

11226



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "ORIENTE" ISSSTE
MÉXICO, D.F.

TÍTULO:

" IDENTIFICACIÓN DE REDES DE APOYO EN UN GRUPO DE
ADOLESCENTES DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "ORIENTE" DEL
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO"

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

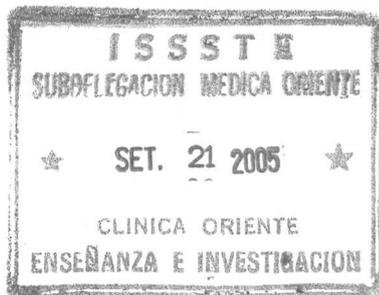
DRA. ELSA SUSANA NAVA AGUILAR

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2006

No. de registro: 78.2005

2005



0348303



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.

“IDENTIFICACIÓN DE REDES DE APOYO EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “ORIENTE” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ELSA SUSANA NAVA AGUILAR

AUTORIZACIONES:

DR. FERNANDO MORENO AGUILERA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “ORIENTE” DEL ISSSTE

DRA. MARGARITA TERÁN TRILLO
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS

DRA. EN SOCIOLOGÍA. LIC. EN TRABAJO SOCIAL. SECRETARIA DE LA ACADEMIA MEXICANA DE PROFESORES DE MEDICINA FAMILIAR A.C.
PROFESORA DE LA ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL.
PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.N.A.M.

DRA. ANA MARÍA NAVARRO GARCÍA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2006

“IDENTIFICACIÓN DE REDES DE APOYO EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “ORIENTE” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO ”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

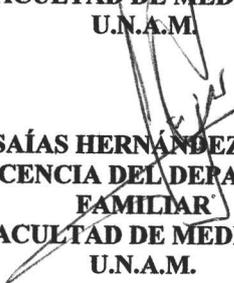
PRESENTA:

DRA. ELSA SUSANA NAVA AGUILAR

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

MÉXICO D.F.

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

FEBRERO 2006.

NOMBRE: Elsa Susana Nava Aguilar

FECHA: 26/09/05
FIRMA: Elsa Susana Nava Aguilar

Identificación de Redes de Apoyo en un grupo de adolescentes de la Clínica de Medicina Familiar "Oriente" ISSSTE.

Identification of support networks in a group of adolescents in the Primary Clinic Care "Oriente" ISSSTE.

Nava Aguilar E.S.*, Navarro García A.M.**, Terán Trillo M.***

*Residente de Medicina Familiar de la Clínica "Oriente" ISSSTE, **Profesora del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina U.N.A.M., ***Dra. en Sociología .Lic. en Trabajo social. Secretaria de la Academia Nacional de profesores de Medicina Familiar A. C. Profesora de la Escuela Nacional de Trabajo Social. Profesora del Departamento de Medicina familiar de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Resumen.

Objetivo. Identificación de Redes de Apoyo en un grupo de adolescentes de la Clínica "Oriente" ISSSTE.

Diseño. Estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal.

Lugar. Clínica de Medicina Familiar "Oriente" ISSSTE. Ciudad de México. Julio 2004 a junio 2005.

Participantes. Adolescentes derechohabientes de 10 a 19 años de edad.

Material y Métodos. Se aplicó una encuesta para identificación de redes sociales.

Resultados. Total de adolescentes entrevistados 150, no hubo diferencia significativa en cuanto al sexo, su edad oscila entre los 14-15 años, escolaridad secundaria en mayor porcentaje, la estructura familiar es nuclear principalmente. Los grupos de apoyo más importantes para el adolescente son las deportivas y los servicios más utilizados son el religioso y el deportivo. Se identificaron a 52 personas diferentes como apoyo, el total de personas consideradas como apoyo es 955, tienen un promedio de 3 apoyos por persona. La familia es su principal red de apoyo, la mamá en primer lugar (96.6%), seguida del padre(80%) y los hermanos, otras personas consideradas como apoyo son las amigas(72%), los maestros y los médicos son mencionados exclusivamente en los temas de salud. Los temas de salud que más hablan con sus apoyos son: tabaquismo-alcoholismo-drogadicción, prevención de accidentes, sexualidad y los que menos mencionan son el de enfermedades crónico-degenerativas y vacunación.

Conclusiones. El médico familiar debe de aprovechar cada visita del adolescente a la unidad para aplicar estrategias dirigidas a la educación sobre temas de salud y así convertirse en una red de apoyo. El trabajo conjunto médico-familia es muy importante ya que ésta constituye una gran parte de la red de apoyo del adolescente la cual en un momento dado podría determinar un adecuado acercamiento a los servicios de salud. La creación de una Clínica del adolescente en la CMF "Oriente" ISSSTE.

Summary.

Objective. Identification of support networks in a group of adolescents in the Primary Care Clinic "Oriente" ISSSTE.

Design. Descriptive, prospective, observational and cross sectional study.

Place. Primary Care Clinic "Oriente" ISSSTE. Mexico City. July 2004 to June 2005.

Participants. Adolescents with social security between 10 to 19 years old.

Material and Methods. A survey was applied for identification of social networks.

Results. Total of adolescents interviewees 150, there was not significant difference as for the sex, their age oscillates among the 14-15 years, secondary school in major percentage, the family structure is nuclear mainly. The most important support groups for the adolescent are the sport ones and the used services are the religious and the sport one. They were identified 52 different people as support, the total of people considered as support is 955, they have an average of 3 supports for person. The family is in the first place its main support network, the mom (96.6%), followed by the padre(80%) and the siblings, other people considered as support are the friends (72%), the teachers and the doctors are mentioned exclusively in the topics of health. The topics of health that more they speak with their supports they are: tabaquismo-alcoholismo-drogadicción, prevention of accidents, sexuality and those that fewer mention are that of chronic-degenerative illnesses and vaccination.

Conclusions. The family doctor should take advantage of each visit from the adolescent to the unit to apply strategies directed to the education on topics of health and this way to become a support network. The work combined doctor-family is very important since this constitutes a great part of the adolescent's support networks which could determine an appropriate approach to the services of health in a given moment. The creation of the adolescent's Clinic in the CMF "Oriente" ISSSTE.

AGRADECIMIENTOS

Un sincero agradecimiento a mis asesoras de tesis la Dra. Ana María Navarro García y la Dra. Margarita Terán Trillo por su trabajo, sus sugerencias, su paciencia y el tiempo que me dedicaron durante todo el proceso de tutoría de este trabajo de investigación, quienes más allá de ser profesionales exitosas son excelentes seres humanos.

Gracias a las autoridades de la Clínica de Medicina Familiar "Oriente" el Dr. Fernando Moreno Aguilera y el Dr. Manuel Bazán Castro por su disposición así como por su apoyo decidido para que concluyera en tiempo y forma la realización de esta investigación lo que de otra forma no hubiera sido posible.

A la Dra. Silvia Landgrave Ibáñez , responsable de la Biblioteca del Departamento de Medicina Familiar, por su apoyo en la búsqueda de la información que sustenta este trabajo, al Dr. Raúl Ponce Rosas por su ayuda en la construcción de la base de datos de este proyecto. Gracias.

Agradezco a mi familia por el apoyo incondicional que recibí de ellos todo el tiempo, no importando los problemas que pudieran surgir durante el camino su presencia fue siempre un factor que me impulsó a superarlos.

ELSA SUSANA NAVA AGUILAR.

ÍNDICE.

Pág.

1.MARCO TEÓRICO.....	1
1.1. ADOLESCENCIA.....	1
- LA ADOLESCENCIA A TRAVÉS DEL TIEMPO.....	1
- DESCUBRIMIENTO E INVENCIÓN DE LA ADOLESCENCIA EN LA HISTORIA.....	1
- DEFINICIÓN DE PUBERTAD Y ADOLESCENCIA.....	2
- LA PROBLEMÁTICA DEL ADOLESCENTE.....	5
1.2. FAMILIA.....	7
- DEFINICIONES DE FAMILIA	7
- ESQUEMA DE CLASIFICACIÓN INTEGRAL DE LA FAMILIA	8
- CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA POR SU COMPOSICIÓN.....	8
- FUNCIONES DE LA FAMILIA.....	9
1.3. REDES DE APOYO O REDES SOCIALES.....	10
- DEFINICIÓN.....	10
- OBJETIVOS DE LAS REDES DE APOYO O REDES SOCIALES.....	11
- ESTRUCTURA DE LAS REDES	12
1.4. CARACTERÍSTICAS DE LAS REDES DE APOYO O REDES SOCIALES... 	13
- ELEMENTOS DE UNA RED DE APOYO O RED SOCIAL.....	13
- CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES.....	15
1.5. FUNCIONES DE LA RED.....	16
- PRINCIPALES FUNCIONES	16
- ATRIBUTOS DEL VÍNCULO	17
1.6. CÓMO LA RED DE APOYO O RED SOCIAL INCIDE EN LA SALUD.....	17
1.7. REDES SOCIALES EN LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR	19
- EL ENFOQUE DEL MÉDICO FAMILIAR.....	19
- EL MÉDICO FAMILIAR Y LAS REDES DE APOYO.....	20
- ESTUDIOS DE REDES DE ATENCIÓN PRIMARIA	20
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
3. JUSTIFICACIÓN.....	23
4. OBJETIVOS.	25
-GENERAL	25
-ESPECÍFICOS	25

5. METODOLOGÍA.....	25
-TIPO DE ESTUDIO	25
-POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	25
-TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA	25
-CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN	26
-VARIABLES A RECOLECTAR	26
-DEFINICIÓN DE VARIABLES	27
-MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.....	28
-CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
6. RESULTADOS.....	30
-DESCRIPCIÓN (ANÁLISIS ESTADÍSTICO) DE LOS RESULTADOS	
-TABLAS Y GRÁFICAS.	
7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	51
8. CONCLUSIONES.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS	72

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ADOLESCENCIA

LA ADOLESCENCIA A TRAVÉS DEL TIEMPO

Los historiadores han puesto de relieve la forma en que los sucesos históricos han configurado la adolescencia. En Europa y América la adolescencia pasó prácticamente inadvertida como etapa de la vida hasta mediados del siglo XIX, en esta segunda mitad, se le descubrió gradualmente, pero este proceso de descubrimiento entrañó un elemento de invención en el sentido de que aunque los cambios sociales arrojaron nueva luz sobre los años de adolescencia como fase definida del ciclo vital, los rasgos psicosociales atribuidos a los jóvenes estaban imbuidos de los valores de los psicólogos, educadores y padres de la clase media.

