



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CON
MEDICINA FAMILIAR NO. 60. "DR. JESÚS VARELA RICO"
TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO.

**"COMUNICACIÓN PARENTAL Y AUTOESTIMA EN
ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 64."**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. VÁZQUEZ RUIZ ERIKA EDITH

Registro de autorización: R – 2017 – 1408 - 54



TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO

2020
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



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.


**“COMUNICACIÓN PARENTAL Y AUTOESTIMA EN
ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 64.”**


TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. VÁZQUEZ RUIZ ERIKA EDITH

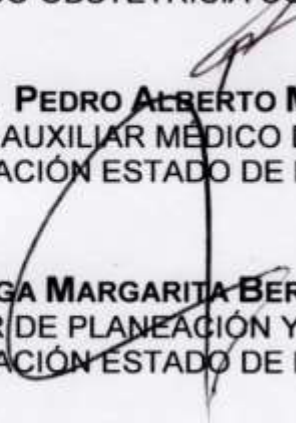
AUTORIZACIONES:


DRA. ELIZABETH NICOLÁS CARRAZCO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN EL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 60.


DR. JAIME GÓMEZ FRANCO
ASESOR DE TESIS
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64.


DR. FRANCISCO VARGAS HERNÁNDEZ
ASESOR TEMÁTICO DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64.


DR. ISAAC PÉREZ ZAMORA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 60.


DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE


DRA. OLGA MARGARITA BERTADILLO MENDOZA
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



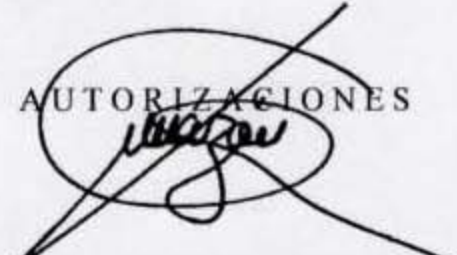
DELEG. DEL ESTADO DE MÉXICO
COORDINACIÓN DE PLAI
Y ENLACE INSTITUCIONAL
EDUCACIÓN EN SALUD

**“COMUNICACIÓN PARENTAL Y AUTOESTIMA EN
ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 64.”
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. VÁZQUEZ RUIZ ERIKA EDITH

AUTORIZACIONES


DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1408** con número de registro **17 CI 15 104 043** ante COFEPRIS
U MED FAMILIAR NUM 64, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA **18/12/2017**

LIC. ERIKA EDTIH VÁZQUEZ RUIZ

P R E S E N T E


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

COMUNICACIÓN PARENTAL Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 64

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-1408-54

ATENTAMENTE


DR.(A). ANA LILIA MIRANDA CONSTANTINO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1408

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS.

Cada día es un recordatorio, que no estamos solos en esta vida, al final cada una de esas personas de forma incondicional me ha brindado su apoyo y su cariño. Primero tengo que agradecer a mis padres M. Reyes Ruiz Acevedo y Rodolfo Vázquez Rodríguez, por darme la oportunidad de crecer y desarrollarme como persona y después como profesionista. A mis abuelos, por todo el apoyo tanto moral como financiero, por compartir sus experiencias de vida, sobre todo a mi abuela Rebeca Rodríguez Morales, por enseñarme la importancia de la igualdad de la mujer. Hemos visto la vida con diferentes ojos y desde el mismo lugar, y me sigo preguntando cómo es que siendo la menor me has enseñado tanto, gracias Samantha Vázquez Ruiz. Además de toda mi familia en general, tíos, primos, sobrinos, etc. que en alguna parte de mi camino han contribuido en mi desarrollo como individuo.

Desde aquí les agradezco por tenderme una mano y por tener una palabra de aliento cuando más la necesitaba, Dra. Rosa Emelia Hernández Pérez, Dra. Ma. Consuelo Hernández González, Dra. Sandra L. Jiménez López y Dra. Claudia Elizabeth Juárez Zurita. Al mismo tiempo por su apoyo al Ingeniero Ulises Reyes Arango, por sus consejos de trato y manejo de los adolescentes.

El agradecimiento a todos los médicos que tuvieron un consejo y compartieron toda su sapiencia para yo poder aprender un poco del gran universo que comprende la medicina, para todos mis compañeros del Hospital General de Zona No. 57, en la Unidad de Medicina Familiar No. 52, Unidad de Medicina Familiar No. 64, Hospital de Gineco Obstetricia con Unidad de Medicina Familiar No. 60 y del Hospital General Regional No. 72.

Y por último mi coordinadora de sede Dra. Elizabeth Nicolás Carrasco, y a mis asesores de tesis Dr. Francisco Vargas Hernández y sobre todo al Dr. Jaime Gómez Franco, por su paciencia y conocimiento impartido.

ÍNDICE

Resumen estructurado	
CAPÍTULO 1	1
I. Antecedentes	1
II. Planteamiento del problema	17
III. Justificación	18
IV. Objetivos	22
1. Principal	22
2. Secundarios	22
V. Hipótesis	23
CAPÍTULO 2	24
VI. Metodología	24
1. Características del lugar donde se realizó el estudio	24
2. Diseño	24
a. Tipo de estudio	24
b. Grupos de estudio	26
I. Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	26
c. Tamaño de la muestra	27
3. Operacionalización de variables	29
4. Descripción general del estudio	31
5. Análisis de los datos	31
6. Factibilidad y aspectos éticos	32
a. Factibilidad	32
b. Aspectos éticos	32
c. Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto.	33
d. Confidencialidad	34
e. Condiciones en las cuales se solicita el consentimiento	34

f. Forma de selección de los participantes.	34
7. Recursos humanos, físicos y financieros.	35
8. Aspectos de bioseguridad.	35
a. Consideraciones éticas.	35
CAPÍTULO 3	36
VII. Resultados	36
1. Estadísticas descriptivas	36
2. Tablas y gráficas	54
3. Discusión de los resultados	86
CAPÍTULO 4	96
VIII. Conclusiones	96
IX. Recomendaciones	99
CAPÍTULO 5	102
X. Referencias bibliográficas	102
XI. Anexos	108
1. Anexo 1. Dictamen de autorización del SIRELCIS	108
2. Anexo 2. Consentimiento informado para el padre o tutor	109
3. Anexo 3. Asentimiento para menores de edad	110
4. Anexo 4. Instrumento de la Escala de Comunicación entre el Adolescente y sus Padres (PACS)	111
5. Anexo 5. Instrumento de la Escala De Autoestima de Rosenberg (EAR)	115
6. Anexo 6. Desglose de gastos	117

Resumen estructurado

“COMUNICACIÓN PARENTAL Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 64”

Antecedentes: La comunicación familiar no sólo constituye un vehículo de transmisión de información entre los miembros de la familia, sino que impregna completamente la naturaleza y la calidad de la vida familiar. La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima; es la etapa en la que la persona necesita hacerse una firme identidad, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. **Objetivo:** Valorar la relación entre la comunicación parental y autoestima en los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64. **Tipo de estudio:** Observacional, transversal, prospectivo y descriptivo. **Material y métodos:** Se efectuó en adolescentes de 10 a 15 años adscritos a la UMF 64 IMSS. Muestreo no probabilístico por conveniencia (n=378), ambos géneros, previo consentimiento informado del padre o tutor y asentimiento del adolescente. Se aplicó dos encuestas, Escala de Comunicación entre el Adolescente y sus Padres (PACS) y Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). **Resultados:** Comunicación: abierta 66%, ofensiva 20% y evitativa 39%, Grado franqueza 73% alto, En la magnitud reporto algunos problemas de comunicación 71%, y autoestima alta en el 57%, autoestima media 22% y autoestima baja 21% de los adolescentes. **Conclusiones:** Existió una correlación menor con respecto a la comunicación evitativa y ofensiva respecto al padre que con la madre, al comparar la comunicación parental ya no hay evidencia significativa de diferencia entre madre y padre, y tampoco entre el adolescente femenino y masculino. Grado de franqueza es bueno contrastando que en 70% existen algunos problemas de comunicación parental. Existieron adolescentes que reflejaban un franco problema de comunicación en la familia, pero tenían una autoestima alta. Desglosando más los datos del 66% de adolescentes con una comunicación abierta alta solo el 41% de ellos presentaron una autoestima alta.

Palabras clave: comunicación parental, autoestima, grado de franqueza y magnitud de los problemas de comunicación.

Abstract

Background: Family communication not only constitutes a vehicle for the transmission of information among family members, but also completely permeates the nature and quality of family life. Adolescence is one of the most critical periods for the development of self-esteem; It is the stage in which the person needs to become a firm identity, know their possibilities, their talent and feel valuable as a person moving towards a future. **Objective:** To assess the relationship between parental communication and self-esteem in adolescents aged 10 to 15 years, assigned to UMF 64. **Type of study:** Observational, transversal, prospective and descriptive. **Material and methods:** It was carried out in adolescents from 10 to 15 years attached to the UMF 64 IMSS. Non-probabilistic sampling for convenience (n = 378), both genders, with the prior informed consent of the parent or guardian and the adolescent's consent. Two surveys were applied: Scale of Communication between Adolescents and their Parents (PACS) and the Rosenberg Self-Esteem Scale (EAR). **Results:** Communication: open 66%, offensive 20% and avoidant 39%, frankness degree 73% high, in the magnitude I report some problems of communication 71%, and high self-esteem in 57%, average self-esteem 22% and low self-esteem 21% of teenagers **Conclusions:** There was a minor correlation with respect to avoidant and offensive communication with respect to the father than with the mother, when comparing parental communication there is no longer any significant evidence of difference between mother and father, nor between the male and female adolescent. Degree of openness is good contrasting that in 70% there are some problems of parental communication. There were adolescents who reflected a frank communication problem in the family, but they had high self-esteem. Further disaggregating the data of 66% of adolescents with high open communication only 41% of them presented high self-esteem.

Keywords: parental communication, self-esteem, degree of openness and magnitude of communication problems.

CAPÍTULO 1

I. Antecedentes

Introducción

Los cambios demográficos de las últimas décadas han dado lugar a la aparición de un mayor número de jóvenes y adolescentes entre los 10 y 24 años de edad, representando más de una cuarta parte del total de la población mundial. Los jóvenes de la región de América Latina y el Caribe, juegan un papel fundamental en el establecimiento de la dirección futura para el desarrollo del mundo, por lo que la inversión en este sector de la población, determinará el crecimiento económico, social, político y cultural de las sociedades. “Esto depende de manera crítica de la inversión en el fortalecimiento de las capacidades humanas: la educación, capacitación, información y servicios de salud, así como la protección de sus derechos y oportunidades para participar en la toma de decisiones que los prepare para el futuro” (Marcela Suazo IMJUVE 2014).

Para que las juventudes puedan desarrollar su pleno potencial, es necesario velar por el pleno ejercicio de sus derechos, promover una transición saludable hacia la vida adulta y realizar inversiones estratégicas y específicas para el sector ⁽¹⁾

En México habitan más de 37 millones de jóvenes de entre 12 a 29 años de edad, un bono demográfico que representa una ventana de oportunidad para avanzar coordinadamente hacia un desarrollo inclusivo y sostenible. ⁽²⁾

Fomentar prácticas saludables durante la adolescencia y adoptar medidas para proteger mejor a los jóvenes contra los riesgos sanitarios es fundamental para la prevención de problemas de salud en la edad adulta y para la futura infraestructura de salud y social de los países. ⁽³⁾

Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los adolescentes como aquellas personas entre 10 y 19 años de edad. ⁽⁴⁾

Nuestro planeta es el hogar de 1, 200,000 millones de personas que tienen entre 10 7 19 años. ⁽⁵⁾

La adolescencia es la vida entre la niñez y la adultez. Esta comienza con los primeros cambios de maduración sexual y termina con el logro social de dependencia dándole un estatus de adulto, un periodo reconocido en el mundo occidental como el que responde a los años de juventud, esta transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta implica importantes cambios físicos, cognitivos y psicosociales interrelacionados. ⁽⁶⁾

Dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años). ⁽⁷⁾

La adolescencia es una realidad evolutiva que arrastra una desorganización del statu quo anterior difícil de sobrellevar. Se producen cambios en el comportamiento de tipo afectivo, fisiológico, psicológico, que alteran la percepción del tiempo y del espacio, la manera de ver el mundo y de relacionarse con los otros. Los sucesos en esta etapa, los viven todos, pero de ninguna manera la adolescencia es vivida igual por todos, “no existen solo diversas formas de expresar la adolescencia, existen diversas formas de ser adolescente, de vivir la adolescencia”.

Estos cambios, casi en todos los casos, suelen estar acompañados por asombro, miedo, angustia y ansiedad; el miedo, emoción arraigada en los seres humanos, ligada a instintos, condiciona ciertas conductas, a veces violentas o incomprensibles, como respuesta ante la incertidumbre de las vivencias súbitas, que no dejan tiempo a la reflexión. ⁽⁸⁾

Comunicación familiar

En el adolescente están presentes la motivación y la autoestima, los cuales se inician en etapas tempranas del desarrollo psicosocial, donde la influencia de la familia es un elemento sustantivo en la consolidación de la autoestima. El clima familiar se considera un factor importante en el desarrollo de la personalidad, el autoconcepto y el desarrollo afectivo.

La familia es el grupo social natural primario que tiene los objetivos de ser protector y matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros a través de los padres, además de transmitir la cultura con el fin de que el adolescente tenga los valores y las bases para una autoestima alta y la autorrealización.⁽⁹⁾

En cuanto al bienestar psicosocial del adolescente, cabría señalar que del mismo modo que la percepción de apoyo paterno es un factor relevante en el ajuste del adolescente (Pierce et al., 1996), también una comunicación familiar adecuada parece ser un importante recurso durante la adolescencia. En este sentido, el análisis de los resultados obtenidos muestra la existencia de una relación positiva entre una adecuada comunicación familiar y un mayor bienestar psicosocial del adolescente. En concreto, una mayor apertura en la comunicación con los padres se relaciona con una mayor autoestima (sobre todo en sus dimensiones familiar y académica) y con un menor ánimo depresivo; siendo la relación negativa en el caso de la percepción de problemas en la comunicación. . Sí resultan significativos, no obstante, los efectos principales en función del sexo ($F_{4, 846}=3.15$; $p=.014$) y en función de la edad ($F_{8, 1694}=3.28$; $p=.001$). Así, el análisis univariado para cada factor nos permite apreciar que, en el caso del sexo, la comunicación con el padre es diferente entre chicos y chicas (apertura, $p=.015$; problemas, $p=.031$); y, con respecto a la edad, es la apertura en la comunicación la que diferencia a los tres grupos de edad considerados (madre, $p=.001$; padre, $p=.004$). Muestra una relación positiva con la existencia de una comunicación problemática ($r=.294$, $p=.000$ y $r=.321$, $p=.000$, para el padre y la madre) y una relación negativa con la

existencia de una comunicación fluida y respetuosa entre padres e hijos ($r=-.304$, $p=.000$, para el padre y la madre).⁽¹⁰⁾

La comunicación entre padres e hijos es la relación de un poderoso factor protector y de riesgo de conductas perjudiciales en adolescentes. La necesidad de conocer las características de la comunicación en nuestro contexto ha llevado a realizar una investigación desde una perspectiva cultural. La mayoría de los jóvenes atraviesa la etapa de la adolescencia sin experimentar problemas graves o duraderos, se trata de un período de la vida de particular vulnerabilidad hacia el riesgo (Arnett, 2008). La transición que implica esta etapa del ciclo vital, afecta a todo el grupo familiar y cobra real importancia el grado en que logren equilibrarse las demandas y recursos disponibles (Laluzza & Crespo, 2003).

La comunicación abierta con los padres es definida como la existencia de un intercambio fluido de información, tanto instrumental como emocional, así como el mutuo entendimiento y la satisfacción experimentada en la interacción. Los problemas en la comunicación constituyen un patrón caracterizado por la resistencia a compartir, estilos de interacción negativos, y selectividad y cautela en el contenido de lo que se comparte (Barnes & Olson, 1982). Estos dos aspectos son relativamente independientes y muestran estar vinculados tanto con los logros como con las conductas riesgosas en las que pueden verse involucrados los adolescentes (Schmidt, Messoulam, Molina, & Abal, 2008). Se observó que quienes presentaron mayor desajuste psicológico general (DPG), reportaban significativamente menor puntaje en comunicación positiva con la madre [$F(192, 1) = 15.89$, $p = .0001$], mayores puntajes en problemas en la comunicación con la madre [$F(192, 1) = 27.18$, $p = .0001$] y el padre [$F(170, 1) = 4.4$, $p = .04$] y mayor puntaje en restricción en la comunicación con la madre [$F(192, 1) = 6.83$, $p = .01$]. No se observaron diferencias significativas entre los adolescentes con mayor y menor DPG con relación a los puntajes en comunicación positiva con el padre [$F(170, 1) = 2.44$, $p = .12$] y restricción en la comunicación con el padre [$F(170, 1) = 0.03$, $p = .87$].⁽¹¹⁾

Las relaciones entre padres y adolescentes

Las relaciones familiares durante la adolescencia se han convertido en uno de los tópicos que suscitan más interés entre investigadores y profesionales de la salud, probablemente porque uno de los mitos asociados a la imagen negativa sobre esta etapa se refiere al deterioro del clima familiar a partir de la llegada de la pubertad.

Pero si debemos rechazar una imagen excesivamente dramática de las relaciones entre padres y adolescentes, hay que reconocer que la familia es un sistema dinámico sometido a procesos de transformación, que en algunos momentos serán más acusados como consecuencia de los cambios que tienen lugar en algunos de sus componentes.

Así, incluso en las familias en las que las relaciones se caracterizaron por la comunicación, el apoyo y el afecto mutuo, comenzarán a aparecer situaciones de hostilidad o conflicto (Holmbeck y Hill, 1991; Paikoff y Brooks-Gunn, 1991). Tras esos momentos de desequilibrio inicial el sistema se irá estabilizando progresivamente, dando lugar a un nuevo patrón relacional que gozará de cierta estabilidad, y que en gran parte estará condicionado por el clima existente antes del comienzo de las perturbaciones.

Es importante que sepan cómo poder desarrollar un estilo parental adecuado, es decir, un estilo que combine el afecto, la comunicación y el apoyo, con el fomento de la autonomía e individualidad la importancia que adquiere durante la adolescencia el asesoramiento a padres en su tarea de crianza y educación de los hijos, ya que esta etapa puede resultar más complicada para muchos padres y madres que se sentirán desorientados y confusos. Resulta necesario que dispongan de recursos que les apoyen en su tarea educativa, les transmitan conocimientos y estrategias para aumentar su competencia y mejorar su estilo parental y les sirvan para fortalecer sus nexos con la comunidad (Márquez, Rodríguez y Rodrigo, 2004).⁽¹²⁾

La comunicación familiar no sólo constituye un vehículo de transmisión de la información entre los miembros de la familia sino que impregna completamente la naturaleza y la calidad de la vida familiar. Por ello, la comunicación familiar puede entenderse como un índice del clima y la calidad del sistema familiar. En tanto que soporte de la vida familiar, es previsible una sólida relación entre los distintos tipos de comunicación familiar (diálogo y conflictos en la comunicación). En el modelo, analizamos la comunicación familiar como una dimensión que además de un recurso básico en la familia, facilita su funcionamiento. ⁽¹³⁾

El rol de la comunicación en la dinámica familiar.

La contribución que puede hacer la familia en el proceso del desarrollo humano depende de qué tan funcional es su sistema, tanto en su estructura y modos de convivir, como en el tipo de comunicación y vínculos afectivos que establece en las relaciones sociales e íntimas que construye. ⁽¹⁴⁾

La Escala de Comunicación entre el Adolescente y sus Padres (PACS) consta de dos subescalas que miden: 1) el grado de franqueza en la comunicación familiar (10 ítems) y 2) la magnitud de los problemas de comunicación familiar (10 ítems). ⁽¹⁵⁾

Para el grado de franqueza, una puntuación mayor indica mejor comunicación entre el progenitor y el adolescente. En cuanto a los problemas, una puntuación mayor indica más problemas en la comunicación entre el hijo y los padres. ⁽¹⁶⁾

El instrumento se divide en dos escalas, una referida a la comunicación con la madre y otra referida a la comunicación con el padre. Pero una adaptación por parte del equipo Lisis de la Universidad de Valencia en la Facultad de Psicología (2001). Está dirigida a una población a partir de los 10 a 15 años de edad. ⁽¹⁷⁾

El instrumento fue elaborado originalmente por Barnes y Olson en 1982 y traducido y validado al español por Musitu y cols. (2004). En los estudios de Estevez (2005) y de Estevez y cols. (2007), el cuestionario mostró tres factores para la comunicación con el padre y la madre por separado: la comunicación

abierta, la comunicación ofensiva y la comunicación evitativa, con índices de confiabilidad alfa de .87, .76 y .75, respectivamente. La escala presenta una estructura factorial de tres factores (para el padre y la madre separadamente): Comunicación abierta este factor explica el 30.7% de la varianza total, comunicación ofensiva explica el 21.8% de la varianza total y comunicación evitativa, explica el 9.5% de la varianza total. ⁽¹⁸⁾

La familia puede considerarse como un grupo natural que se estructura mediante una historia. Se forma en el tiempo, según vicisitudes y experiencias particulares, por las cuales los miembros ensayan, experimentan y consolidan una serie de interacciones, hasta que se establece la convivencia, que no es sino un sistema particular que se mantiene organizado mediante la repetición y la retroalimentación de expresiones y acciones que se han reglamentado. Las expresiones pueden ser verbales o no verbales. Son, de todos modos, comunicaciones, así como lo son las mismas acciones. Las acciones y reacciones entre los miembros del sistema tienen siempre un significado, más o menos propositivo y más o menos interpretado. Desde un punto de vista sistémico, la familia sería un conjunto de elementos en interacción dinámica organizados en función de un objetivo que evoluciona en el tiempo. El sistema familiar posee unas características propias que son distintas de aquellas que presentan los miembros individuales que la componen: el todo es diferente de la suma de las partes. Toda modificación de un elemento del sistema entraña la modificación de todo el sistema familiar. La modificación del sistema conlleva consecuencias para cada elemento (Bertalanffy, 1968). ⁽¹⁹⁾

La calidad de la comunicación familiar tuvo una doble influencia en los recursos del adolescente. Por un lado, la comunicación abierta entre padres e hijos, es decir, fluida, empática y fundamentada en el diálogo, facilita que el adolescente se evalúe de un modo favorable en los diferentes ámbitos de su vida (familia, escuela, amistades y físico) y que perciba mayor apoyo tanto de su padre, madre y hermano/ a, como de su mejor amigo y otro adulto significativo. Por otro lado, cuando existen problemas de comunicación, es decir, cuando el hijo

percibe que la comunicación con sus padres es negativa, excesivamente crítica y cargada de mensajes poco claros, sus percepciones de autoestima familiar y escolar y de apoyo de los miembros de su familia se ven disminuidas.⁽²⁰⁾

El sistema de la familia

La dinámica de la estrategia y manipulación es relevante en la familia integrada con miembros adolescentes. Sobre todo, en nuestra época, en la que éstos tienden a ser adultos precoces y los padres persisten como adolescentes tardíos.

La familia se convierte en un sistema cuando es capaz de sostener y mantener las reglas de comunicación que se han producido a través de su historia, de la sucesión de experiencias aceptadas, neutralizadas y rechazadas, y que son memorizadas por los miembros del sistema.⁽²¹⁾

La comunicación familiar se da desde dos escenarios: uno de carácter interno de la familiar y la otra en relación con la comunidad.

La comunicación abierta entre padres y adolescentes presenta correlaciones positivas con las distintas dimensiones de la autoestima y el apoyo familiar y del amigo, y correlaciones negativas con estrés percibido y sintomatología depresiva en el hijo/a. Al contrario, los problemas de comunicación familiar correlacionan positivamente con la conducta delictiva y negativamente con las dimensiones de la autoestima y el apoyo familiar y del amigo.⁽²²⁾

Funciones familiares

Las funciones familiares son importantes para el proceso de socialización, desarrollo y bienestar de los adolescentes con sus familias; el cumplimiento o no de estas funciones, puede desencadenar factores de riesgo o factores protectores; se han señalado las siguientes cinco funciones y responsabilidades familiares relacionadas entre sí:

- a) Provisión de los Recursos

- b) Protección de los Jóvenes
- c) Vigilancia por parte de los padres
- d) Orientación y promoción del desarrollo
- e) Los efectos del cambio familiar sobre el desarrollo de los adolescentes y de los jóvenes.

La mayoría de los estudios sobre adolescencia coinciden en indicar que es una de las etapas del ciclo vital del ser humano más difíciles de resolver por los individuos.

Por un lado las exigencias del medio, y por otro, la limitación de recursos cognitivos, emocionales, conductuales del adolescente para enfrentarlas de manera satisfactoria, aumenta la vulnerabilidad y por tanto la probabilidad de que emerjan una gran variedad de alteraciones en diversas dimensiones de su vida. Se pueden manifestar problemas que pueden ir desde los denominados problemas de conducta, asociados con bajo rendimiento y dificultades escolares, así como de relaciones interpersonales difíciles; hasta problemas de mayor severidad como por ejemplo adicciones, que pueden poner en riesgo la integridad física y emocional de los adolescentes.

Otro de los aspectos importantes a tener en cuenta en la relación de familia-adolescencia, es la perspectiva de los jóvenes respecto a la interacción familiar. Los principales problemas a este respecto se agrupan en las siguientes categorías:

- Interacción entre los miembros de la familia
- Comunicación Interpersonal
- Estímulos y sanciones
- Intimidad.⁽²³⁾

El Riesgo puede comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros; se detectan entre estos comportamientos la deserción escolar,

el embarazo precoz, el suicidio, la violencia y el abuso de sustancias psicoactivas, tabaquismo y alcohol.⁽²⁴⁾

El entorno de los jóvenes modela e influencia constantemente sus ideas. Cuando los adolescentes pueden aprender y expresarse sin miedo, tienen más probabilidades de participar en actividades con sus progenitores, sus amigos y sus comunidades. Mejoran su autoestima y se convierten en modelos positivos de conducta.⁽²⁵⁾

Adolescentes y salud mental

Muchos problemas de salud mental tienden a aparecer al final de la infancia o al comienzo de la adolescencia. Según los estudios más recientes, los problemas de salud mental –en particular, la depresión–, constituyen la principal causa de morbilidad en los jóvenes (en años de vida ajustados en función de la discapacidad).⁽²⁶⁾

El padecimiento de trastornos de salud mental, que puede tener efectos importantes en la salud general y el desarrollo del adolescente, tiende a ir asociado a diversos problemas sanitarios y sociales, como un consumo más elevado de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas, el embarazo adolescente, el abandono escolar y el inicio de conductas delictivas.⁽²⁷⁾

Un desarrollo sano durante la infancia y la adolescencia

Existe un consenso cada vez mayor sobre el hecho de que un desarrollo sano durante la infancia y la adolescencia contribuye a una buena salud mental y puede prevenir problemas de salud mental.

Mejorar las habilidades sociales, la capacidad para resolver problemas y la autoconfianza puede ayudar a prevenir algunos problemas de salud mental, como los trastornos de la conducta, la ansiedad, la depresión y los trastornos alimentarios, así como otros comportamientos de riesgo, por ejemplo relacionados con las conductas sexuales, el abuso de sustancias o los comportamientos violentos.⁽²⁸⁾

Autoestima

La autoestima es el sentimiento de aceptación y aprecio hacia sí mismo que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que se tiene de sí mismo o autoconcepto, no es algo heredado si no aprendido del entorno, mediante la valoración que el ser humano hace de su propio comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás. La importancia de la autoestima radica en que impulsa la persona a actuar, a seguir adelante y la motiva a buscar sus objetivos. ⁽²⁹⁾

Uno de los principales factores que diferencian al ser humano de los demás animales es la consciencia de sí mismo: La capacidad de establecer una identidad y darle un valor. La capacidad de definir quién eres y luego decidir si te gusta o no tu identidad. El problema de la autoestima está en la capacidad humana de juicio. El juzgarse y rechazarse a sí mismo produce un enorme dolor, dañando considerablemente las estructuras psicológicas que literalmente te mantienen vivo.

La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima; es la etapa en la que la persona necesita hacerse con una firme identidad, es decir, saberse individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. Durante la adolescencia se manifiestan ciertos cambios a nivel socio-afectivo, físico y cognoscitivo, se desarrollan además la capacidad de reflexionar y pensar sobre uno/a mismo/a y de aceptar una nueva imagen corporal. Al hacerlo, el o la adolescente se formula una serie de preguntas sobre sí mismo, por ejemplo "¿soy atractivo?" "¿soy inteligente?" "¿soy aceptado por mis compañeros?" Gradualmente empieza a separar lo que cree que es verdad sobre sí mismo/a de lo que considera erróneo y a formularse sus propios conceptos sobre su persona. Cuanto mayor sea la aceptación que se siente, tanto en la familia como en los/as compañeros/as, mayores serán las posibilidades de éxito. En la adolescencia tanto el grupo familiar, el de la escuela, los amigos, los medios de comunicación contribuyen a moldear la

autoestima. Pero en esta etapa se conjugan otros elementos, pues durante la adolescencia la autoestima tiende a debilitarse.⁽³⁰⁾

La adolescencia es una etapa central en el proceso de construcción de la identidad, la cual se ve influenciada por los factores de riesgo y protección que la rodea. Muchos de estos factores se presentan dentro del ámbito familiar, que es determinante en la vida del adolescente.⁽³¹⁾

La Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), es un instrumento que se compone de diez ítems con un patrón de respuesta dicotómico u ordinal; los patrones ordinales más empleados son aquellos que dan de cuatro a siete opciones de respuesta, desde 'muy en desacuerdo' hasta 'muy de acuerdo' (Chiu, 1988; Donnellan, Trzesniewski, & Robins, 2011). Estos diez ítems, teóricamente, se agregan en una sola dimensión; no obstante, los mismos se distribuyen en dos partes iguales; cinco exploran 'autoconfianza' o 'satisfacción personal' (algunos autores le conocen como 'autoestima positiva') y los cinco restantes, 'autodesprecio' o 'devaluación personal' (llamada por algunos investigadores como 'autoestima negativa') (Rosenberg, 1989).

En las distintas versiones los reactivos se han ordenado en diferentes formas; primero los relacionados con autoconfianza, seguidos por aquellos para la medición de autodesprecio o en forma alterna para controlar los eventuales sesgos que se pudieran presentar en el patrón de respuesta (Huang & Dong, 2012).). La escala de autoestima puede autoadministrarse y su aplicación podrá ser tanto individual como colectiva. Este instrumento permite responder señalando la opción con la que cada individuo se identifica teniendo cuatro posibles respuestas, en adolescentes que comprenderemos entre los 10 y 15 años.

La dimensión/escala autoconfianza aborda los aspectos relacionados con saberse o sentirse competente en varios aspectos de la vida; y la dimensión/escala autodesprecio emplea términos peyorativos asociados a la simpatía consigo mismo (Tafarodi & Milne, 2002; Tafarodi, & Swann, 2001). No

obstante, se observa que el ordenamiento de los incisos y la redacción de los mismos no afecta significativamente la estructura factorial de la EAR (Greenberger, Chen, Dmitrieva, & Farruggia, 2003; Tinakon, & Nahathai, 2012; Tomás, Galiana, Hontangas, Oliver, & Sancho, 2013).

Un total de 951 estudiantes con edades entre 10 y 15 años, media de 12,3 años (DE=1,1) y 52,6% de sexo femenino, que cursaban sexto y séptimo grado en varios colegios públicos completaron la ERA; se usó el patrón de respuesta dicotómico. Se calcularon los coeficientes de confiabilidad, Kuder-Richardson (1934) y omega de McDonald (1970) y el coeficiente de unidimensionalidad de Mosier (1943). Se llevaron a cabo análisis factoriales exploratorios para conocer la estructura interna de la ERA. La ERA mostró Kuder-Richardson de 0,63 y coeficiente de Mosier de 0,61 (No es unidimensional). La dimensión/escala 'autoconfianza' presentó Kuder-Richardson y omega de McDonald de 0,76, que explicó 51,1% de la varianza. Y la dimensión/escala 'autodesprecio' obtuvo Kuder-Richardson de 0,55 y omega de McDonald de 0,57, responsable de 38,0% de la varianza.⁽³²⁾

El autoconcepto, la autoestima y la percepción de autovalía son tres conceptos fuertemente relacionados entre sí. El autoconcepto se define como un sistema de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a sí mismo, las cuales son el resultado de un proceso de análisis, valoración e integración de la información derivada de la propia experiencia y la retroalimentación de los otros significativos (González-Pienda, Núñez, Gonzalez-Pumariega y García, 1997). Una serie de hallazgos han ofrecido apoyos para una perspectiva multidimensional y jerárquica del autoconcepto, en el cuál se integrarían tanto los aspectos descriptivos (o cognitivos) del sí mismo, que se corresponden con la autoimagen, como los valorativos (o afectivos), que se corresponden con la autoestima.⁽³³⁾

Existen 3 tipos diferentes de autoestima:

- **Autoestima positiva o alta:** Está constituida por dos importantes

sentimientos: la capacidad (de que se es capaz) y el valor (de que se tiene cualidades). Esta actitud deriva en la confianza, el respeto y el aprecio que una persona pueda tener de sí misma.

- **Autoestima relativa:** oscila entre sentirse apta o no, valiosa o no, que acertó o no como persona. Tales incoherencias se pueden encontrar en personas, que a veces se sobrevaloran, revelando una autoestima confusa.

