados a la consulta externa consistente en 47 médicos familiares de la consulta externa, de



ambos turnos en e invitarlos a participar en el estudio de investigación de forma individualizada, los que aceptaron se les dio a firmar las hojas de consentimiento informado y posteriormente se recopiló los datos de acuerdo al instrumento de apgar y test de cooper smith. Para posteriormente de acuerdo a los criterios de exclusión y selección, vaciar la información en el programa Microsoft Excel.

## 5.7. Análisis de la información

Toda vez que se obtuvieron los datos almacenados en el programa Excel, se procede a su análisis mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de resumen (porcentaje y frecuencias), y de tendencia central (media). La información obtenida se presenta en tablas y gráficas.

## 6. Consideraciones Éticas

### DECLARACIÓN DE HELSINKI

### RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS.

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escócia (2000).

### A. INTRODUCCION

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

## PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la

bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

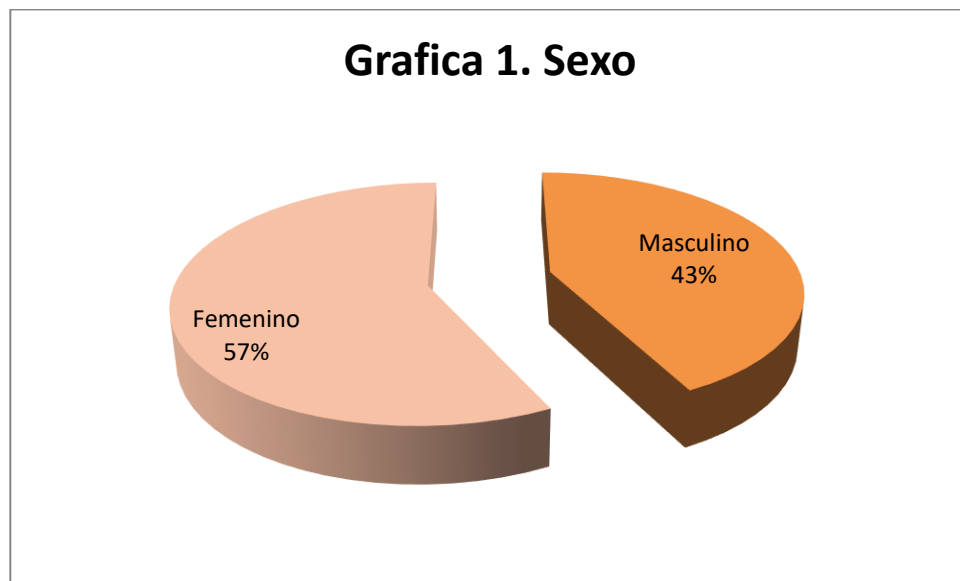
Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