Hacia finales del siglo XIX cuando los adolescentes se convirtieron en un grupo de edad claramente perfilado en las sociedades industriales avanzadas, los médicos empezaron a prestar mayor atención al tiempo, en particular al calendario de las etapas de la vida. El interés médico por la adolescencia se remonta a 1790, pero es a partir de 1850 que Vierort y Bowdicht, identifican la pubertad y reconocen que se presenta primero en las mujeres que en los hombres.¹

La adolescencia fue descubierta a principios del siglo XX, La mayor parte de lo que se escribió acerca de la adolescencia fue a principios de este siglo, se refiere a los muchachos y fue elaborado por hombres.²

DESCUBRIMIENTO E INVENCIÓN DE LA ADOLESCENCIA EN LA HISTORIA

Una revisión del Index Medicus de 1879 hasta la actualidad, ha revelado que desde esa fecha hasta 1907 no había ningún título o estudio sobre la adolescencia. Es con Stanley Hall que se inicia la investigación sistematizada, quién plantea que la adolescencia está caracterizada por turbulencia y estrés; fundamentalmente porque los impulsos sexuales en maduración tienen que enfrentarse con el muro de la prohibición social. Hall recurre a la llamada teoría de la recapitulación, la idea de que en la transición de la niñez a la juventud y la adultez, el sujeto recapitula la historia de la humanidad. Su obra funda el campo de la psicología del adolescente en los Estados Unidos de América.²

Schotz describe en 1919 los primeros detalles físicos de crecimiento; en 1942 William Greulich estableció un método científico para evaluar el crecimiento y desarrollo puberal y óseo. Los diversos estudios realizados por J. Roswell Gallagher desde 1930 hasta 1955 acerca del enfoque médico de la adolescencia y sus necesidades particulares de atención marca una nueva era de la medicina. La contribución de James Tanner entre 1950 y 1960 dan a conocer en Inglaterra su evaluación clínica de la madurez sexual, la cual sigue vigente hasta la fecha.

El primer servicio médico para adolescentes se fundó en 1951 en el Hospital del Niño de Boston en los Estados Unidos; casi al mismo tiempo se creó otro similar en Argentina,

posteriormente en Santiago de Chile y en 1964 en el Hospital Infantil de México. De manera casi simultánea a partir del decenio de 1960 la OMS (Organización Mundial de la Salud) empezó a considerar las necesidades de atención de una juventud que comenzó a manifestarse como un grupo aparte; así, desde 1970, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó congresos y reuniones para identificar los problemas de este grupo poblacional.¹

DEFINICIÓN DE PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

El término pubertad es derivado del latín *puber* que significa aparición del vello púbico, es decir, el que brota en la región del pubis. Se estableció como codificación del desarrollo corporal entre los romanos que atendían centros de cultura física o preparación militar. La pubertad es un proceso de crecimiento y maduración biológica que se desarrolla bajo control genético estricto, ya que aparece como consecuencia de crecimiento y desarrollo humano en etapas previas, incluye cambios neurohormonales que inducen y regulan la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas, y que dan por resultado una nueva geografía hormonal en el organismo. La pubertad requiere de la presencia de diversos factores, entre ellos: códigos genéticos particulares e individuales, crecimiento y desarrollo de las etapas pediátricas previas, condiciones de salud personal y ambiental, nutrición y diferentes estímulos psíquicos y sociales que con calidad y constancia estimulen el desarrollo biológico, psicológico y social hasta la pubertad.

Los factores nutricios también se han relacionado con los tiempos de inicio de la pubertad y la composición corporal también parece acelerar su inicio. La pubertad se alcanza cuando se producen hormonas procedentes de la adenohipófisis que facilitan la maduración de las gónadas en ambos sexos. Para que ellas entren en el torrente circulatorio es necesaria la maduración del sistema hipotálamo-hipófisis-gónadas. En tanto que al sistema límbico se le considera inhibidor de las gonadotropinas y por ello causante del bloqueo en el inicio de la pubertad. También se cree que el cuerpo pineal o epífisis situado en el epítalamo inhibe la pubertad durante la infancia; de hecho, se atrofia al final de la infancia.

Lo siguiente cambios ocurren en niños y niñas:

- 1.- Crecimiento y maduración del aparato genital.
- 2.- Aparición de caracteres sexuales secundarios.
- 3.- Crecimiento acelerado del sistema músculo esquelético.
- 4.- Adquisición de la capacidad de procreación.

Durante la pubertad ocurren dos hechos significativos en el desarrollo: la menarquía en mujeres y la espermarquía en varones. La menarquía sucede en promedio a los 12 +/- 1 años de edad. La espermarquía se presenta con la primera eyaculación espontánea nocturna que también se conoce como poluciones nocturnas o sueños húmedos, se observa en promedio a los 14 +/- 1 años de edad. La pubertad aparece y se desarrolla de manera normal entre los 8 y 17 años de edad, se inicia primero en las mujeres, y la edad promedio es entre los 10 y 13 años; en varones es entre los 11 y 14 años de edad.³

A la madurez biológica se le conoce como pubertad, en tanto al largo período que sigue para encontrar la madurez emocional y social se le denomina adolescencia, en la cual diversos factores de tipo socioeconómico y de composición corporal parecen influir en el proceso.

La palabra *adolescente* está tomada del latín *adolescens*, participio presente del verbo *adoleceré*, que significa crecer.

La adolescencia debe entenderse como una etapa de crisis personal en el esquema del desarrollo biopsicosocial de un ser humano. Ofrece a quien la vive un vasto mosaico de formas de madurar en los aspectos físico, emocional y social. Abarca un largo periodo de la vida que comprende, por lo general, de los 10 o 12 años de edad hasta los 22. Las limitantes de esta etapa varían según las prácticas y estructuras sociales donde se gesta el proceso. En este período crítico se alcanza la madurez biológica y sexual y con ello la capacidad de reproducción. También abre la puerta a la búsqueda y consecución paulatina de la madurez emocional y social, aquella donde se asumen responsabilidades y conductas que llevarán a la participación en el mundo adulto.^{3,4}

La adolescencia comienza antes en las mujeres que en los varones y la edad oscila desde los 11-12 hasta 22-23 años. La Organización Mundial de la Salud delimita cronológicamente a la adolescencia como el período de desarrollo comprendido entre los 10 y 19 años.⁵

Este es un proceso de tránsito determinado por varios factores: la vida en familia, la experiencia escolar, el marco cultural que ha estructurado el mundo social para la puesta en práctica de normas y límites que forman la base educativa que se manifiestan en la cotidianidad, la vida comunitaria y las condiciones económicas y políticas que caracterizan a cada generación de jóvenes.

La adolescencia es así una etapa compleja. La experiencia permite describirla como un fenómeno personal, pero a la vez claramente vinculado con los pares, por lo que tiene también un evidente sello que la distingue como la formadora de una nueva generación. A los adolescentes se les debe entender como el producto de su época, de la cultura donde viven, de su historia personal (infancia y pubertad) y del ambiente donde se gesta el proceso. La adolescencia se vivirá con menores o mayores riesgos de los necesarios, dependiendo de las actitudes, oportunidades, estilos de vida y vías de acción social.³

La adolescencia como proceso personal y social se da en un aquí y un ahora, dentro de un marco cultural y económico. Como todo marco social, cuando es sano, tendrá que ser contenedor y, por lo mismo, en él habrá normas y límites para que el adolescente, al formar parte de él obtenga (si su marco contextual es positivo) sentido de pertenencia, identidad, arraigo, seguridad y libertad. Si la familia, la comunidad o el mismo joven tratan o logran posponer, evadir o deformar el compromiso para que se asuma la adolescencia, conseguirán alterar no sólo la secuencia y las finalidades propuestas por la etapa de desarrollo, sino también darán oportunidad de abrir la puerta de la enfermedad psicosocial de la adolescencia.

El espacio que conforman la familia y la comunidad es importante porque constituye el escenario donde los adolescentes mostrarán las reacciones conductuales a una triple pérdida

(del cuerpo infantil, de los símbolos de los padres en la infancia y del mundo social del niño). Para que el proceso de la adolescencia “camine” es indispensable dar a los jóvenes el apoyo consciente de padres, profesores y de la comunidad para que puedan superar los retos que frente a sí tiene. Replantear las estructuras y las reglas dentro del marco de referencia no debe entenderse como hacer arreglos, componendas, y concesiones improvisadas producto de conductas reactivas derivadas de los primeros “enfrentamientos” entre la autoridad y el adolescente, sino como el establecer nuevas formas de funcionamiento familiar y escolar y nuevos canales de relación autoridad-adolescente. Los cambios que se den en las estructuras de contención deben ser producto de la meditación consciente clara y franca, cuya finalidad es la de dar confianza a los jóvenes y que sientan el apoyo y la protección de un campo de libertad que cubra todas las posibles expectativas del desarrollo.