- **Autoestima negativa o baja:** es un sentimiento de inferioridad y de incapacidad personal, de inseguridad, de dudas con respecto a uno mismo, también de culpa, por miedo a vivir con plenitud. Existe la sensación que todo no alcance, y es muy común que haya poco aprovechamiento de los estudios o del trabajo. Puede ir acompañado de inmadurez afectiva.⁽³⁴⁾

De forma general existen tres tipos de autoestima que a su vez pueden tener diferentes subtipos. Por un lado, nos encontramos la autoestima alta que se divide en alta y estable y alta e inestable. Por otro lado, tenemos la autoestima media y la baja. Ésta última y al igual que el alta, se puede dividir en baja e inestable y en baja y estable. En algunas clasificaciones también se incorpora la autoestima de tipo inflada.⁽³⁵⁾

La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar global que afecta a todas las esferas psicológicas del individuo”. De esta definición se infiere que la salud mental es, por tanto, algo más que la mera ausencia de trastornos mentales. En relación con los problemas de salud mental en la adolescencia, algunos investigadores se han concentrado en analizar el papel desempeñado por los contextos familiar y escolar. La comunicación familiar abierta y fluida, es decir, el intercambio de puntos de vista de manera clara, respetuosa, efectiva y empática entre padres e hijos , ejerce un fuerte efecto protector ante los problemas de salud mental e influye positivamente en el bienestar psicológico del adolescentes.⁽³⁶⁾

La autoestima en los adolescentes

La nueva imagen corporal, y nuevas capacidades intelectuales de análisis de la realidad. La imagen corporal debe ser integrada en la redefinición de la identidad que se produce en este momento. Sin embargo, es evidente que la cultura occidental es altamente exigente con la figura corporal en relación al modelo de belleza establecido, instrumentalizándola con fines comerciales. Por otro lado, las personas que mejor se ajustan al modelo de belleza tienden a tener una “ventaja sociológica”, mejor autoestima, mayor popularidad, mejor adaptación.⁽³⁷⁾

Es a través del proceso de socialización que la sociedad presiona para que los individuos se comporten de una manera determinada y quienes se salen de las pautas establecidas, sufren de una fuerte presión social encaminadas a controlar su conducta, y dependiendo del equipo psicológico con que cada quien cuente, se darán los efectos, reacciones y modificaciones en cada persona.

De acuerdo a Huebner y Diener (2008), aquellos adolescentes que informan altos niveles de satisfacción vital tienden a mostrar además mejores niveles de funcionamiento en las áreas intrapersonal, interpersonal y en el área escolar. Por el contrario, quienes se encuentran extremadamente insatisfechos con sus vidas, presentan dificultades importantes que incluyen conducta agresiva, ideación suicida, conductas sexuales de riesgo, consumo de alcohol o drogas, problemas físicos y de alimentación, e inactividad física. La mayor parte de los adolescentes refieren estar satisfechos con sus vidas y con determinados dominios específicos como familia, amistades y escuela (Huebner y Diener, 2008), resultados que en términos generales se replican en distintas culturas (Gilman et al., 2008).⁽³⁸⁾

El nivel de autoestima influye en el desarrollo y desempeño de otras actitudes: Condiciona el aprendizaje, ayuda en la superación de dificultades, fundamenta la responsabilidad. Favorece la creatividad, posibilita la relación social, determina la autonomía y afianza la personalidad.

Un adolescente con una autoestima positiva: actúa independientemente, asume sus responsabilidades, afronta nuevos retos con entusiasmo y siente orgullo de sus logros, demuestra amplitud de emociones y sentimientos, es tolerante frente a la frustración y se siente capaz de influir en otras personas. ⁽³⁹⁾

La adolescencia es la etapa de la vida en la que se presentan grandes cambios físicos, psicosociales y cognitivos y se determina la forma de comportarse en la vida adulta. ⁽⁴⁰⁾

La autoestima forma parte del proceso de desarrollo del individuo, por lo que su concepción ha dependido de los contextos con los que ha interactuado la persona a lo largo de su vida, y en el momento del ciclo vital en el que se encuentre. En la adolescencia, por ejemplo, predominan los contextos familiar, escolar y de los compañeros.

La relación que existe entre la autoestima y la interacción con la familia, contribuye al desarrollo de la autoestima, a la influencia del ambiente, a la historia de éxito del niño, a la forma en que interpreta los éxitos y los fracasos, al momento de afrontar una situación determinada, el adolescente interpreta y evalúa las características del ambiente circundante, ya sea como una amenaza, un conflicto, un peligro o un desafío, o bien como inocuas o inofensivas. La autoestima desempeña así un papel importante en la valoración inicial que hace el adolescente, en forma de cogniciones, de sí mismo ante las demandas situacionales.

Por lo que una adecuada y buena, comunicación e interacción familiar (padres – hijos) nos llevara a tener adolescentes sanos, con autoestimas saludables y donde ellos mismos no se pondrán en situaciones de riesgo. ⁽⁴¹⁾

II. Planteamiento del problema

Es importante que tengamos en cuenta a poblaciones que habitualmente no acuden a consulta, ya sea porque en ese momento no requieren un tratamiento específico o porque no se cuenta con el hábito de la prevención, como es el caso de los adolescentes (10 a 19 años). Siendo que tan solo en Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, 25,766 son adolescentes. A esta población tenemos que proporcionarle, el desarrollo de aptitudes para la vida y ofrecerles apoyo para realizar detecciones oportunas en todas las esferas que competen su vida.

Debemos identificar y describir la relación que existe en la comunicación entre los padres y sus hijos, pues impacta directamente en la forma en la cual el adolescente se desarrolla, ya sea física, psicológica, social y culturalmente, lo que le permitirá ser un adulto mejor adaptado a su entorno y por tanto más satisfecho en su futuro.

La autoestima es uno de los conceptos objeto de mayor estudio e investigación en ciencias sociales y del comportamiento. La definición para autoestima ha cambiado poco desde los primeros usos en el siglo XIX; no obstante, a la connotación global inicial se sumaron aspectos relacionados con el autorrespeto y la autoaceptación. Tradicionalmente, se concibe la autoestima como una experiencia individual, íntima o personal de la propia estimación de valía. La autoestima dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente.

Lo que se tomara en cuenta para plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación que existe entre la comunicación parental y la autoestima en los adolescentes de 10 a 15 años adscritos a la UMF No. 64?

III. Justificación.

Magnitud: En el mundo hay más de 1,800 millones de personas de edades entre 10 a 24 años, de los cuales, 165 millones viven en América Latina y el Caribe. En México habitan más de 37 millones de jóvenes de entre 12 a 29 años de edad, un bono demográfico que representa una ventana de oportunidad. En este caso, en concreto tenemos una población de 240,007 personas como derechohabientes, de los cuales 25,766 son adolescentes (10 a 19 años) adscritos a la UMF No. 64, de estos solo acuden en caso de una enfermedad aguda, o llevados por el padre o tutor cuando a estos les preocupa una patología en particular, pero no se presentan de forma rutinaria para realizar todas las acciones de prevención y detección oportuna que actualmente se realizan en este grupo etario, por lo que es una oportunidad para realizar investigación, respecto a los problemas que impacta directamente a los adolescentes.

Otro aspecto importante es la relación de la comunicación entre padres e hijos, la cual está relacionada directamente con la salud del adolescentes y su desarrollo, asociada al consumo de alcohol, drogas, tabaco, embarazo adolescente, abandono escolar, conductas delictivas, teniendo un punto de inflexión para estudios en esta parte de la familia, tan poco abordados.

En donde la autoestima constituye un proceso del desarrollo del individuo y que marcara las pautas para su madurez y su integración como un adulto sano a la comunidad, siendo necesario incidir en la investigación en este factor para realizar detecciones preventivas. Ya que la mayoría de los trastornos mentales se diagnostican de forma tardía, cuando se deberían de realizar en las etapas tempranas de la vida para su tratamiento oportuno.

Trascendencia: Los adolescentes se consideran una etapa de la vida en la que prácticamente no requieren servicios de salud del tipo curativo. Por lo que es nuestro deber fomentar la prevención debido a que muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas

con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Las estrategias de salud se deben centrar en poblaciones de riesgo, por lo que es necesario realizar más investigaciones para lograr, incluso en circunstancias difíciles, el grado máximo de salud que se pueda lograr.

Analizando las estadísticas actuales muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia. Por lo que el estudio en fases iniciales de la vida de factores de riesgo para desarrollar una enfermedad que puede que generar una muerte prematura en fases posteriores de la vida, debe ser una prioridad.

Es necesario realizar investigación en el área de la salud, en esta población que se ha dejado al margen. Teniendo en cuenta la importancia de su integración a la sociedad, haciéndolos más productivos en todos los aspectos de su vida (económicamente, social, familiar, etc.). Por lo que esta investigación podrá dar pauta a futuras intervenciones que favorecerán el entorno del adolescente y por consiguiente de su familia y de la comunidad a la que pertenecen.

19

Vulnerabilidad: Las actividades que se han vinculado a los adolescentes por medio de distintas instituciones internacionales y nacionales van dirigidas a continuar con la educación para la salud, pero es necesario coordinar, estos programas para que los esfuerzos dirigidos a este grupo se desarrollen acciones que impacten directamente en el adolescente, mejorando sus condiciones de vida.

Reconociendo la responsabilidad que tienen los servicios de salud, al igual que las escuelas, la comunidad, pero primordialmente la familia, es necesario desarrollar programas y políticas eficaces para contribuir al objetivo de prevenir conductas de riesgo o desarrollo de enfermedades que afectaran a estos adolescentes en su madurez. Tenemos que tener en cuenta la necesidad de hacer conscientes tanto a padres, maestros y comunidad en general, que están en contacto con adolescentes, la necesidad de realizar estudios de este tipo,

para medir algunas de las condicionantes que pueden tener para desarrollar en un momento dado, trastornos de salud mental, por ejemplo, la depresión, y que están relacionados con la forma en la que interactúan con su entorno, como se comunican al interior de la familia, con sus pares, maestros o su entorno global.

Siendo vulnerable la investigación, debido a que toda dinámica familiar se rige por reglas y normas establecidas, con roles precisos que en muchas de las veces son renuentes a revelar más allá del entorno que es su hogar, manteniendo mucha de esta información para sí mismos, por lo que la investigadora en forma sincera y concreta intentara obtener los datos, que a primera instancia pareciera no revelaría demasiada información sobre esta parte de su situación familiar.

Factibilidad: Teniendo la oportunidad de realizar con una encuesta sencilla y rápida la detección de si existe una adecuada comunicación entre padres e hijos y al mismo tiempo valorar la autoestima del adolescente, esto nos permite que sea factible este estudio en cuestión.

Es importante el involucramiento por parte del padre o tutor para la aceptación, de la aplicación de la encuesta que se realizara en el área de consulta externa, teniendo en cuenta que la intervención que se plantea esta dentro del reglamento institucional con base a la Ley General de Salud vigente en materia de investigación en humanos, por lo que es factible desarrollar este proyecto.

Lo que nos permitirá evaluar si es necesario realizar una intervención mayor con los adolescentes ya sea de forma individual o colectiva, por medio del apoyo de escuelas y sobre todo involucrando a la familia del adolescente, para su desarrollo e integración a la sociedad en un futuro cercano.

Los instrumentos que se utilizaran en el estudio, serán un cuestionario que evalúa tres ámbitos de la comunicación entre el adolescente y sus padres, y otro cuestionario para explorar la autoestima personal; como ya se ha mencionado están dirigidos a los adolescentes entre los 10 y 15 años de edad.

Balance riesgo/beneficio: En este estudio los participantes no tendrán ningún riesgo en su persona ya sea física o mental. El beneficio se verá reflejado en el mejor abordaje que se podrá realizar en los programas de atención a la salud de los jóvenes mexicanos por parte del personal de salud, que trata directamente con los adolescentes, así como en el impacto en la educación para la salud de esta población en particular.

Objetivos

Objetivo principal

- Valorar la relación entre la comunicación parental y autoestima en adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64

Objetivos secundarios

- Identificar el tipo de comunicación parental entre los padres y los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64
- Reconocer el tipo de comunicación parental entre la madre y el adolescente femenino de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.
- Corroborar el tipo de comunicación parental entre la madre y el adolescente masculino de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.
- Verificar el tipo de comunicación parental entre el padre y el adolescente femenino de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.
- Detallar el tipo de comunicación parental entre el padre y el adolescente masculino de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.
- Comparar el tipo de comunicación parental entre la madre/adolescente y el padre/adolescente
- Categorizar entre la comunicación parental y el número de hijos en la familia.
- Distinguir el tipo de comunicación parental con la madre y el número de hijos en adolescentes femeninos de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.
- Discernir el tipo de comunicación parental con la madre y el número de hijos en adolescentes masculinos de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.
- Especificar el tipo de comunicación parental con el padre y el número de hijos en adolescentes femeninos de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.

- Diferenciar el tipo de comunicación parental con el padre y el número de hijos en adolescentes masculinos de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.
- Integrar el grado de franqueza de la comunicación parenteral con los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.
- Inferir la magnitud de los problemas de comunicación familiar con los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.
- Captar el grado de autoestima que tienen los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.
- Establecer el grado de autoestima que tienen los adolescentes femeninos de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.
- Comprobar el grado de autoestima que tienen los adolescentes masculinos de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.
- Contraponer el tipo de autoestima entre adolescentes femeninos y adolescentes masculinos de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.
- Detectar el grado de autoestima por edad cronológica de los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64

IV. Hipótesis

“La comunicación parental abierta se encuentra en el 60% de los adolescentes que tienen autoestima alta”

CAPITULO 2

V. Metodología

1. Características del lugar donde se realizó el estudio

El presente estudio se llevó a cabo en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No 64 Tequesquihuac del Instituto Mexicano del Seguro Social, que ofrece atención de primer nivel presta servicios de consulta externa de Medicina Familiar, cuenta con 39 consultorios, Atención médica continua, Rehabilitación, Estomatología, consta de 5 consultorios, en Primer Nivel de Atención Médica en los turnos matutino y vespertino, además gracias al programa de atención más rápida y oportuna se cuenta actualmente con servicio de Ortopedia, en el turno vespertino, además del apoyo por servicios como Trabajo Social, Nutrición, Planificación Familiar y Medicina Preventiva, cuenta con su propio Laboratorio de Análisis Clínico y Radiología (donde se toman tanto placas de Rayos X, como mastografías, que son interpretadas por un Médico Radiólogo) atendiendo a los municipios de Atizapán de Zaragoza, Tlalnepantla, Tultitlán, Cuautitlán Izcalli, ubicada en Av. de los Bomberos s/n Unidad Habitacional del Seguro Social Tequesquihuac Tlalnepantla de Baz, Estado de México.

Dando servicio a una población aproximada de 240,007 derechohabientes al día de hoy. De los cuales son 25,766 adolescentes de 10 a 19 años de edad. Por lo que se dan 1,872 consultas diarias en promedio de lunes a viernes incluyendo ambos turnos y 48 consultas en promedio los sábados, en el área de consulta externa de Medicina Familiar y 240 consultas en el área de Estomatología, turno matutino y vespertino.

2. Diseño

a. Tipo de estudio

Por el control de la maniobra experimental por el investigador

- Debido al control de la maniobra experimental por el investigador fue de tipo observacional, pues se presenciaron los

fenómenos sin modificar intencionalmente las variables. Solo se observó la comunicación parental y autoestima de los adolescentes, para su análisis posterior.

Por la captación de la información.

- La forma en la cual se recabo la información, fue un estudio prospectivo, debido a que la información se obtuvo a partir de iniciar la investigación. Se definió previamente y con precisión la forma de recolección de datos. La información se recolecto en cuestionarios diseñados exprofeso.

Por la medición del fenómeno en el tiempo.

- El diseño del estudio fue de tipo trasversal, siendo una investigación de tipo individual, que mide una o más características (variables), en un momento dado. La información fue recolectada en el presente. No se hizo ningún seguimiento y las variables fueron medidas una sola vez.

Por la presencia de un grupo control:

- Es un estudio descriptivo debido a que analiza cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos. Identifica características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado, establece comportamientos concretos y descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación, en este caso entre la comunicación parental y la autoestima. De acuerdo con los objetivos planteados, el investigador señalo el tipo de descripción que se propuso realizar. Acudió a técnicas específicas en la recolección de información, como la observación, las entrevistas y los cuestionarios. La mayoría de las veces se utilizó el muestreo para la recolección de

información, la cual fue sometida a un proceso de codificación, tabulación y análisis estadístico.

Por la dirección del análisis.

- En el diseño trasversal, se trata de estudiar la exposición de uno o varios factores que contribuyen en forma simultánea al desarrollo del evento de desenlace o enfermedad. No se toma en cuenta la dirección del análisis, solo se trata de establecer asociación, que en este caso es la relación que existe entre la comunicación parental y autoestima en los adolescentes, aplicando los cuestionarios inherentes a cada una de las variables a estudiar.

Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras

- Este estudio fue abierto, pues tanto el investigador como los encuestados conocieron las condiciones de la aplicación de los cuestionarios. Y el resultado de las variables del resultado.

26

b. Grupos de estudio

a) Características de los casos

Universo de trabajo: La población se estudió fueron adolescentes de 10 a 15 años de edad, que acudieron a la consulta externa, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64, Tequesquinahuac del Instituto Mexicano del Seguro Social.

b) Características de los testigos: por ser un grupo único no se definieron operativamente testigos por no requerirse para el estudio.

c) Criterios de inclusión

- Adolescentes de 10 a 15 años de edad, que acudieron a la UMF No. 64 IMSS, ubicada en Tlalnepantla de Baz, Estado de México, ya sea como pacientes o acompañantes.

- Adolescentes que no presentaron alguna discapacidad (física o mental) para poder contestar los cuestionarios
 - Que no tengan diagnósticos previos de enfermedades psiquiátricas.
 - Adolescentes que contaron con la autorización del padre o tutor para la realización de los cuestionarios.
 - Adolescentes que otorgaron su asentimiento para poder contestar los cuestionarios.
- d) Criterios de exclusión
- Que el adolescente viviera en una familia uniparental.
- e) Criterios de eliminación
- Encuestas incompletas o
 - Adolescente que decidieron retirarse del estudio.

c. Tamaño de la muestra

El cálculo de la muestra se realizó de acuerdo a la población de adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64, la cual comprende 22,245.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula para estimar proporciones en poblaciones finitas:

Una fórmula muy extendida que orienta sobre el cálculo del tamaño de la muestra para datos globales es la siguiente:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

N = Es el número de adolescentes de 10 a 15 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 que corresponde a: 22,245

k: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra

investigación sean ciertos: un 95 % de confianza es lo mismo que decir que nos podemos equivocar con una probabilidad del 5%, siendo la elección más común la correspondiente al nivel de error aceptado: 1.96

e: es el error muestral deseado. El error muestral es la diferencia que puede haber entre el resultado que obtenemos preguntando a una muestra de la población y el que obtendríamos si preguntáramos al total de ella. Intervalo de confianza deseado: 5

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que $p=q=0.5$ que es la opción más segura.

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es $1-p$.

n: es el tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer)

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 22,245}{(5^2 * (22.245-1)) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 378$$

28

El tamaño de la muestra es de 378 adolescentes de 10 a 15 años de edad.

Técnica de muestreo

- a. Un diseño de muestreo es la probabilidad de que una unidad de muestreo forme parte de la muestra, por ello es necesario conocer la probabilidad de selección de cada uno de los elementos muestrales y que esta sea mayor que cero. Además, se debe utilizar un mecanismo de selección que incluya la probabilidad de que las unidades de muestreo pertenezcan a la muestra. En este caso en particular fue una selección no aleatoria, pues no permitió que todos los integrantes de la población o del universo tuvieran la misma posibilidad de ser incluidos en la muestra que se estudió. Por lo tanto, fue un muestreo por cuota, ya que se eligió todo aquel adolescente que acudió o se presente en la UMF No. 64 en el momento específico de estar realizando las encuestas.

3. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Unidades de medición
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.(I)	Es la cantidad de años que tienen los adolescentes al momento de la aplicación de la encuesta.	Cuantitativa	Discreta	Años
Genero	En términos de Biológicos se refiere a la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre Femenino y Masculino. (II)	Es la identidad sexual con la cual el adolescente se distingue a sí mismo, ya sea hombre o mujer.	Cualitativa	Nominal	Mujer Hombre
Número de hijos	Es el número de personas que habitan en el mismo hogar, ya sea por la abundancia de la reproducción biológica o por adopción, de una pareja establecida.(III)	El número total de hijos que componen el hogar del adolescente.	Cuantitativa	Discreta	Números enteros
Comunicación parental	La comunicación es el proceso de transmisión de información entre un emisor y un receptor que decodifica e interpreta un determinado mensaje, en este caso entre los padres y los hijos.(IV)	La forma en la cual se realiza el intercambio de información entre los padres y los hijos adolescentes.	Cualitativa	Nominal	*Comunicación abierta *Comunicación ofensiva *Comunicación evitativa *Grado de franqueza *Magnitud de los problemas de la comunicación
Autoestima	El concepto que tenemos de nuestra valía personal, que involucra todos nuestros sentimientos, pensamientos, actitudes y experiencias que sobre nosotros mismos hemos recogido en el trayecto de nuestra vida.(V)	Es la percepción evaluativa que el adolescente tiene de sí mismo.	Cualitativa	Nominal	*Autoestima positiva. *Autoestima relativa. *Autoestima negativa.

(I): Gutiérrez V. E, Ríos S. P. ENVEJECIMIENTO Y CAMPO DE LA EDAD: ELEMENTOS SOBRE LA PERTINENCIA DEL CONOCIMIENTO GERONTOLÓGICO. ULTIMA DÉCADA. 2006; 25(1):19.

(II): Definista. ¿Qué es Género? - Su Definición, Concepto y Significado [Internet]. Concepto definición de. 2017 [cited 9 mayo 2017]. Available from: <http://conceptodefinicion.de/genero/>

(III): Glosario, Consejo Nacional de Población CONAPO [Internet]. Conapo.gob.mx. 2017 [cited 9 mayo 2017]. Available from: http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Glosario_CONAPO

(IV): Schmidt V, Marconi A, Messoulam N, Maglio A, Molina F, González, M. La Comunicación Entre Padres e Hijos Desde la Percepción Adolescente. Una Aproximación Etnopsicológica. Revista de Psicología Social Aplicada. 2007; 17(1):4.

(V): Cataño Toro D, Restrepo S, Portilla N, Ramírez H. Autoestima y Sexualidad en Adolescentes: Validación de una Escala. Fundación Universitaria del Área Andina Colombia. 2008; 10(16):60

a) Variable dependiente:

La autoestima.

b) Variable independiente:

La comunicación parental

c) Variables de confusión :

Edad

Genero

Número de hijos en la familia

d) Co-variables:

Edad

Genero

Número de hijos en la familia

4. Descripción general del estudio.

El investigador responsable aplicó a los adolescentes dos encuestas, mediante los siguientes instrumentos:

- Escala de comunicación entre el Adolescente y sus padres (PACS) consta de dos subescalas que miden: 1) el grado de franqueza en la comunicación familiar (10 ítems), y 2) la magnitud de los problemas de comunicación familiar (10 ítems). El instrumento se divide en dos escalas, una referida a la comunicación con la madre y otra referida a la comunicación con el padre. Ambas se componen de 20 ítems. La escala original presenta una estructura de dos factores que se refieren al grado de apertura y a la presencia de problemas de comunicación familiar. Sin embargo, en posteriores investigaciones realizadas, la escala ha presentado una estructura factorial de tres dimensiones (para el padre y la madre separadamente): Comunicación abierta (11 ítems), Comunicación ofensiva (4 ítems) y Comunicación evitativa (5 ítems). Equipo LISIS), tiempo aproximado de aplicación de 9-11 minutos, con una población a la cual va dirigida: adolescentes a partir de los 10 a los 15 años

- Escala de autoestima de Rosemberg, este test tiene 10 ítems tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí mismo. Frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia, y se puede aplicar a partir de los 10 a 15 años, por ser el instrumento seleccionado.

5. Análisis de los datos

La captura y validación de la información se realizó utilizando el programa Microsoft Excel 2016 y el programa estadístico MiniTab versión 15.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, para las variables cuantitativas (Edad, Número de hijos, Comunicación parental y Autoestima), se calcularon medidas de tendencia central y dispersión (rango, media, moda y mediana) que se graficaron mediante diagramas por sectores de ángulos; y para variables cualitativas (genero) se calcularon porcentajes y frecuencias que se

representaron utilizando histogramas bidireccionales, además de graficas de dispersión de correlación (lineal y no lineal), gráficos de diagrama de puntos (scatter plot), según los resultados obtenidos.

6. Factibilidad y Aspectos éticos

a. Factibilidad

Fue factible realizar esta investigación, debido a que existió el personal capacitado requerido para llevar a cabo el proyecto y así mismo existieron los recursos para finalizarlo.

Se dispone de los conocimientos y habilidades en el manejo, procedimientos y funciones requeridas para el desarrollo e implantación del protocolo de investigación, pues se cuenta con los instrumentos debidamente validados para la realización de las encuestas.

El desarrollo del protocolo de investigación o no infringe ninguna ley establecida y respeta todos los aspectos éticos de un estudio de este tipo.

Por último, fue factible en tiempo pues se encuentra dentro de lo que establece el cronograma del curso de especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales de base del Instituto Mexicano del Seguro Social.

b. Aspectos éticos

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, por lo que este protocolo se apega al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (PROY-NOM-012-SSA3-2007, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. La cual especifica cómo debe llevarse a cabo la revisión y aprobación de los protocolos en instituciones de

salud, con el fin de proteger los derechos y el bienestar de los sujetos sometidos a investigación) y a la Declaración de Helsinki (esta declaración introduce en su enmienda la revisión de las investigaciones por un comité de ética independiente de los investigadores y da origen a los comités de ética para la investigación a nivel internacional) y el Código de Nuremberg (el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial).

Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. Ya que en este estudio el padre o tutor podría dar el consentimiento, pero si el adolescente no desea participar se respetará su derecho). Dichos aspectos serán considerados en la realización de esta investigación.

c. Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto.

Se trata de un estudio clínico no invasivo por lo que no ocasionara dolor, incomodidad o riesgo alguno.

Los adolescentes encuestados no recibirán pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para los participantes.

No recibieron ningún beneficio directo al participar en este estudio. Toda la información recabada será meramente para conformar la estadística que nos permitirá en un futuro mediato diseñar mejores políticas de educación para la salud de los adolescentes.

El único beneficio fue la detección de algún factor de riesgo, o algún dato de alarma (como algún problema de comunicación intrafamiliar o autoestima). En el momento de ser detectado será referido a su Médico Familiar para continuar con el diagnóstico y tratamiento inmediato

d. Confidencialidad.

El cuestionario realizado no llevo el nombre de los participantes, para asegurar la confidencialidad, el consentimiento informado y el asentimiento por parte del adolescente, se llenó por separado para posteriormente ser depositado en una base de datos anónima, cerrada y sellada. Teniendo en cuenta que tuvimos el previo consentimiento por el padre o tutor y la carta de asentimiento por parte de los adolescentes encuestados, se les explico a ambas partes la importancia de su confidencialidad asegurándoles que los datos recabados fueron usados estrictamente de forma estadística y de ninguna forma nadie más tendrá acceso a sus datos o podrán asociar de alguna forma con su persona.

e. Condiciones en las cuales se solicita el consentimiento.

En el momento de identificar al adolescente y que contó con los criterios de inclusión, el investigador responsable le explicó al participante y al padre o tutor ampliamente la forma en que se llevaría a cabo el estudio, se le pidió que leyera la hoja de consentimiento informado y se dio respuesta a todas las preguntas que tuvo el padre o tutor, cuando este acepto, se le pidió al adolescente si deseaba ser participante respecto al estudio. No habiendo dudas se llevó a cabo la firma del consentimiento en presencia de 2 testigos, tanto del padre o tutor y del adolescente.

f. Forma de selección de los participantes.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 64, se identificó a los adolescentes que acudieron a la consulta externa y que dieron su consentimiento tanto el padre o tutor, como el adolescente para participar en el estudio. Se le explico al padre o tutor que al final de la entrevista se identificaron factores de riesgo respecto a la relación que existía en la familia y cómo influye en su comportamiento o autoestima y con ello poder en el caso necesario, intervenir más ampliamente, refiriéndolos al servicio de trabajo social y a su médico familiar respectivamente.

7. Recursos humanos, físicos y financieros.

Recursos humanos.

- La realización del estudio estuvo a cargo del investigador responsable.

Recursos físicos.

- La recolección de datos, se realizó en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, “Tequesquihuac”, ubicada en Tlalnepantla de Baz, Estado de México.

Recursos financieros.

- Todos los gastos estuvieron a cargo del investigador responsable.

35

8. Aspectos de Bioseguridad.

a. Consideraciones éticas.

De acuerdo al artículo 17 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación en salud, la presente investigación será de categoría 1, es decir, una investigación sin riesgo ya que en este estudio se emplearán técnicas y métodos de investigación documental de tipo retrospectivo y no se realizarán ninguna intervención o modificación intencionada a variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los adolescentes (artículo 18).

CAPITULO 3

VI. Resultados

1. Estadísticas descriptivas

Genero

- Se realizó el análisis en la muestra obtenida de la población adolescente de 10 a 15 años de la UMF 64 en donde de acuerdo al género predominó el Género masculino con un 51% (n=194 adolescentes) siendo en menor número el género femenino con un 49% (n= 184 adolescentes). (Ver tabla 1 y gráfica 1).

Edad

- Se obtuvo acorde a la edad del adolescente de 10 a 15 años adscritos a las UMF 64, un promedio de 13.06 años, una mediana de 13 años y una moda de 14 años. En la distribución dependiente del género femenino de los adolescentes acorde a su edad se obtuvo los siguientes resultados promedio 12.89, una mediana de 13 y una moda de 14. Y en el género masculino dependiente a su edad se obtuvo un promedio 13.2, una mediana de 13 y una moda de 13. De acuerdo a la edad se obtuvieron los siguientes resultados, de 10 años de edad un 6% (n=24 adolescentes), de 11 años de edad un 8% (n= 30 adolescentes), de 12 años de edad 21% (n=81 adolescentes), 13 años de edad un 21% (n=78 adolescentes), y predominó los 14 años de edad con un 25% (n=94 adolescentes) y de 15 años de edad con un 19% (n=71 adolescentes). Adolescentes de 10 años 9% (n=17 adolescentes femeninos) y 4% (n=7 adolescentes masculinos), 11 años de edad 7% (n= 13 adolescentes femeninos) y 9% (n= 17 adolescentes masculinos), 12 años de edad 24% (n=45 adolescentes femeninos) y 19% (n=36 adolescentes masculinos), 13 años de edad con un 18% (n=33 adolescentes femeninos) y 23% (n=45 adolescentes masculinos), predominó los 14 años de edad con un 27% (n=49 adolescentes femeninos) y 23% (n=45 adolescentes masculinos) y de 15 años de edad 15% (n=27 adolescentes femeninos) y 23% (n=44 adolescentes masculinos) en adolescentes femeninos y masculinos respectivamente. (Ver tabla 2, gráfica 2).

Número de hijos

- El número de hijos por familia del adolescente, se obtuvo un promedio de 2.4 hijos por familia y una mediana de 2.0 hijos por familia con una moda de 2.0. En la distribución de número de hijos por familia de acuerdo al género femenino del adolescente encuestado se obtuvo un promedio de 2.44 hijos por familia y del género masculino un promedio de 2.40 hijos y en ambos géneros una mediana de 2 hijos por familia con una moda de 2 hijos por familia del adolescente. Se obtuvieron los siguientes resultados dependiendo del género del adolescentes y el número de hijos por familia, con un hijo único 38 adolescentes femeninos contra 43 adolescentes masculinos, 2 hijos por familia, 73 adolescentes femeninos contra 70 adolescentes masculinos, con 3 hijos por familia, 44 adolescentes femeninos contra 60 adolescentes masculinos, con 4 hijos de familia, 17 adolescentes femeninos contra 13 adolescentes masculinos, con 5 hijos por familia, 8 adolescentes femeninos contra 5 adolescentes masculinos, con 6 hijos por familia, 3 adolescentes femeninos contra 1 adolescente masculino, con 7 hijos por familia solo 1 adolescentes femenino, con 9 hijos por familia 1 adolescente masculino y con 11 hijos por familia 1 adolescente masculino. (Ver tabla 3 y gráfica 3)

- Se obtuvieron los siguientes resultados dependiendo de la edad en relación al número de hijos por familia de 10 años de edad, hijo único 3, 2 hijos por familia 10, con 3 hijos por familia 5, con 4 hijos de familia 4, con 6 hijos por familia 2. Se obtuvo a los 10 años edad un promedio de 2.75 hijos por familia una mediana de 2 hijos por familia una moda de 2. De 11 años de edad, hijo único 5, 2 hijos por familia 12, 3 hijos por familia 9, 4 hijos por familia 3, 5 hijos por familia 1. Se obtuvo a los 11 años edad un promedio de 2.43 hijos por familia una mediana de 2 hijos por familia una moda de 2. De 12 años de edad, hijo único 18, con 2 hijos de familia 34, con 3 hijos de familia 22, con 4 hijos de familia 5, con 5 hijos de familia 2. Se obtuvo a los 12 años edad un promedio de 2.25 hijos por familia una mediana de 2 hijos por familia una moda de 2. De 13 años de edad, hijo único 15, con 2 hijos de familia 31, con 3 hijos de familia 30, con 4 hijos de familia 6, con 5 hijos de familia 2, con 11 hijos de familia 1. Se

obtuvo a los 13 años edad un promedio de 2.43 hijos por familia una mediana de 2 hijos por familia una moda de 2. De 14 años de edad, hijo único 21, con 2 hijos por familia 31, con 3 hijos por familia 30, con 4 hijos por familia 4, con 5 hijos por familia 5, con 6 hijos por familia 2, con 7 hijos por familia 1. Se obtuvo a los 14 años edad un promedio de 2.48 hijos por familia una mediana de 2 hijos por familia una moda de 2. De 15 años de edad, hijo único 19, con 2 hijos por familia 24, con 3 hijos por familia 16, con 4 hijos por familia 8, con 5 hijos por familia 3, con 9 hijos por familia 1. Se obtuvo a los 15 años edad un promedio de 2.41 hijos por familia una mediana de 2 hijos por familia una moda de 2. (Ver tabla 4, gráfica 4)

Tipo de comunicación parental

- Se identificó el tipo de comunicación parental entre los padres y los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64, encontrándose que en el mismo individuo puede coexistir diferentes tipos de comunicación, tanto abierta, ofensiva y evitativa por lo tanto se refleja en los resultados obtenidos en la investigación, aplicando fórmulas de proporcionalidad en la comunicación, obteniéndose los siguientes resultados: Comunicación abierta, alta 66% (n=250 adolescentes), media 28%(n=107 adolescentes) y baja 6%(n=21 adolescentes), comunicación ofensiva, alta 20% (n=75 adolescentes), media 59% (n=222 adolescentes) y baja 21% (n=81 adolescentes). Y una comunicación evitativa, alta 39% (n=146 adolescentes), media 56% (n=211 adolescentes) y baja 5% (n=21 adolescentes). (Ver tabla 5, gráfica 5)

- Se logró reconocer el tipo de comunicación parental entre la madre y el adolescente. Obteniéndose los siguientes resultados: Comunicación abierta, alta (n=290 adolescentes), media (n=83 adolescentes) y baja (n=5 adolescentes), comunicación ofensiva, alta (n=73 adolescentes), media (n=244 adolescentes) y baja (n=61 adolescentes) y comunicación evitativa, alta (n=156 adolescentes), media (n=214 adolescentes) y baja (n=8 adolescentes). Se obtuvo el tipo de comunicación parental entre el padre y el adolescente de 10 a 15 años, adscritos

a la UMF 64. Encontrándose los siguientes resultados: Comunicación abierta, alta (n=209 adolescentes), media (n=132 adolescentes) y baja (n=37 adolescentes), comunicación ofensiva, alta (n=77 adolescentes), media (n=201 adolescentes) y baja (n=100 adolescentes) y comunicación evitativa, alta (n=136 adolescentes), media (n=208 adolescentes) y baja (n=34 adolescentes) (Ver tabla 6, gráfica 6).