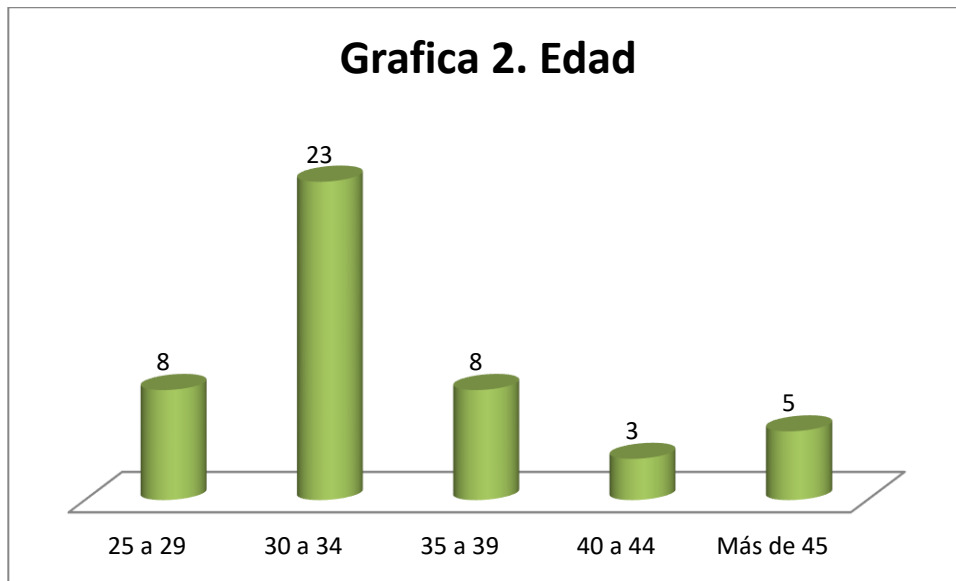
## 7. RESULTADOS

En el presente trabajo se incluyó un total de 47 médicos de familia, con actividad en la consulta externa del Hospital Regional de Nezahualcóyotl Issemym, de los cuales 20 médicos son del sexo masculino (43%) y 27 médicos del sexo femenino (57%). Grafica 1.



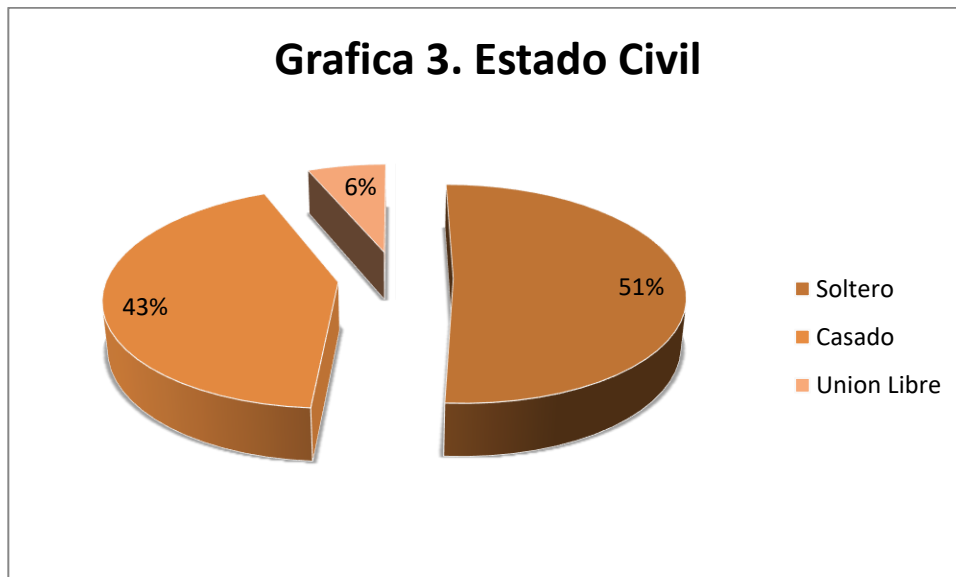
Test de evaluación de autoestima en los Médicos Familiares

En el rubro de edad se encontró que de los médicos de familia de 25 a 29 años de edad fueron 8 médicos (17%), de 30 a 34 años de edad con 23 médicos de familia (49%), de 35 a 39 años de edad fueron 8 médicos (17%), de 40 a 44 años de edad con 3 médicos (6%) y finalmente con más de 45 años de edad con 5 médicos de familia (11 %). Grafica 2



Test de evaluación de autoestima en los Médicos Familiares

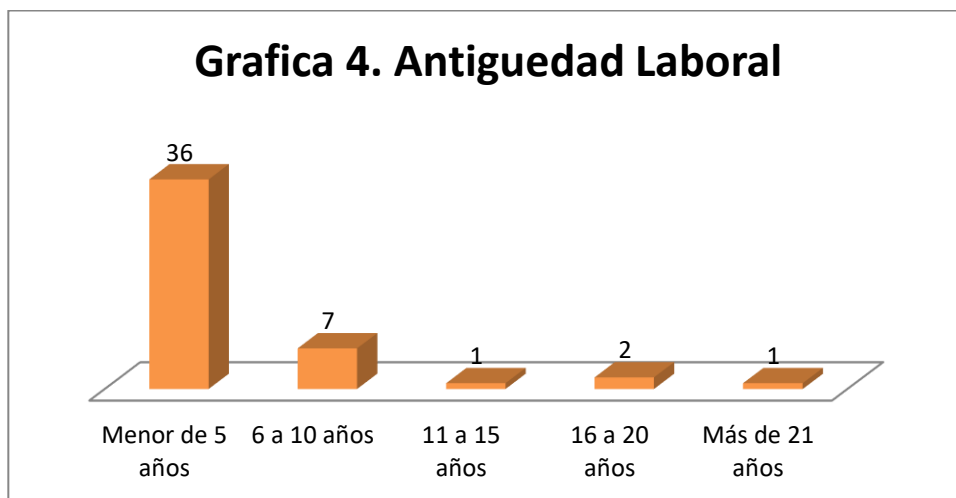
Se observó de igual forma en cuanto a su estado civil 24 médicos de familia (51%) se encontró ser solteros, 20 médico (43%) casados, en unión libre 3 médicos de familia (6%) y con estado civil de viudez ningún médico familiar. Grafica 3