Asimismo, las nuevas formas de relación que los adultos establezcan con los jóvenes deben promover “reglas de juego”, precisas, explicadas y de común acuerdo, sin menoscabo de la autoridad familiar, escolar y laboral. Pese al apoyo oportuno y positivo de los adultos en la familia o escuela, todas sus experiencias en esta etapa de la vida, estarán matizadas de múltiples detalles que requieren del apoyo de los nuevos vínculos, particularmente extrafamiliares. Por ello, los pares aparecen por vez primera con gran fuerza en la convivencia social y afectiva, y esto hace que la mayoría de los adolescentes trasponga temporalmente la interrelación con los padres, por lo que la familia queda en un segundo término. La opinión, la aceptación y el reconocimiento de los pares es muchas veces un valor social impostergable, así sorprenda a los padres o adultos. Esta fuerte socialización grupal del adolescente es una de las verdaderas oportunidades que tiene el joven para conocer y experimentar las redes sociales que forman otros valores culturales, éticos o religiosos, es decir, es su primera y a veces única opción de conocer y vivir valores diferentes a los inculcados por la familia.

La esencia básica del proceso adolescente es la búsqueda de la identidad. El adolescente es llevado a generar un nuevo espacio vital tanto para crear su interioridad, como para manejar su exterioridad en el momento de establecer una relación humana. Por medio de la práctica de esta nueva experiencia existencial, los adolescentes logran la formación de un autoconcepto, éste les conducirá a construir una autoestima y a descubrir un nuevo estilo de ser y hacer la vida.³

El proceso de la adolescencia se divide en tres etapas:

- 1.-Adolescencia temprana. Abarca de los 12 a los 14 años de edad y corresponde al periodo de la educación secundaria.
- 2.-Adolescencia media. Se extiende desde los 15 hasta los 17 años de edad, y entonces equivale al periodo del bachillerato en cualesquiera de sus modalidades o la educación media superior.
- 3.-Adolescencia tardía o fase de resolución de la adolescencia. Comprende de los 18 a los 21 años de edad, y corresponde a la educación universitaria casi por completo.^{3,4}

LA PROBLEMÁTICA DEL ADOLESCENTE

Los adolescentes de 15 a 19 años de edad representan casi la cuarta parte de la población nacional y actualmente se registran 430,000 embarazos anuales en mujeres de esa edad. Las causas de mortalidad y morbilidad incluyen desordenes sexuales y reproductivos, solo detrás del tabaquismo, suicidio y accidentes, de forma tal que se ha hecho evidente la dificultad de los Sistemas de Salud para orientar al adolescente y brindarle atención que impacte en su conducta futuras.⁶

Por otra parte los adolescentes son un sector de la población que se encuentran en riesgo de presentar diversos grados de depresión; debido fundamentalmente a deficiencias de la comunicación al interior de la familia, no debiendo de pasar desapercibida o considerarla como “normal en esa edad”, lo que podría provocar alteraciones graves en la salud del grupo familiar que desencadenarían con alta probabilidad en el suicidio del adolescente, por eso es importante considerar a los adolescentes como una población en riesgo.⁷

La falta de apoyo familiar, abuso verbal, pérdidas considerables antes de los dos años de edad, síntomas depresivos ya mencionados, actitud de rechazo a la ayuda, dificultades de aprendizaje y baja auto estima son factores de riesgo con un poder predictivo de intento suicida, por poner un ejemplo. Pelcovitz y cols., destacan la falta de cohesión familiar en estos casos.⁸

En nuestro país la población total es de 97 483 412 habitantes de acuerdo al censo de población del 2000. Los adolescentes representan un número importante de la población, a nivel nacional los hombres en el grupo de edad de 10 a 14 años son 5 435 737 y en el grupo de edad de 15 a 19 son 4 909 648, en tanto que las mujeres en el grupo de edad de 10 a 14 son 5 300 756 y en el grupo de edad de 15 a 19 son 5 082 487. El total en el grupo de edad de 10 a 14 de ambos sexos es de 10 736 493 y en el grupo de edad de 15 a 19 es de 9 992 135, la suma de ambos grupos de edad es 20 728 628 lo que representa el 21 % aproximadamente de la población del país.

A nivel Distrito Federal los hombres del grupo de edad de 10 a 14 años son 375 369 y las mujeres en ese mismo grupo son 367 617 dando un total de 742 986; en el grupo de edad de 15 a 19 los hombres son 390 049, mientras que las mujeres 408 300 dando un total de 798 349.⁹

Según información obtenida de la Encuesta Nacional de la Juventud del 2002, aplicada a jóvenes de 12 a 29 años por el Instituto Mexicano de la Juventud, la mayoría de los jóvenes viven en hogares con la presencia de ambos padres, sólo un 26.6% ha salido del hogar paterno. Las actividades familiares se distribuyen por género de manera tradicional, por ejemplo, los quehaceres domésticos o el cuidado de los niños y ancianos, son realizados preponderantemente por la madre o por los hijos, mientras que el aporte económico o las reparaciones que se deben hacer en la casa se inclinan más hacia el padre, no obstante, se perciben actividades que se comparten. En su mayoría los jóvenes conversan con sus padres, sobre todo con la mamá, pero se confirma que una importante proporción lo hace ocasionalmente.

Con respecto a la *escolaridad*, el apoyo familiar sigue siendo decisivo, es el padre con mayor frecuencia en quien descansa la responsabilidad de aportar los recursos económicos. Del total de jóvenes, 45.5% continua estudiando, el resto, que ya dejó la escuela, lo hicieron fundamentalmente entre 12 y 19 años de edad, y tres de los motivos más importantes para que esto ocurriera fueron: que no deseaban seguir estudiando, la falta de recursos económicos y la necesidad de trabajar.

Adicciones

Consumo de tabaco. Alguna vez ha afectado a más del 50% de los estudiantes de manera similar para hombres y mujeres (51.1 y 50.4%). El consumo es semejante al encontrado en el 2000. En cuanto al consumo actual de tabaco, el porcentaje de usuarios se reduce a menos de la mitad, y es ligeramente mayor el consumo en los hombres (23.4%). Al analizar el consumo de tabaco por nivel educativo, el porcentaje de usuario de nivel secundaria es bajo (38.4%) en comparación con los de bachillerato (68.4%) y los de escuela técnica (67.9%).

Al considerar la edad de los adolescentes, se observa que el porcentaje de consumidores de 14 años o menos, es menos de la mitad de los que tienen 18 años o más. Aún así un porcentaje importante (39.6%) de adolescentes de 17 años (adolescentes menores de edad) han fumado en el último mes. El cambio más drástico se presenta de los 14 a los 15 años, ya que ahí se observa como casi se triplica la proporción de consumidores actuales.

Consumo de Alcohol. Para el Distrito Federal se encontró que el 65.8% de los adolescentes han consumido alcohol alguna vez en su vida y un 35.2% lo han hecho en el último mes. En cuanto a la edad de los adolescentes, al igual que con el tabaco, se observa que el porcentaje de consumidores de 14 años o menos, es menor a la mitad de los que tienen 18 años o más. Asimismo, más de la mitad de los adolescentes de 17 años, han bebido alcohol en el último mes, aún cuando sean menores de edad.

Consumo de drogas. La prevalencia total de consumo de drogas fue del 15.2%, porcentaje ligeramente mayor al 2000 en un 0.5%. Al ver el consumo en el último año y en el último mes, las cifras son de 8.4% y 4.6%, respectivamente. Los hombres son el subgrupo más afectado por el consumo actual (5.7%), en comparación con las mujeres (3.6%).

El consumo de cualquier droga, alguna vez en la vida, es mayor para los hombres (16.9%). De la población total, el 10.5% es usuario experimental, y el 4.7% es usuario regular (han probado droga en más de 5 ocasiones).

Por lo que respecta a cada sustancia, la marihuana (7.2%) ocupa el primer lugar de preferencia por los adolescentes (de hecho es la que presenta el mayor incremento en los últimos tres años) y le sigue el consumo de inhalables (4.6%), el de tranquilizantes (4.5%) y el de cocaína (4%).

Estos datos hacen evidente la problemática y vulnerabilidad de este sector de la población en nuestro país y la urgente necesidad de ofrecer servicios de atención de salud especializados.¹⁰

Los cambios demográficos de este siglo que han dado como resultado la población adolescente más numerosa en la historia de las Américas, en forma inevitable esto ha influido sobre las tradiciones y costumbres de las sociedades circundantes y han hecho más perceptible la morbilidad y la mortalidad en este grupo poblacional. En respuesta a este fenómeno, organizaciones internacionales, regionales y nacionales se han dedicado a planificar y a ofrecer servicios de atención de salud para adolescentes (10-19 años de edad) y adultos jóvenes (15 a 24 años), como un factor clave para el progreso social, económico y político de los países.

Cuando se observan específicamente las tendencias en mortalidad entre los adolescentes latinoamericanos, este grupo presenta 7.4% de todas las muertes, una reducción de 3.5% desde 1980. En Costa Rica, 4.4.% de todas las muertes ocurren en jóvenes, mientras que en EU es un 5.5%, en el Cono Sur 7.4% y en la región andina 12.7%.

La mortalidad después de los 15 años de edad va en aumento, más por cuestiones relacionadas con comportamientos sociales, que por causas infecciosas; lo que deja en claro, la relevancia que guarda su familia y el entorno social para todos los aspectos del desarrollo en el adolescente; por ello es importante conocer las características y el contexto de la dinámica familiar.³

1.2. FAMILIA

DEFINICIONES

En el imperio Romano, la familia quedó sustentada en la figura del padre, llamado pater familias, el cual dirigía como sacerdote el culto doméstico, que incluso podía llegar a imponer la pena de muerte y sólo podía transmitirse de varón a varón.¹¹

La palabra "familia", de raíz osca, fue utilizada en su origen para denotar exclusivamente a la servidumbre. En el siglo XV su significado se amplió, abarcando a todos los miembros de la casa. El vínculo más importante de esa familia medieval era un convenio tácito de protección y lealtad mutuas; el uso del término evolucionó progresivamente hacia el contrato familiar que hoy conocemos.¹²

La etimología del término familia, es propuesta por el Marqués de Morante como proveniente de la palabra latina famulus que significa sirviente o esclavo doméstico.