- Se identificó el tipo de comunicación parental entre la madre y el adolescente femenino contra masculino obteniéndose los siguientes resultados: Comunicación abierta un 74% vs 77%, una comunicación ofensiva un 52% vs 51% y una comunicación evitativa un 63% vs 62% de femenino contra masculino respectivamente, lo que nos demostró que no existe una diferencia significativa por genero del adolescente. Se verifico el tipo de comunicación parental entre el padre y el adolescente femenino contra el masculino, llegando a los siguientes resultados: Comunicación abierta un 66% vs 67%, una comunicación ofensiva en ambos géneros de 46% y una comunicación evitativa un 59% vs 58%, con respecto a femenino contra masculino. Lo que nos corrobora que ya no existe una diferencia por género del adolescente, independientemente del padre o la madre. Al comparar el tipo de comunicación parental entre la madre / adolescentes y el padre / adolescentes. Se encontraron los siguientes resultados: Comunicación abierta madre/adolescente es del 76% y la comunicación padre/adolescente es del 67%, comunicación ofensiva madre/adolescente es del 52% y la comunicación padre/adolescente es del 46% y una comunicación evitativa madre/adolescente es del 63% y la comunicación padre/adolescente es del 59%. (Ver tabla 7 y gráfica 7).

- Se realizó la estimación de la comunicación entre los padres en relación a la edad del adolescente, en donde los adolescentes de 10 años se obtuvo una comunicación abierta de 72%, una comunicación ofensiva de 50%, y una comunicación evitativa de 62%, en los adolescentes de 11 años se obtuvo una comunicación abierta de 64%, una comunicación ofensiva de 47%, y una comunicación evitativa de 61%, en los adolescentes de 12 años se obtuvo una

comunicación abierta de 72%, una comunicación ofensiva de 50%, y una comunicación evitativa de 62%, en los adolescentes de 13 años se obtuvo una comunicación abierta de 65%, una comunicación ofensiva de 49%, y una comunicación evitativa de 61%, en los adolescentes de 14 años se obtuvo una comunicación abierta de 71%, una comunicación ofensiva de 51%, y una comunicación evitativa de 61%, en los adolescentes de 15 años se obtuvo una comunicación abierta de 70%, una comunicación ofensiva de 46%, y una comunicación evitativa de 58%. (Ver tabla 8, grafica 8)

- Se obtuvo que en la comunicación entre la madre en relación a la edad del adolescente, los adolescentes de 10 años se obtuvo una comunicación abierta de 73%, una comunicación ofensiva de 49%, y una comunicación evitativa de 58%, los adolescentes de 11 años se obtuvo una comunicación abierta de 57%, una comunicación ofensiva de 50%, y una comunicación evitativa de 62%, los adolescentes de 12 años se obtuvo una comunicación abierta de 74%, una comunicación ofensiva de 54%, y una comunicación evitativa de 63%, los adolescentes de 13 años se obtuvo una comunicación abierta de 64%, una comunicación ofensiva de 52%, y una comunicación evitativa de 62%, los adolescentes de 14 años se obtuvo una comunicación abierta de 76%, una comunicación ofensiva de 51%, y una comunicación evitativa de 63% y los adolescentes de 15 años se obtuvo una comunicación abierta de 77%, una comunicación ofensiva de 49%, y una comunicación evitativa de 62%. Se determinó la comunicación entre el padre en relación a la edad del adolescente en donde los adolescentes de 10 años se obtuvo una comunicación abierta de 70%, una comunicación ofensiva de 50%, y una comunicación evitativa de 65%, los adolescentes de 11 años se obtuvo una comunicación abierta de 70%, una comunicación ofensiva de 43%, y una comunicación evitativa de 60%, los adolescentes de 12 años se obtuvo una comunicación abierta de 70%, una comunicación ofensiva de 45%, y una comunicación evitativa de 61%, los adolescentes de 13 años se obtuvo una comunicación abierta de 65%, una comunicación ofensiva de 46%, y una comunicación evitativa de 59% , los adolescentes de 14 años se obtuvo una

comunicación abierta de 66%, una comunicación ofensiva de 50%, y una comunicación evitativa de 58% y los adolescentes de 15 años se obtuvo una comunicación abierta de 62%, una comunicación ofensiva de 43%, y una comunicación evitativa de 54%. (Ver tabla 9 y grafica 9)

- Se categorizo entre la comunicación parental y el número de hijos en la familia del adolescente de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64. Obteniéndose los siguientes resultados: un hijo único, una comunicación abierta del 69%, una comunicación ofensiva del 47%, una comunicación evitativa del 59%. Con dos hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 71%, una comunicación ofensiva del 51%, una comunicación evitativa del 60%. Con tres hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 73%, una comunicación ofensiva del -48%, una comunicación evitativa del 61%. Con cuatro hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 72%, una comunicación ofensiva del 47%, una comunicación evitativa del 60%. Con cinco hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 68%, una comunicación ofensiva del 47%, una comunicación evitativa del 56%. Con seis hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 69%, una comunicación ofensiva del 57%, una comunicación evitativa del 80%. Con siete hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 83%, una comunicación ofensiva del 65%, una comunicación evitativa del 50%. Con nueve hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 60%, una comunicación ofensiva del 55%, una comunicación evitativa del 70%. Con once hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 87%, una comunicación ofensiva del 70%, una comunicación evitativa del 80%. (Ver tabla 10 y gráfica 10)

- Se identificó el tipo de comunicación parental con la madre y el número de hijos que integran la familia del adolescente de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64, con un resultado de un hijo único, una comunicación abierta del 73%, una comunicación ofensiva del 50%, una comunicación evitativa del 60%. Con dos

hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 75%, una comunicación ofensiva del 54%, una comunicación evitativa del 62%. Con tres hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 78%, una comunicación ofensiva del 49%, una comunicación evitativa del 63%. Con cuatro hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 78%, una comunicación ofensiva del 47%, una comunicación evitativa del 62%. Con cinco hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 73%, una comunicación ofensiva del 52%, una comunicación evitativa del 58%. Con seis hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 66%, una comunicación ofensiva del 65%, una comunicación evitativa del 86%. Con siete hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 73%, una comunicación ofensiva del 70%, una comunicación evitativa del 52%. Con nueve hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 67%, una comunicación ofensiva del 65%, una comunicación evitativa del 68%. Con once hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 80%, una comunicación ofensiva del 100%, una comunicación evitativa del 88%. Se obtuvo el tipo de comunicación parental con el padre y el número de hijos que integran la familia del adolescente de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64, con un resultado de un hijo único, una comunicación abierta del 65%, una comunicación ofensiva del 44%, una comunicación evitativa del 58%. Con dos hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 67%, una comunicación ofensiva del 47%, una comunicación evitativa del 58%. Con tres hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 67%, una comunicación ofensiva del 47%, una comunicación evitativa del 59%. Con cuatro hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 65%, una comunicación ofensiva del 47%, una comunicación evitativa del 57%. Con cinco hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 63%, una comunicación ofensiva del 42%, una comunicación evitativa del 54%. Con seis hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 72%, una comunicación ofensiva del

49%, una comunicación evitativa del 73%. Con siete hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 93%, una comunicación ofensiva del 60%, una comunicación evitativa del 48%. Con nueve hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 53%, una comunicación ofensiva del 45%, una comunicación evitativa del 72%. Con once hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 93%, una comunicación ofensiva del 40%, una comunicación evitativa del 72%. (Ver tabla 11 y gráfica 11)

- Se distinguió el tipo de comunicación parental con la madre y el número de hijos en adolescentes femeninos contra masculinos, obteniéndose el siguiente tipo de comunicación: Con un hijo único, una comunicación abierta del 76% vs 73%, una comunicación ofensiva del 53% vs 48%, una comunicación evitativa del 61% en ambos géneros. Con dos hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 77% vs 74%, una comunicación ofensiva ambos del 52%, una comunicación evitativa del 60% vs 64%. Con tres hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 79% vs 77%, una comunicación ofensiva del 56% vs 48%, una comunicación evitativa del 69% vs 63%. Con cuatro hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 77% vs 64%, una comunicación ofensiva del 53% vs 60%, una comunicación evitativa del 56% vs 57%. Con cinco hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 67% vs 74%, una comunicación ofensiva del 46% vs 52%, una comunicación evitativa del 59% vs 66%, siendo este el resultado diferencial más significativo entre géneros. Con seis hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 75% vs 78%, una comunicación ofensiva del 37% vs 55%, una comunicación evitativa del 65% vs 72% femenino contra masculino respectivamente y con siete hijos que integran la familia de un adolescente femenino, una comunicación abierta del 78%, una comunicación ofensiva del 60%, una comunicación evitativa del 36%. Con nueve hijos que integran la familia de un adolescente masculino, una comunicación abierta del 64%, una comunicación ofensiva del 60%, una comunicación evitativa del 64% y por último con once hijos que integran la

familia de un adolescente masculino, una comunicación abierta del 95%, una comunicación ofensiva del 50%, una comunicación evitativa del 72%. (Ver tabla 12 y gráfica 12)

- Se logró especificar el tipo de comunicación parental con el padre y el número de hijos en adolescentes femeninos contra masculinos con un hijo único, una comunicación abierta del 60% vs 66%, una comunicación ofensiva del 45% vs 43%, una comunicación evitativa del 59% vs 57%. Con dos hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 67% en ambos géneros, una comunicación ofensiva del 46% vs 48%, una comunicación evitativa del 57% vs 59%. Con tres hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 68% vs 66%, una comunicación ofensiva del 49% vs 45%, una comunicación evitativa del 61% vs 58%. Con cuatro hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 62% vs 69%, una comunicación ofensiva del 45% vs 50%, una comunicación evitativa del 63% vs 48%. Con cinco hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 55% vs 75%, una comunicación ofensiva del 41% vs 42%, una comunicación evitativa del 50% vs 62%. Con seis hijos que integran la familia del adolescente, una comunicación abierta del 70% vs 76%, una comunicación ofensiva del 50% vs 45%, una comunicación evitativa del 76% vs 64%, de adolescentes femeninos contra masculinos respectivamente. Con siete hijos que integran la familia de una adolescente femenino, una comunicación abierta del 93%, una comunicación ofensiva del 60%, una comunicación evitativa del 48. Con nueve hijos que integran la familia de un adolescente masculino, una comunicación abierta del 53%, una comunicación ofensiva del 45%, una comunicación evitativa del 72%. Y con once hijos que integran la familia de un adolescente masculino, una comunicación abierta del 93%, una comunicación ofensiva del 40%, una comunicación evitativa del 72%. (Ver tabla 13 y gráfica 13)

Grado de franqueza

- Se integró el grado de franqueza de la comunicación parenteral con los adolescentes, se obtuvo como resultado: Una buena comunicación en 63% (n=240 adolescentes), una regular comunicación en 29% (n=108 adolescentes) y una mala comunicación en 8% (n=30 adolescentes) (Ver tabla 14 y gráfica 14).
- El grado de franqueza de la comunicación entre la madre y el adolescente, se obtuvo como resultado: Una buena comunicación en 73% (n=278 adolescentes), una regular comunicación en 24% (n=89 adolescentes) y una mala comunicación en 3% (n=11 adolescentes). Mientras que el grado de franqueza de la comunicación entre el padre y el adolescente, se obtuvo como resultado: Una buena comunicación en 53% (n=202 adolescentes), Una regular comunicación en 34% (n=127 adolescentes) y Una mala comunicación en 13% (n=49 adolescentes). (Ver tabla 15 y gráfica 15)
- El grado de franqueza de la comunicación entre los padres y el adolescente femenino contra el masculino, se obtuvieron los siguientes resultados: Una buena comunicación en el 62% (n=115 adolescentes femeninos) vs 65% (n=125 adolescentes masculinos), una regular comunicación en el 29% (n=53 adolescentes femeninos) vs 28% (n=55 adolescentes masculinos) y una mala comunicación en el 9% (n=16 adolescentes femeninos) vs 7% (n=14 adolescentes masculinos) adolescentes femeninos contra masculinos respectivamente. El grado de franqueza de la comunicación entre la madre y el adolescente femenino contra masculino se obtuvieron los siguientes resultados: Una buena comunicación en el 74% (n=136 adolescentes femeninos) vs 73% (n=142 adolescentes masculinos), una regular comunicación en el 25% (n=46 adolescentes femeninos) vs 22% (n=43 adolescentes masculinos) y una mala comunicación en el 1% (n=2 adolescentes femeninos) vs 5% (n=9 adolescentes masculinos), adolescentes femeninos contra masculinos respectivamente. Ahora bien el grado de franqueza de la comunicación entre el padre y el adolescente femenino contra el masculino, se obtuvieron los siguientes resultados: Una buena comunicación en el 25% (n=95 adolescentes femeninos) vs 28% (n=107

adolescentes masculinos), una regular comunicación en el 16% (n=60 adolescentes femeninos) vs 18% (n=67 adolescentes masculinos) y una mala comunicación en el 8% (n=29 adolescentes femeninos) vs 5% (n=20 adolescentes masculinos), adolescentes femeninos contra masculinos respectivamente. (Ver tabla 16 y gráfica 16).

- El grado de franqueza de la comunicación parenteral y el adolescente, dependiendo de su edad, se obtuvieron los siguientes resultados: 10 años de edad una buena comunicación en 4% (n=17 adolescentes), una regular comunicación en 2% (n=7 adolescentes) y una mala comunicación en 0% (n=1 adolescentes). 11 años de edad una buena comunicación en 5% (n=20 adolescentes), una regular comunicación en 3% (n=10 adolescentes) y una mala comunicación en 0% (n=1 adolescentes). 12 años de edad una buena comunicación en 15% (n=58 adolescentes), una regular comunicación en 5% (n=19 adolescentes) y una mala comunicación en 1% (n=4 adolescentes). 13 años de edad una buena comunicación en 12% (n=45 adolescentes), una regular comunicación en 7% (n=25 adolescentes) y una mala comunicación en 2% (n=8 adolescentes). 14 años de edad una buena comunicación en 15% (n=58 adolescentes), una regular comunicación en 7% (n=26 adolescentes) y una mala comunicación en 2% (n=9 adolescentes). 15 años de edad una buena comunicación en 11% (n=42 adolescentes), una regular comunicación en 6% (n=21 adolescentes) y una mala comunicación en 2% (n=7 adolescentes). (Ver tabla 17 y gráfica 17).

- El grado de franqueza de la comunicación entre la madre y el adolescente de 10 a 15 años adscritos a la UMF 64, dependiendo de su edad, se obtuvieron los siguientes resultados: 10 años de edad una buena comunicación en 5% (n=19 adolescentes), una regular comunicación en 1% (n=5 adolescentes) y una mala comunicación en 0% (n=0 adolescentes). 11 años de edad una buena comunicación en 6% (n=22 adolescentes), una regular comunicación en 2% (n=8 adolescentes) y una mala comunicación en 0% (n=0 adolescentes). 12 años de edad una buena comunicación en 17% (n=65 adolescentes), una regular

comunicación en 4% (n=15 adolescentes) y una mala comunicación en 0% (n=1 adolescentes). 13 años de edad una buena comunicación en 13% (n=51 adolescentes), una regular comunicación en 6% (n=23 adolescentes) y una mala comunicación en 1% (n=4 adolescentes). 14 años de edad una buena comunicación en 18% (n=69 adolescentes), una regular comunicación en 6% (n=21 adolescentes) y una mala comunicación en 1% (n=4 adolescentes). 15 años de edad una buena comunicación en 14% (n=52 adolescentes), una regular comunicación en 4% (n=17 adolescentes) y una mala comunicación en 1% (n=2 adolescentes). (Ver tabla 18 y gráfica 18)

- El grado de franqueza de la comunicación entre el padre y el adolescente, dependiendo de su edad, se obtuvieron los siguientes resultados: 10 años de edad una buena comunicación en 4% (n=14 adolescentes), una regular comunicación en 2% (n=9 adolescentes) y una mala comunicación en 0% (n=1 adolescentes). 11 años de edad una buena comunicación en 4% (n=17 adolescentes), una regular comunicación en 3% (n=12 adolescentes) y una mala comunicación en 0% (n=1 adolescentes). 12 años de edad una buena comunicación en 13% (n=50 adolescentes), una regular comunicación en 6% (n=24 adolescentes) y una mala comunicación en 2% (n=7 adolescentes). 13 años de edad una buena comunicación en 11% (n=40 adolescentes), una regular comunicación en 7% (n=26 adolescentes) y una mala comunicación en 3% (n=12 adolescentes). 14 años de edad una buena comunicación en 13% (n=48 adolescentes), una regular comunicación en 8% (n=31 adolescentes) y una mala comunicación en 4% (n=15 adolescentes). 15 años de edad una buena comunicación en 9% (n=33 adolescentes), una regular comunicación en 7% (n=25 adolescentes) y una mala comunicación en 3% (n=13 adolescentes). (Ver tabla 19 y gráfica 19)

Magnitud de los problemas de comunicación parental

- Se integró la magnitud de los problemas de la comunicación parenteral con los adolescentes, se obtuvo como resultado: No hay problemas de comunicación en 17% (n=63 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 70% (n=267 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 13% (n=48 adolescentes) (Ver tabla 20 y gráfica 20).

- Se infirió la magnitud de los problemas de comunicación familiar entre la madre con los adolescentes, se obtuvo como resultado: No hay problemas de comunicación en 18% (n= 70 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 74% (n= 279 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 8% (n= 29 adolescentes). (Ver tabla 32 y gráfica 31). Mientras que la magnitud de los problemas de la comunicación entre el padre y el adolescente se obtuvieron los siguientes resultados: No hay problemas de comunicación en 15% (n=56 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 67% (n=255 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 18% (n=67 adolescentes). (Ver tabla 21 y gráfica 21).

- La magnitud de los problemas de la comunicación entre los padres y el adolescente femenino contra el masculino, se obtuvieron los siguientes resultados: No hay problemas de comunicación en el 17% (n=31 adolescentes femeninos) vs 17% (n=32 adolescentes masculinos), algunos problemas de comunicación en el 72% (n=132 adolescentes femeninos) vs 69% (n=134 adolescentes masculinos) y francos problemas de comunicación en el 11% (n=21 adolescentes femeninos) vs 14% (n=28 adolescentes masculinos), adolescentes femeninos contra masculinos respectivamente. La magnitud de los problemas de la comunicación familiar entre la madre y el adolescente femenino contra el masculino, se obtuvieron los siguientes resultados: No hay problemas de comunicación en el 19% (n= 35 adolescentes femeninos) vs 18% (n= 35 adolescentes masculinos), algunos problemas de comunicación en el 74% (n= 137 adolescentes femeninos) vs 73% (n=142 adolescentes masculinos) y francos problemas de comunicación en el 7% (n= 12 adolescentes femeninos) vs 9% (n=17 adolescentes masculinos),

adolescentes femeninos contra masculinos respectivamente. Mientras que la magnitud de los problemas de la comunicación entre el padre y el adolescente femenino contra el masculino, se obtuvieron los siguientes resultados: No hay problemas de comunicación en el 15% (n=27 adolescentes femeninos) vs 15% (n=29 adolescentes masculinos), algunos problemas de comunicación en el 69% (n=128 adolescentes femeninos) vs 65% (n=127 adolescentes masculinos) y francos problemas de comunicación en el 16% (n=29 adolescentes femeninos) vs 20% (n=38 adolescentes masculinos), adolescentes femeninos contra masculinos respectivamente (Ver tabla 22 y gráfica 22).

- La magnitud de los problemas de la comunicación parenteral y el adolescente, dependiendo de su edad, se obtuvieron los siguientes resultados: 10 años de edad: No hay problemas de comunicación en 1% (n=4 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 2% (n=19 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 0% (n=1 adolescentes). 11 años de edad: No hay problemas de comunicación en 1% (n=4 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 6% (n=21 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 1% (n=5 adolescentes). 12 años de edad: No hay problemas de comunicación en 3% (n=11 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 17% (n=65 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 1% (n=5 adolescentes). 13 años de edad: No hay problemas de comunicación en 4% (n=14 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 13% (n=50 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 4% (n=14 adolescentes). 14 años de edad: No hay problemas de comunicación en 5% (n=20 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 17% (n=65 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 2% (n=9 adolescentes). 15 años de edad: No hay problemas de comunicación en 3% (n=10 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 13% (n=47 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 4% (n=14 adolescentes). (Ver tabla 23 y gráfica 23).

- La magnitud de los problemas de la comunicación entre la madre y el adolescente de 10 a 15 años adscritos a la UMF 64, dependiendo de su edad, se obtuvieron los siguientes resultados: 10 años de edad: No hay problemas de comunicación en 1% (n=4 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 5% (n=20 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 0% (n=0 adolescentes). 11 años de edad: No hay problemas de comunicación en 1% (n=4 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 6% (n=21 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 1% (n=5 adolescentes). 12 años de edad: No hay problemas de comunicación en 4% (n=14 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 17% (n=65 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 1% (n=2 adolescentes). 13 años de edad: No hay problemas de comunicación en 4% (n=15 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 14% (n=54 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 2% (n=9 adolescentes). 14 años de edad: No hay problemas de comunicación en 6% (n=22 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 17% (n=66 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 2% (n=6 adolescentes). 15 años de edad: No hay problemas de comunicación en 3% (n=11 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 14% (n=53 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 2% (n=7 adolescentes). (Ver tabla 24 y gráfica 24).

- La magnitud de los problemas de la comunicación entre el padre y el adolescente, dependiendo de su edad, se obtuvieron los siguientes resultados: 10 años de edad: No hay problemas de comunicación en 1% (n=4 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 5% (n=19 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 0% (n=1 adolescentes). 11 años de edad: No hay problemas de comunicación en 1% (n=4 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 5% (n=20 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 2% (n=6 adolescentes). 12 años de edad: No hay problemas de comunicación en 2% (n=9 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 17% (n=64 adolescentes) y francos problemas de

comunicación en 2% (n=8 adolescentes). 13 años de edad: No hay problemas de comunicación en 3% (n=12 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 12% (n=47 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 5% (n=19 adolescentes). 14 años de edad: No hay problemas de comunicación en 5% (n=18 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 17% (n=63 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 3% (n=13 adolescentes). 15 años de edad: No hay problemas de comunicación en 2% (n=9 adolescentes), algunos problemas de comunicación en 11% (n=42 adolescentes) y francos problemas de comunicación en 5% (n=20 adolescentes). (Ver tabla 25 y gráfica 25).

Autoestima de los adolescentes

- Se captó el grado de autoestima que tienen los adolescentes de acuerdo al análisis de los resultados obtenidos en la recopilación de datos realizado se obtuvieron los siguientes resultados, se tiene: una autoestima alta o positiva, en 57% (n=215 adolescentes), una autoestima media o relativa, en 22% (n=83 adolescentes) y una autoestima baja o negativa, en 21% (n=80 adolescentes) (Ver tabla 26 y gráfica 26).
- Se estableció el grado de autoestima que tienen los adolescentes femeninos contra los masculinos en base a los resultados obtenidos por el investigador son: una autoestima alta o positiva, en 59% (n=108 adolescentes femeninos) vs 55% (n=107 adolescentes masculinos), una autoestima media o relativa, en 19% (n=36 adolescentes femeninos) vs 24% (n=47 adolescentes masculinos) y una autoestima baja o negativa, en 22% (n=40 adolescentes femeninos) vs 21% (n=40 adolescentes masculinos) (Ver tabla 27 y gráfica 27).
- Se realizó la detección del grado de autoestima por edad de los adolescentes de 10 a 15 años, obteniendo los siguientes resultados: 10 años de edad, una autoestima alta o positiva, en 50% (n=12 adolescentes), una autoestima media o relativa, en 21% (n=5 adolescentes) y una autoestima baja o

negativa, en 29% (n=7 adolescentes), en adolescentes de 11 años de edad, una autoestima alta o positiva, en 43% (n=13 adolescentes), una autoestima media o relativa, en 17% (n=5 adolescentes) y una autoestima baja o negativa, en 40% (n=12 adolescentes), adolescentes de 12 años de edad: una autoestima alta o positiva, en 64% (n=52 adolescentes), una autoestima media o relativa, en 19% (n=15 adolescentes) y una autoestima baja o negativa, en 17% (n=14 adolescentes), en adolescentes de 13 años de edad: una autoestima alta o positiva, en 62% (n=48 adolescentes), una autoestima media o relativa, en 24% (n=19 adolescentes) y una autoestima baja o negativa, en 14% (n=11 adolescentes), 14 años de edad, una autoestima alta o positiva, en 52% (n=49 adolescentes), una autoestima media o relativa, en 23% (n=22 adolescentes) y una autoestima baja o negativa, en 24% (n=23 adolescentes) y en adolescentes de 15 años de edad: una autoestima alta o positiva, en 58% (n=41 adolescentes), una autoestima media o relativa, en 24% (n=17 adolescentes) y una autoestima baja o negativa, en 18% (n=13 adolescentes) (Ver tabla 28 y gráfica 28).

- Se identificó la relación entre el grado de franqueza en la comunicación y la magnitud de los problemas de comunicación con la autoestima en los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64. Encontrándose los siguientes resultados: Autoestima alta o positiva del 57%(n=215), con una buena comunicación en el grado de franqueza 63%(n=240) y donde no hay problemas de comunicación en la magnitud de los problemas de comunicación 17%(n=63). Autoestima media o relativa del 22%(n=83), con una regular comunicación en el grado de franqueza 29%(n=108) y en donde hay algunos problemas en la magnitud de los problemas de comunicación 70%(n=267). Autoestima baja o negativa del 21%(n=80), con una mala comunicación en el grado de franqueza 8%(n=30) y en donde existen francos problemas de comunicación en la magnitud de los problemas de comunicación 13%(n=48). (Ver tabla 29 y gráfica 29).

- Se identifica la relación entre la comunicación parental, el grado de franqueza en la comunicación y la magnitud de los problemas de comunicación con la autoestima en los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64. Comunicación abierta alta del 66% (n=250), una comunicación ofensiva alta del 20% (n=75), y una comunicación evitativa alta del 39% (n=146), Autoestima alta o positiva del 57%(n=215), con una buena comunicación en el grado de franqueza 63%(n=240) y donde no hay problemas de comunicación en la magnitud de los problemas de comunicación 17%(n=63). Comunicación abierta media del 28% (n=107), una comunicación ofensiva media del 59% (n=222), y una comunicación evitativa media del 56% (n=211), Autoestima media o relativa del 22%(n=83), con una regular comunicación en el grado de franqueza 29%(n=108) y en donde hay algunos problemas en la magnitud de los problemas de comunicación 70%(n=267). Comunicación abierta baja del 6%(n=21), una comunicación ofensiva baja del 21% (n=81), y una comunicación evitativa baja del 6% (n=21), Autoestima baja o negativa del 21%(n=80), con una mala comunicación en el grado de franqueza 8%(n=30) y en donde existen francos problemas de comunicación en la magnitud de los problemas de comunicación 13%(n=48) (Ver tabla 30 y gráfica 30).

- Se determinó la relación entre la comunicación parental y autoestima en adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64. Encontrándose una comunicación abierta alta del 66% (n=250), una comunicación ofensiva alta del 20% (n=75), y una comunicación evitativa alta del 39% (n=146), Autoestima alta o positiva del 57%(n=215). Mientras que la comunicación abierta media del 28% (n=107), una comunicación ofensiva media del 59% (n=222), y una comunicación evitativa media del 56% (n=211), Autoestima media o relativa del 22%(n=83). Y una comunicación abierta baja del 6%(n=21), una comunicación ofensiva baja del 21% (n=81), y una comunicación evitativa baja del 6% (n=21), Autoestima baja o negativa del 21%(n=80), Encontrando que la hipótesis no se cumplió debido a que la comunicación parental abierta se encontró solo en el 41% de los adolescentes que tienen autoestima alta. (Ver tabla 31 y gráfica 31).

2. Tablas y gráficas.

A continuación se presentan la concentración de los datos en las tablas respectivas y las representaciones gráficas de los datos obtenidos por el investigador.

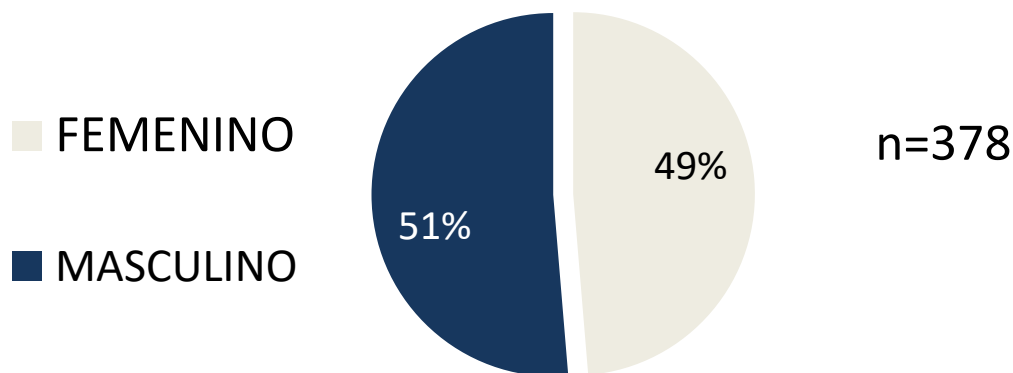
Género

Tabla 1. Género de los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64

Femenino	184	49%
Masculino	194	51%
Total	378	100%

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador.
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Gráfica 1. Género de los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.



Fuente: Tabla 1
UMF: Unidad de Medicina Familiar.

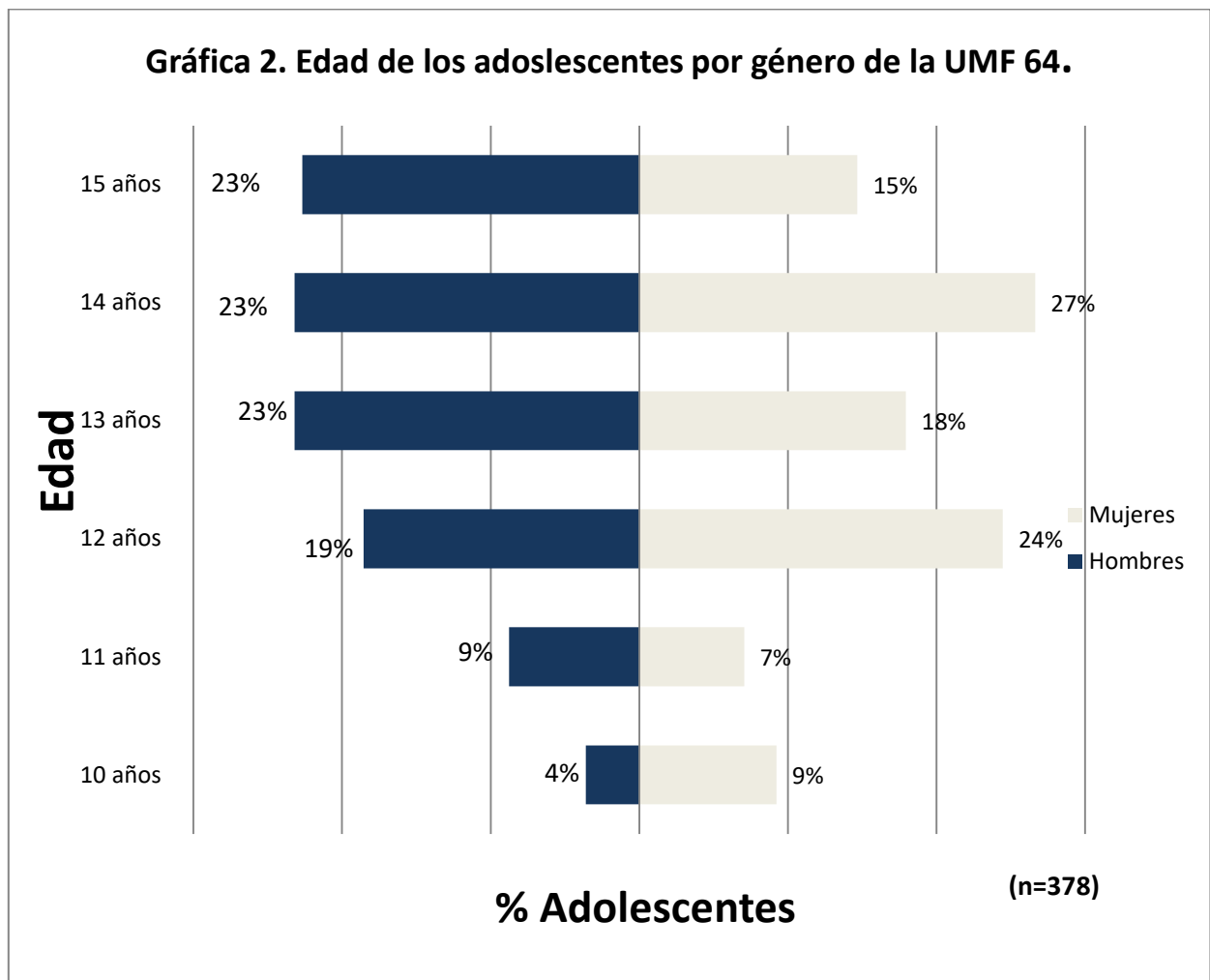
Edad

Tabla 2. Edad de los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.