Test de evaluación de autoestima en los Médicos Familiares

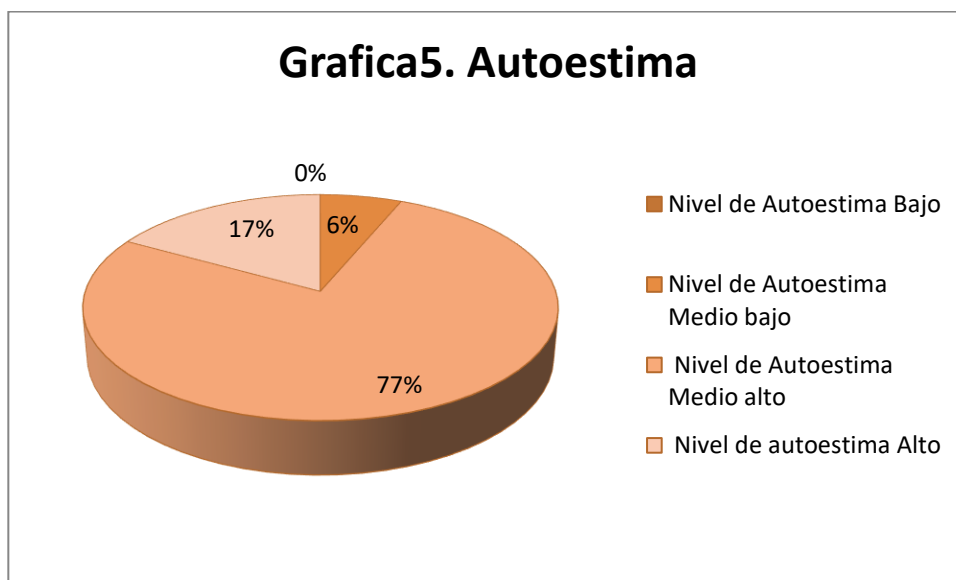
En el rubro de turno laboral con 27 médicos de familia (57%) en el turno matutino y con 20 médicos de familia (43%) en el turno vespertino. Además de consultar en relación si estaban satisfechos con el sueldo 39 médicos de familia (83%) respondieron que no y solo 8 médicos de familia (17%) si estaban satisfechos con el sueldo.

De los 47 médicos de familia en aspecto de antigüedad laboral con menos de 5 años de actividad laboral fueron 36 médicos (76%), de 6 a 10 años de antigüedad con 7 médicos de familia (15%), solo un médico de familia con 11 a 15 años de antigüedad (2.5%), de 16 a 20 años de antigüedad dos médicos (4%) y por ultimo un solo médico de familia (2.5%) con más de 21 años de antigüedad. Gráfica 4