Otra forma de definir el término es la siguiente: Grupo formado por marido, mujer e hijos, que sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente, la cual sigue conservando la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico.¹¹

La Organización de las Naciones Unidas la define en 1970 por intermedio del documento "M" número 44, como: El conjunto de miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.

El consenso norteamericano la define como: La familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción. En Canadá se ha definido a la familia como: El grupo compuesto

por un marido, una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo.¹¹

Se define a la familia como a una unidad organizada por elementos o individuos que constituyen subsistemas (conyugal, filial, fraterno) que conviven en una relación duradera y consistente, la organización de estos elementos y subsistemas siguen un patrón jerárquico y no aleatorio.¹³

ESQUEMA DE CLASIFICACIÓN INTEGRAL DE LA FAMILIA

El desarrollo de la familia puede clasificarse en:

Familia Moderna. La característica esencial, consiste en que la madre trabaja fuera del hogar.

Familia Tradicional. El subsistema proveedor, casi siempre está constituido por el padre y excepcionalmente puede colaborar la madre o uno de los hijos.

Familia Primitiva o Arcaica. Nos referimos en general a la Familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.

Desde el punto de vista demográfico puede clasificarse en rural o urbana según la ubicación de la familia.

La integración familiar puede clasificarse en:

Familia integrada: en la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

Familia semi-integrada: Los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.

Familia desintegrada: La característica esencial es la ausencia de uno de los cónyuges, bien sea por muerte, divorcio, separación, abandono o el desmembramiento de la familia, debido a graves causas internas o externas.

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA POR SU COMPOSICIÓN

Familia Nuclear: Modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.

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

Familia Extensa Compuesta: Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como el caso de amigos y "compadres".¹¹

Al hablar sobre familia, comúnmente nos referimos a un grupo cuyos miembros están ligados entre sí por el matrimonio o la filiación. Sin embargo, el simple término de familia no siempre denota su delimitación, por ejemplo, de tamaño, del tipo de parentesco entre sus miembros, de las generaciones que incluye, del patrón de residencia, etc. Por ello es necesario partir de la diferenciación entre la familia elemental y el grupo doméstico. La primera es aquella que consiste sólo de dos generaciones sucesivas unidas por la dependencia padre-hijo.

El grupo doméstico u hogar es aquel cuyos miembros comparten los siguientes tres criterios: el criterio de locación, que significa dormir bajo el mismo techo, el criterio funcional, que corresponde al hecho de compartir actividades, como serían el comer, pasar

el tiempo libre juntos, criar niños, cuidar de la salud, etcétera; en tanto que el criterio de parentesco alude a las relaciones de consanguinidad y matrimonio. Así el grupo doméstico es una unidad que puede incluir tanto generaciones sucesivas como colaterales, unidas por matrimonio, filiación o fraternidad (hermanos) y que están organizados para proveer los recursos necesarios para mantener y criar a sus miembros.

“Hogar familiar simple” o “unidad familiar conyugal”, que abarca el concepto de familia nuclear, elemental o biológica, y que consiste en la pareja casada con sus hijos o el viudo(a) con sus hijos.

“Hogar familiar extenso”, que abarca la unidad familiar conyugal y uno o más familiares que pueden ser verticales hacia arriba (tíos, padres, etc.), hacia abajo (sobrinos) o laterales (hermanos, cuñados).

“Hogares familiares múltiples”, que incluyen dos o más unidades familiares conyugales conectadas por parentesco o matrimonio.¹⁴

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Las funciones de la familia son las siguientes:

Socialización: La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con “independencia” para desarrollarse en la sociedad. Habrá otras instituciones colaterales encargadas de la socialización de los hijos, como es el caso de la escuela.

Cuidado. Permite la preservación de nuestra especie, se identifican cuatro determinantes en ella: alimentación, vestido, seguridad física, apoyo emocional.

Afecto. Es un objeto de transacción dentro de la familia, en relación con la necesidad de recibir afecto y proporcionarlo.

Reproducción. Se ha definido a la familia como la institución encargada de “proveer de nuevos miembros a la sociedad”.

Estatus y Nivel Socioeconómico. Conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico equivale a transferirle derechos y obligaciones.¹¹

La tarea psicosocial de la familia de apoyo a sus miembros adquiere más importancia que nunca, ya que sólo la familia puede transformar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente. Para que una familia pueda tener un funcionamiento satisfactorio son necesarios varios factores:

- 1) la relación de pareja debe ser firme, madura y estable, creándose entre cada miembro una relación creativa y una comunicación clara, teniendo presente el rol que le corresponde a cada uno de ellos;
- 2) la autonomía de cada miembro debe ser respetada;
- 3) la toma de decisiones para la búsqueda de una solución debe ser apropiada para cada problema, no para luchar por el problema;
- 4) que exista flexibilidad para cambiar cuando las demandas internas o ambientales así lo exijan de manera que se conserve la homeostasis funcional sin que un miembro de la familia desarrolle síntomas.⁸

En las sociedades capitalistas periféricas, la familia funciona cada vez menos como unidad de producción y más como unidad reproductiva, no únicamente desde el punto de vista biológico, con patologías genéticas y gineco-obstétricas, sino también económico, que con fenómenos de salud-enfermedad relacionados con el consumo familiar, como la alimentación, vivienda y saneamiento ambiental.

Este grupo social es el más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. De igual manera las experiencias emocionales con los alimentos y la exposición a la educación nutricional contribuyen a formar sus hábitos dietéticos, siendo, en alguna medida, un producto de su cultura y de su grupo social. Esto constituye una unidad básica de la atención médica y de la salud, que presenta patrones característicos de la morbilidad, la respuesta a los síntomas y a la utilización de los servicios médicos.

Meissner señaló que la enfermedad en el ser humano además del componente patológico consta de uno ecológico en el que la familia constituye el contexto social más significativo y duradero.

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro, del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones.¹⁵

1.3. REDES DE APOYO O REDES SOCIALES

El concepto de red social fue desarrollado y refinado de manera acumulativa pero desordenada por una serie de autores. Merece citarse entre ellos a Kurt Lewin (1952), cuya teoría del campo incluye explícitamente variables centradas en las relaciones sociales informales. Jacob L. Moreno (1951), el creador del psicodrama, desarrolló el concepto de psicología geográfica y una técnica sociométrica. El antropólogo social norteamericano John Barnes (1954,1972) llevó a cabo un estudio pionero acerca de redes informales y formales, familiares y extrafamiliares en Noruega, que puso en evidencia la importancia de los vínculos sociales extrafamiliares en la cotidianidad.

Elisabeth Bott (1957), en Inglaterra realizó un estudio acerca de las relaciones externas de familias urbanas, y durante ese proceso desarrollo metodologías pioneras para analizar las prácticas de interacción informal de la red familiar extendida, la estructura de la red (densidad, agrupamiento en subredes o conjuntos, etc.) y los contenidos de las interacciones (aspectos tales como el apoyo que se brindan, la información práctica, los consejos, etc.).¹²

DEFINICIÓN

Se entiende por **red de apoyo o red social** al conjunto de contactos –formales o informales– con parientes, amigos, vecinos, etcétera, a través de los cuales los individuos mantienen una identidad social, reciben apoyo emocional, ayuda material, servicios e información, y desarrollan nuevos contactos sociales.¹⁶

La red social es un proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano, presentando una relación directamente proporcional entre la complejidad de la organización social y la formación de redes sociales. Tanto la sociología urbana como la economía aplican el concepto de red social a las cadenas de parentesco que integran redes familiares en las que se fundamentan las formas de migración e incorporación al mercado de servicios en las ciudades.

Bott conceptualiza a la red social como el grado de conectividad determinada por la capacidad gregaria de los miembros de una familia. La retribalización es un proceso de fortalecimiento de relaciones interfamiliares y extrafamiliares que participan en la solución de situaciones de estrés tanto normativo como no normativo.

Los procesos en red pueden ser vistos en un grupo de familiares, vecinos, amigos u otras personas, que aportan ayuda real y duradera, a un individuo o una familia. Las redes sociales propician procesos de autogestión continua, en donde sus integrantes se comprometen y asumen el problema de alguno de sus miembros; ya sea por la relación directa que mantienen con él o por estar inmersos en circunstancias similares, conformando un sistema abierto de sujetos y entidades que a través del intercambio optimizan sus recursos.

Es importante diferenciar entre red social y apoyo social, Bellón se refiere a la primera con parámetros cuantitativos o estructurales, en tanto que, el apoyo social lo considera a través de parámetros cualitativos inherentes a las necesidades básicas de las familias.

Las redes sociales se caracterizan por una reciprocidad implícita. Gouldner considera que la reciprocidad implica una mutua dependencia a través de intercambios equivalentes, generando obligaciones entre las partes involucradas. La reciprocidad puede analizarse en cuanto a su estructura, comportamiento y organización tanto en la cotidianidad como frente a contingencias. A mayor red social, el sujeto mantiene más amplias posibilidades de comunicación y reforzamiento de su autoestima, incrementando su relación con su grupo de pertenencia, lo que puede determinar una mayor asistencia a consultas oportunas con el médico.¹⁷

OBJETIVOS DE LAS REDES DE APOYO O REDES SOCIALES

Los procesos y las intervenciones en red permiten:

- Intensificar las interrelaciones, con el consecuente fortalecimiento del sentido de pertenencia y el incremento en su calidad.
- Optimizar recursos, a través de la diversificación y oportunidad en el intercambio, facilitando también la identificación y acceso a mayor número de recursos.}
- Complementar los servicios aprovechando las oportunidades, en concordancia con áreas y objetivos compartidos.