Población por edad	%	Masculino	%	Femenino	%	Total
10 años	4%	7	9%	17	6%	24
11 años	9%	17	7%	13	8%	30
12 años	19%	36	24%	45	21%	81
13 años	23%	45	18%	33	21%	78
14 años	23%	45	27%	49	25%	94
15 años	23%	44	15%	27	19%	71
Total	100%	194	100%	184	100%	378

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador.

UMF: Unidad de Medicina Familiar.



Fuente: Tabla 2

UMF: Unidad de Medicina Familiar

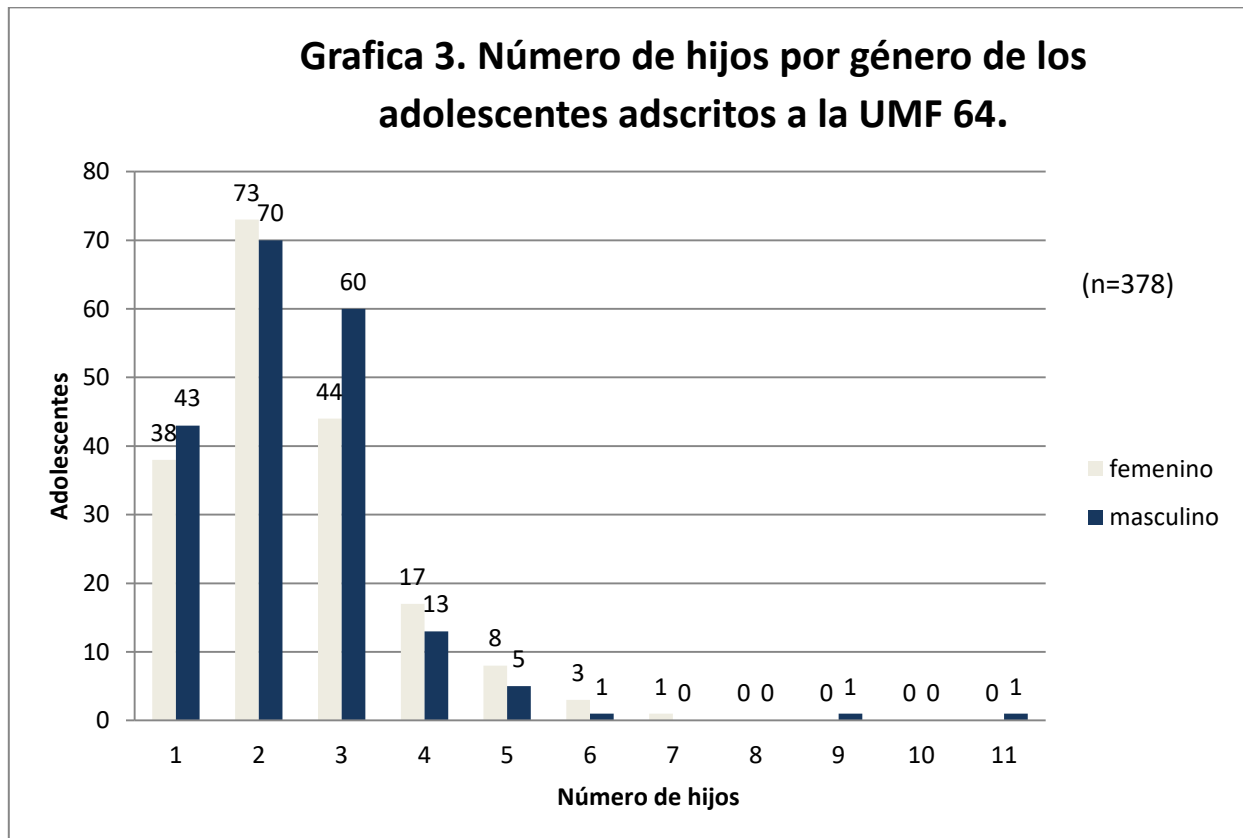
Número de hijos

Tabla 3. Número de hijos por familia del adolescente de 10 a 15 años adscritos a la UMF 64.

Número de hijos	Femeninos	Masculinos	Total
Hijo único	38	43	81
2	73	70	143
3	44	60	104
4	17	13	30
5	8	5	13
6	3	1	4
7	1	0	1
8	0	0	0
9	0	1	1
10	0	0	0
11	0	1	1
Total	184	194	378

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador.

UMF: Unidad de Medicina Familiar.



Fuente: Tabla 3

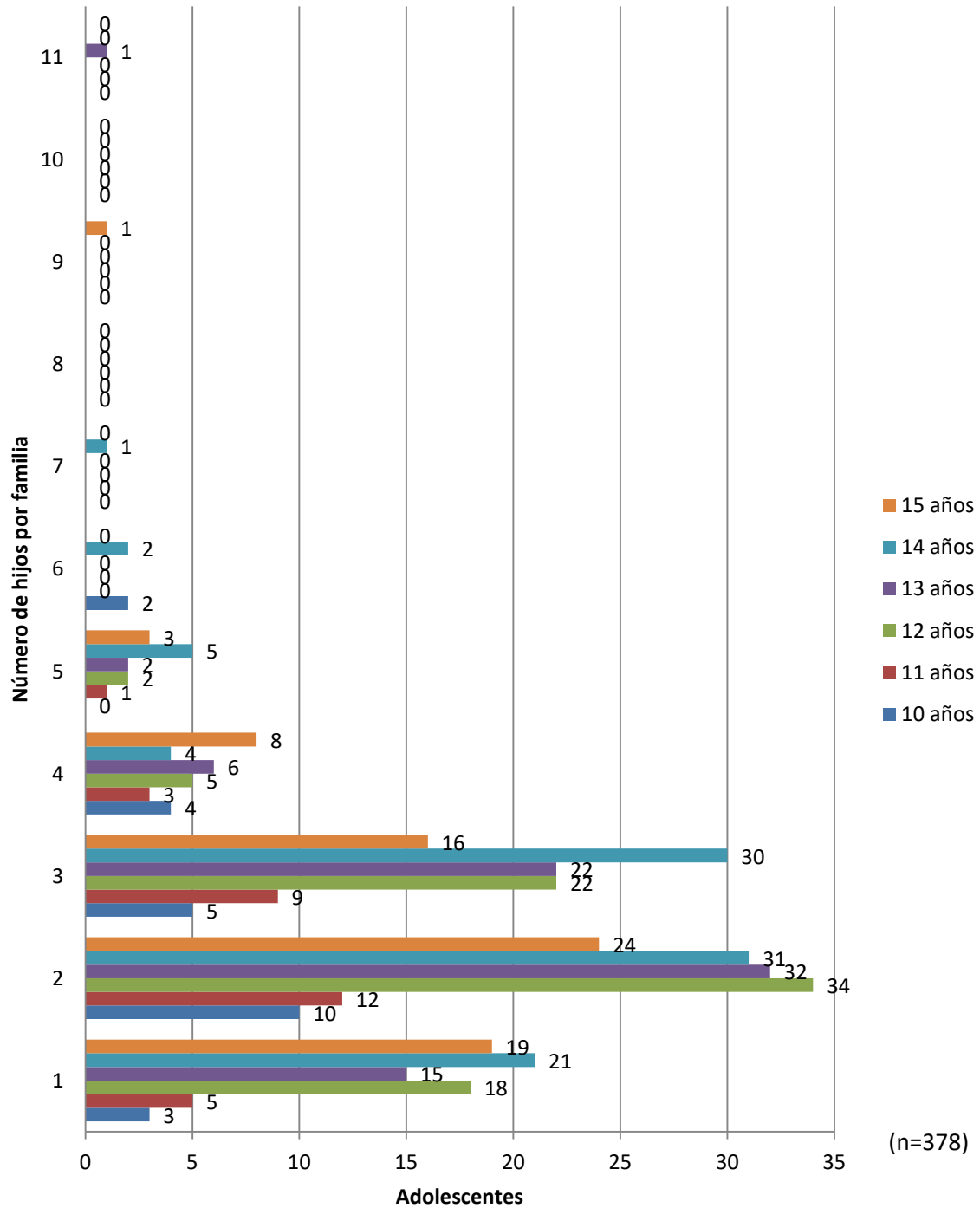
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 4. Número de hijos por familia del adolescente en relación a la edad de 10 a 15 años adscritos a la UMF 64.

Edad (años)	Número de hijos por familia del adolescente											Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
10	3	10	5	4	0	2	0	0	0	0	0	24
11	5	12	9	3	1	0	0	0	0	0	0	30
12	18	34	22	5	2	0	0	0	0	0	0	81
13	15	32	22	6	2	0	0	0	0	0	1	78
14	21	31	30	4	5	2	1	0	0	0	0	94
15	19	24	16	8	3	0	0	0	1	0	0	71
Total	81	143	104	30	13	4	1	0	1	0	1	378

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador.
UMF: Unidad de Medicina Familiar.

Gráfica 4. Número de hijos en relación a la edad del adolescente adscrito a UMF 64.



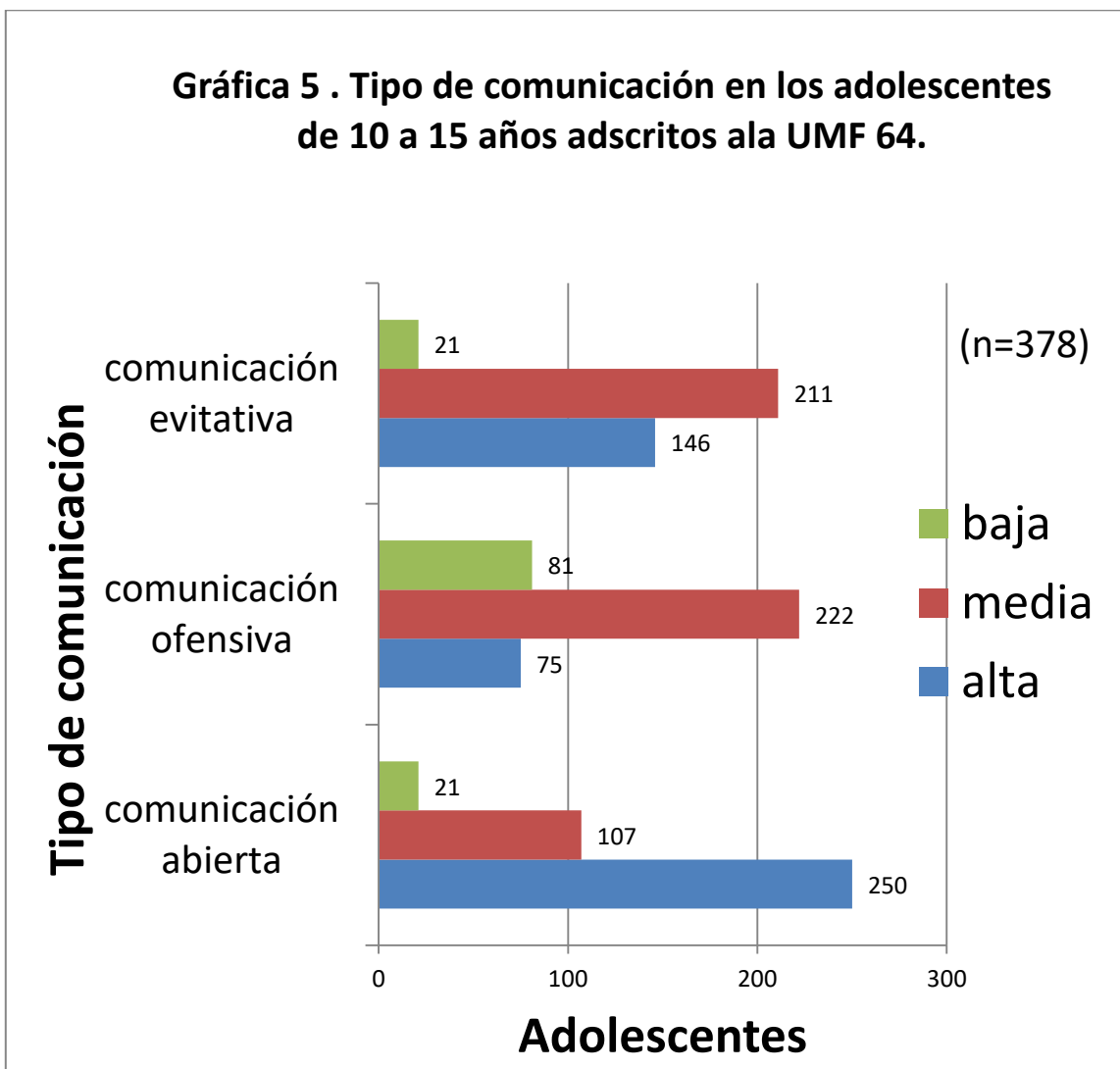
Fuente: Tabla 4
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tipos de comunicación parental con los adolescentes de 10 a 15 años de edad adscritos a la UMF 64.

Tabla 5. Tipo de comunicación en los adolescentes de 10 a 15 años adscritos a la UMF 64.

	Comunicación abierta	Comunicación ofensiva	Comunicación evitativa
Alta	250	75	146
Media	107	222	211
Baja	21	81	21

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar



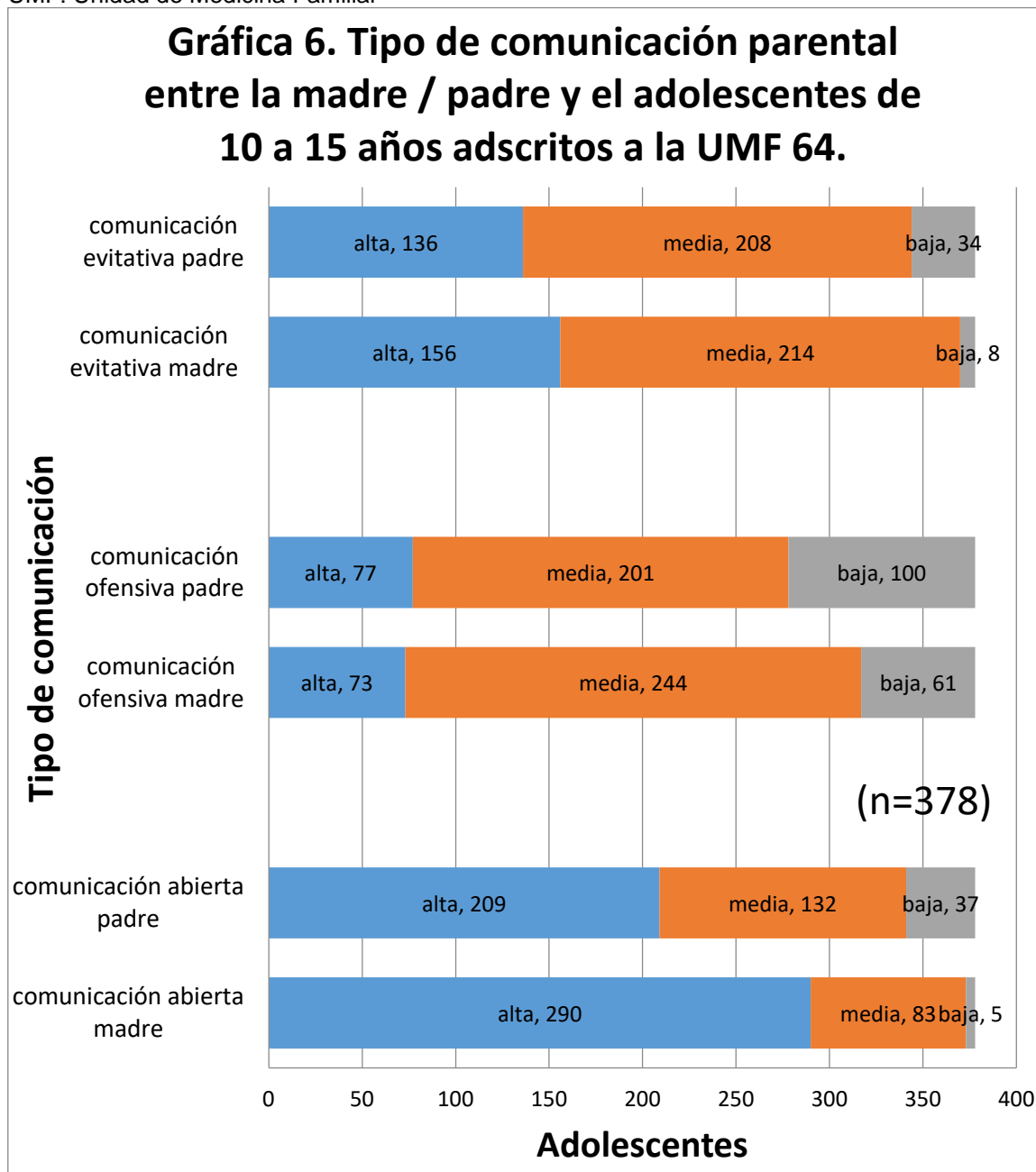
Fuente: Tabla 5
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 6. Tipo de comunicación parental entre la madre / padre y el adolescente de 10 a 15 años adscritos a la UMF 64.

	Comunicación abierta madre	Comunicación ofensiva madre	Comunicación evitativa madre	Comunicación abierta padre	Comunicación ofensiva padre	Comunicación evitativa padre
Alta	290	73	156	209	77	136
Media	83	244	214	132	201	208
Baja	5	61	8	37	100	34

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

UMF: Unidad de Medicina Familiar



Fuente: Tabla 6

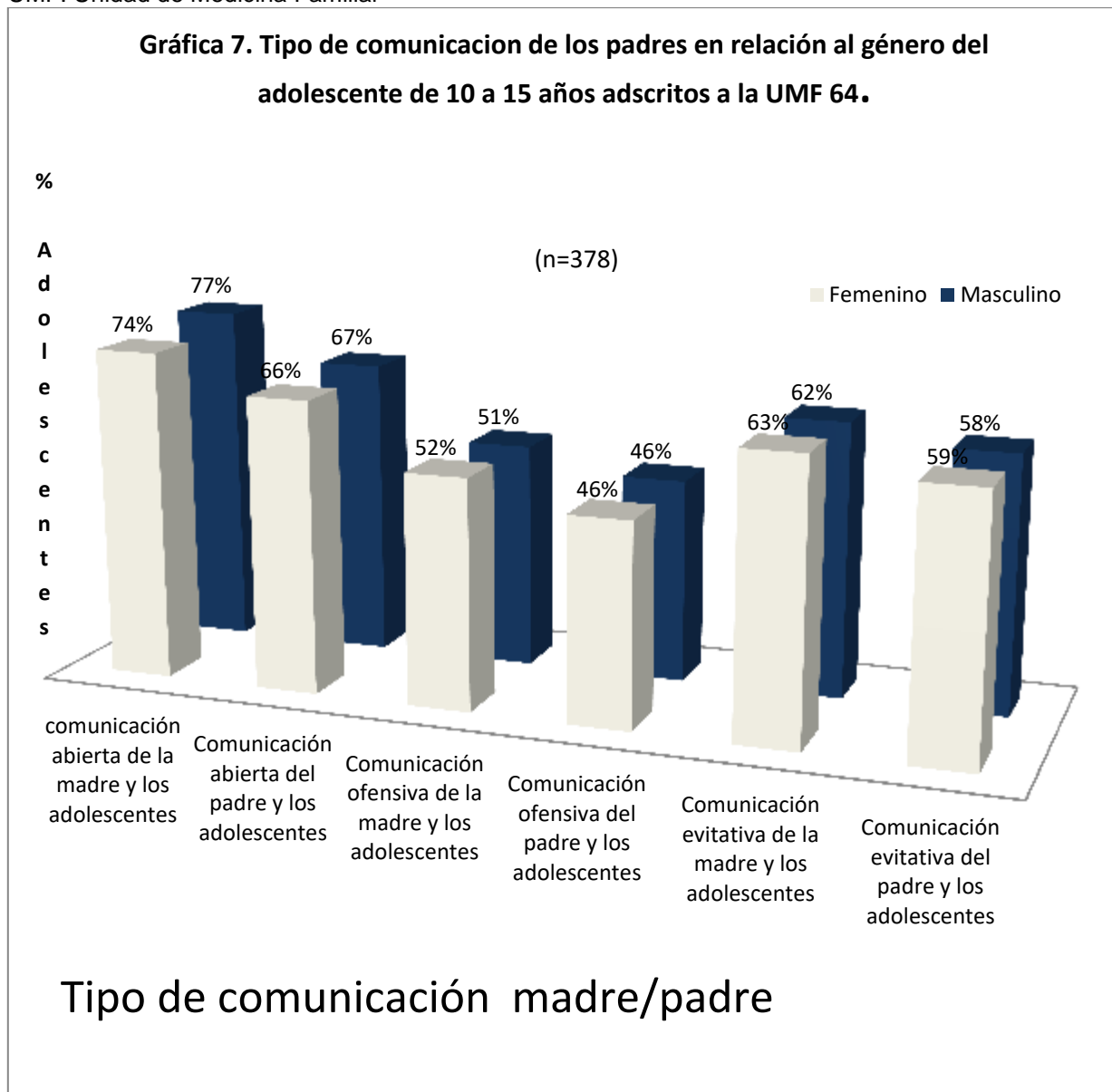
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 7. Tipo de comunicación parental entre la madre/los adolescentes y el padre/adolescentes adscritos a la UMF 64.

	Comunicación abierta de la madre y los adolescentes	Comunicación abierta del padre y los adolescentes	Comunicación ofensiva de la madre y los adolescentes	Comunicación ofensiva del padre y los adolescentes	Comunicación evitativa de la madre y los adolescentes	Comunicación evitativa del padre y los adolescentes
Femenino	74%	66%	52%	46%	63%	59%
Masculino	77%	67%	51%	46%	62%	58%
Total	76%	67%	52%	46%	63%	59%

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Gráfica 7. Tipo de comunicación de los padres en relación al género del adolescente de 10 a 15 años adscritos a la UMF 64.



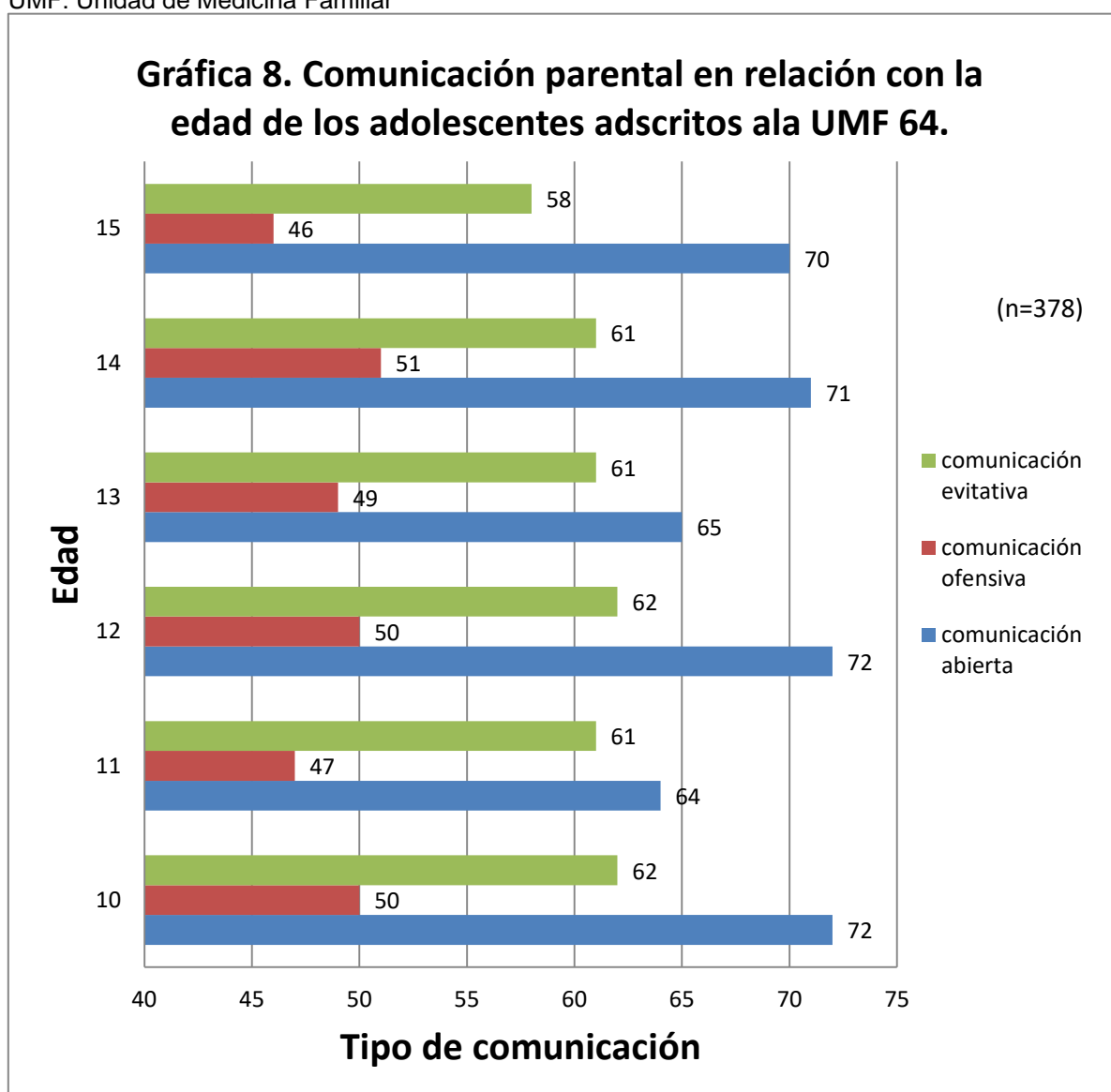
Fuente: Tabla 7
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 8. Comunicación entre los padres en relación a la edad del adolescente de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64

Edad	Comunicación abierta	Comunicación ofensiva	Comunicación evitativa
10	72%	50%	62%
11	64%	47%	61%
12	72%	50%	62%
13	65%	49%	61%
14	71%	51%	61%
15	70%	46%	58%

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

UMF: Unidad de Medicina Familiar



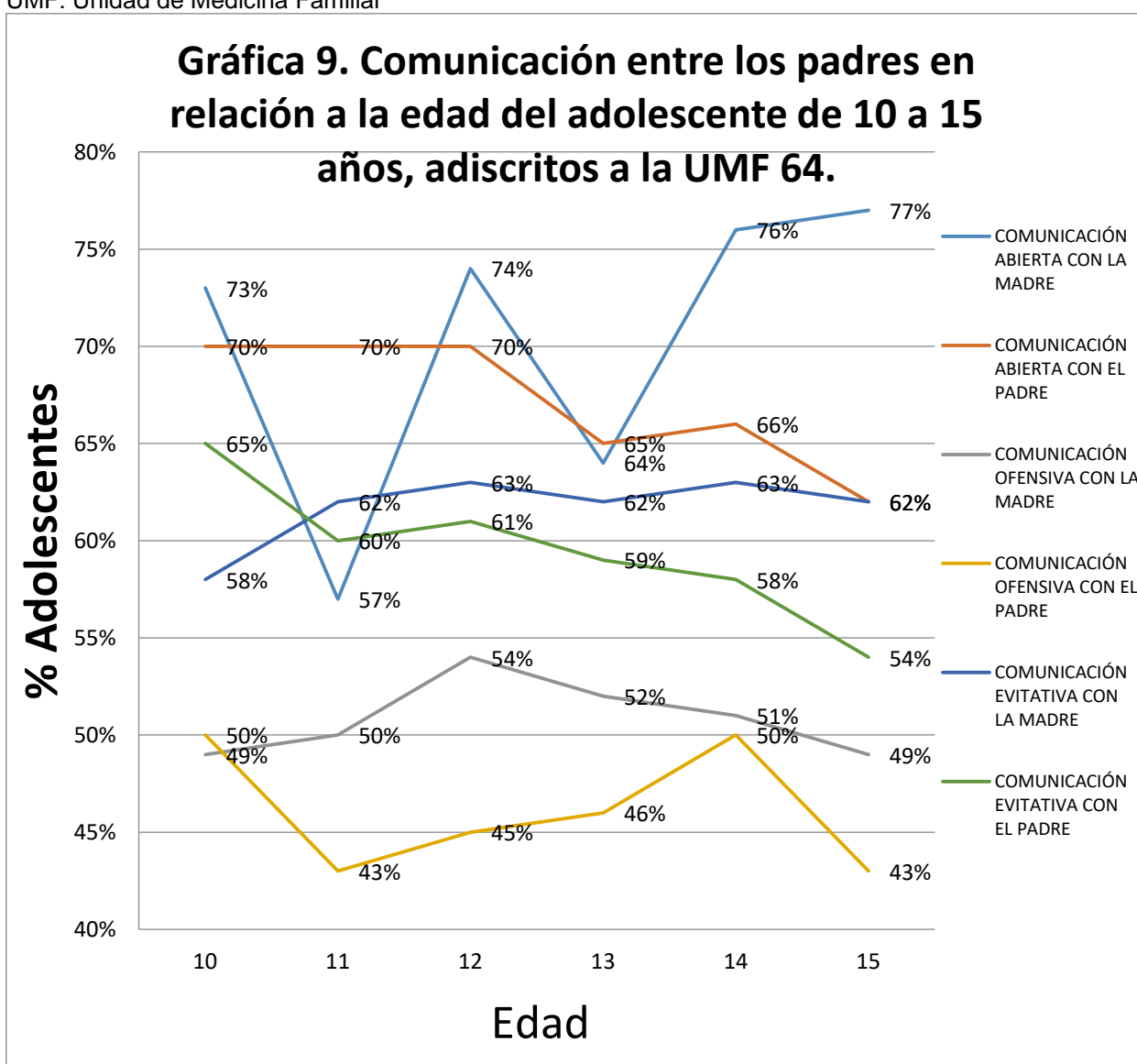
Fuente: Tabla 8

UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 9. Comunicación entre los padres en relación a la edad del adolescente de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64

Edad	Comunicación abierta con la madre	Comunicación abierta con el padre	Comunicación ofensiva con la madre	Comunicación ofensiva con el padre	Comunicación evitativa con la madre	Comunicación evitativa con el padre
10	73%	70%	49%	50%	58%	65%
11	57%	70%	50%	43%	62%	60%
12	74%	70%	54%	45%	63%	61%
13	64%	65%	52%	46%	62%	59%
14	76%	66%	51%	50%	63%	58%
15	77%	62%	49%	43%	62%	54%

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar



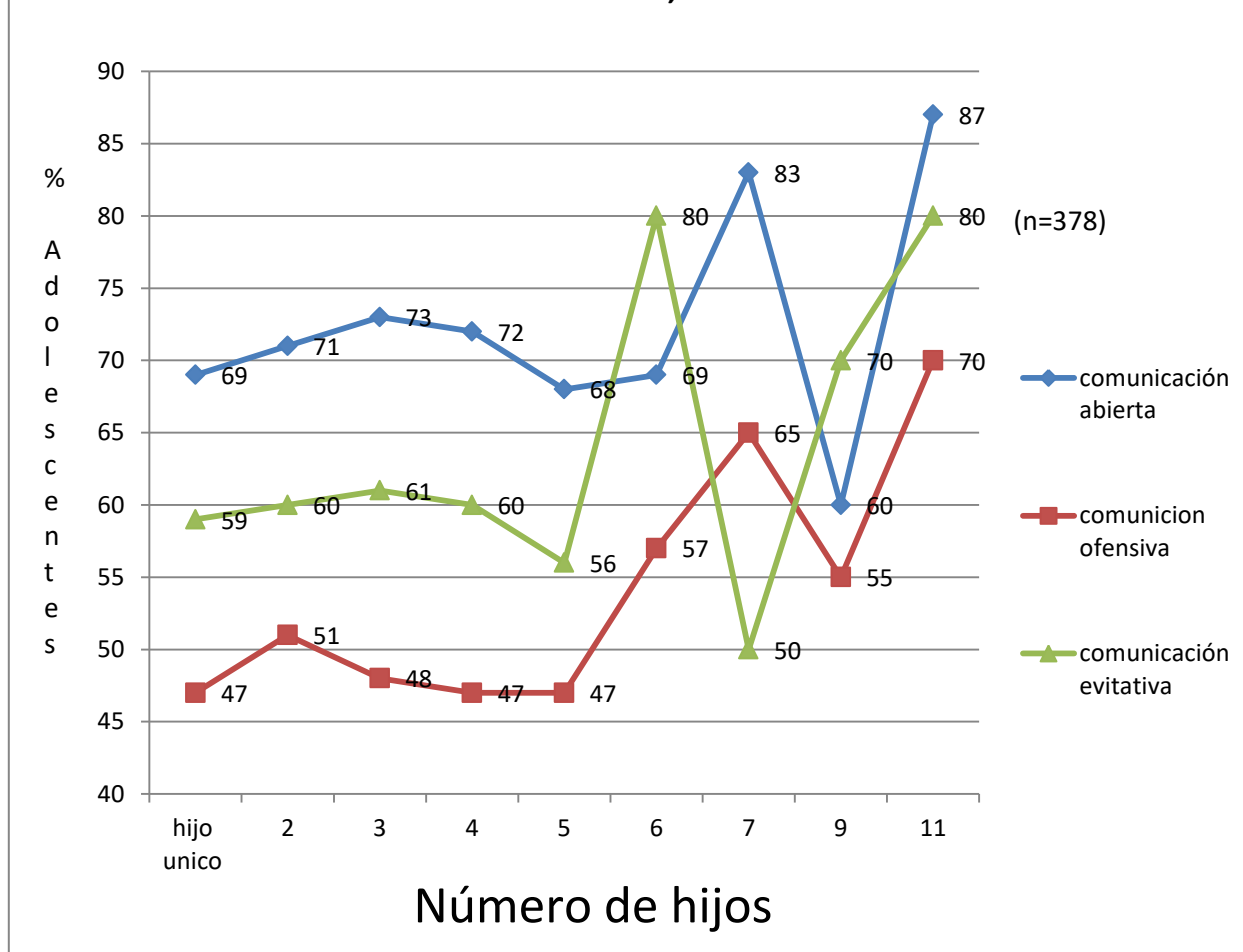
Fuente: Tabla 9
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 10. Comunicación parental y el número de hijos en la familia del adolescente de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64

	Comunicación abierta	Comunicación ofensiva	Comunicación evitativa
hijo único	69%	47%	59%
2	71%	51%	60%
3	73%	48%	61%
4	72%	47%	60%
5	68%	47%	56%
6	69%	57%	80%
7	83%	65%	50%
9	60%	55%	70%
11	87%	70%	80%

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Gráfica 10. Comunicación parental y el número de hijos del adolescente de 10a 15 años, adscritos a la UMF 64.