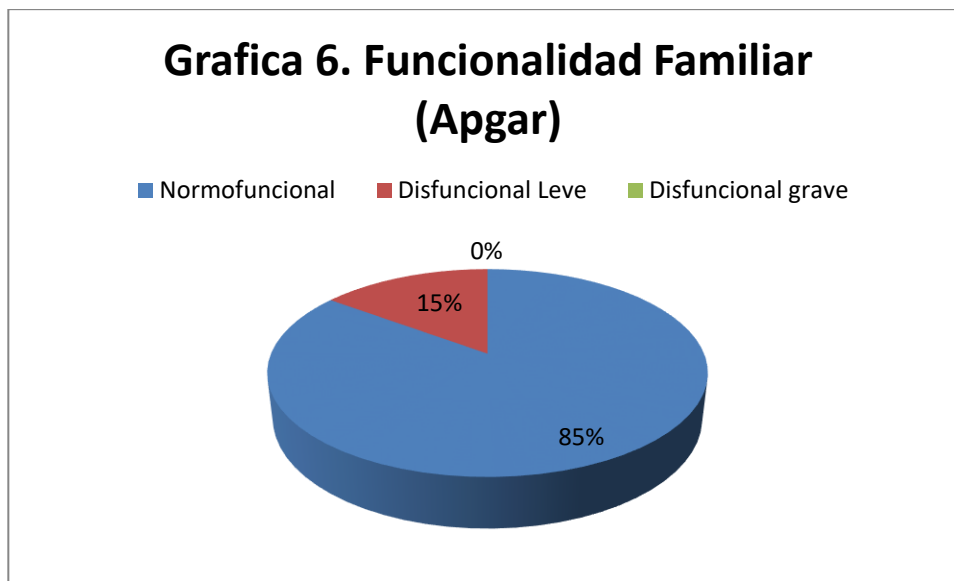
Test de evaluación de autoestima en los Médicos Familiares

En la aplicación del test de Autoestima de Coopersmith se observó ningún médico de familia presento autoestima bajo, con un nivel de autoestima medio bajo con 3 médicos de familia (6%), con un nivel de autoestima medio alto 36 médicos de familia (77%) y en un nivel de autoestima alto fueron 8 médicos de familia (17%). Grafica 5



Test de evaluación de autoestima en los Médicos Familiares

Y por último a la realización del instrumentó de apgar para determinar la funcionalidad familiar con disfunción familiar grave ningún médico de familia, con una disfunción leve 7 médicos de familia (15%) y presentando una normo funcionalidad fueron 40 médicos de familia (85%). Grafica 6



Test de evaluación de autoestima en los Médicos Familiares.

## 8. ANALISIS DE RESULTADOS

Finalmente se obtuvo un resultado de los médicos familiares de la consulta externa, presentando con un nivel de autoestima medio alto 36 médicos de familia (77%) y en un nivel de autoestima alto fueron 8 médicos de familia (17%) y presentando una normo funcionalidad 40 médicos de familia (85%). De acuerdo con estos resultados en un estudio de la Psicóloga Lilia Angélica Campo Ternerera Con relación a la Autoestima General, el 72,9% obtuvo un nivel Alto siendo el valor más predominante dentro de la muestra estudiada y el 22,9% un nivel Medio, lo que indica que posee una valoración de sí mismo positiva, presenta mayores aspiraciones y estabilidad y el 4,3% de la muestra tuvo un puntaje Bajo, el cual difiere con los resultados del presente trabajo ya que no se presentó ningún puntaje bajo lo cual indica que refleja sentimientos adversos hacia sí mismo, mantiene constantemente actitudes negativas hacia sí mismo, se preocupa de lo que los demás piensan de él o de sus actos. En otro estudio de León-Villegas y Vargas-Mendoza difiere totalmente en cuya investigación con estudiantes de Administración encontraron que un alto porcentaje de los evaluados obtuvieron puntajes correspondientes a una baja autoestima y fue muy poco el porcentaje de estudiantes que arrojaron puntajes superiores.

Es un hecho que los médicos con niveles altos de autoestima tienen familias funcionales, como arroja los resultados es importante recalcar que la mayoría de los médicos investigados tiene un nivel medio alto de autoestima. El test de evaluación de autoestima versión acortada de Coopersmith aplicado en ésta investigación ya validado internacionalmente para dicho propósito nos mostró eficacia y confiabilidad, gracias a la sencillez, rapidez y facilidad y el apgar familiar es un instrumento con validación internacional para estratificar la funcionalidad familiar en los individuos, gracias a la brevedad de sus preguntas y al número de ellas; además de ser un test con fiabilidad y validez. Logrando la relación existente entre el nivel de autoestima y funcionalidad familiar que repercute en la relación médico paciente, y que la autoestima es la base para tener un buen funcionamiento en todas la áreas de nuestra vida, además que como es bien sabido la autoestima es dinámica y modificable, el cual sería opción a otro trabajo en donde se vea influida por un desgaste laboral, que serían otras circunstancia.