- Descentralizar las intervenciones, promoviendo la participación de todos los integrantes: personas, sistemas o sectores que integran una determinada red social.
- Promover la corresponsabilidad y la autoorganización, a través de la toma de decisiones y la distribución de tareas, actividades y funciones; propiciando la homeostasis que regula cada sistema al interior.
- Socializar la información con los mecanismos de comunicación interna y externa que retroalimenta la funcionalidad de la red.

ESTRUCTURA DE LAS REDES DE APOYO O REDES SOCIALES.

Con base en su organización, las interrelaciones en una red social pueden ser informales o formales, dando origen a los intercambios básicos que le son propios. En ambos casos, su estructura suele establecerse a partir de su origen y tamaño, existiendo varias clasificaciones, que pueden ser integradas en cuatro tipos básicos: redes familiares, redes extrafamiliares, redes institucionales y redes o cadenas socioepidemiológicas. Las dos primeras corresponden al ámbito formal, la tercera corresponde al formal y la última es una red mixta.

- ***Redes sociales informales***

Surgen con base en los vínculos de parentesco, afecto, confianza, lealtad y solidaridad; siendo la familia la unidad en que se generan de manera cotidiana, los elementos básicos que nutren la experiencia de los individuos para ese particular sistema de intercambio, haciéndolo extensivo a los núcleos de amistades y vecinos.

Estas redes se caracterizan por formas de ayuda o apoyo, presentes tanto en las familias nucleares como en las extensas, constituyendo parte de su cultura y valores reproducibles, por lo que deben ser aprovechadas en toda su magnitud, ya que constituyen un sistema informal de seguridad social entre los grupos de mayor vulnerabilidad, a partir de la asistencia y el intercambio de servicios.

La visión de la familia desde una perspectiva de red social, permite identificarla como un sistema dinámico en donde sus subsistemas se complementan en procesos de reciprocidad que sin perder sus características propias optimizan sus recursos.

Con base en el ámbito en el cual se desarrollan, las redes familiares pueden ser intrafamiliares, interfamiliares y extrafamiliares.

Las intrafamiliares, se caracterizan por apoyos diversos y división de tareas entre los integrantes de un determinado núcleo familiar, sin la intervención de personas ajenas a él.

Las redes interfamiliares, surgen por la división de tareas entre los núcleos familiares que proceden de una misma familia de origen, con el propósito de obtener apoyos más efectivos en beneficio de las familias.

Las redes extrafamiliares se dan como resultado de sólidos vínculos afectivos y de una convivencia constante. Están fundadas en aspectos de lealtad y solidaridad, como es el caso de las amistades, vecinos y compadres, círculo de trabajo, escuela, grupos de ayuda y autoayuda. Conviene detectar la presencia de estas personas, ya que suelen ser recursos accesibles en presencia de factores de estrés. La participación de las redes sociales en el cuidado, directo o indirecto, apoyos de compañía e incluso materiales, obliga a considerarlos como elementos que coadyuvan para lograr una mejor atención a la salud.

- ***Redes sociales formales o institucionales***

Se establecen con base en normas, roles o funciones delimitadas, presentando un acceso restringido con relación a recursos específicos, tiempo y acciones particulares. Las instituciones y los servicios son los ejemplos más claros de las redes sociales formales.

Su funcionamiento e inclusión en un sistema de redes considera tres aspectos: el marco normativo, el estudio de recursos y la propuesta. El marco normativo, se refiere a lo establecido en el ámbito legal y administrativo, reconociendo que los aspectos inherentes a la salud aluden a los más altos valores de una sociedad. El estudio de recursos, integra la suficiente información sobre los insumos existentes, su capacidad resolutive así como las formas de accesos a estos insumos, para permitir la regulación y la coordinación de procedimientos hasta lograr formas de trabajo cooperativo. La propuesta se organiza con el propósito de fundar, crear, o transformar una norma por otra que agilice la cooperación y el intercambio en forma fluida a través de la participación de todos los sectores sociales, delimitando las acciones de funcionalidad. La propuesta conduce a formular los instrumentos que se utilizarán para su regulación y evaluación.

- ***Redes sociales combinadas o mixtas***

Se observa la relación entre las redes socioepidemiológicas (es la interacción de los factores sociales con el desarrollo de problemas de salud) y las redes interinstitucionales para identificar la problemática sanitaria y buscar estrategias asistenciales con participación comunitaria que contribuyan a la operacionalización de soluciones.¹⁷

1.4 CARACTERÍSTICAS DE LAS REDES DE APOYO O REDES SOCIALES

ELEMENTOS DE UNA RED SOCIAL O RED DE APOYO: tipo de intercambio, direccionalidad, extensión, frecuencia y temporalidad.

El tipo de intercambio establece los elementos necesarios para mantener la homeostasis de un determinado sistema y suele ser psicológico o emocional, lo que involucra intercambio de manifestaciones afectivas.

Direccionalidad. Implica la especificación de quien da el apoyo a quien o quienes, haciendo la observación de que en realidad, aun cuando un miembro de la familia proporciona el apoyo a otra familia, la acción repercute en todos los casos hacia el resto del núcleo de ambas familias. La direccionalidad puede ser descendente, que implica el apoyo intergeneracional o jerárquico, de mayores a más jóvenes y de subordinados a jefes; un claro ejemplo es la situación de ayuda de abuelos y padres a hijos o nietos, de igual manera

se cataloga al de compañeros de trabajo con diferentes rangos de autoridad. Entre iguales, se refiere a los apoyos que se intercambian entre elementos de una alianza, la misma generación o jerarquía. Ascendente, describe el apoyo intergeneracional o jerárquico de más jóvenes a mayores y de subordinados a supervisores o jefes. La externa se refiere a los casos en que el intercambio se genera con algún sujeto o núcleo ajeno al de pertenencia.

La extensión de la red, se considera como el grado de ampliación del ámbito en donde se logra el intercambio con otras redes, este ámbito puede ser intrafamiliar, interfamiliar, extrafamiliar y/o institucional. La frecuencia es el número de ocasiones en que se presentan intercambios en la red. La temporalidad se refiere a la duración de cada intercambio en la red, que puede ser: permanente o continuo, en los casos en que el intercambio se da de manera constante; por evento, considera al apoyo proporcionado sólo en determinadas circunstancias o sucesos, de manera emergente o en crisis.

Todo lo anterior permite explorar otra parte importante de los sistemas familiares, como es el caso del ecosistema o macrosistema con el cual se encuentra relacionada la familia. La visión panorámica de la interacción de diversos sistemas familiares y extrafamiliares, así como el análisis de sus características y funcionamiento, propiciarán el desarrollo de actividades dirigidas al mejoramiento del nivel de salud mediante el aprovechamiento de los recursos disponibles en las familias y en su comunidad.

La identificación y conocimiento de la red de apoyo o red social nos provee de elementos útiles para organizar las experiencias personales y colectivas de nuestros pacientes, así como para establecer mecanismos para el mantenimiento, reconstrucción o ampliación de estos recursos.¹⁷

La “red social personal” o “red social significativa”. Alude a las fronteras del sistema significativo del individuo, por lo que no se limitan a la familia nuclear o extensa, sino que incluyen a todo el conjunto de vínculos interpersonales del sujeto: familia, amigos, relaciones de trabajo, de estudio, de inserción comunitaria y de prácticas sociales. *La red social personal* puede ser definida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad. Esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona, y contribuye substancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a la imagen de sí. Constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis.

La red social o de apoyo personal puede ser registrada en forma de mapa mínimo que incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona dada:

- Familia.
- Amistades.
- Relaciones laborales o escolares (compañeros de trabajo o estudios).
- Relaciones comunitarias, de servicio (por ejemplo, servicios de salud) o de credo.

Sobre estos cuadrantes se inscriben tres áreas, a saber:

- Un círculo interior de relaciones íntimas (tales como familiares directos con contacto cotidiano, y amigos cercanos).
- Un círculo intermedio de relaciones personales con menor grado de compromiso (tales como relaciones sociales o profesionales con contacto personal pero sin intimidad, “amistades sociales”, y familiares intermedios).
- Un círculo externo de conocidos y relaciones ocasionales (tales como conocidos de escuela o trabajo, buenos vecinos, familiares lejanos, o cofeligreses).

Es posible discriminar entre la microrred social personal y la red “macro” que incluye la comunidad de la que formamos parte, nuestra sociedad, nuestra especie y nuestra ecología.

La red puede ser evaluada por sus características estructurales (propiedades de la red en su conjunto) de las funciones de los vínculos (tipo prevalente de intercambio interpersonal característico de vínculos específicos y de la suma o combinación del conjunto de vínculos) y de los atributos de cada vínculo (propiedades específicas de cada relación).

CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES

Las características estructurales de la red son:

Tamaño, es decir, número de personas en la red. Hay indicaciones de que las redes de tamaño mediano son más efectivas.

Densidad, conexión entre miembros independientemente del informante; un nivel de densidad medio favorece la máxima efectividad del grupo al permitir cotejamiento de impresiones. La evaluación de la dimensión “densidad” debe complementarse con análisis más cualitativos, tales como detectar la presencia de subsistemas coherentes o conjuntos en la red y su relación con el individuo.

Composición o distribución, es decir qué proporción del total de miembros de la red está localizada en cada cuadrante y cada círculo, las redes muy localizadas son menos flexibles y efectivas, y generan menos opciones que las redes de distribución más amplia.

Dispersión. La distancia geográfica entre los miembros, lo que, obviamente, afecta la facilidad de acceso al y del informante, y por lo tanto afecta tanto la sensibilidad de la red a las variaciones del individuo como la eficacia y velocidad de respuesta a las situaciones de crisis. Esta variable puede definirse también como accesibilidad.

Homogeneidad o heterogeneidad demográfica y sociocultural, según edad, sexo, cultura y nivel socioeconómico, con ventajas e inconvenientes en términos de identidad, reconocimiento de señales de estrés, activación y utilización.