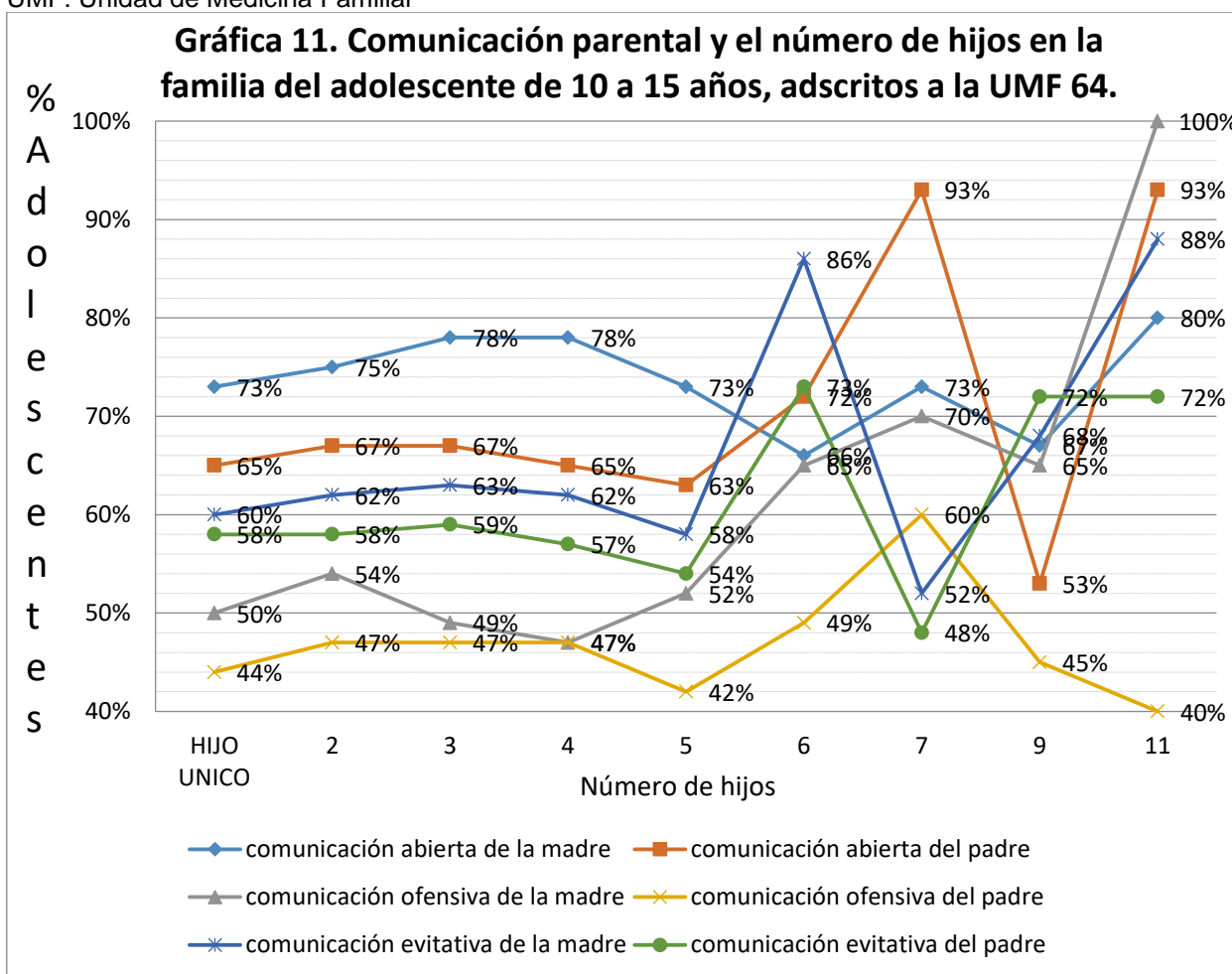


Fuente: Tabla 10
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 11. Comunicación parental y el número de hijos en la familia del adolescente de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.

	comunicación abierta de la madre	comunicación abierta del padre	comunicación ofensiva de la madre	comunicación ofensiva del padre	comunicación evitativa de la madre	comunicación evitativa del padre
Hijo único	73%	65%	50%	44%	60%	58%
2	75%	67%	54%	47%	62%	58%
3	78%	67%	49%	47%	63%	59%
4	78%	65%	47%	47%	62%	57%
5	73%	63%	52%	42%	58%	54%
6	66%	72%	65%	49%	86%	73%
7	73%	93%	70%	60%	52%	48%
9	67%	53%	65%	45%	68%	72%
11	80%	93%	100%	40%	88%	72%

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

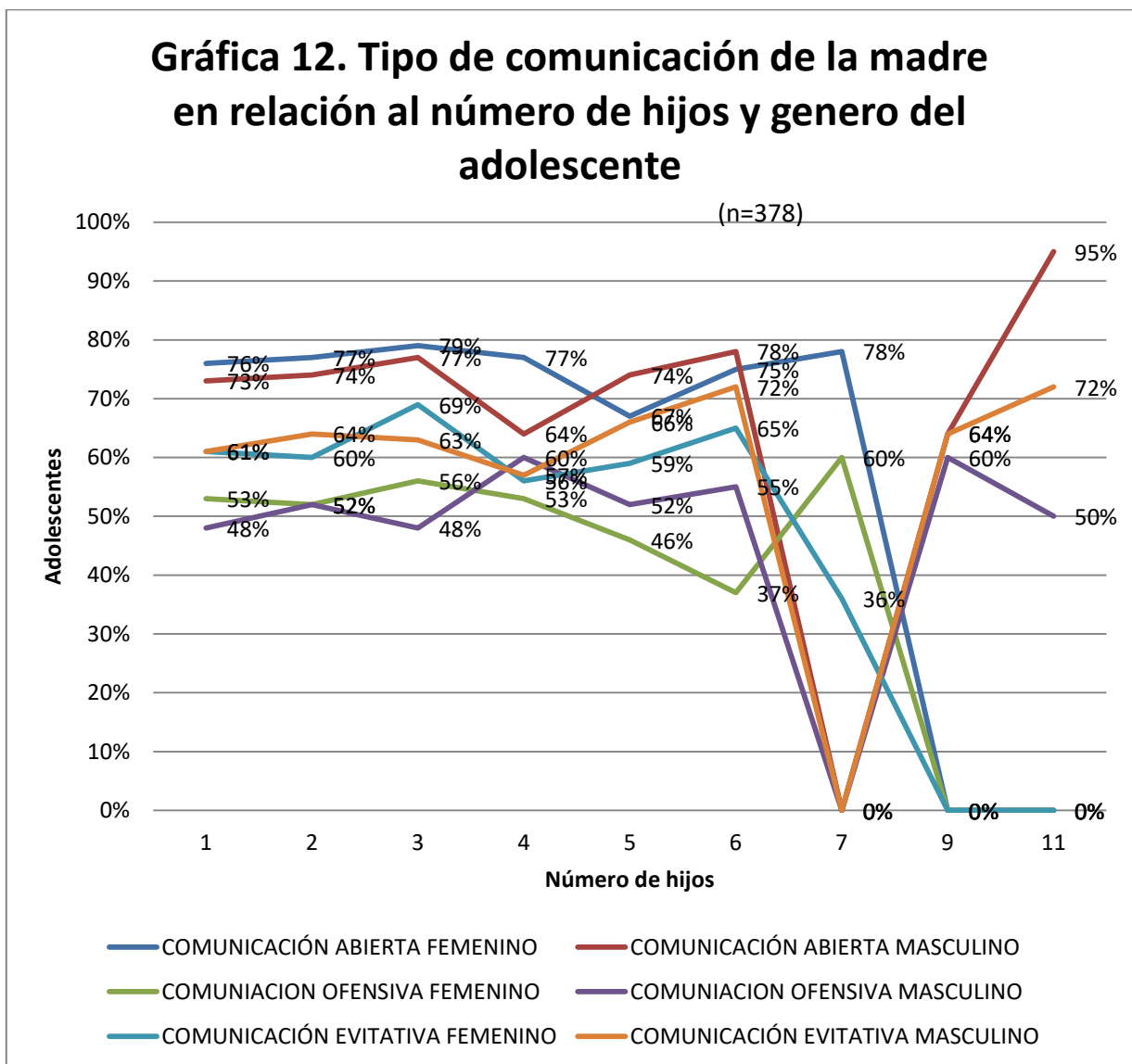


Fuente: Tabla 11
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 12. Tipo de comunicación de la madre en relación al número de hijos y genero del adolescente

		1	2	3	4	5	6	7	9	11
Comunicación abierta	Femenino	76%	77%	79%	77%	67%	75%	78%	0%	0%
	Masculino	73%	74%	77%	64%	74%	78%	0%	64%	95%
Comunicación ofensiva	Femenino	53%	52%	56%	53%	46%	37%	60%	0%	0%
	Masculino	48%	52%	48%	60%	52%	55%	0%	60%	50%
Comunicación evitativa	Femenino	61%	60%	69%	56%	59%	65%	36%	0%	0%
	Masculino	61%	64%	63%	57%	66%	72%	0%	64%	72%

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

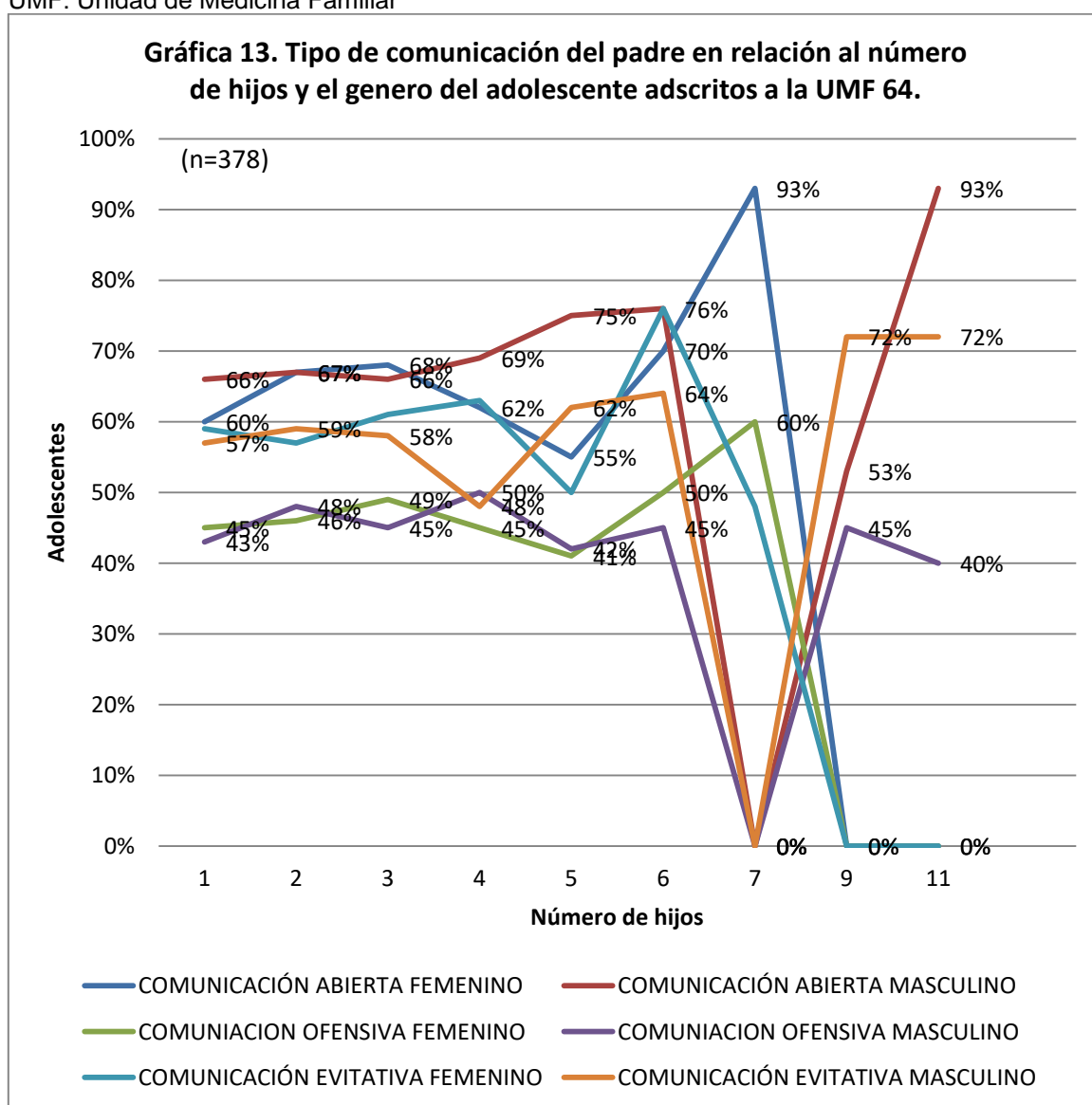


Fuente: Tabla 12
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 13. Tipo de comunicación del padre en relación al número de hijos y género del adolescente de 10 a 15 años adscritos a la UMF 64.

	Género	1	2	3	4	5	6	7	9	11
Comunicación Abierta	Femenino	60%	67%	68%	62%	55%	70%	93%	0%	0%
	Masculino	66%	67%	66%	69%	75%	76%	0%	53%	93%
Comunicación Ofensiva	Femenino	45%	46%	49%	45%	41%	50%	60%	0%	0%
	Masculino	43%	48%	45%	50%	42%	45%	0%	45%	40%
Comunicación Evitativa	Femenino	59%	57%	61%	63%	50%	76%	48%	0%	0%
	Masculino	57%	59%	58%	48%	62%	64%	0%	72%	72%

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar



Fuente: Tabla 13
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Grado de franqueza de la comunicación parental con los adolescentes de 10 a 15 años de edad adscritos a la UMF 64.

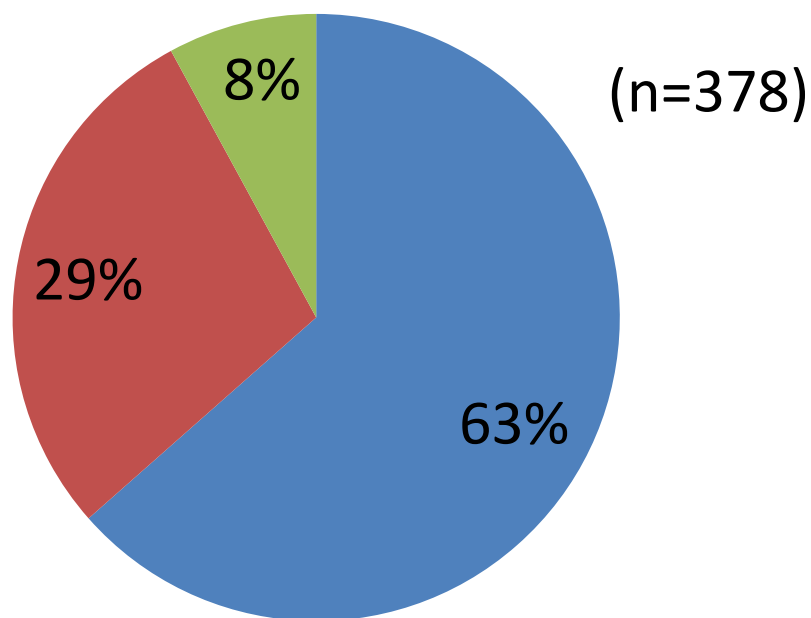
Tabla 14. Grado de comunicación entre los padres y los adolescentes adscritos a la UMF 64.

Buena comunicación	240	63%
Regular comunicación	108	29%
Mala comunicación	30	8%
	378	100%

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Gráfica 14. Grado de franqueza de la comunicación parental con los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.

■ Buena comunicación ■ Regular comunicación
■ Mala comunicación



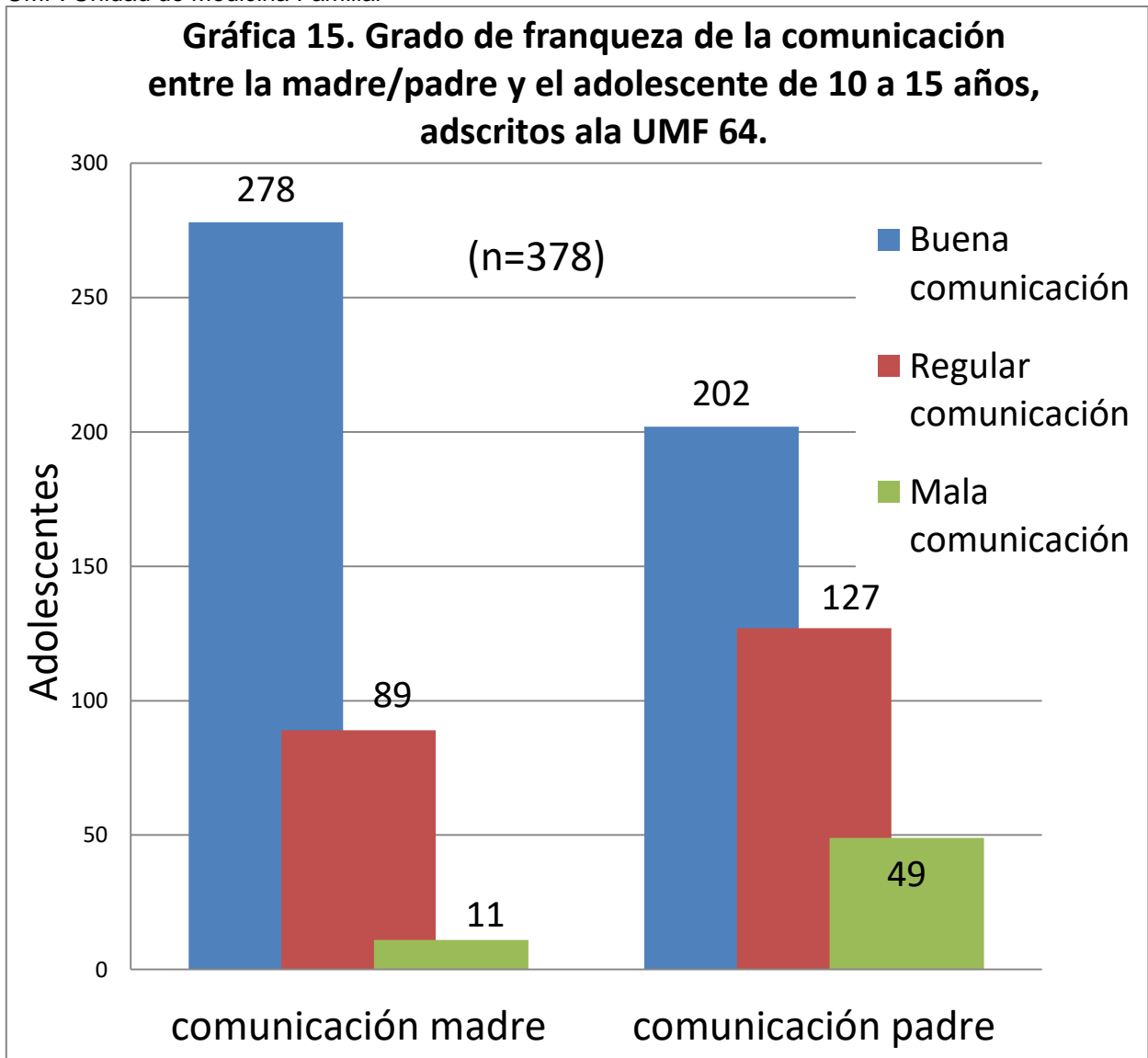
68

Fuente: Tabla 14
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 15. Grado de franqueza de la comunicación entre la madre / padre y el adolescente de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.

	Comunicación madre		Comunicación padre	
Buena comunicación	278	73%	202	53%
Regular comunicación	89	24%	127	34%
Mala comunicación	11	3%	49	13%

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar



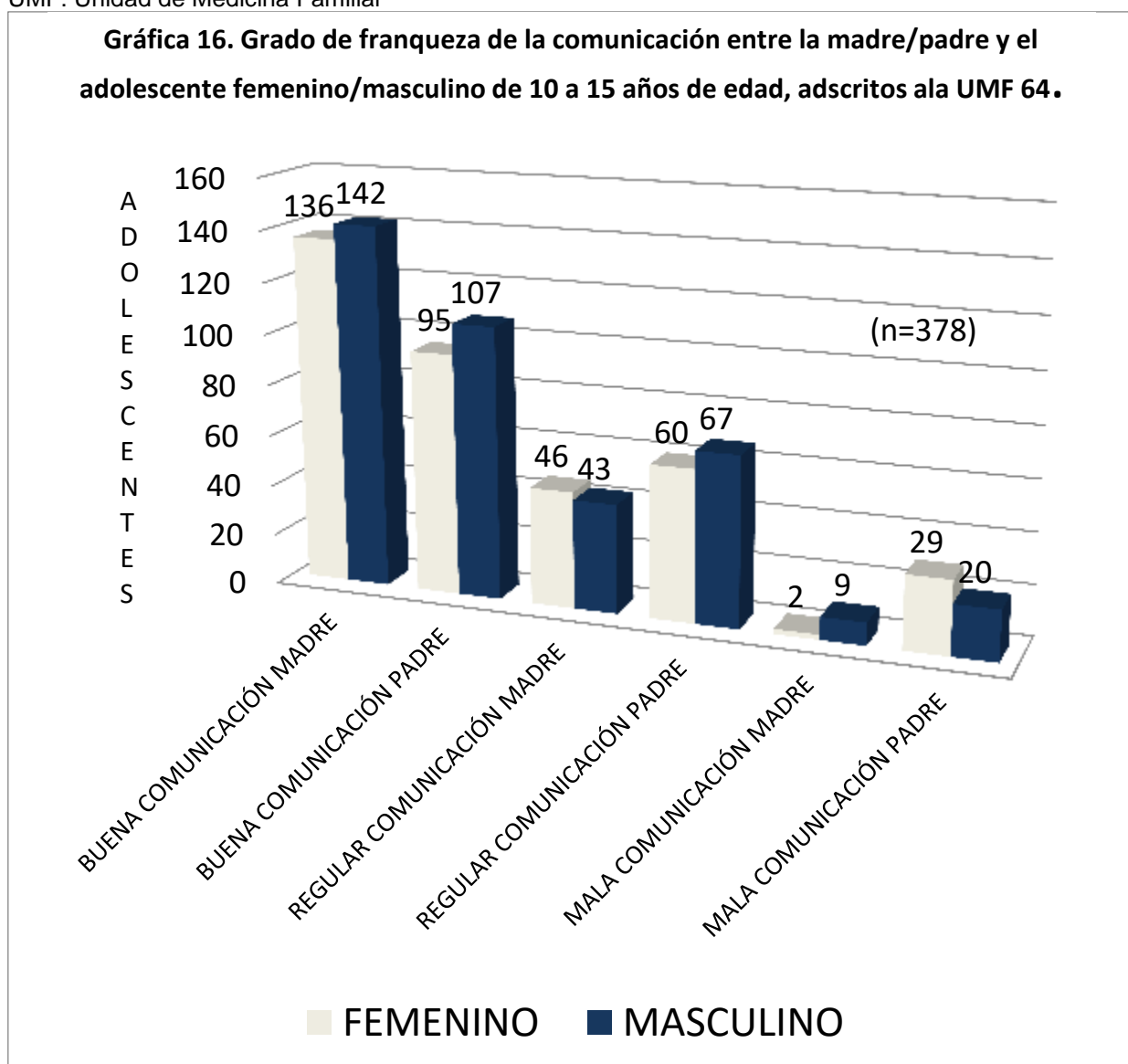
Fuente: Tabla 15
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 16. Grado de franqueza de la comunican entre la madre / padre y el adolescente femenino/masculino de 10 a 15 años de edad, adscritos a la UMF 64.

	Grado de franqueza de la comunican entre la madre y el adolescente			Grado de franqueza de la comunican entre la madre y el adolescente		
	Buena comunicación	Regular comunicación	Mala comunicación	Buena comunicación	Regular comunicación	Mala comunicación
Femenino	136	46	2	95	60	29
Masculino	142	43	9	107	67	20
	278	89	11	202	127	49

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Gráfica 16. Grado de franqueza de la comunicación entre la madre/padre y el adolescente femenino/masculino de 10 a 15 años de edad, adscritos ala UMF 64.

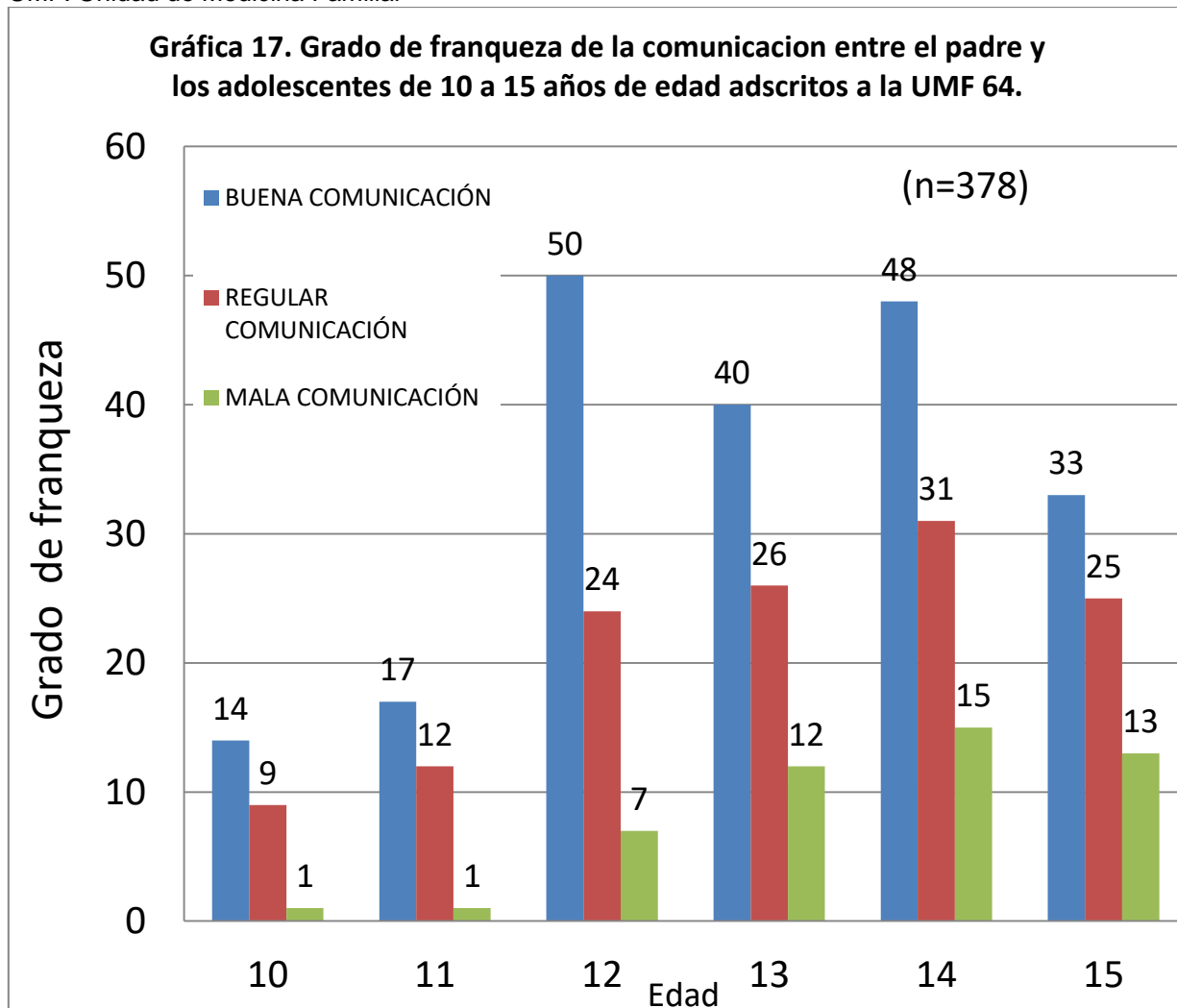


Fuente: Tabla 16
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 17. Grado de franqueza de la comunicación parenteral y los adolescentes de 10 a 15 años, dependiente de la edad, adscritos a la UMF 64.

Edad	Buena comunicación	Regular comunicación	Mala comunicación	
10	17	7	1	25
11	20	10	1	31
12	58	19	4	81
13	45	25	8	78
14	58	26	9	93
15	42	21	7	70
	240	108	30	378

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

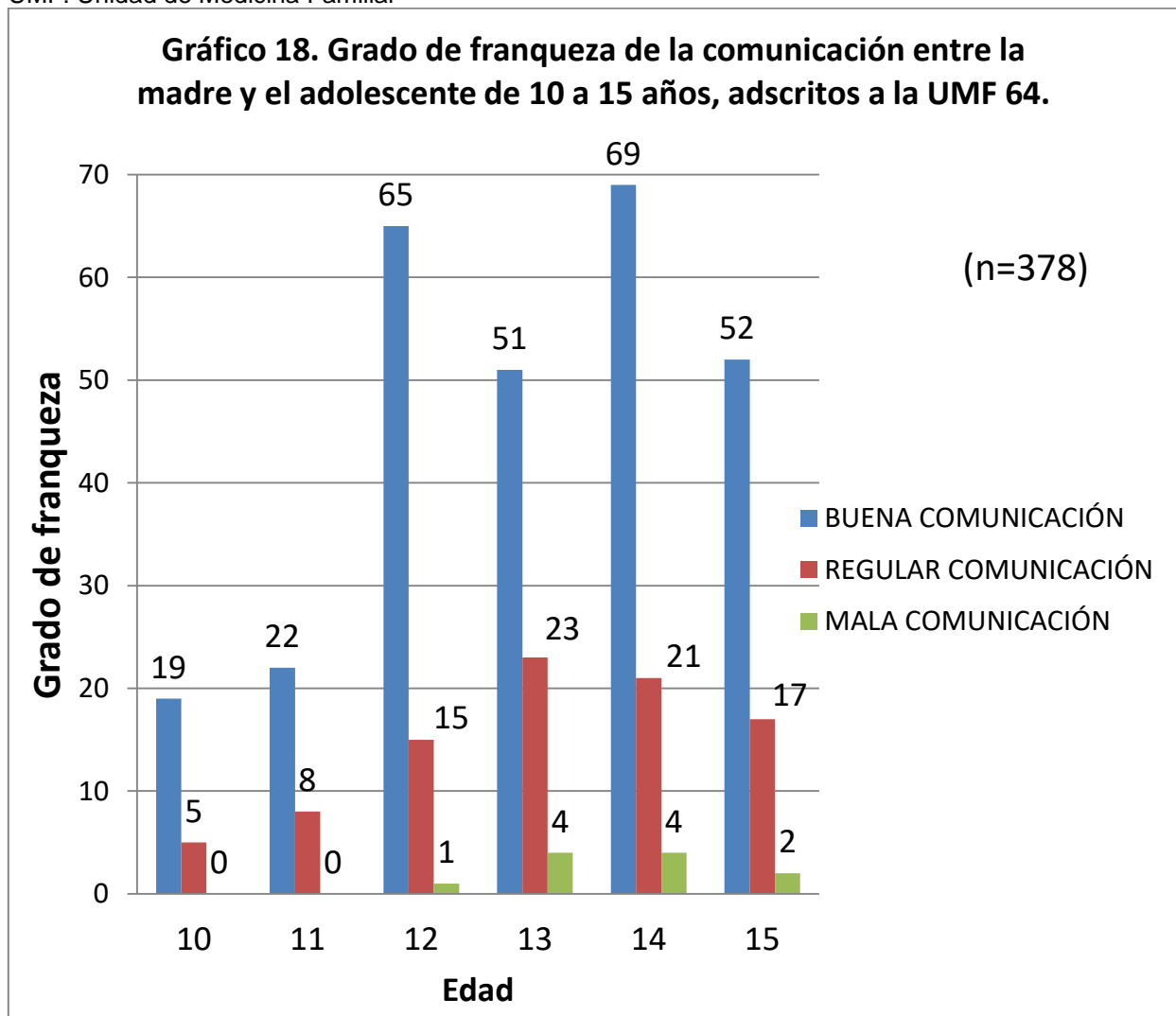


Fuente: Tabla 17
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 18. Grado de franqueza de la comunicación entre la madre y el adolescente dependiendo de la edad adscritos a la UMF 64.