## 9. CONCLUSIONES

La autoestima y funcionalidad familiar son importantes para llevar un adecuado desenvolvimiento en la vida, laboral y social, pero también del conocimiento que esta autoestima es dinámica, y la motivación en sus diferentes áreas, dependerá de varias circunstancias, stress, desgaste laboral o situaciones de ambiente laboral lo que ocasionara una baja en la autoestima por lo que la propuesta es trabajar en una nueva imagen e identidad del médico familiar, ante sus colegas de diferentes especialidades y de los mismos pacientes basada en el perfeccionamiento, el dominio del conocimiento y el cambio de antiguos a nuevos paradigmas, esto es:

- A) La construcción de una verdadera identidad e imagen profesional, desmarcarse de la influencia de otras especialidades. Y humanización mayor ante los pacientes.
- B) La autogestión de sus propios procesos de crecimiento profesional.
- C) La responsabilidad de nuestro campo de acción. Institucionalizar el rol del médico de familia y reconocimiento institucional.
- D) La búsqueda de mejoras continuas: valorizar económicamente la profesión y los cuidados.
- E) El desarrollo y énfasis en la investigación, educación y formación en las aulas.
- F) Evitar que los nuevos profesionales de medicina familiar se formen bajo estructuras rígidas; facilitar el desarrollo de la personalidad, formando alumnos con conocimientos, juicio crítico y personalidad.
- G) Insertar en las mallas curriculares de pregrado y postgrado el desarrollo y problemática de nuestra profesión, fortaleciendo nuestra identidad y por qué no motivación a buscar esa especialidad con el mismo interés que el resto de las especialidades de grado.
- H) Practicar el autoanálisis objetivo y promover el cambio, la evolución y la adaptación, incluso ser abordados durante la formación de la especialidad de un asesor en salud mental o terapeuta.

## 10. BIBLIOGRAFIA

- 1.- De Mézerville, Gastón. Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés. México: Trillas. 2012
- 2.- García, Verónica. (2005). Autoestima. Recuperado el 22 de marzo del 2007, de [www.pino.pntic.mec./recursos/infantil/salud/autoestima.htm](http://www.pino.pntic.mec./recursos/infantil/salud/autoestima.htm).
- 3.- Molina, Margarita; Baldares; Thelma y Maya, Arnobio. Fortalezcamos la autoestima y las relaciones interpersonales. San José, 2006 Impresos Sibaja.
- 4.- Programa de orientación personal para el fortalecimiento de la autoestima en docentes. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias de la Educación con énfasis en Orientación, Universidad de Costa Rica, San José; 2012. Costa Rica.
- 5.- Naranjo Pereira María Luisa. Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. Revista del Instituto de Investigación en Educación Universidad de Costa Rica. 2007; 7 (3): 1-27.
- 6.- Torres Alexandra, Sanhueza Olivia. Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. 2008; 24 (2): 113-119.
7. Campo Ternera Lilia Angélica, Martínez de Blava Yadira. Autoestima en Estudiantes de Primer semestre del Programa de Psicología de una Universidad Privada. Psicogente. 2009; 12(21): 124-141.
- 8.- Lara Cantú Maria Asunción. Verduzco Angelica. Validez y Confiabilidad del Inventario de Autoestima de Cooper Smith para adultos, en población. Revista Latinoamérica de Psicología. 1993; 25 (2): 247-255.
- 9.- Bedolla Caballero José Manuel. Tipología Familiar y Nivel de Autoestima Asociado a Percepción de la Calidad de Vida en Pacientes con Artritis Reumatoide. Tesis. 2013.
- 10.- Alonso García Julia, Román Sánchez José. Prácticas educativas familiares y autoestima. Psicothema. 2015; 17 (1): 76-82