Atributos de vínculos específicos, tales como intensidad o tropismo, es decir, compromiso y carga de la relación, durabilidad, historia en común.

Tipo de funciones cumplidas por cada vínculo y por el conjunto.¹²

1.5 FUNCIONES DE LA RED

Sussman y Burchinal han propuesto la existencia de la “familia extensa modificada” para referirse al sistema de redes familiares y sus pautas de ayuda mutua. En términos generales este concepto implica la idea de una estructura, organización y relaciones familiares con la parentela, en donde el parentesco es el criterio principal de afiliación al sistema o red.

El sistema de parentesco no sólo constituye la base de las redes familiares, sino también aporta una base para la red de relaciones sociales con el resto de la sociedad, la cual a través de las funciones y actividades que realiza, tiene implicaciones para el funcionamiento de otros sistemas sociales, como pueden ser la escuela, el trabajo y la atención a la salud.

Según Sussman, las actividades de la familia extensa y red de parentesco son básicamente tres: las de ayuda mutua, las sociales – como las visitas, recreación, ceremonias, etc. – y los servicios regulares u ocasionales que son funciones adicionales de la red familiar. Las relaciones de ayuda mutua de las redes se manifiestan en una regularidad de eventos informales de intercambio de bienes y servicios basados en cierto contexto normativo que determina hábitos y patrones de conducta, obligaciones y derechos.¹⁴

PRINCIPALES FUNCIONES:

- **Compañía social.** La realización de actividades conjuntas o simplemente el estar juntos; ciertas reacciones de duelo extremo de individuos a continuación de la muerte y pérdida de la compañía social.
- **Apoyo emocional.** Intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo; es el poder contar con la resonancia emocional y la buena voluntad del otro; es el tipo de función característica de las amistades íntimas y las relaciones familiares cercanas con un nivel bajo de ambivalencia.
- **Guía cognitiva y consejos.** Interacciones destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas, y proveer modelos de rol.
- **Regulación (o control) social.** Interacciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y roles, neutralizan las desviaciones de comportamiento que se apartan de las expectativas colectivas, permiten una disipación de la frustración y de la violencia, y favorecen la resolución de conflictos.
- **Ayuda material y de servicios.** Colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física, incluyendo los servicios de salud, los terapeutas y otros trabajadores de salud mental.
- **Acceso a nuevos contactos.** La apertura de puertas para conexión con personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red social del individuo.

Naturalmente, las relaciones íntimas familiares y de amistad suelen cubrir simultáneamente un número importante de funciones, muchas de las cuales, por su riqueza, complejidad o idiosincrasia, trascienden las especificaciones de las funciones de la red.¹²

ATRIBUTOS DEL VÍNCULO

- 1.- Las funciones prevalecientes. Cuál función o combinación de funciones, caracterizan de manera dominante a ese vínculo.
- 2.- La multidimensionalidad o versatilidad. Cuántas de esas funciones cumple, esa persona amiga es una compañía social buscada y además es un buen paño de lágrimas y fuente de consejos.
- 3.- La reciprocidad. Si tú cumples para con esa persona el mismo tipo de funciones, o funciones equivalentes, a las que esa persona cumple para ti, o no: "simetría-asimetría".
- 4.- La intensidad o el compromiso de la relación. Grado de intimidad.
- 5.- La frecuencia de los contactos.
- 6.- La historia de la relación.

Considerando su peso substancial como codeterminantes de salud y enfermedad, las variables de la red adquieren relevancia clínica aun mayor en nuestros tiempos. Es particularmente útil llevar a cabo con la familia una "evaluación macrosistémica" para descubrir y definir quiénes participan de los cuidados de esa familia y quiénes pueden y deben ser incluidos si es que se decide convocar en el futuro una reunión de red que incluya a los sistemas de ayuda.

Existen claras evidencias de cómo la red social es determinante en la salud del individuo, pero también, de cómo la enfermedad del individuo afecta no sólo a su núcleo familiar, sino que trasciende el ámbito de su red personal y la de sus allegados. De ahí que, una red social personal, estable, sensible, activa y confiable protege a la persona en contra de enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de servicios de salud.

El estudio de Durkheim sobre el suicidio, demostró que existe una mayor probabilidad de suicidio en los individuos más aislados socialmente, en comparación con quienes poseían una red social más amplia, accesible e integrada. Desde entonces, diversas investigaciones epidemiológicas confirmaron la correlación positiva entre red social y salud.

También se ha observado, que distintos factores culturales y del "entrenamiento" social, contribuyen para que las mujeres tiendan a establecer relaciones de mayor calidad (más variedad de funciones, intimidad y duración) que los hombres aún cuando ellos tienen una red más amplia (en cuanto a personas con quienes mantienen contacto).¹²

1.6 CÓMO LA RED DE APOYO O RED SOCIAL INCIDE EN LA SALUD

- En un nivel atávico de base evolutiva, la reacción de alarma se mitiga con la presencia de figuras familiares.
- En un nivel existencial, en los seres humanos las relaciones sociales contribuyen a proveer sentido a la vida de sus miembros.
- En un nivel de práctica social, la red provee una retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de salud.

- La red social favorece muchas actividades personales que se asocian positivamente con sobriedad: rutina de dieta, de ejercicios, de sueño, de adhesión a régimen medicamentoso y en general, cuidados de salud.¹²

Uno de los campos de acción de la educación para la salud se circunscribe al enfermo, a nivel hospitalario, ambulatorio y en el hogar, a efecto de lograr su participación activa, sobre todo en aquellas enfermedades que requieren de un tratamiento prolongado, haciéndose imprescindible la cooperación de familiares o allegados.¹⁵

La mayoría de los pacientes considera que el apoyo familiar es muy útil en el manejo de su enfermedad, y que la información que tiene el familiar sobre la enfermedad es determinante para que otorgue apoyo al enfermo, se requiere desarrollar un proceso de educación dirigido a modificar las actitudes, a mejorar las habilidades así como los conocimientos del paciente y de sus familiares para reforzar las acciones de apoyo del núcleo familiar como uno de los factores relacionados con la salud en el paciente.¹⁸

La presencia de una enfermedad -especialmente si se trata de una enfermedad crónica, habitualmente debilitante o aislante- impacta las interacciones entre el individuo (y su familia inmediata) y la red social más amplia, a través de diferentes procesos interconectados; ya que las enfermedades poseen un efecto interpersonal aversivo porque restringen la movilidad del sujeto, lo que reduce la oportunidad de los contactos sociales y lo aísla.

La enfermedad tiende a debilitar al enfermo y, como consecuencia, el sujeto reduce su iniciativa de activación de la red y establecer manifestaciones de reciprocidad, lo que hace poco gratificante el proporcionar cuidados a personas con enfermedades crónicas.

Speck y Atneave establecen las características para las intervenciones en la red de apoyo social:

- Retribalización, como el proceso de reconexión que comienza desde el mismo momento de las primeras llamadas telefónicas.
- Polarización, que suele aparecer como conflicto intergeneracional.
- Movilización para la acción por parte de los miembros más centrales.
- Depresión, acompañando las dificultades del proceso y las situaciones de estabilidad,
- Ruptura de la estabilidad.
- Esperanza (cuando no euforia)- acompañando al alivio de la crisis inmediata-.
- Agotamiento, ya que las reuniones colectivas de este tipo generan mucho desgaste emocional.¹²

1.7 REDES DE APOYO EN LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

EL ENFOQUE DEL MÉDICO FAMILIAR

El médico de familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes aceptando adecuadamente a los adolescentes.

Atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes directamente o a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja y por lo tanto es capaz de manejar a un grupo de adolescentes.

El médico familiar atiende el proceso diagnóstico y terapéutico de toda una serie de problemas clínicos frecuentes, procurando que el paciente permanezca lo más cerca posible de su comunidad natural.

La atención del médico familiar es dirigida a todas las etapas del ciclo vital, y al estar implicado en todas las etapas de la historia natural de la enfermedad, podrá participar en el cuidado de la salud en todas sus formas de intervención, mediante actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación.¹⁹

El médico familiar que atiende a toda una familia a través de sus distintas etapas, estará en una posición excelente para evaluar los progresos en materia de cumplimiento de las diversas tareas del desarrollo. Cuando en una familia el hijo mayor llega a la adolescencia temprana, es el momento propicio para que el médico familiar ofrezca su guía anticipada a los padres. El médico familiar que disfruta de la confianza de una familia, puede ayudarla actuando como mediador neutral, “traduciendo” las acciones y palabras del adolescente a sus padres y viceversa.

Lo primero que debe hacer un médico que esté atendiendo a una familia que se encuentre bajo la tensión del cambio de la adolescencia, es tratar de calmar su ansiedad y cooperar para canalizar esta energía hacia la solución del problema. Para lograr esto, el médico necesita saber “qué es lo que está sucediendo” en el interior del adolescente, tanto en términos biológicos como psicológicos, así como entre los demás miembros de la familia, en términos de la dinámica familiar. El médico familiar debe ser considerado por el adolescente como un adulto en quien podría encontrar apoyo sin ser criticado, una persona que comprende a los jóvenes.²⁰

Aclarando, reconociendo y tratando de hallar conjuntamente las soluciones, el médico puede lograr una comunicación efectiva y exenta de prejuicios con el adolescente.

La atención del adolescente como un ser biopsicosocial tiene en el médico de familia un experto, capaz de integrar dimensiones psicológicas y sociales junto a las puramente

orgánicas. Por lo que encontramos en el médico de familia un especialista capaz de manejar adecuadamente al adolescente.¹⁹

EL MÉDICO FAMILIAR Y LAS REDES DE APOYO

El enfoque médico familiar de las redes de apoyo o sociales se explora con el propósito de favorecer la aplicación de actividades dirigidas al mejoramiento del nivel de salud mediante el aprovechamiento de los recursos disponibles en las familias y en su comunidad.