Edad	Buena comunicación	Regular comunicación	Mala comunicación	Total
10	19	5	0	24
11	22	8	0	30
12	65	15	1	81
13	51	23	4	78
14	69	21	4	94
15	52	17	2	71
Total	278	89	11	378

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

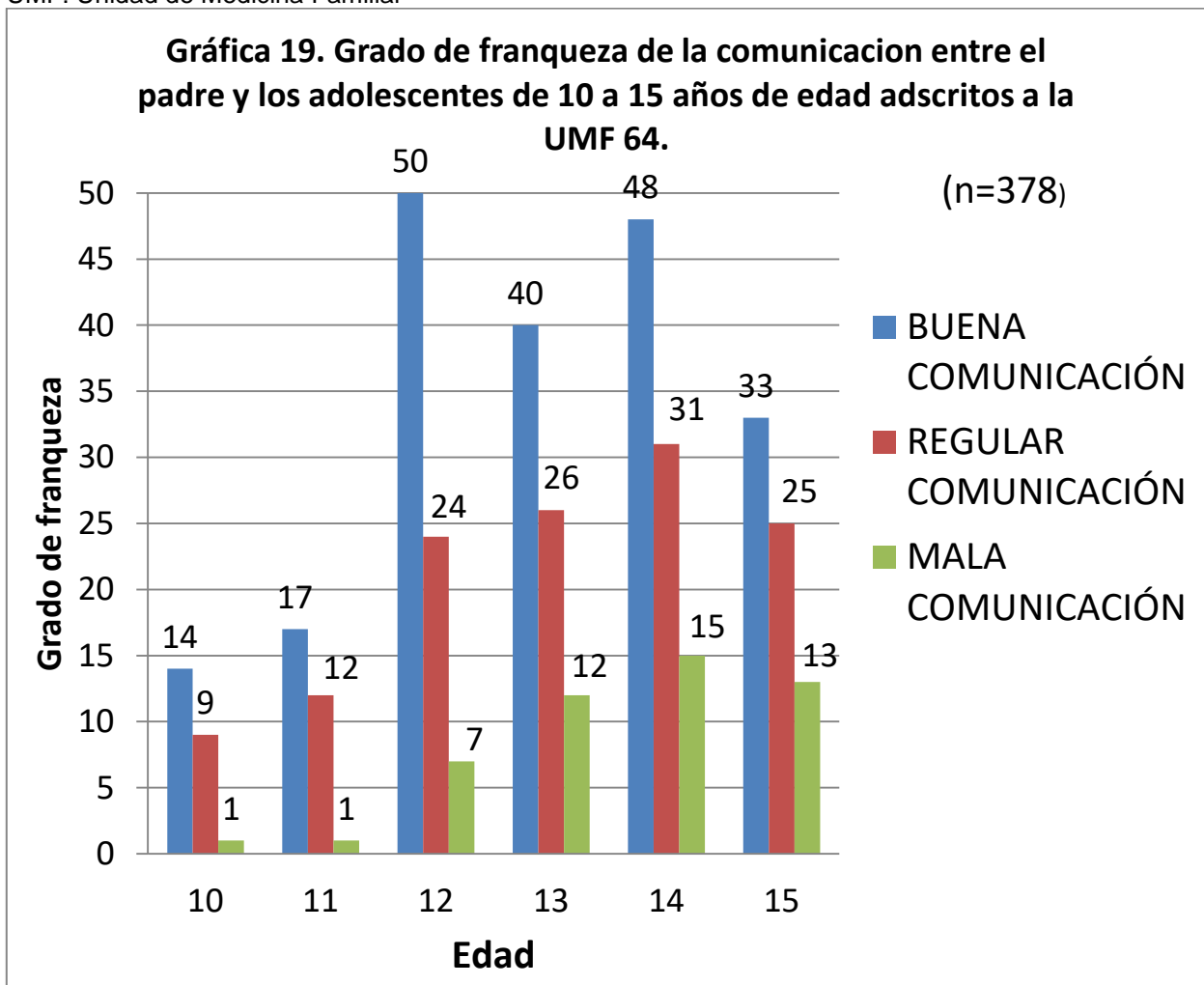


Fuente: Tabla 18
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 19. Grado de franqueza de la comunican entre el padre y el adolescente de 10 a 15 años adscritos a la UMF 64

Edad	Buena comunicación	Regular comunicación	Mala comunicación	
10	14	9	1	24
11	17	12	1	30
12	50	24	7	81
13	40	26	12	78
14	48	31	15	94
15	33	25	13	71
	202	127	49	378

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar



Fuente: Tabla 18
UMF: Unidad de Medicina Familiar

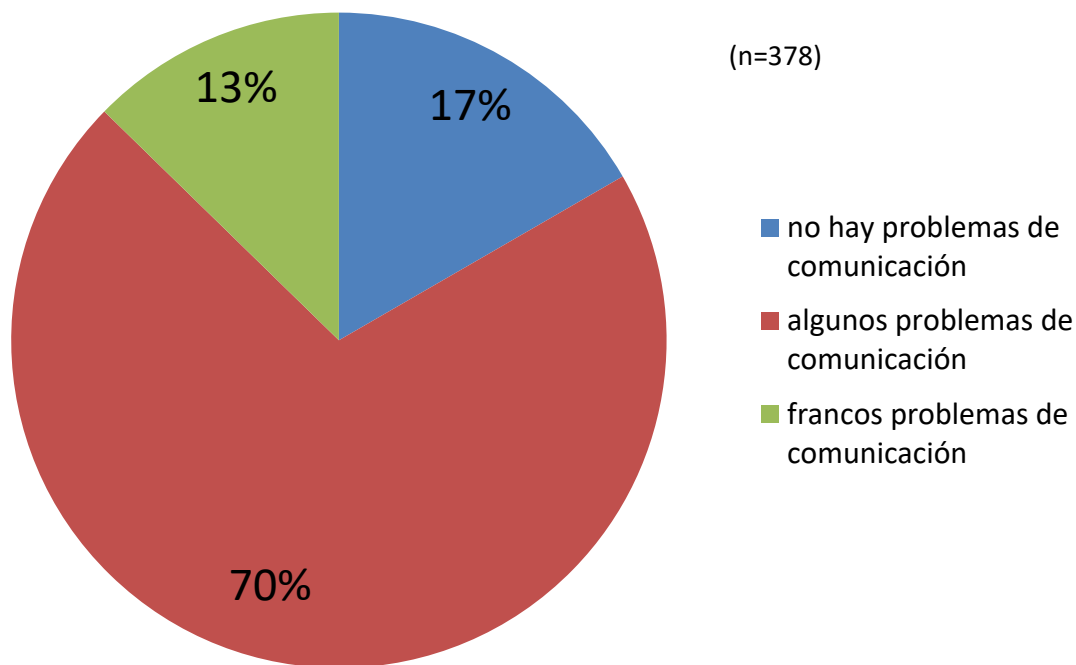
Magnitud del problema de la comunicación parental con los adolescentes de 10 a 15 años de edad adscritos a la UMF 64

Tabla 20. Magnitud del problema de comunicación parenteral en el adolescente de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.

No hay problemas de comunicación	63	17%
Algunos problemas de comunicación	267	70%
Francos problemas de comunicación	48	13%

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Gráfica 20. Magnitud del problema de comunicación parenteral en el adolescente de 10 a 15 años, adscritos ala UMF 64.

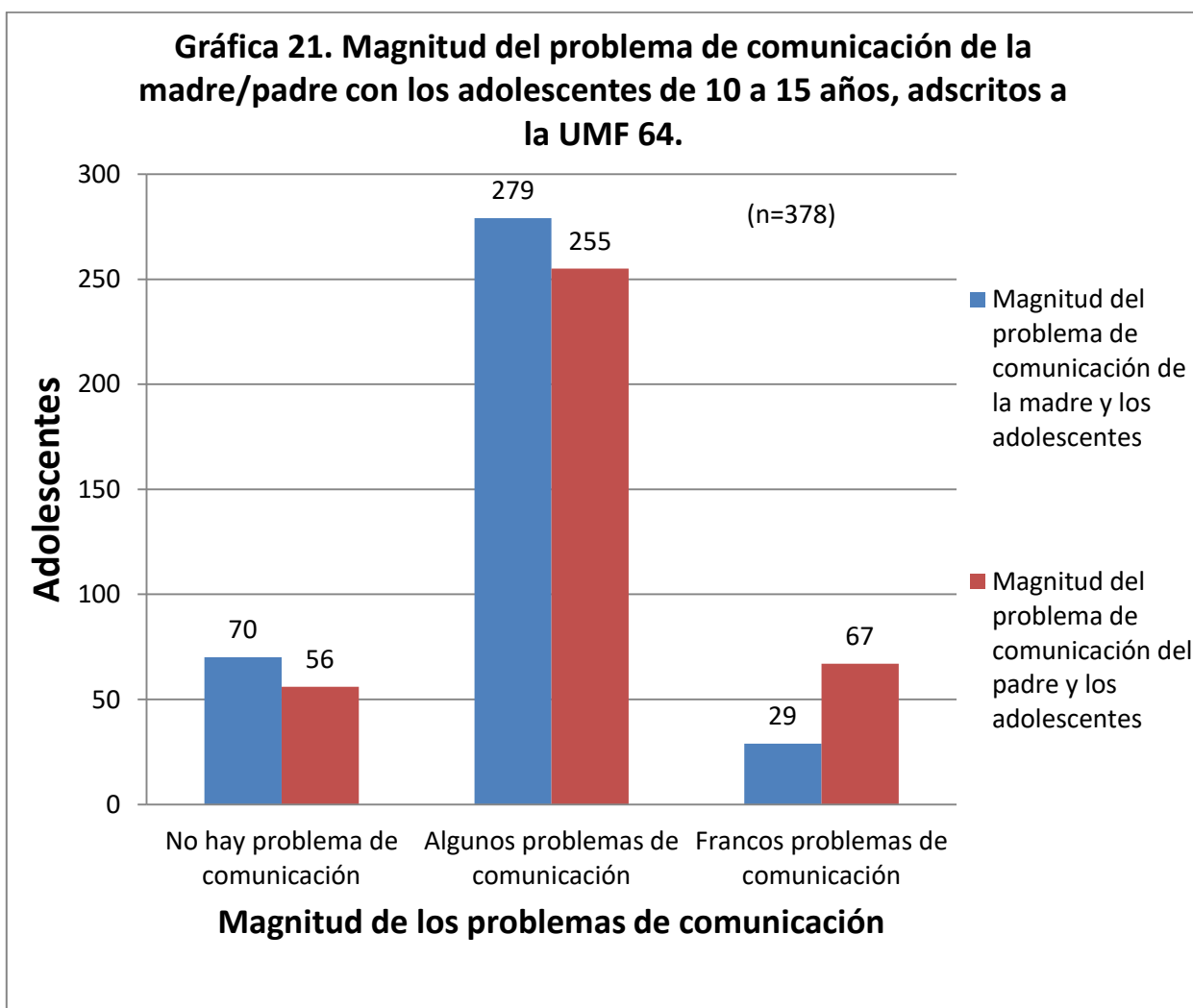


Fuente: Tabla 20
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 21. Magnitud del problema de comunicación de la madre / padre con los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.

	Magnitud del problema de comunicación de la madre y los adolescentes		Magnitud del problema de comunicación del padre y los adolescentes	
No hay problema de comunicación	70	18%	56	15%
Algunos problemas de comunicación	279	74%	255	67%
Francos problemas de comunicación	29	8%	67	18%
Total	378	100%	378	100%

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

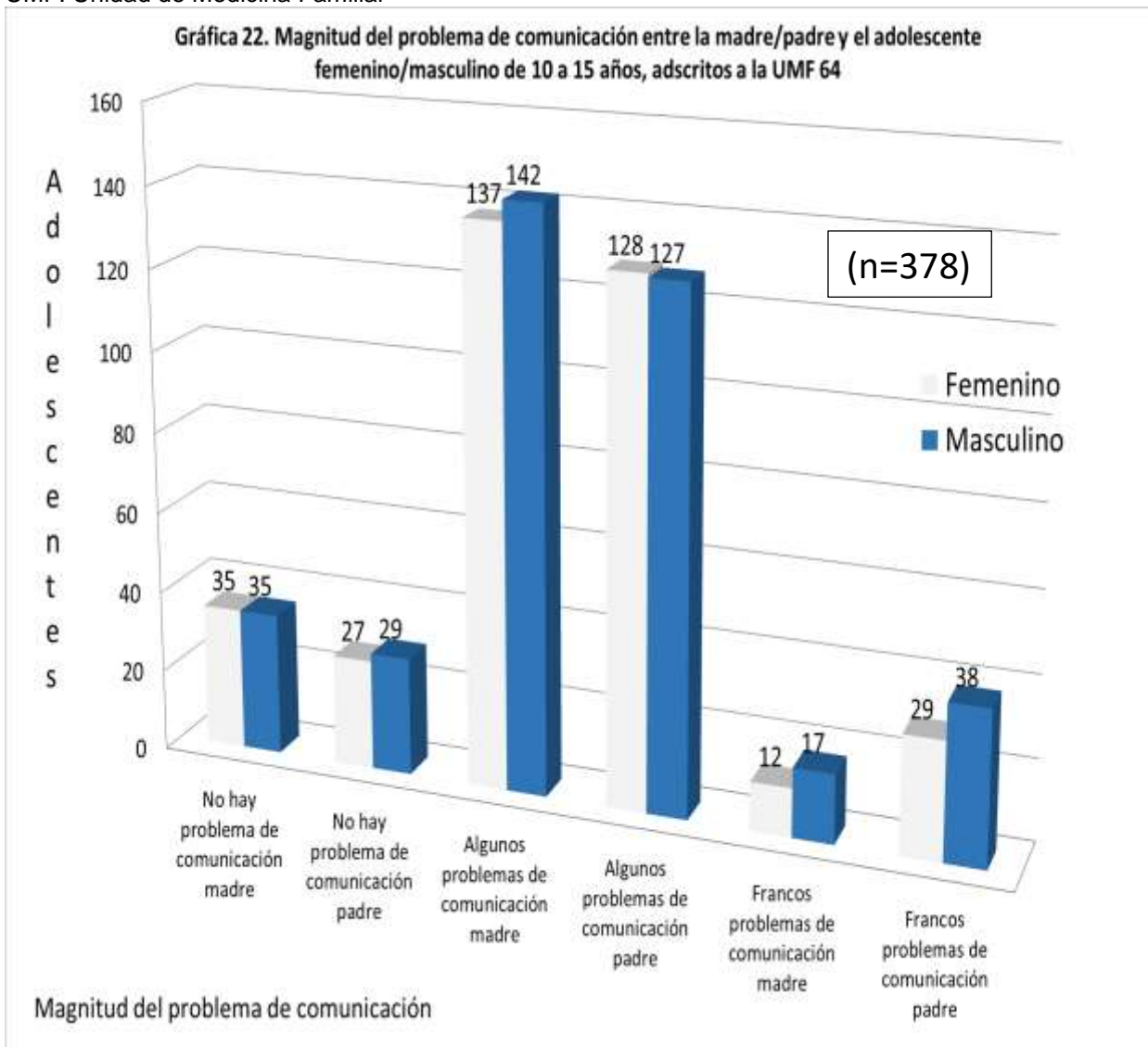


Fuente: Tabla 21
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 22. Magnitud del problema de comunicación entre la madre / padre y el adolescente femenino/masculino de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.

	Magnitud del problema de comunicación entre la madre y el adolescente			Magnitud del problema de comunicación entre el padre y el adolescente		
	No hay problema de comunicación	Algunos problemas de comunicación	Francos problemas de comunicación	No hay problema de comunicación	Algunos problemas de comunicación	Francos problemas de comunicación
Femenino	35	137	12	27	128	29
Masculino	35	142	17	29	127	38
	70	279	29	56	255	67

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

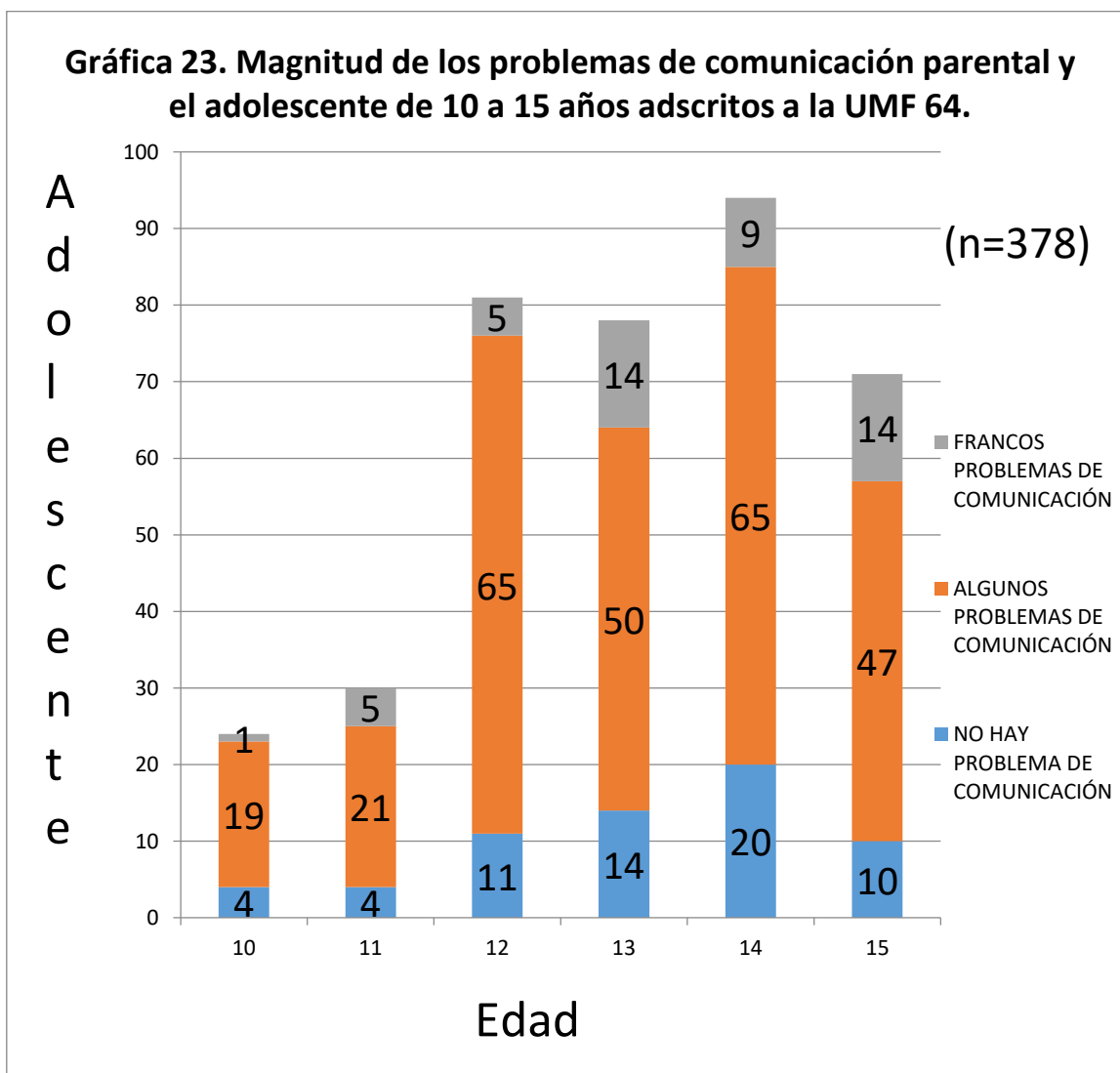


Fuente: Tabla 22
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 23. La magnitud de los problemas de la comunicación parental y el adolescente de 10 a 15 años adscritos a la UMF 64

Edad	No hay problema de comunicación	Algunos problemas de comunicación	Francos problemas de comunicación	Total
10	4	19	1	24
11	4	21	5	30
12	11	65	5	81
13	14	50	14	78
14	20	65	9	94
15	10	47	14	71

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

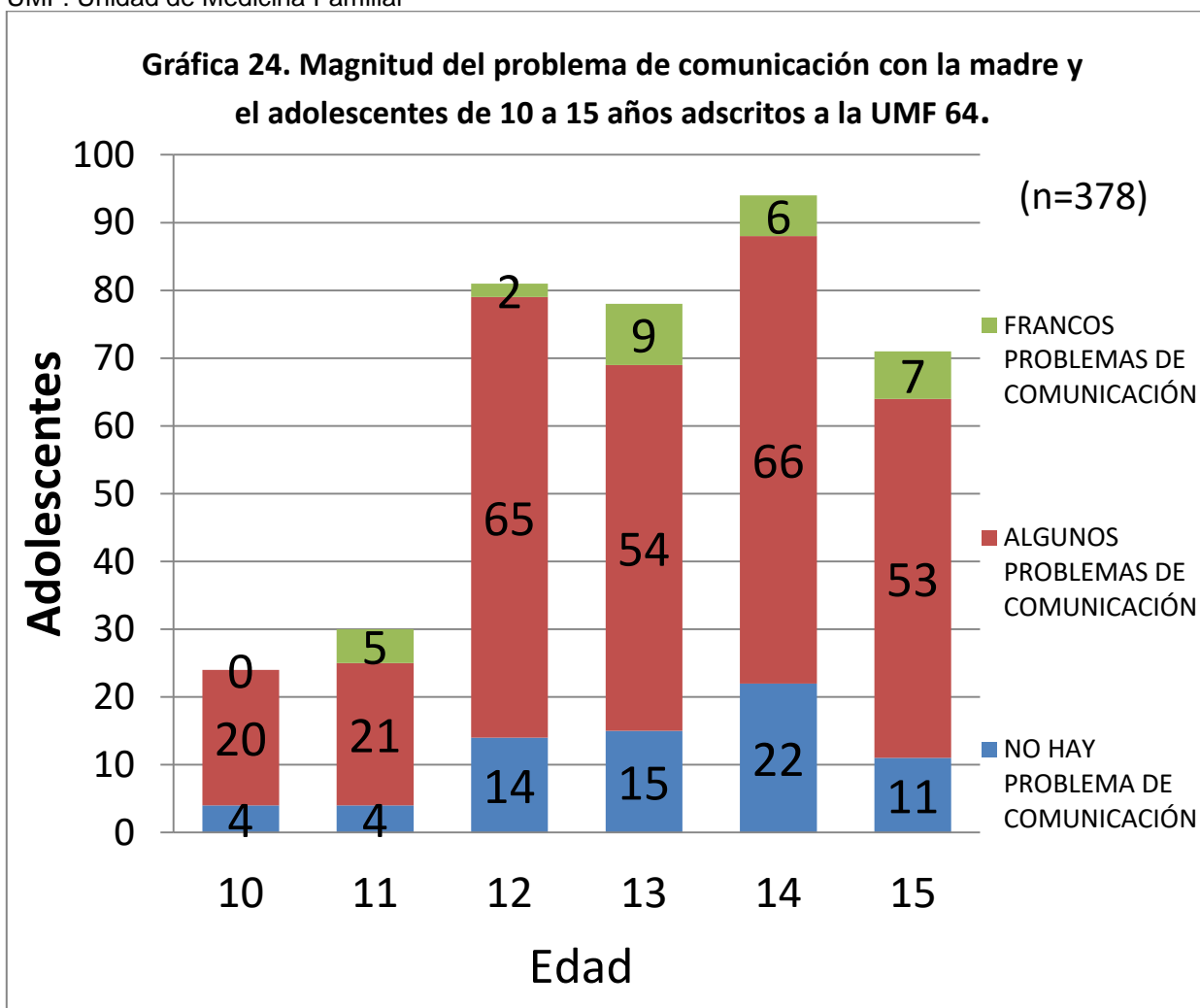


Fuente: Tabla 23
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 24. Magnitud de problema de comunicación con la madre y los adolescentes dependientes de la edad de 10ª 1 5 años, adscritos a la UMF 64.

Edad	No hay problema de comunicación		Algunos problemas de comunicación		Francos problemas de comunicación		
	%	N	%	N	%	N	N
10	1%	4	5%	20	0%	0	24
11	1%	4	6%	21	1%	5	30
12	4%	14	17%	65	1%	2	81
13	4%	15	14%	54	2%	9	78
14	6%	22	17%	66	2%	6	94
15	3%	11	14%	53	2%	7	71
		70		279		29	378

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar



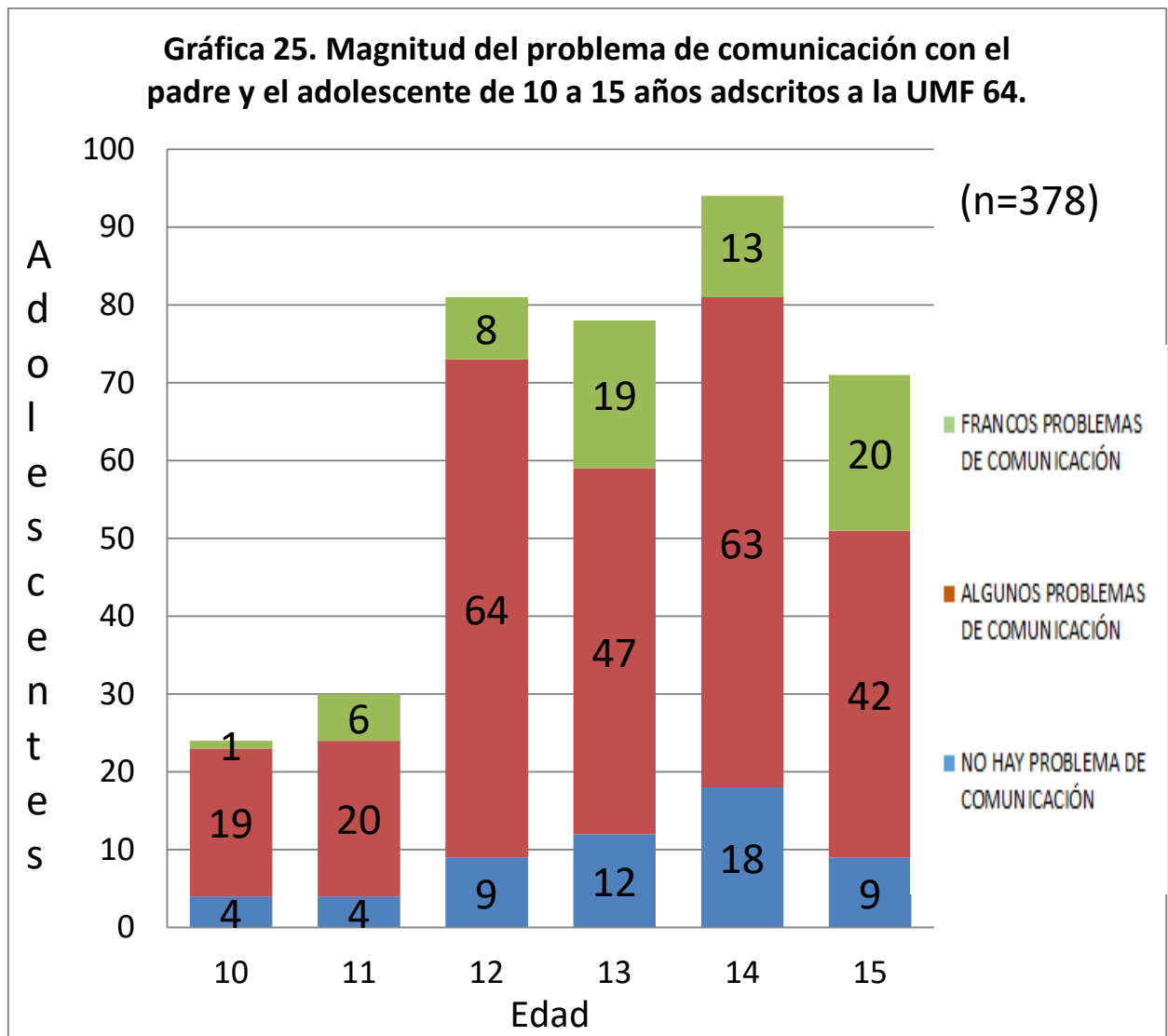
Fuente: Tabla 24
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 25. Magnitud de problema de comunicación con el padre y el adolescente acorde a su edad de 10 a 15 años adscritos a la UMF 64

Edad	No hay problema de comunicación		Algunos problemas de comunicación		Francos problemas de comunicación		
10	1%	4	2%	19	0%	1	24
11	1%	4	6%	20	1%	6	30
12	3%	9	17%	64	1%	8	81
13	4%	12	13%	47	4%	19	78
14	5%	18	17%	63	2%	13	94
15	3%	9	13%	42	4%	20	71
		56		255		67	378

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Gráfica 25. Magnitud del problema de comunicación con el padre y el adolescente de 10 a 15 años adscritos a la UMF 64.



Fuente: Tabla 25
UMF: Unidad de Medicina Familiar

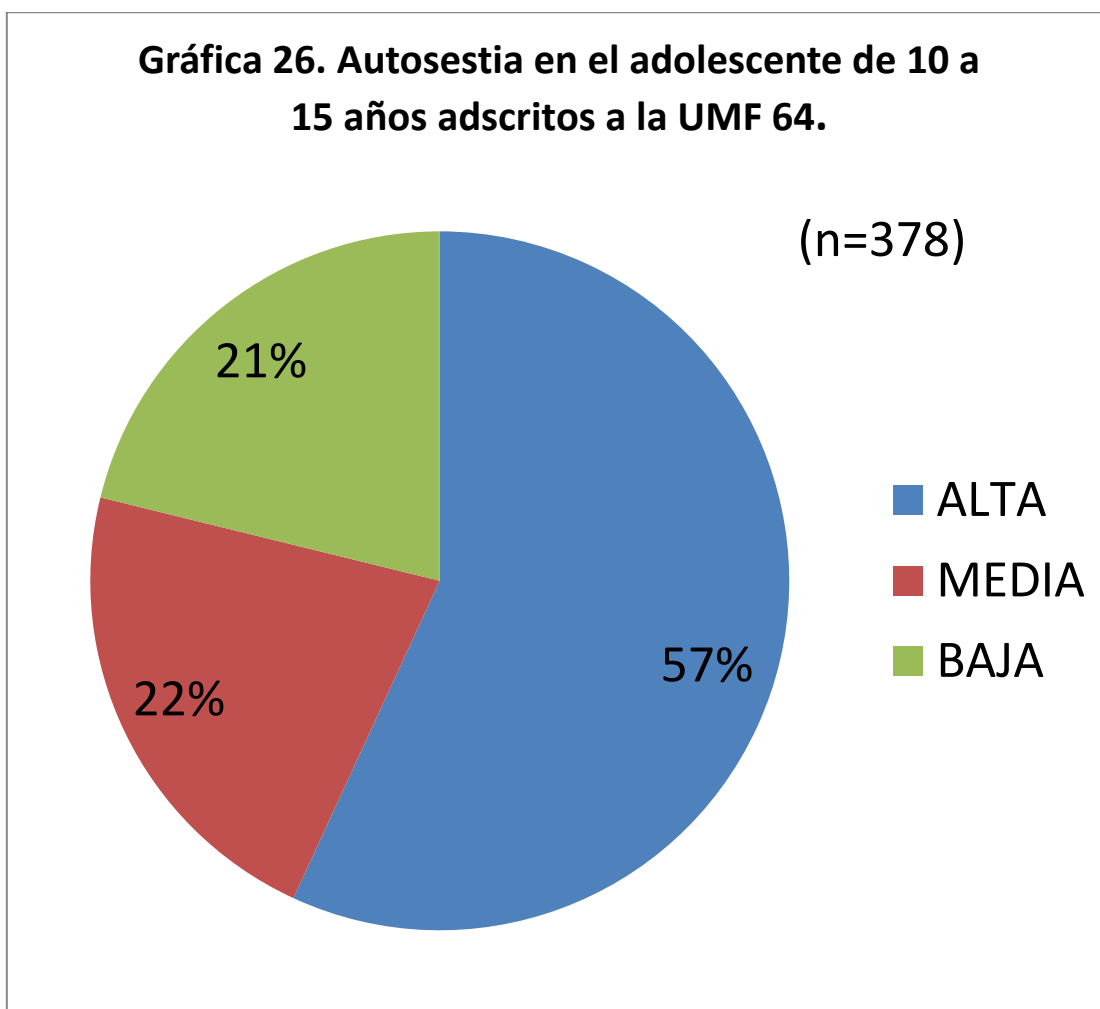
Autoestima de los adolescentes de 10 a 15 años de edad adscritos a la UMF 64.

Tabla 26. Autoestima de los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.

ALTA	215	57%
MEDIA	83	22%
BAJA	80	21%
	378	100%

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Gráfica 26. Autoestima en el adolescente de 10 a 15 años adscritos a la UMF 64.