- 11.- Musso g. Carlos, Enz A. Paula. Comunicación médico-paciente: La matriz del acto médico. Rev. Hosp. Ital. 2016; 26 (2): 77-79.
- 12.- Bellon J. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar, Apgar familiar. Aten. Primaria 18, (6); 289-296.
- 13.- D' Angelo, O. Desarrollo de la autoestima y la conciencia moral en las contradicciones de la sociedad contemporánea. Ponencia del 4to. Encuentro internacional de Educación y Pensamiento. Centro de Investigaciones psicológicas y sociológicas. La Habana, Cuba.
- 14.- Ferreira, A. (2003) "Sistema de interacción familiar asociada a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución" Tesis doctoral en psicología. Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología Unidad de Postgrado. Lima Perú.
- 15.- Gibbs, J and Norwich, B. (1995). The validity of a short form of the Coopersmith self-esteem Inventory. Br. J. Educ. Psychol, (55) 76-80.
- 16.- Gómez-Clavelina e Irigoyen-Coria.(1999). Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura de la funcionalidad familiar. Arch.Med.Fam, 1 (2) 45-57.
- 17.- Villegas, V. Influencia de la autoestima, satisfacción con la profesión elegida y la formación profesional en el coeficiente intelectual de los estudiantes del tercer año de la facultad de educación. Tesis de postgrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Educación, 2010. Lima, Perú

## ANEXO I

1. **TURNO DE LABORES:** (TM) (TV)

2. **EDAD** \_\_\_\_\_

3. **SEXO** (masculino) (femenino)

4. **ESTADO CIVIL:** SOLTERO (A) \_\_\_\_\_  
CASADO (A) \_\_\_\_\_  
UNION LIBRE \_\_\_\_\_  
VIUDO (A) \_\_\_\_\_

6. **ESTA USTED SATISFECHO CON EL SUELDO QUE PERCIBE?**  
(SI) (NO)

7. **ANTIGÜEDAD LABORAL:** Menor de 5 años \_\_\_\_\_  
De 6 a 10 años \_\_\_\_\_  
De 11 a 15 años \_\_\_\_\_  
De 16 a 20 años \_\_\_\_\_  
De 21 a más \_\_\_\_\_

## APGAR FAMILIAR

	Casi siempre (2 puntos)	Algunas Veces (1 punto)	Casi nunca (0 puntos)
1.Adaptabilidad			
2.Participación			
3.Crecimiento			
4.Afecto			
5.Resolución			

### **ABORDAJE:**

- **Adaptabilidad** o apoyo y solidaridad.

¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica? - **Participación** o compañerismo.

¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?

- **Gradiente de Crecimiento.**

¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?

- **Afecto.**

¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar? - **Resolución.**(Compartir el tiempo y recursos)

¿Le satisface la cantidad de tiempo que y su familia pasan juntos?

Con la suma de la puntuación obtenida se pueden hacer las siguientes inferencias:

00-03	Disfunción grave
04-06	Disfunción moderada
07-10	Familia funcional

**ANEXO II TEST DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH (VERSIÓN ACORTADA)**

	<b>ME DESCRIBE</b>	<b>NO ME DESCRIBE</b>
1. Más de una vez he deseado ser otra persona		
2. Me cuesta mucho hablar ante un grupo		
3. Hay muchas cosas en mi mismo que cambiaría si pudiera.		
4. Tomar decisiones no es algo que me cueste.		
5. Conmigo se divierte uno mucho		
6. En casa me enfado a menudo.		
7. Me cuesta mucho acostumbrarme a algo nuevo.		
8. Soy una persona popular entre la gente de mi edad.		
9. Mi familia espera demasiado de mi.		
10. En casa se respetan bastante mis sentimientos.		
11. Suelo ceder con bastante facilidad		
12. No es nada fácil ser yo.		
13. En mi vida todo esta muy confuso		
14. La gente suele secundar mis ideas		
15. No tengo muy buena opinión de mi mismo.		
16. Hay muchas ocasiones en las que me gustaría dejar mi casa.		
17. A menudo me siento harto del trabajo que realizo.		
18. Soy más feo que el común de los mortales.		
19. Si tengo algo que decir, normalmente lo digo.		
20. Mi familia me comprende.		
21. Casi todo el mundo que conozco cae mejor que yo a los demás.		
22. Me siento presionado por mi familia		
23. Cuando hago algo, frecuentemente me desanimo.		
24. Las cosas no suelen preocuparme mucho.		
25. No soy una persona muy de fiar.		