Este enfoque propiciará el desarrollo de estrategias para obtener beneficios tanto para los usuarios como para los prestadores de los servicios de salud.¹⁷

Conocer la dinámica de las redes de apoyo o sociales y sus mecanismos de asociación con la salud mental y física o sus resultado en enfermedad tiene dos categorías de respuesta: prevención e intervención. La prevención se refiere a la necesidad de educación en la niñez temprana y formación en la etapa adulta en afiliación y habilidades de imitación para enseñar a la persona a contar con los recursos necesarios para mantener su salud y que les ayude a resistir el estrés de los eventos de la vida que son las inevitables consecuencias de vivir. Por lo que respecta a la esfera de intervención, se ha sugerido que los médicos y otros profesionales de la salud deberían de ser capacitados para identificar familias e individuos de alto riesgo, valorar la naturaleza y deficiencias de sus *redes de apoyo o redes sociales* a través de “cuidados anticipatorios” o “guía anticipatoria” asistirlos y enseñarlos a manipular su medio ambiente para adquirir y mantener los apoyos sociales necesarios para una sobrevivencia saludable. La intervención por parte del médico podría incluir también la movilización directa del sistema de apoyo informal del paciente (familia, amigos, vecinos, voluntarios en la comunidad). La calidad del apoyo puede también mejorar para algunos pacientes en grupos de apoyo mutuo con otros pacientes con problemas similares o situaciones similares.²¹

Corresponde al médico familiar la labor de prevención, detección oportuna, orientación y tratamiento temprano de la patología que presente el adolescente. Sería más fácil lograr la detección temprana si se efectuara el diagnóstico de salud familiar de manera cotidiana, lo cual ayudaría al médico familiar a predecir eventos que de presentarse vendrían a alterar de manera grave la salud del grupo familiar -como podría ser el suicidio en el adolescente.⁷

ESTUDIOS DE REDES DE ATENCIÓN PRIMARIA

El Apoyo Social “es el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación”.

La **red de apoyo (RA) o red social** que se refiere a los aspectos cuantitativos o estructurales (tamaño, densidad y dispersión).

La ausencia de Red Social y Apoyo Social puede actuar como un estresor en sí mismo, influyendo de ese modo directamente sobre el estado de salud. Dadas las sustanciales relaciones entre apoyo social y salud es importante conocer el primero, ya que su manejo posibilita la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de diferentes problemas de salud, por ejemplo fortaleciendo las relaciones intrafamiliares o potenciando grupos de autoayuda. Estas estrategias de intervención conciernen a las competencias del médico familiar y de los equipos de atención primaria.

Entre los instrumentos que se han propuesto para medir el Apoyo Social funcional destaca por su sencillez y brevedad el cuestionario Duke-UNC modificado y validado por Broadhead que evalúa el apoyo percibido (no el real). Según el autor la calidad del Apoyo Social es mejor predictora de la salud que el apoyo estructural, y dentro de las diferentes dimensiones que pueden identificarse en el Apoyo Social funcional el instrumento original incluía ítems sobre la cantidad de apoyo, el apoyo confidencial, el apoyo afectivo y el apoyo instrumental. Uno de los elementos de las redes sociales es el tipo de intercambio y el cuestionario de Duke UNC-11, adaptado y validado en España puede utilizarse para medir los elementos del intercambio emocional.^{17, 22} En la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero de la Ciudad de México se realizó un estudio del Cuestionario de Duke UNC-11 en el año 2004.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Como ya se ha mencionado en el marco teórico fue hacia finales del siglo XIX cuando los adolescentes se convirtieron en un grupo de edad trascendente, dándole la importancia pertinente al considerar la necesidad de cobertura por los servicios de salud de este sector de la población.¹

Actualmente más del 50% de la humanidad tiene menos de 25 años de edad y en quienes sus principales problemas de morbilidad y mortalidad son consecuencia de su comportamiento, cerca de 1,500 millones de jóvenes en el mundo entre 10 y 24 años viven en países en desarrollo. Los adolescentes y los jóvenes representan en 1995, aproximadamente 31% (137 millones) de la población en América Latina y el Caribe; mientras en los EUA como en Canadá, el porcentaje se sitúa alrededor de 20% de la población. Se prevé que este número pase de 137 millones a casi 172 millones en el año 2000, y el mayor porcentaje se concentrará en los países más pobres de la Región.²³

Por lo que se refiere a México, en los últimos años la población adolescente se ha incrementado de manera notable por lo que actualmente representa el 23.2% de la población total del país. Para 1994 se estimaba una población de 20.9 millones de adolescentes, de los cuales 10.4 eran mujeres y 10.5 varones. El 70% de los mexicanos es menor de 30 años y 33% del total tiene entre 15 y 30 años.³

Según datos del INEGI⁹ del año 2000 la población de adolescentes a nivel nacional y en el Distrito Federal es la siguiente:

NACIONAL

Grupo de Edad**	Hombres	Mujeres	Total
10-14	5 435 737	5 300 756	10 736 493
15-19	4 909 648	5 082 487	9 992 135

*FUENTE: INEGI. CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2000.

**La Organización Mundial de la Salud delimita cronológicamente a la adolescencia como el período de desarrollo comprendido entre los 10 y 19 años.⁵

DISTRITO FEDERAL

Grupo de Edad**	Hombres	Mujeres	Total
10-14	375 369	367 617	742 986
15-19	390 049	408 300	798 349

*FUENTE: INEGI. CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2000.

**La Organización Mundial de la Salud delimita cronológicamente a la adolescencia como el período de desarrollo comprendido entre los 10 y 19 años.⁵

**POBLACIÓN DE ADOLESCENTES EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“ORIENTE” DEL ISSSTE²⁴**

Grupo de Edad	Hombres	Mujeres	Total
10-14	2 774	2 806	5 580
15-19	2 997	2 889	5 886

*FUENTE: SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA. DELEGACIÓN REGIONAL ORIENTE EN EL D.F. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL 2004.²⁴

**La Organización Mundial de la Salud delimita cronológicamente a la adolescencia como el período de desarrollo comprendido entre los 10 y 19 años.⁵

Las encuestas hechas en México ya mencionadas con anterioridad revelan que el periodo en el cual se inician las adicciones es la adolescencia, siendo por el ejemplo que el consumo de tabaco afecta a más del 50% de los estudiantes, el 65.8% ha consumido alcohol y el 10.5% han tenido uso experimental de drogas.

En nuestro país, como en muchos otros, los adolescentes representan uno de los programas prioritarios del Sector Salud; en el caso de la Clínica Oriente del ISSSTE es un programa institucional en desarrollo, que se encuentra como tercer punto en dicho programa y que plantea los siguientes puntos: control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del adolescente.

La Clínica Oriente cuenta con una población adscrita de aproximadamente 18634 adolescentes, de los cuales la población derechohabiente usuaria es de 11466 adolescentes, siendo estos una población demandante de servicios, que requiere cobertura de servicios de salud de acuerdo a sus necesidades, y para conocerlas es importante plantear la siguiente pregunta:

-¿Qué redes de apoyo se identifican en un grupo de adolescentes que acuden a la Clínica Oriente?

El enfoque médico familiar de las redes sociales se explora con el propósito de favorecer la aplicación de actividades dirigidas al mejoramiento del nivel de salud mediante el aprovechamiento de los recursos disponibles en las familias y en su entorno.¹⁷

Los embarazos no planeados, las infecciones de transmisión sexual, incluyendo al virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el uso y abuso de drogas, los accidentes, traumatismos y violencia, la depresión y el suicidio, así como los trastornos alimentarios son solamente algunos de los problemas de salud a los que se enfrentan un creciente número de adolescentes provenientes de todos los sectores de la sociedad.¹⁸

Estos problemas establecidos mundialmente nos hacen pensar en la necesidad de crear una red de apoyo formal en la Clínica Oriente para contribuir con un adecuado manejo del adolescente.

3. JUSTIFICACIÓN

Después de la Segunda Guerra Mundial un gran número de profesionales comenzaron a interesarse por los problemas de salud del adolescente. Simultáneamente, las mejores condiciones de vida, la disponibilidad de antibióticos, la mejor nutrición de la población y la aplicación universal del esquema de vacunación, lograron disminuir la morbi-mortalidad para enfermedades infecciosas, sobre todo en niños, lo cual provocó un incremento en la pirámide poblacional de adolescentes y adultos jóvenes con respecto a lo observado en décadas anteriores y así dirigió la atención del médico hacia los nuevos problemas que han sido descuidados con anterioridad: estilos de vida poco saludables, las conductas de riesgo, el embarazo en la adolescencia, las enfermedades crónicas, los trastornos psicosomáticos, los problemas de aprendizaje y los traumatismos deportivos, entre otros.²⁵

En las dos décadas entre 1960 y 1980, el índice de crecimiento de los individuos de 10 a 24 años aumentó a un ritmo de casi un 50% superior al crecimiento de la población global general, un alarmante 66%. Hoy el 30% de la población mundial tiene entre 10 y 24 años de edad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) son organismo a través de los cuales se otorga autorización para desarrollar iniciativas enfocadas a la salud del adolescente.

El marco conceptual para la programación de procedimientos que procuren este aspecto en América se basa en varios acuerdos internacionales:

- 1.- Resolución XXXVI de la 42ª Asamblea mundial sobre la Salud en 1989. En ella se pusieron de manifiesto ante la comunidad universal las necesidades de salud del adolescente y se estableció en la OMS un área de programas para estos fines.
- 2.- La cumbre mundial sobre la infancia que reunió a 86 jefes de Estado y confirmó cuáles deberían de ser los componentes y las dinámicas esenciales para el logro de un desarrollo sano.
- 3.- La IX Resolución de la OPS durante la XLIX Reunión del Consejo en 1992 urgió a los países de la región a reconocer de manera prioritaria los problemas y necesidades de salud de los jóvenes.
- 4.- La Conferencia Internacional sobre Dinámica de Población en el Cairo, Egipto en 1995. La atención se enfocó en las necesidades económicas, sociales y de salud reproductiva de la joven adolescente.
- 5.- La Conferencia Internacional de la Mujer en Beijín, China, en 1996.