80

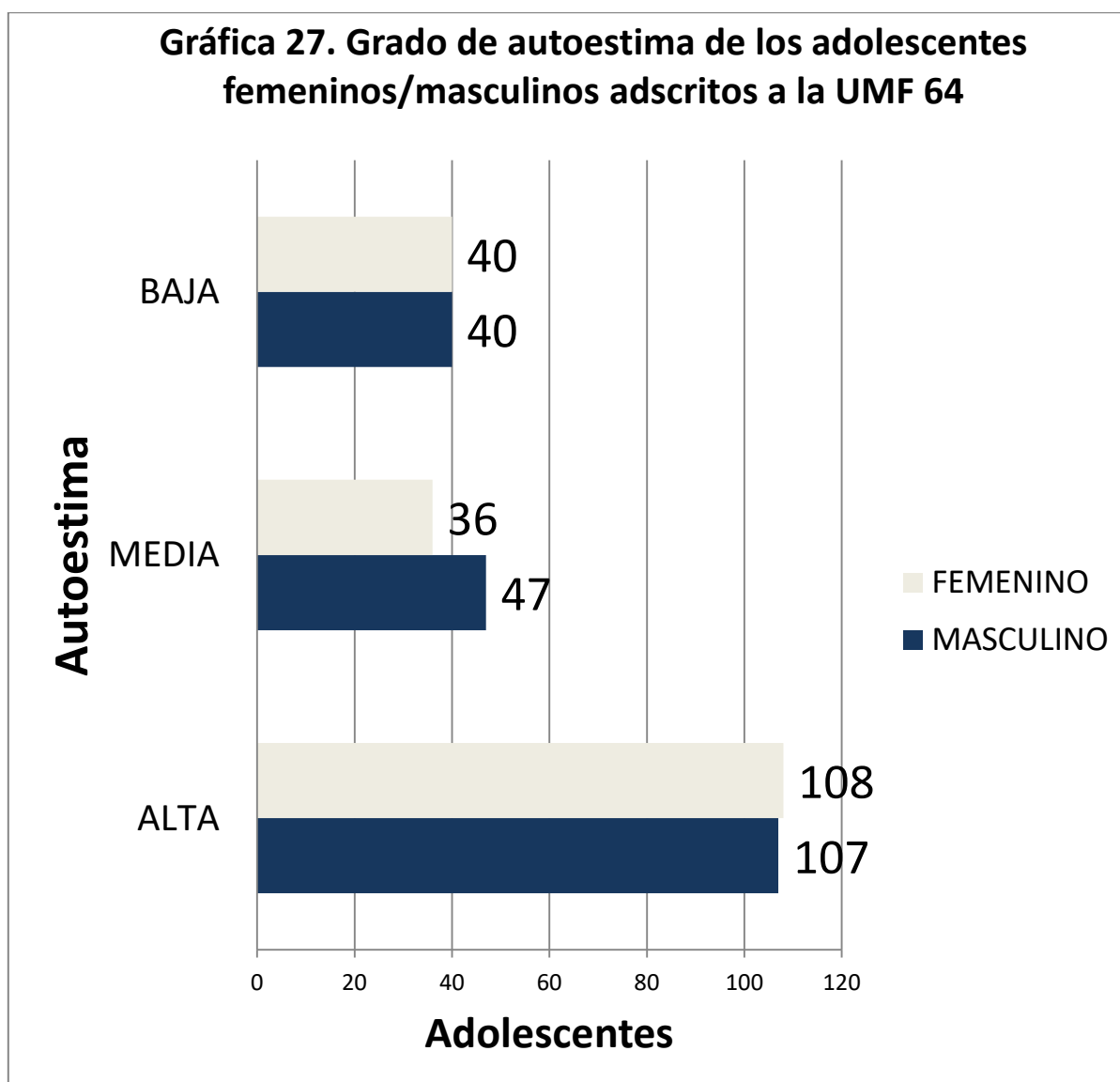
Fuente: Tabla 26
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 27. Grado de autoestima que tienen los adolescentes femeninos/masculinos de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64

	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
ALTA	107	28%	108	28%	215	56%
MEDIA	47	12%	36	10%	83	22%
BAJA	40	11%	40	11%	80	22%
	194	51%	184	49%	378	100%

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Gráfica 27. Grado de autoestima de los adolescentes femeninos/masculinos adscritos a la UMF 64

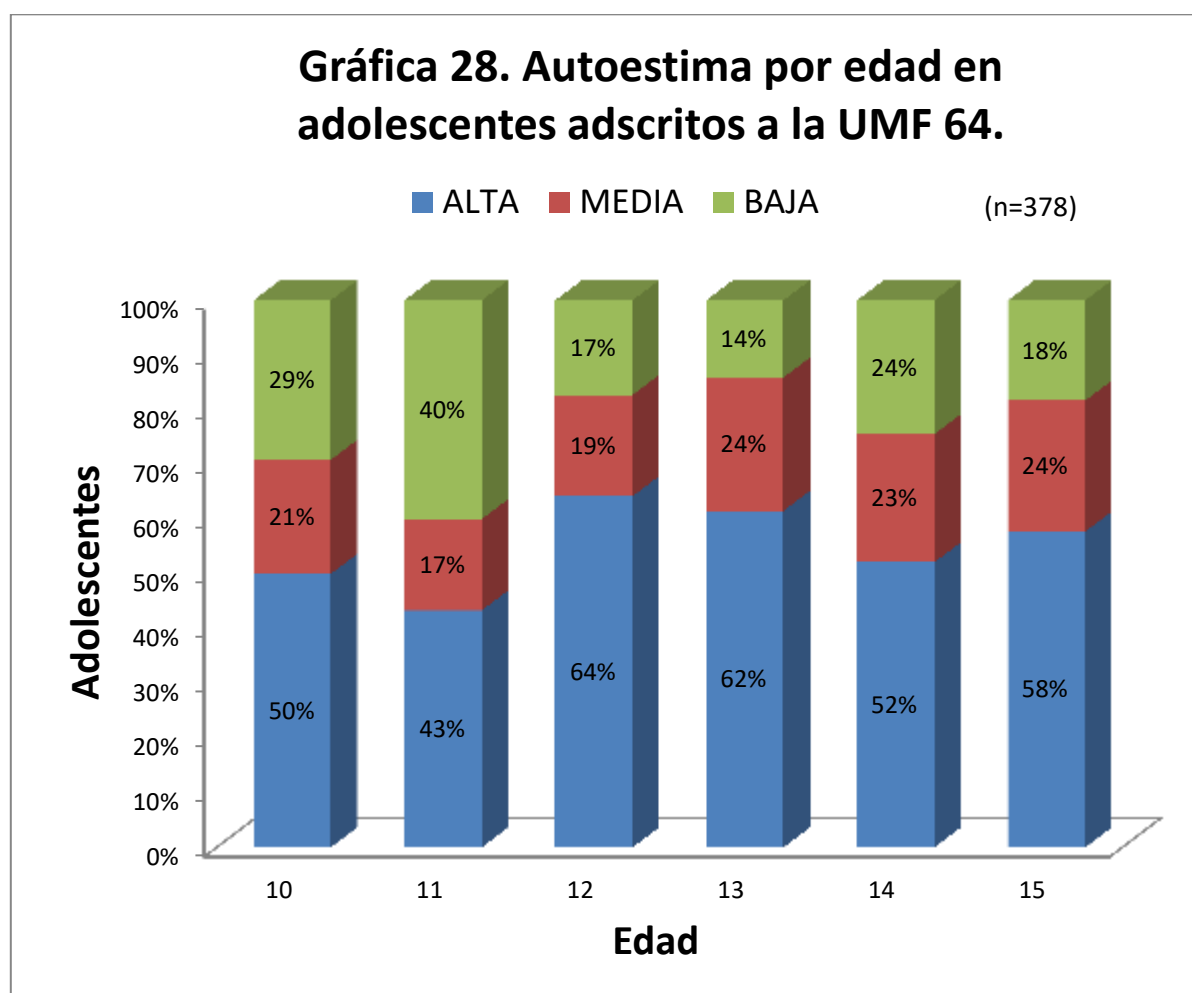


Fuente: Tabla 27
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 28. Grado de autoestima por edad cronológica de los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64

Edad	AUTOESTIMA						TOTAL
	ALTA	ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA	BAJA	
10	12	50%	5	21%	7	29%	24
11	13	43%	5	17%	12	40%	30
12	52	64%	15	19%	14	17%	81
13	48	62%	19	24%	11	14%	78
14	49	52%	22	23%	23	24%	94
15	41	58%	17	24%	13	18%	71
	215		83		80		378

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

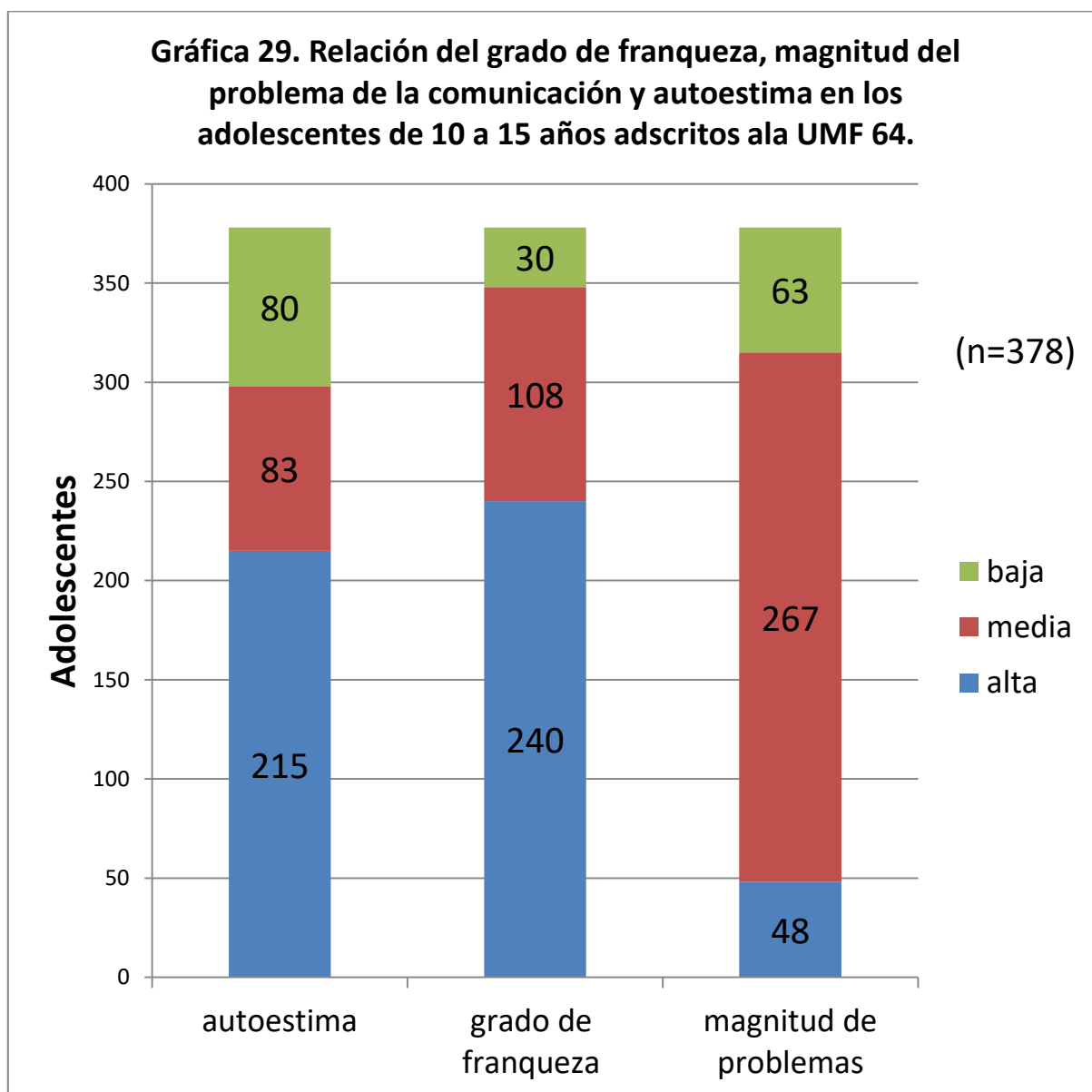


Fuente: Tabla 28
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 29. Relación entre el grado de franqueza en la comunicación y la magnitud de los problemas de comunicación con la autoestima en los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64

	Autoestima	Grado de franqueza	Magnitud de problemas
Alta	215	240	48
Media	83	108	267
Baja	80	30	63

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

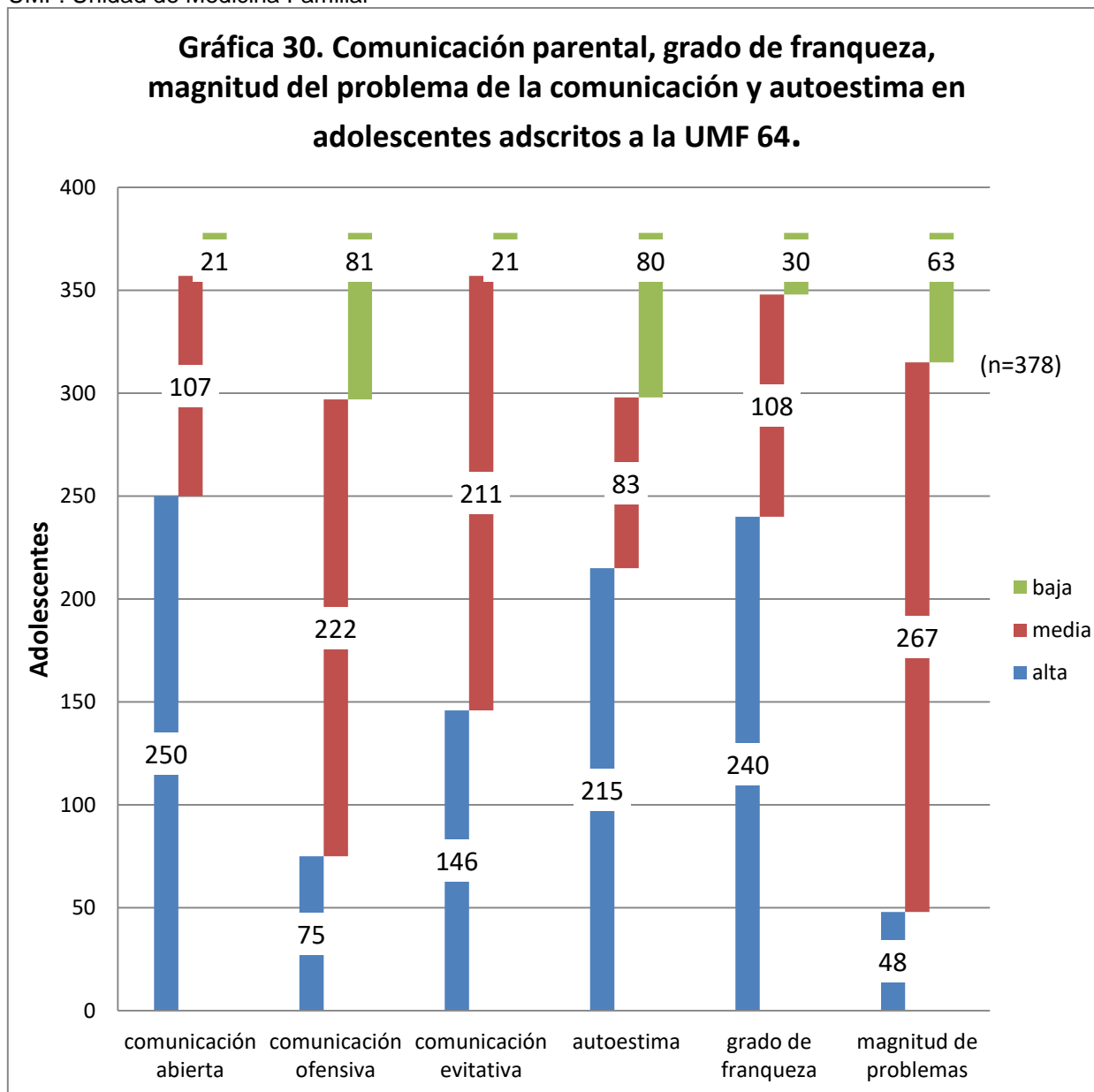


Fuente: Tabla 29
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 30. Comunicación parental, grado de franqueza en la comunicación, magnitud de los problemas de comunicación y la autoestima en los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.

	Comunicación abierta	Comunicación ofensiva	Comunicación evitativa	Autoestima	Grado de franqueza	Magnitud de problemas
Alta	250	75	146	215	240	48
Media	107	222	211	83	108	267
Baja	21	81	21	80	30	63

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar

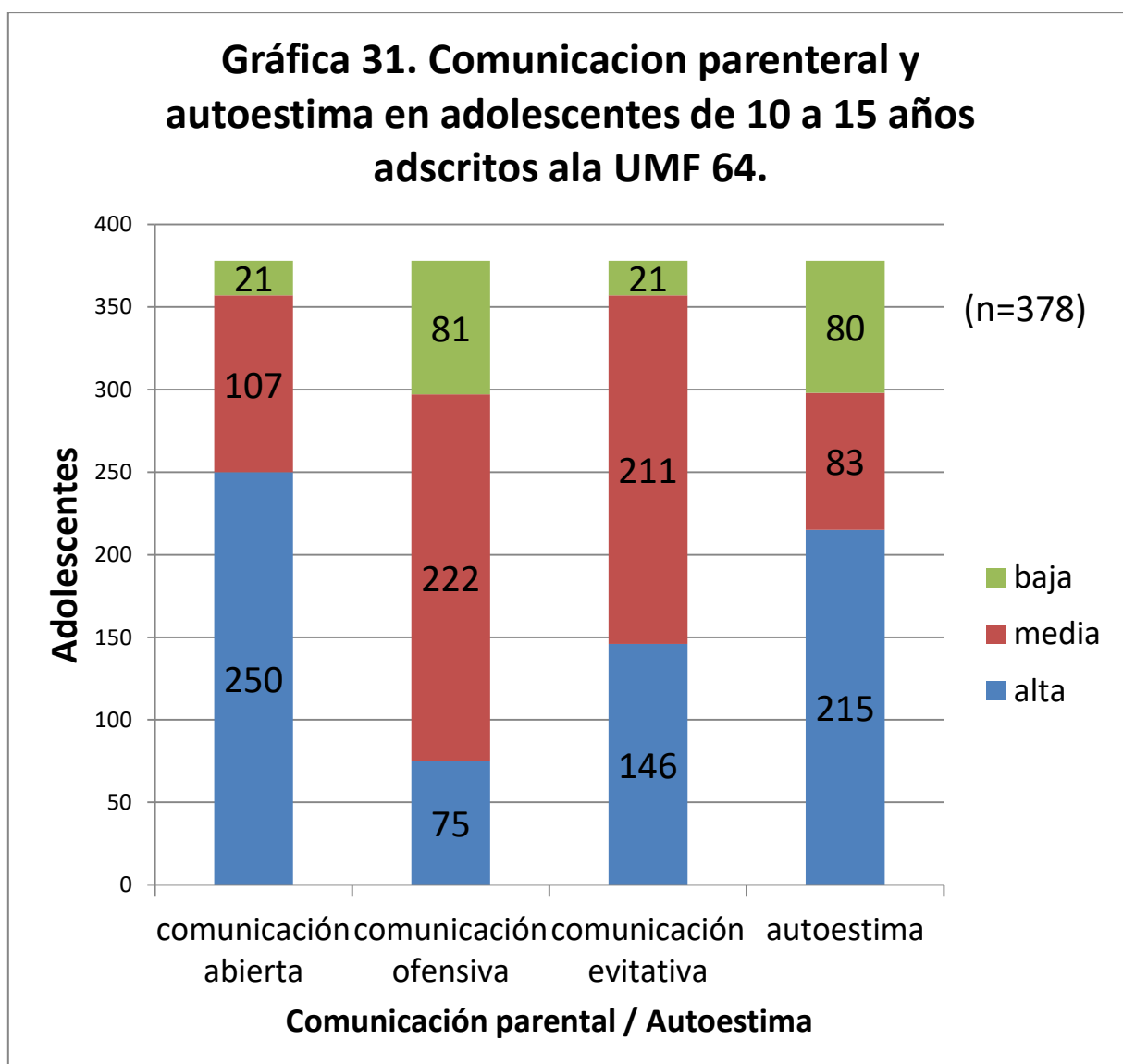


Fuente: Tabla 30
UMF: Unidad de Medicina Familiar

Tabla 31. Relación entre la comunicación parental y autoestima en adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64

	Comunicación abierta		Comunicación ofensiva		Comunicación evitativa		Autoestima	
Alta	250	67%	75	20%	146	39%	215	57%
Media	107	28%	222	59%	211	56%	83	22%
Baja	21	5%	81	21%	21	5%	80	21%

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador
UMF: Unidad de Medicina Familiar



Fuente: Tabla 31
UMF: Unidad de Medicina Familiar

3. Discusión de los resultados.

Los rasgos de personalidad de un individuo son efecto de los condicionamientos ambientales que ha encontrado a lo largo de su historia personal, de las experiencias en relación con sus circunstancias.⁽⁴²⁾

Los miembros de la familia intercambian información de forma constante, influyen y afectan la organización, debido a que la comunicación permite regular la proximidad emocional y la capacidad de adaptarse y reorganizarse a lo largo del ciclo vital de la familia.⁽⁴³⁾

En este estudio realizado en población adolescente de 10 a 15 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64, la relación del género de los adolescentes no fue significativa encontrándose un 51% de adolescentes masculinos contra un 49% de adolescentes femeninos. Acorde a la edad del adolescente se obtuvo un promedio de 13.06 años. Constatando la inversión de la pirámide poblacional en donde las familias actuales ya tienen un número menor de hijos obteniéndose un promedio de 2.4 hijos por familia, lo que no exenta que aún existen algunas con más de 10 hijos, lo que al final impacta en la calidad de comunicación que se tienen con todos los integrantes. Lo que nos lleva al análisis por número de hijos que componen la familia del adolescente encuestado, entre más pequeños eran los jóvenes más hijos componían esa familia, siendo un hallazgo único.

Se identificó el tipo de comunicación parental entre los padres y los adolescentes, encontrándose que en el mismo individuo puede coexistir diferentes tipos de comunicación, tanto abierta, ofensiva y evitativa por lo tanto se refleja en los resultados obtenidos en la investigación, observando la relación que existe de comunicación abierta es alta tanto en la madre como en el padre, llegando a un 66% en promedio, pero eso no exento de tener al mismo tiempo en un mismo individuo, hasta un 39% de comunicación evitativa y un 20% de comunicación ofensiva, lo que nos infiere que la forma en la cual los padres se están comunicando con los adolescentes no es del todo correcta, porque puede llegar a ser contradictoria en ciertos momentos de la interacción familiar. Según

palabras de Rivadeneira en el 2017, la evaluación de la comunicación familiar ha avanzado de manera importante en las últimas décadas, y el conocimiento científico en torno a la repercusión que determinadas características pueden tener en el desarrollo humano se ha expandido considerablemente.⁽⁴⁵⁾

Por otra parte, y en relación con los distintos grupos de edad considerados, los resultados obtenidos podrían relacionarse con el proceso de individualización en el que el adolescente se encuentra implicado (Grotevant y Cooper, 1986). Del mismo modo que la percepción de apoyo paterno es un factor relevante en el ajuste del adolescente (Pierce et al., 1996), también una comunicación familiar adecuada parece ser un importante recurso durante la adolescencia.⁽¹⁰⁾

Se encontró una comunicación ofensiva en un 20% de los adolescentes y un 39% una comunicación evitativa. Siendo el mismo caso, que al realizar las correlaciones pertinentes, observamos que estos datos aparecen por debajo de la realidad, siendo un marcador eficaz viéndolo desde el punto de vista individual en cada uno de los adolescentes encuestados, y obteniendo así los focos rojos que deben ser tratados de forma inmediata.

El efecto observado para sexo y edad es el siguiente: las chicas y los adolescentes mayores muestran más problemas de comunicación tanto con la madre como con el padre. Las chicas y los adolescentes más pequeños presentan puntuaciones más elevadas en autoestima escolar. También el distrés psicológico es mayor en las chicas, según lo encontrado por Estévez-López.⁽⁴⁴⁾

Al realizar el desglose nos llamara la atención el 21 % de los adolescentes que tienen una comunicación ofensiva baja y que al mismo tiempo son los que tienen una comunicación evitativa baja del 5% (ellos nos representan 21 adolescentes que tienen mayor riesgo a en un futuro desarrollar conductas de peligro. En gran medida desencadenado por el tipo de comunicación ejercida de parte de ambos padres), que para la estadística, son poco significativos, pero que en la realidad nos permitió determinar en el mismo momento de la aplicación de los instrumentos, el poder referirlos a un servicio especializado para iniciar el abordaje de estas familias.

Algunos investigadores Buist, Dekovic, Meeus y van Aken, 2004, señalan que los padres tienen más protagonismo que los hijos, en el sentido de que el momento de máxima influencia de los padres en el ajuste de los hijos parece ser precisamente el momento del desarrollo de problemas de ajuste, mientras que una vez que estos problemas se asientan y hacen estables en el tiempo, se vuelven más resistentes a la influencia parental.⁽⁴⁴⁾

Se logró reconocer el tipo de comunicación parental entre la madre y el adolescente, en donde no nos sorprende existe una mejor comunicación con esta que con el padre, puede ser un reflejo cultural, pues en la población mexicana el acercamiento es mayor hacia la madre, al identificar el tipo de comunicación parental entre el padre y el adolescente, no existe una correlación significativa entre el tipo de comunicación de la madre y el padre, al igual que no hay una variación entre la comunicación entre hijas e hijos.

El grado de franqueza de la comunicación entre la madre y el adolescente, se obtuvo como resultado una buena comunicación en 73% considerando solo en un 27% una comunicación de regular a mala en comparación el grado de franqueza de la comunicación entre el padre y el adolescente, los cuales presentan una buena comunicación en 53% y llegando a 47% de regular a mala. Lo que podemos decir es que pueden tener una comunicación abierta pero no franca, siendo mucho más sincera con la madre que con el padre. Según Gutiérrez Troyo, la mayoría de los estudiantes tienen una relación positiva con la madre, la cual se refleja en la posibilidad de expresarle los pensamientos con tranquilidad.⁽⁴⁶⁾

Se observó que la comunicación parenteral se ve afectada conforme el joven va creciendo, siendo ligeramente menos abierta y más evitativa, llegando a ser hasta ofensiva. Especulando puede ser porque el adolescente encuentra otros grupos de apoyo, en la escuela, actividades extrafamiliares, hasta en sus propios pares con los cuales se abre ante sus dudas y molestias, evadiendo ya a su familia como centro. Lo que llama la atención es un pico a los 12 años de edad, esto puede estar en relación con el término de la educación primaria y el cambio hacia el nivel medio, en donde el joven trata de integrarse a un nuevo entorno,

con nuevas responsabilidades tanto escolares como del hogar. Al igual que estudio realizado por Gutiérrez Troyo, se puede determinar que las respuestas que reflejan un estilo de comunicación positiva es mucho mayor a las que contienen atributos negativos.

En este estudio el 75% de los adolescentes mantuvieron una comunicación abierta con la madre, y solo el 66% con el padre. Lo cual es una relación que se había encontrado en estudios previos únicamente el 13,3% de los estudiantes consideran que no es fácil hablarle a la mamá de los problemas, mientras que los que indican que lo hacen muchas veces o siempre suman 48%, según Gutiérrez Troyo. Es decir, casi la mitad se sienten cómodos al relatarle sus conflictos a la mamá. Esto refleja una comunicación positiva, la cual según Herrera (1997) se caracteriza por ser clara, coherente, afectiva, donde los miembros pueden discutir sus problemas. ⁽⁴⁶⁾

Lo que nos lleva a observar en este estudio que la comunicación ofensiva se encuentra casi en la mitad de los adolescentes (51%) por parte de la madre, esto puede ser, por que la madre es la que imparte los castigos y lleva a cabo la educación directa de los hijos, mientras que en la comunicación ofensiva por parte del padre se encuentra por debajo de la mitad de los adolescentes (44%), lo que a la larga nos hace plantearnos nuevas interrogantes, debido a que en este estudio la percepción es totalmente del adolescente, ¿Por qué el adolescente refleja una comunicación más ofensiva con la madre que con el padre?. Pero que al realizar el análisis de los datos la magnitud del problemas de comunicación parental con los adolescentes de 10 a 15 años de edad, adscritos a la UMF 64, entre la madre con los adolescentes se obtuvo que no hay problemas de comunicación en 18%, mientras que con el padre solo es en el 15%, mientras que existen algunos problemas de comunicación en 74% con la madre y 69% con el padre. Y francos problemas de comunicación en 8% con la madre y francos problemas de comunicación en 18% con el padre, lo que nos vuelve a corroborar la falta de una adecuada comunicación sobre todo con el padre al interior de la familia. Pero que no deja exenta a la madre de que todavía

se tienen que resolver problemas de una comunicación eficiente con los adolescentes.

Se distinguió el tipo de comunicación parental y el número de hijos en adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64, encontrándose que entre más hijos más evitativa y ofensiva la comunicación, aunque se mantiene estable la comunicación abierta, encontrándose una mejor relación cuando es hijo único o dos hijos y no existiendo alguna relación dependiente del sexo del adolescente.

Los datos arrojados por estas preguntas son importantes, en tanto que según Musitu (2002), la familia debe proporcionar afecto, intimidad y aceptación incondicional a sus miembros. ⁽⁴⁶⁾

Una primera cuestión que puede señalarse, a partir de estos resultados, es la existencia de ciertas diferencias en la comunicación padres-hijos en función de la edad y el sexo del adolescente. En este sentido, y aunque chicos y chicas no difieren en la comunicación que mantienen con la madre (no muestran diferencias significativas ni en apertura ni en percepción de problemas), sí encontramos algunas diferencias en la comunicación con el padre. En concreto, los chicos manifiestan una mayor apertura en la comunicación con el padre y una menor percepción de problemas en dicha comunicación, según el estudio de Cava M.J. Estos resultados, que podrían ser explicados en función de posibles diferencias de género en la socialización familiar o en la asignación de roles paternos y maternos, difieren, sin embargo, de otros estudios en los que los chicos no parecen establecer diferenciaciones entre los progenitores en su comunicación (Zani, 1993). ⁽¹⁰⁾

El grado de franqueza de la comunicación entra la madre y los adolescentes es por más y mejor con los adolescentes, que la que tienen con el padre, en la madre se encuentra en el 26% y en el padre en el 27%, con predominio de una regular comunicación, lo que es de llamar la atención que sea tan marcado esto hacia la figura paterna. Lo que nos plantea otra pregunta, existirán coaliciones o alianzas, al interior de la familia que estén influyendo para que no exista una comunicación franca.

En otro apartado, pudimos constatar que la mala comunicación se acentúa conforme los adolescentes se hacen mayores, lo que es mucho más evidente nuevamente con el padre, en relación con la madre, se mantiene la buena comunicación en general en un 63% en promedio para ambos sexos.

Existe evidencia de que una familia con comunicación positiva es capaz de afrontar de mejor manera los desafíos de la educación en el hogar; mientras que una familia con comunicación negativa tiene menor capacidad de afrontar de manera adecuada la educación de los hijos (Segrin & Flora, 2011; Smith, Freeman & Zabriskie, 2009).⁽⁴⁵⁾

La mayoría de los estudios se centran en la relación entre dimensiones generales de la comunicación, y su eficacia para proteger al adolescente de conductas de riesgo. Generalmente se consideran dos dimensiones: positiva y negativa, o abierta y problemática, las cuales se asumen como categorías invariantes a través de las culturas. Si bien se ha acrecentado el número de trabajos, aún se hace evidente la falta de estudios que permitan conocer las similitudes interculturales así como los rasgos distintivos de la comunicación parentofilial en cada cultura.⁽¹¹⁾

Ahora bien realizando las correlaciones en función del sexo, la edad, el número de hijos por familia y su relación con la autoestima, encontramos que no es tan buena la comunicación parental con los adolescentes como se supuso al principio de la investigación.

La autoestima está relacionada con muchas formas de conducta. Las personas con una autoestima elevada suelen reportar menos emociones agresivas, negativas y menos depresión que las personas con una autoestima baja.⁽⁴⁸⁾

Se captó que el grado de autoestima de acuerdo al análisis de los resultados obtenidos en la recopilación de datos realizado, se encontró que tienen una autoestima alta o positiva, el 57% de los adolescentes encuestados, y una autoestima media o relativa, solo en el 22% de ellos, y una autoestima baja o negativa, en el 21% de los adolescentes, lo que nos lleva a que 80 de ellos tienen un problema en la percepción que tienen de si mismos, los cuales fueron de abordaje inmediato (por lo que se les proporciono una hoja de envío a trabajo

social y sugerencia para envío a segundo nivel), para realizar un diagnóstico más preciso y certero.

Las opiniones de los niños acerca de sí mismos tienen un gran impacto en el desarrollo de la personalidad, en especial en su estado de ánimo habitual. ⁽⁴⁸⁾

Se estableció el grado de autoestima que tienen los adolescentes femeninos y masculinos. No encontrándose una diferencia significativa por género del adolescente al contraponer el tipo de autoestima entre adolescentes femeninos y adolescentes masculinos. Al realizar dicha comparación entre ambos géneros de los adolescentes se obtuvo una relación del 59% en niñas contra un 55% en niños, una autoestima media o relativa, en 19% adolescentes femeninos contra 24% en adolescentes masculinos y una autoestima baja o negativa, en 22% en jóvenes femeninos contra 21% de jóvenes masculinos.

Al comparar con un estudio en 117 escolares de secundaria de Lima (65 varones) para determinar si existe relación entre el nivel de comunicación del adolescente con sus padres y su capacidad de afrontamiento al estrés. La apertura de la comunicación ya sea con el padre o con la madre, se relaciona positivamente con resolver el problema y el esforzarse. Se enfatiza la asociación entre la calidad de la comunicación padres - adolescentes y el desarrollo en el adolescente de estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución del problema. ⁽⁴⁷⁾

Se realizó la detección del grado de autoestima por edad cronológica de los adolescentes de 10 a 15 años, encontrándose la detección de menor número de adolescentes con autoestima alta a los 11 años de edad, y recuperándose posteriormente, lo que volvemos a plantearnos si no es la etapa de cambio social para el adolescente, se encuentra en último año de enseñanza básica (primaria) y que posteriormente al adaptarse al nuevo ambiente escolar (secundaria) va recuperando poco a poco su visión de sí mismo. Al igual que el nuevo rol que juega dentro de la familia.

Se identificó la relación entre el grado de franqueza en la comunicación y la magnitud de los problemas de comunicación con la autoestima en los adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64. Encontrándose que la

autoestima puede estar muy relacionada con el grado de franqueza que se tiene en relación a la comunicación parental y esto puede ser también un reflejo de la magnitud de los problemas al interior del hogar.

Según Cava M. J. en este sentido, el análisis de los resultados obtenidos muestra la existencia de una relación positiva entre una adecuada comunicación familiar y un mayor bienestar psicosocial del adolescente. En concreto, una mayor apertura en la comunicación con los padres se relaciona con una mayor autoestima (sobre todo en sus dimensiones familiar y académica) y con un menor ánimo depresivo; siendo la relación negativa en el caso de la percepción de problemas en la comunicación. ⁽¹⁰⁾

Ahora bien poniendo la relación general, con el total de los adolescentes, la comunicación abierta alta la encontramos en el 66% de los adolescentes y de la muestra recolectada, tienen una autoestima alta o positiva en el 57%. Pero si realizamos el análisis más específico de ese 66% de adolescentes que obtuvimos con una comunicación abierta alta solo el 41% de ellos tienen una autoestima alta. Lo que nos lleva a que nuestra hipótesis no se cumplió, pues se había planteado que en la comunicación parental abierta se encontraría en el 60% de los adolescentes que tienen una autoestima alta.

Se determinó la relación entre la comunicación parental y autoestima observándose que en un 59% de los adolescentes existe una comunicación ofensiva, y hasta un 56% llega a ser evitativa, lo que me permite decir que existen muchos factores que contribuyen para que la autoestima del adolescente se forje pero la implicación familiar, es uno de los principales adyuvantes para su desarrollo. Porque contra todo pronóstico existieron adolescentes que reflejaban un franco problema de comunicación con una magnitud de problemas de comunicación en la familia, reportaron una autoestima alta, por ello la importancia de individualizar cada caso, pues cada uno afrontara de distintas formas su entorno, pero no por ello no debemos de intervenir como prestadores de salud.

Un primer resultado de interés, es la baja calidad de la comunicación con el padre. En el caso de las madres, la comunicación se presenta en mejores

condiciones. En realidad, como señalan parra & oliva (2002) resumiendo los resultados de varios estudios, " las madres son percibidas como más abiertas, comprensivas e interesadas en los asuntos del adolescente y suelen iniciar con más frecuencia intercambios comunicativos con sus hijos e hijas "(Araujo Robles 2008). Según Pick & Palos (1995), las madres tienen una mejor comunicación con los hijos adolescentes, sean estos hombres o mujeres y Wagner & cols. (2002) señalan que los adolescentes señalan en primer lugar a la madre como el miembro familiar con quien conversar. En Lima, bueno halló esencialmente los mismos resultados en universitarios (1996) y en escolares de secundaria (Bueno, Tomas & Araujo, 1996), Bueno 2003).⁽⁴⁷⁾

A diferencia de los estudios previos , encontramos que la comunicación actual del adolescente mexicano es muy parecida tanto en la madre como con el padre, aunque existe una diferencia menor inclinada aun hacia la madre, este cambio a lo largo del tiempo se podría suponer por que el tiempo que se asocia con ambos padres es casi el mismo, debido a los cambios en la dinámica familiar actual siendo madres trabajadoras y encargadas del hogar, en donde el hombre está teniendo casi la misma participación dentro fuera del hogar, por lo que podríamos suponer que por ello la comunicación es casi igual con ambos padres, claro con los conflictos cotidianos que suelen involucrarse al interior de la familia, por lo cual se converge tanto una comunicación abierta pero al mismo tiempo puede estar implícita una comunicación evitativa o hasta ofensiva, ya sea de parte de los padres o hasta de los propios hijos.

Se conocen muy pocos trabajos que hayan indagado la comunicación del adolescente con sus padres considerando las particularidades del contexto cultural. Veneziano (2000) concluyó que la percepción de aceptación parental y su contribución al ajuste psicológico varían de acuerdo al grupo étnico estudiado. La perspectiva etnopsicológica adoptada por el grupo de Díaz- Guerrero y Daíz-Loving ha ayudado a conocer las percepciones y experiencias de los actores sociales, y a construir modelos relevantes para la cultura mexicana (e.g. Díaz-Guerrero, 1986, 2005; Díaz-Loving, 2005 Díaz-Loving & Draguns, 1999; Sánchez-Aragón & Díaz-Loving, 2005).

Estos trabajos, aunque infrecuentes, son contundentes y permiten concluir que es necesaria una mirada sensible a las variaciones contextuales, pues aun cuando se trata de un fenómeno universal, la comunicación está fuertemente moldeada por el contexto cultural. Los modelos extrapolados de otras culturas poseen serias limitaciones, especialmente si son modelos de familia. Es necesario indagar aspectos de la vida familiar considerando la particular forma de expresarse que tienen esos aspectos en la propia cultura:⁽¹¹⁾

CAPITULO 4

VII. Conclusiones

En este trabajo encontramos la convivencia de varias formas de comunicación entre el adolescente y los padres de familia con una comunicación abierta del 66%, comunicación ofensiva del 20% y una comunicación ofensiva 39%, lo que es de llamar la atención, porque puede llegar a ser abierta pero al mismo tiempo ofensiva, o presentarse de una forma evitativa y ofensiva al mismo tiempo.

Se comprobó que existe una diferencia menor con respecto a la comunicación evitativa y ofensiva respecto al padre que con la madre, corroboramos que entre más hijos más ofensiva la comunicación pero que al comparar la comunicación parental ya no hay evidencia significativa de diferencia entre madre y padre, y tampoco entre el adolescente femenino y masculino, lo que concluyendo que los cambios en la familia actualmente son muy homogéneos.

Estos patrones o modelos de comunicación familiar varían a lo largo del ciclo de vida familiar, aunque, a pesar de los cambios, mantienen una tendencia estable y predecible (Koerner & Fitzpatrick, 2004).⁽⁴⁵⁾

Sostenemos que la edad de 12 años, teniendo en algunos momentos un pico a los 14 años de edad, es el momento clave para afianzar los lazos de interacción familiar, y por tanto de una adecuada comunicación.

La comunicación familiar, se encuentra que la mayor parte de los sujetos indica una comunicación abierta con la madre. A pesar de esto, reportan expresiones de agresividad en contra de la madre, en más alta proporción que las reportadas hacia el padre. En cuanto a la comunicación con el padre, en comparación con la comunicación materna, son menos los que indican una comunicación abierta. Se presenta un porcentaje que refiere una comunicación negativa con el padre.

La existencia de problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes constituye uno de los factores familiares de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental en los hijos, por ejemplo la presencia de síntomas depresivos, ansiedad y estrés.⁽³⁶⁾

Lo que se puso en evidencia es el grado de franqueza en la comunicación, encontrándose un 63% siendo buena pero un 29% regular y un 8% de mala, que tal vez no tendría mucho impacto teniendo en cuenta los cambios por los que el adolescente pasa en esta etapa de su vida, pero al relacionarla con la magnitud de los problemas de comunicación encontramos que solo en el 17% de los adolescentes creen que no tienen problemas de comunicación con sus padres encontrando que en el 70% de ellos existen algunos problemas de comunicación con ambos padres y 13% de los adolescentes reportaron francos problemas de comunicación, de predominio aquí con el padre.

Siendo en estas minorías, las que debemos de tener especial reconocimiento para intervenir en etapas tempranas y no antes de que desarrollen conductas de riesgo o minusvalía.

La autoestima, afecta a todo el comportamiento humano y recibe influencias determinantes desde la infancia hasta el último momento de la vida; es indispensable identificar sus componentes (el autoconcepto, el autorrespeto y el autoconocimiento), para así, elaborar estrategias que nos lleven a fortalecerla y mantenerla en estado elevado, con el fin primordial de que se avance en la comprensión de ese que hasta hoy nos resultara tan desconocido: uno mismo.⁽⁴⁸⁾

Al primer momento según nuestros resultados pudimos establecer que existía una buena autoestima tanto en adolescentes femeninos como masculinos, pero haciendo un análisis más detallado corroboramos que existe una autoestima que va de media a baja, más en las adolescentes encuestadas que en los adolescentes.

Para un niño, los padres son todo, son las primeras lecciones sobre su valía y los fundamentos de su autoestima. Hay una forma de criar niños socializados y razonables con una fuerte autoestima.⁽⁴⁹⁾

En este estudio pudimos corroborar que la autoestima es algo que se mantiene a lo largo de los años, pues no existió diferencia significativa con respecto a la edad de los adolescentes, y que al analizarlo desde la perspectiva estadística, la autoestima es una constante que está más relacionada con el tipo de

comunicación que con la edad o el número de hijos que compone el núcleo familiar.

Una buena comunicación con ambos padres (abierta, positiva, afectiva y satisfactoria) favorece la autoevaluación positiva del adolescente en todas las áreas de la autoestima, lo cual actúa como una protección respecto de su implicación en comportamientos de carácter delictivo (para el caso de las autoestimas familiar y escolar), y como un riesgo (para el caso de las autoestimas social y física). Este resultado confirma la importancia que tiene la calidad de la comunicación familiar en la configuración de los recursos de autoestima en los adolescentes y corrobora los ya encontrados por otros autores (DuBois et al., 1998; Harter, 1990; Fering & Taska, 1996). Al contrario, cuando la comunicación entre padres e hijos es problemática (negativa y cargada de críticas), mina la autoevaluación positiva del adolescente en las áreas familiar y escolar (autoestima de protección) y aumentan por tanto las probabilidades de que éste se implique en comportamientos delictivos. ⁽⁵⁰⁾

En general el estudio permite abrir la puertas para próximas investigaciones más detalladas con respecto a la comunicación y su influencia en la autoestima del adolescente, debido a que tuvimos una visión muy optimista con respecto a que existía una comunicación abierta y por tanto una autoestima alta en nuestros adolescentes encuestados, aunque en el 66% de ellos reportaban una comunicación abierta con ambos padres, no todos tuvieron una autoestima alta en este grupo, solo 41% de ellos cumplieron con la hipótesis de comunicación abierta con autoestima alta, por lo que no se cumplió nuestra hipótesis planteada.

VIII. Recomendaciones

Las actividades de prevención y la atención requieren servicios de atención primaria de salud basados en estándares de calidad y buenas prácticas, asegurando la disponibilidad de insumos básicos de salud pública.

En lo tocante a lo que nos corresponde como unidad de atención primaria de la salud, es necesario realizar detecciones oportunas sobre la salud de los adolescentes.

Apoyar a los padres con respecto al adecuado abordaje de los adolescentes en fallas de la comunicación intrafamiliar. Estimulando el ejercicio del dialogo para llegar a acuerdos entre los miembros de la familia. Es importante impartir talleres para recomendar diversas estrategias que pueden utilizar los padres para facilitar la comunicación familiar creando atmosferas para la resolución de problemas al interior de la familia.

Realizar en todos los adolescentes que acudan a los distintos servicios de las unidades de medicina familiar detecciones rápidas tanto de salud física como mental, que favorezcan el desarrollo y la salud de los adolescentes. En la consulta del día a día se deberá comprometer tanto al padre o tutor como al adolescente para darle seguimiento a las diversas detecciones que realicemos en el adolescente, tanto en su estado físico como emocional, negociando un compromiso de todas las partes implicadas para afianzar mejores resultados

Es necesario tener una política de atención amigable con la población adolescente, para llevar un fácil acceso a los servicios de salud sobre todo a poblaciones vulnerables. Integrar los servicios de salud con las referencias y contrarreferencias entre los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria.

Desarrollar modelos de atención específicos para adolescentes incluida la prestación de servicios alternativos e innovadores, que contribuyan a mejorar el acceso, tales como consultorios móviles, servicios de salud vinculados a escuelas y farmacias, entre otros.

Realizar programas de formación en especialistas en salud y en desarrollo de los adolescentes y los jóvenes a nivel pregrado, postgrado, y en servicios con el uso de nuevas tecnologías como las plataformas de ciberaprendizaje.

Los programas deben incluir entre sus temas fundamentales información y divulgación sobre los Derechos humanos con énfasis en el niños y el adolescente y otros instrumentos de derechos humanos con respecto a la confidencialidad, la privacidad, el consentimiento informado, igualdad ante la ley y la no discriminación en el contexto de la diversidad cultural.

Promover el desarrollo de la capacitación de los proveedores de atención primaria de salud por medio de cursos evaluados de salud integral de los adolescentes. Por lo que la preparación y vinculación de todas las áreas que tengan contacto directo con adolescentes deberán estar actualizadas ante la forma de tratar y atender a este sector tan olvidado en los últimos años, y que tanto impacto tiene en la sociedad actual.

En general, no se trata de diseñar intervenciones separadas para los adolescentes, sino de lograr que los adolescentes reciban una atención adecuada en todas las políticas, estrategias y programas que son pertinentes para ellos. Para asegurarse de que los programas y políticas atienden a sus necesidades, los adolescentes deben ser escuchados y participar en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de los servicios.

Los adolescentes son una fuerza para su propia salud y para la salud de sus familias y comunidades. Son agentes de cambio social, y no simples beneficiarios de los programas sociales. Es importante adoptar un enfoque basado en los derechos humanos con respecto a la salud de los adolescentes, estableciendo claramente las obligaciones de los gobiernos; para que se mantenga la equidad; apoyar las intervenciones y políticas que son necesarias pero también culturalmente sensibles y controvertidas, como la educación sexual y el consentimiento informado; y para asegurar que los adolescentes sean escuchados y puedan participar en el fomento de prácticas preventivas y con ello responsabilizarse por su propia salud.

Se tiene que aumentar la calidad de los servicios ofrecidos a los adolescentes para que ellos obtengan la atención que necesitan y fortalezcamos los servicios brindados. Con la finalidad de lograr una mayor utilización de estos por parte de los adolescentes y tener mejores resultados en materia de su salud.

CAPITULO 5

IX. Referencias bibliográficas

1. Bienvenido al sitio del Instituto Mexicano de la Juventud. (2017). IMJUVE /2014-B 167 México, D.F., a 18 de noviembre de 2014 Última modificación: 2014-Noviembre-21 18:27
http://www.imjuventud.gob.mx/pagina.php?pag_id=981
2. Presentan estudio "Gasto Público Social en la Adolescencia y Juventud de México" 2017 Instituto Mexicano de la Juventud IMJUVE /2016-B0137 Ciudad de México, a 15 de noviembre de 2016
<http://www.gob.mx/imjuve/prensa/93006>
3. Organización Mundial de la Salud, Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [Internet]. Nota descriptiva. Ginebra (Suiza): 2017.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
4. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [cited 24 Mayo 2017]. Available from:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
5. Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado mundial de la Infancia 2016, una oportunidad para cada niño. Watkins K. Nueva York, NY, EEUU; ISBN: 978-92-806-4840-9 2016 p. 2.
6. Camacho-Sánchez L.A, La influencia de la formación de la autoestima y el autoconcepto en la adolescencia, estudios de psicología 45(1), 85-6
7. Ulloque-Caamaño L, Monterrosa-Castro A, Arteta-Acosta C, Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano Rev Chil Obst Ginecol 2015; 80(6): 462
8. Alejandrina S, Leonardo G. Silencio y grito de la adolescencia. Fermentum, Dossier Juventud II. 2010; 20(58):188-9.

9. Gutiérrez-Saldaña P, Camacho-Calderón N, Martínez-Martínez M. Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. *Aten Primaria*. 2007; 39(11):598.
10. Cava, M.J. Comunicación familiar y bienestar psicosocial en adolescentes. *Encuentros en Psicología Social*, 2003; 1(1):p.2-3
11. Schmidt V, Maglio A, Messoulam N, Molina M, González A. La comunicación del Adolescente con Sus Padres: Construcción y Validación de Una Escala desde un Enfoque Mixto. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 2010; 44(2):299-300.
12. Oliva A. Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*. 2006; 37(3):210-212.
13. López RS Compendio de herramientas utilizadas en salud familiar. 2015; 1(1):17.
14. Garcés-Prettel M, Palacio Sañudo J. La comunicación familiar en asentamientos subnormales de Montería (Colombia). *Psicología desde el caribe*. 2010; 25(1):6.
15. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Familias Latinas y Jóvenes: Un compendio de Herramientas de Evaluación. Washington, D.C., EE. UU: Maddaleno M, Rowe A., Vulcanovic L.; 2013 p. 71-3.
16. Luna Bernal A, Laca Arocena F, Cedillo Navarro I. Toma de decisiones, estilos de comunicación en el conflicto y comunicación familiar en adolescentes bachilleres. *Enseñanza e Investigación en psicología*. 2012; 17(2):303.
17. Instrumentos lisis [Internet]. Uv.es. 2017 [cited 27 Mayo 2017]. Available from: <https://www.uv.es/lisis/instrumentos13.html#comunica> p 17
18. Estévez López E, Murgui Pérez S, Moreno Ruiz D, Musitu Ochoa G. Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. *Psicothema*. 2007; 19(1):108.

19. Suárez Soto E. Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública [Maestría]. Universidad de Chile; 2013. P.33
20. Jiménez T, Murgui S, Musitu G. Comunicación familiar y ánimo depresivo en adolescentes españoles: el papel mediador de los recursos psicosociales. *Revista Mexicana de Psicología*. 2007; 24(2):266-8.
21. Giuseppe A. El adolescente y la familia. *Perfiles educativos*. 2003; 60(1); 6.
22. Guerrero Walker G. Estrategias de Comunicación para padres con hijos Adolescentes [Maestría]. Universidad Autónoma de Yucatán; 2011.p45
23. Rincón R.K., Adolescente y Familia. Presentation presented at; 2012; Acta Reunión Equipo Medicina Familiar, Pontificia Universidad Javeriana.p1-2
24. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018. Washington, D.C.: Biblioteca Sede OPS; 2010 p. 8-18.
25. Fondo de la Naciones Unidad para la Infancia (UNICEF). Adolescencia una etapa fundamental. Nueva York; 2002 p. 17.
26. Adolescentes y salud mental [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [cited 24 Abril 2017]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/
27. Organización Mundial de la Salud. Salud para los adolescentes del mundo, Una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra, Suiza: WHO/FWC/MCA/14.05; 2014 p. 6-19.
28. Organización de las Naciones Unidas. La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) 6. Nueva York; 2015 p. 60.

29. Cataño Toro D, Restrepo S, Portilla N, Ramírez H. Autoestima y Sexualidad en Adolescentes: Validación de una Escala. Fundación Universitaria del Área Andina Colombia. 2008; 10(16):60.
30. Ministerio de educación cultura y deporte gobierno de España, educaLAB 2017 Desarrollo de la autoestima en los adolescentes p. 1 <http://boj.pntic.mec.es/~lbarrioc/padres/autoestima.pdf>
31. Gómez Cobos E. Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. 2008; 10(2):105
32. Cogollo, Z., Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2015). Escala de Rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 61-4
33. Rodríguez Naranjo C, Caño González A. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2012; 12(3):389.
34. Sparisci V. Representación de la autoestima y la personalidad en protagonistas de anuncios audiovisuales de automóviles [Licenciatura]. Universidad abierta Interamericana; 2013.p12
35. Hornstein L. Autoestima e identidad, Narcisismo y valores sociales. FCE Argentina. 2012; 159(1):59-65.
36. Estévez López E, Musitu Ochoa G, Herrero Olalzola J. El rol de la Comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*. 2005; 28(4):83.
37. Gómez Zapiain J. El desarrollo sexual en la adolescencia. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos UPV/EHU. 14(1):3.
38. San Martín J, Barra E. Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. *Terapia Psicológica*. 2013; 31(3):287.

39. Mejía Estrada, A. La autoestima, factor fundamental para el desarrollo de autonomía personal y profesional. XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación. Barcelona; 2011. p.10-11.
40. Lavielle-Sotomayor P, Jiménez-Valdez F, Vázquez-Rodríguez A, Aguirre-García M, Castillo-Trejo M, Vega-Mendoza S. Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52(1):38.
41. Machado Pratta E, Dos Santos M, Familia y adolescencia: la influencia de los antecedentes familiares en el desarrollo psicológico de sus miembros. Los estudios de psicología, 2007; 12 (2): p 5
42. Alonso N. 4 Factores que vigilar en la Familia. 1st ed. México: Ser ediciones; 2013. P-22-34
43. Copez-Lonzoy A, Villareal-Zegarra D, Paz-Jesús Á. Propiedades psicométricas de la Escala de Comunicación Familiar en estudiantes universitarios. Revista Costarricense de Psicología. 2016; 35(1):31-46.
44. Estévez-López E. Violencia, victimización y rechazo escolar en la adolescencia [Doctorado]. Universidad de Valencia; 2005.
45. Rivadeneira J, López M. Escala de Comunicación Familiar: validación en población adulta chilena. Acta colombiana de psicología. 2017; 20(2):117
46. Gutiérrez Troyo M. "los estilos de comunicación familiar y su relación con las conductas violentas de estudiantes del Colegio Saint Benedict" [Maestría]. Universidad Estatal a Distancia Vicerrectoría Académica, Escuela de Ciencias de la Educación.; 2013
47. Araujo Robles E. Comunicación padres-adolescente y estilos y estrategias de afrontamiento del estrés en escolares adolescentes de Lima. CULTURA. 2008; 22(1):14.

48. Martínez J. Autoestima - Liderazgo y Mercadeo - Jonny Martínez [Internet]. Liderazgo y Mercadeo. 2019 [cited 31 March 2019]. Available from: <https://www.liderazgoymercadeo.co/autoestima/>
49. Mac Kay M, Fanning P. Autoestima, Evaluación y mejora. 1st ed. Barcelona: Martínez Roca; 1987.
50. Jiménez T, Sergio M, Estévez E, Musitu G. Comunicación familiar y comportamientos delictivos en adolescentes españoles: el doble rol mediador de la autoestima. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2007; 39(3):473-485.
51. Organización Panamericana de la Salud. “Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018”. Washington, D.C.: Oficina Regional de la Organización mundial de la Salud; 2010 p. 19-25.
52. Organización Mundial de la Salud. Salud para los adolescentes del mundo, una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra, Suiza: WHO/FWC/MCA/14.06; 2014 p. 17-18.
53. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud oficina regional para la Américas, ONUSIDA. Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes. Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes. Volumen 1: Normas y criterios. – Volumen 2: Guía de aplicación – Volumen 3: Herramientas para la realización de encuestas de calidad y de cobertura con el fin de obtener datos sobre el cumplimiento de las normas mundiales – Volumen 4: Hojas de puntuación para el análisis de los. Washington, DC: OPS; 2016 p. 20.

X. Anexos

Anexo 1. Dictamen de autorización del SIRELCIS, número de Registro Institucional, el cual es R-2017-1408-54

 MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA		Dirección de Prestaciones Médicas Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud Coordinación de Investigación en Salud	 IMSS
---	---	---	---

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1408** con número de registro **17 CI 15 104 043** ante COFEPRIIS
U MED FAMILIAR NUM 64, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA **18/12/2017**

LIC. ERIKA EDTIH VÁZQUEZ RUIZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

COMUNICACIÓN PARENTAL Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 64

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-1408-54

ATENTAMENTE



DR.(A). ANA LILIA MIRANDA CONSTANTINO
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1408

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

I de I 18/12/2017 08:12 a. m.

107

Anexo 2. Consentimiento informado para el padre o tutor.

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
Nombre del estudio:	"COMUNICACIÓN PARENTAL Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES, ADSCRITOS A LA UMF 64"
Lugar y fecha:	UMF 64 IMSS Tequesquahuac. Tlalhepanla de Baz. Estado de México
Número de registro:	R – 2017 – 1407 - 54
Justificación y objetivo del estudio:	Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo, valorar la relación entre la comunicación parental y autoestima en adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.
Procedimientos:	Se invita al padre o tutor para que permita se le aplique una encuesta al joven que en este momento está a su cargo para que se le realice una encuesta que comprende una serie de preguntas respecto a la forma en la cual se comunica entre los padres y los hijos desde el punto de vista del joven, además se incluyen algunos reactivos, sobre la forma en la cual el adolescente se ve a sí mismo.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no le ocasionara dolor, incomodidad o riesgo alguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. No recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio. Un posible beneficio que usted recibirá es que al término de su participación se le proporcionara información respecto al grado de franqueza en la comunicación entre el adolescente y sus padres y si existe algún problema de autoestima. No omito mencionarle que los resultados del presente estudio contribuirán al avance en el conocimiento respecto a la detección de problemas en la comunicación entre los adolescentes y sus padres y de salud mental en el adolescente, información de utilidad para futuros programas de prevención en el primer nivel de atención.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte de la investigadora de informarle, aunque esta información pueda cambiar su opinión respecto a su participación en este estudio.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS y conservará su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe del IMSS. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo(a) (nombre) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios, para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Erika Edith Vázquez Ruiz. Matrícula: 99158742 Médico General UMF 64 IMSS Tel 044 (55) 13 71 57 25
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP. 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Dra. Erika Edith Vázquez Ruiz Matrícula: 99158742 _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

Anexo 3. Asentimiento para menores de edad



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE ASENTIMIENTO (ADOLESCENTES)

Nombre del estudio:	“COMUNICACIÓN PARENTAL Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 64, 2017-2018”
Lugar y fecha:	UMF 64 IMSS Tequesquahuac. Tlalnepantla de Baz. Estado de México
Número de registro:	R – 2017 – 1407 - 54
Justificación y objetivo del estudio:	Te invito a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo valorar la relación entre la comunicación parental y autoestima en adolescentes de 10 a 15 años, adscritos a la UMF 64.
Procedimientos:	Se te invita a participar, para que contestes una encuesta sobre la forma en la cual hablas con tus papas y la visión que tienes de ti mismo, con una serie de preguntas que tú podrás contestar de forma sencilla.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no te ocasionara dolor, incomodidad o riesgo alguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirás un pago por la participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para ti. No recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio. Solo indirectamente la posibilidad de conocer algunos datos sobre la relación de la forma en la que se comunican tus padres contigo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte de la investigadora de informarte, aunque esta información pueda cambiar tu opinión respecto a tu participación en este estudio.
Participación o retiro:	Tú participación en este estudio es completamente voluntaria. Si tú decides no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS y conservará su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe del IMSS. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, tú puedes abandonar el estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporciones que pudiera ser utilizada para identificarte (nombre) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios, para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar tu identidad. Para proteger tu identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar tus datos, y usaremos ese número en lugar de tu nombre en nuestra base de datos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Erika Edith Vázquez Ruiz. Matricula: 99158742 Médico General UMF 64 IMSS Tel 044 (55) 13 71 57 25

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP. 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1
Nombre, dirección, relación y firma

Dra. Erika Edith Vázquez Ruiz Matricula: 99158742
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Anexo 4. Cuestionario de comunicación parental con los adolescentes de 10 a 15 años (PACS)

¿Cómo es tu familia? FAMILIA, es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas por sangre, por matrimonio, por adopción o relación estable de más de un año. En tu caso, tu familiar son las personas con quienes compartes la vivienda en este momento de tu vida y con quienes tienes una relación de sangre, de adopción o de convivencia estable, siento tu uno de los hijos de la familia.

Como todo lo que hagan las personas de la familia influye sobre los demás, te pedimos que respondas a las siguientes preguntas. Así lograremos saber que necesitan, con el fin de ofrecer mejores formas de ayuda para todos.

ALGO SOBRE TI

¿Cuántos años tienes actualmente? _____ ¿Cuál es tu Género? (M)
(F)

¿Cuántos hijos conforman tu familia, incluyéndote a ti? _____

A continuación, será una serie de preguntas sobre como hablas con tu mamá y como hablas con tu papá.

Indica con una x lo que más acercado sea respecto a la comunicación que tienes con ellos.

1. Completamente en desacuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Moderadamente de acuerdo
5. Completamente de acuerdo.

Primero contesta la forma en la cual te comunicas con tu madre

	1	2	3	4	5
1. Yo puedo discutir mis creencias con mi madre sin sentirme limitado(a) o avergonzado(a).					
2. Algunas veces me cuesta trabajo creer todo lo que mi madre					

me dice.					
3. Mi madre es siempre un buen oyente.					
4. Algunas veces tengo miedo de pedirle a mi madre lo que quiero.					
5. Mi madre tiende a decirme cosas que sería mejor no se dijeran.					
6. Mi madre sabe cómo me siento sin necesidad de preguntarme.					
7. Yo estoy muy satisfecho(a) con la forma en que mi madre y yo platicamos.					
8. Si yo estuviera metido en problemas se lo puedo decir a mi madre.					
9. Yo le muestro mi afecto (cariño) a mi madre abiertamente.					
10. Cuando tenemos algún problema, frecuentemente castigo a mi madre no dirigiéndole la palabra.					
11. Soy cuidadoso(a) con lo que le digo a mi madre.					
12. Cuando platico con mi madre, tengo la tendencia a decirle cosas que sería mejor que no las dijera.					
13. Cuando yo hago preguntas, recibo respuestas honestas de mi madre.					
14. Mi madre trata de entender mi punto de vista.					
15. Hay algunos temas que evito discutir con mi madre.					
16. Yo encuentro que es fácil discutir problemas con mi madre.					
17. Siempre es muy fácil para mí expresar mis verdaderos sentimientos a mi madre.					
18. Mi madre me molesta.					
19. Mi madre me insulta cuando ella está enojada(o) conmigo.					
20. Yo no creo que le pueda decir a mi madre/padre como realmente me siento acerca de algunas cosas.					

Y ahora va la versión de la forma en la que hablas con tu padre

Recuerda que:

1. Completamente en desacuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Moderadamente de acuerdo
5. Completamente de acuerdo.

	1	2	3	4	5
1. Yo puedo discutir mis creencias con mi padre sin sentirme limitado(a) o avergonzado(a).					
2. Algunas veces me cuesta trabajo creer todo lo que mi padre me dice.					
3. Mi padre es siempre un buen oyente.					
4. Algunas veces tengo miedo de pedirle a mi padre lo que quiero.					

5. Mi padre tiende a decirme cosas que sería mejor no se dijeran.					
6. Mi padre sabe cómo me siento sin necesidad de preguntarme.					
7. Yo estoy muy satisfecho(a) con la forma en que mi padre y yo platicamos.					
8. Si yo estuviera metido en problemas se lo puedo decir a mi padre.					
9. Yo le muestro mi afecto (cariño) a mi padre abiertamente.					
10. Cuando tenemos algún problema, frecuentemente castigo a mi padre no dirigiéndole la palabra.					
11. Soy cuidadoso(a) con lo que le digo a mi padre.					
12. Cuando platico con mi padre, tengo la tendencia a decirle cosas que sería mejor que no las dijera.					
13. Cuando yo hago preguntas, recibo respuestas honestas de mi padre.					
14. Mi padre trata de entender mi punto de vista.					
15. Hay algunos temas que evito discutir con mi padre.					
16. Yo encuentro que es fácil discutir problemas con mi padre.					
17. Siempre es muy fácil para mí expresar mis verdaderos sentimientos a mi padre.					
18. Mi padre me molesta.					
19. Mi padre me insulta cuando ella/él está enojada(o) conmigo.					
20. Yo no creo que le pueda decir a mi padre como realmente me siento acerca de algunas cosas.					

Descripción de las técnicas de medición de las variables relevantes.

Escala de Comunicación entre el Adolescente y sus Padres (PACS)

DESCRIPCIÓN:

La Escala de Comunicación entre el Adolescente y sus Padres (PACS) consta de dos subescalas que miden: 1) el grado de franqueza en la comunicación familiar (10 ítems); y 2) la magnitud de los problemas de comunicación familiar (10 ítems). Este indicador comprende 20 ítems para los adolescentes.

FORMATO DE RESPUESTA

1 = Completamente en desacuerdo

2 = Moderadamente en desacuerdo

3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4 = Moderadamente de acuerdo

5 = Completamente de acuerdo

ENTREVISTADOS PROPUESTOS

Adolescentes (10 a 15 años con encuestas dirigidas hacia la comunicación con su madre y la comunicación con su padre)

PUNTUACIÓN Y DIRECCIÓN

Las subescalas se calculan sumando los 10 ítems. Para el grado de franqueza, una puntuación mayor indica mejor comunicación entre el progenitor y el adolescente. En cuanto a los problemas, una puntuación mayor indica más problemas en la comunicación entre el hijo y los padres.

Ítems por escala:

Grado de franqueza: 1, 3, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 16, 17

Magnitud de problemas: 2, 4, 5, 10, 11, 12, 15, 18, 19, 20

El instrumento se divide en dos subescalas, una referida a la comunicación con la madre y otra referida a la comunicación con el padre. Ambas se componen de 20 ítems. La escala original presenta una estructura de dos factores que se refieren al grado de apertura y a la presencia de problemas de comunicación familiar. Sin embargo, en posteriores investigaciones realizadas, la escala ha presentado una estructura factorial de tres dimensiones (para el padre y la madre separadamente):

Comunicación abierta:(ítems 1 + 2 + 3 + 6 + 7 + 8 + 9 + 13 + 14 + 16 + 17)

Comunicación ofensiva:(ítems 5 + 12 + 18 + 19)

Comunicación evitativa:(ítems 4 + 10 + 11 + 15 + 20).

FIABILIDAD

La consistencia interna de las puntuaciones, obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach, fue 0,87 para la subescala de franqueza y 0,78 para la

subescala de problemas. Las fiabilidades test-retest fueron de 0,78 y 0,77 para las subescalas de franqueza y de problemas, respectivamente.

En estudios previos con muestras de adolescentes españoles se han obtenido índices aceptables de fiabilidad de la escala que oscilan entre .64 y .91 (Jiménez, Murgui y Musitu, 2007; Jiménez, Musitu y Murgui, 2005; Jiménez, Musitu, Ramos y Murgui, 2009). Los valores del alpha de Cronbach obtenido para las distintas subescalas fueron de 0.87 para padre y de 0.86 para madre.

Anexo 5: Escala de Autoestima de Rosemberg (EAR)

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que consideres más apropiada.

Marca con un X lo que sientes.

A. Muy de acuerdo

B. De acuerdo

C. En desacuerdo

D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo (a).				
5. En general estoy satisfecho la de mi mismo (a).				

6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso (a).				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado (a).				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo (a).				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

Administración:

La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Entrevistados propuestos: Adolescentes (de 10 a 15 años de edad)

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1.

De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal
- De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Formato de respuesta:

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo

D. Muy en desacuerdo

Propiedades psicométricas: La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0.76 y 0.87- la fiabilidad es de 0.80.

Anexo 6. Recursos materiales.

Desglose de gastos:

MATERIAL	COSTO
• 756 hojas impresas con el formato de consentimiento informado uno para el padre o tutor y otro para el adolescente entrevistado	\$378.00
• 1134 hojas impresas en fotocopidora con los cuestionarios a responder	\$756.00
• Impresiones de tesis, engargolados y encuadernados	\$1,500.00
• Transportación	\$15,000.00
• Computadora y tintas	\$10,000.00
• Hojas blancas (500)	\$130.50
• 30 plumas	\$150.00
• 5 lapiceros	\$7.50
• Engrapadora y grapas	\$25.50
• 3 USB	\$300.00
• Servicios domiciliarios (luz, teléfono, internet)	\$17,500.00
• Cuadernos y agendas	\$100.00
Total	\$28,365.00