A partir de estas bases surgió el interés por entender la etapa de la adolescencia, conocer la pubertad y sus variantes, la patología propia de la edad, en suma, nació la Medicina del Adolescente.³

Como podemos ver, la *magnitud* de la problemática del adolescente abarca una gran variedad de temas entre los cuales se encuentra implicada la salud de este grupo (de 10 a 19 años) , así como también la de los jóvenes (15 a 24 años de edad) como un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países.

En la Clínica Oriente contamos con una población derechohabiente usuaria de más de 11,000 adolescentes, para los cuales sus necesidades y derechos frecuentemente no figuran en las políticas públicas ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. Uno de los factores que contribuyen a esta omisión es que en comparación con los niños y los ancianos, los adolescentes sufren de pocas enfermedades que representan una amenaza para sus vidas, por otra parte, la mayoría de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no se traducen en morbilidad o mortalidad durante el período de la adolescencia misma sin embargo desencadenarán padecimientos crónicos que se traducirán en altos costos personales y materiales para el individuo y su familia.

Población de adolescentes de 10-19 años

POBLACIÓN DE ADOLESCENTES DE 10-19 AÑOS	TOTAL (No. de habitantes)
DISTRITO FEDERAL	1 541 335
CLÍNICA ORIENTE DEL ISSSTE	11 466

*Población total de ambos sexos. Fuente: D.F. INEGI⁹. Censo 2000. Clínica Oriente del ISSSTE. Diagnóstico Situacional²⁴ 2004.

Partiendo de la base del interés de las instituciones de nuestro país en materia de salud, resulta de suma trascendencia el planteamiento de conocer las redes de apoyo que un grupo de adolescentes puede tener ya que existe una amplia evidencia de que una red social personal, estable, sensible, activa y confiable tiene una influencia positiva para la persona porque actúa como un agente de ayuda y derivación que afecta la pertenencia y rapidez de la utilización de los servicios de salud.¹²

Es probablemente durante la etapa de la adolescencia donde la influencia e interrelación de los factores sociales, familiares, culturales y psicológicos determinan más nítidamente la patología orgánica y las repercusiones del estado de salud de este grupo que en otras etapas de la vida, de ahí la *utilidad* del estudio a realizar, el cual agrupa una serie de aspectos que conjuntan parte de sus necesidades en las que los profesionales de la salud podemos intervenir.

La *factibilidad y/o vulnerabilidad* del estudio se menciona en el marco teórico y en el planteamiento del problema, así como al describir la magnitud de la problemática del adolescente. Al ser un punto relevante en los programas prioritarios del sector salud, en este caso el ISSSTE, resulta posible y de interés el realizar este estudio de identificar redes de apoyo en adolescente de la Clínica Oriente ya que contamos con la población de estudio, las facilidades otorgadas por las autoridades de la institución donde se realizará el estudio, los recursos humanos representados por la titular de este trabajo y físicos (16 consultorios de medicina familiar y salas de espera); por lo tanto es importante y factible realizar este estudio que nos proporcionará información de lo que piensa el adolescente, para abordar la problemática de acuerdo a sus necesidades, con una intervención oportuna por parte del Médico Familiar ante la fragilidad en las redes de apoyo informal, buscando contar con una red formal para mejorar sus expectativas de salud en todos los aspectos, que repercutan en su calidad de vida.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

-Identificar las Redes de Apoyo que existen en el adolescente que acude a la Consulta Externa de la Clínica de Medicina Familiar "Oriente" ISSSTE.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.-Conocer datos biosociales de los adolescentes entrevistados.
- 2.-Establecer la Estructura Familiar del adolescente.
- 3.-Detectar a las personas que el adolescente identifica como apoyos.
- 4.-Identificar a las personas con las que el adolescente habla sobre Temas de Salud.
- 5.-Distinguir los grupos en los que participa el adolescente.
- 6.-Destacar los servicios más usados por el adolescente.

5. METODOLOGÍA

-Tipo de estudio

Por la intervención del autor: observacional.

Por la cantidad de mediciones en el tiempo: transversal

Relación de variables: descriptivo.

Por la recolección en el tiempo: prospectivo.

Grupos de estudio: 1

-Población, lugar y tiempo de estudio

Población: Adolescentes derechohabientes de entre 10 y 19 años de la Clínica de Medicina Familiar "Oriente". ISSSTE.

Lugar.

Clínica de Medicina Familiar "Oriente".

Dirección. Av. Telecomunicaciones S/N Col. Ejército Constitucionalista.

Tiempo.

Julio del 2004 a julio del 2005.

-Tipo de muestra y tamaño de la muestra

Tomando como base el diagnóstico situacional de la Clínica de Medicina Familiar "Oriente" del 2004, se tiene una población derechohabiente usuaria de 11 766 adolescentes, dato que es utilizado para calcular el tamaño de muestra de acuerdo a la Guía Para el Seminario de Investigación del PUEM, por medio de la tabla de tamaño de muestra para variables cualitativas: $N > 10\ 000$ y $Z = 95\%$ (1.960) con una $P = 0.9$ y $E = 5\%$.

Se obtiene un tamaño de muestra de 138 individuos, adicionándole entre un 10 y 15% más, de tal forma que se puede tener la seguridad de obtener los datos de 138 encuestas o más, con lo cual se mantienen las condiciones muestrales solicitadas.²⁶ Por lo que se llega a un total teórico de 150.

Tamaño de la muestra: 150 adolescentes.

-Criterios de Selección

Criterios de Inclusión: Todo adolescente inscrito a la Clínica Oriente entre los 10 y 19 años de edad, en ambos turnos, matutino y vespertino, que acuda a la unidad médica. De ambos sexos, con aceptación y deseo de contestar el cuestionario.

Criterios de Exclusión: Tener edad menor a 10 años y ser mayor de 20 años, no ser derechohabiente en la Clínica Oriente, adolescentes con presencia de enfermedad mental, y que no acepten participar en la investigación.

Criterios de Eliminación: Encuestas incompletas y en los casos que no deseen terminar la encuesta.

-Información a recolectar (Variables a recolectar)

Información a analizar en la Base de Datos del Programa SPSS versión 11.0

VARIABLES DEL ESTUDIO.

NOMBRE COMPLETO DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE O CÓDIGOS.
No. Cuestionario	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo de 1 a n
Nombre del paciente	Cualitativa	Nominal (textual)	Nombre del paciente
Sexo del paciente	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1Femenino 2Masculino
Edad del paciente	Cuantitativa	Continua	Números enteros y fracciones de años
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1Primaria 2Secundaria 3Bachillerato/Preparatoria 4Licenciatura
Tipo de familia	Cualitativa	Nominal	1Nuclear 2Extensa 3Extensa compuesta
Número de apoyos	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros
Edad del apoyo	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros
Parentesco o relación del apoyo	Cualitativa	Nominal	1Papa 2Mamá 3Hermanos 4Abuelo 5Abuela 6Tío 7Tía 8Amigos 9Novio 10Novia 11Esposo 12Esposa , etc.
Tiempo de conocerlos	Cuantitativo	Continuo	Números enteros y fracciones de año
Tipos de apoyos	Cualitativo	Nominal	1Emocional 2Información y servicios 3Económico o material
Grupos de apoyo	Cualitativo	Nominal (Dicotómica)	1Si 2No
Número de integrantes de los grupos de apoyo	Cuantitativo	Discontinuo	Números enteros
Actividades de los grupos de apoyo	Cualitativo	Nominal	1Deportivas 2Recreativas 3Culturales

NOMBRE COMPLETO DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE O CÓDIGOS.
Servicios de apoyo: a)Otros servicios médicos diferentes al ISSSTE	Cualitativo	Nominal (Dicotómica)	1Si 2No
b)Religioso o espiritual	Cualitativo	Nominal (Dicotómica)	1Si 2No
c)Educativos o de capacitación	Cualitativo	Nominal (Dicotómica)	1Si 2No
d)Recreativos	Cualitativo	Nominal (Dicotómica)	1Si 2No
e)Deportivos	Cualitativo	Nominal (Dicotómica)	1Si 2No
f) Otros	Cualitativo	Nominal (Dicotómica)	1Si 2No
Otros apoyos significativos: a. Animales	Cualitativo	Nominal (Dicotómica)	1Si 2No
b. Plantas	Cualitativo	Nominal (Dicotómica)	1Si 2No
c. Otras cosas significativas	Cualitativo	Nominal (Dicotómica)	1Si 2No
Platico de mi salud con mis apoyos	Cualitativo	Nominal (Dicotómica)	1Si 2No
Con que persona(s) platico de mi salud.	Cualitativo	Nominal	1Mamá 2Papá 3Tío(a) 4Hermano(a) 5Amigo 6Profesores etc.
Temas de salud que platico con mis apoyos.	Cualitativo	Nominal	1Planificación Familiar 2Sexualidad 3Enfermedades de transmisión sexual 4Embarazo,aborto 5Drogadicción, alcoholismo, tabaquismo 6Enfermedades crónico-degenerativas (DM,HAS) 7Nutrición 8Vacunación 9Salud Mental 10Prevención de accidentes 11Otros

-Definición conceptual de las variables

- *Número de cuestionario: Número progresivo que se le asigna a cada cuestionario.
- *Nombre del paciente: Cada adolescente encuestado.
- *Sexo del paciente. Masculino: hombre, Femenino: mujer.
- *Edad del paciente: Números enteros y fracciones que expresan el tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento.
- *Escolaridad: Grado máximo de estudios (primaria, secundaria, bachillerato preparatoria, licenciatura)
- *Tipo de Familia según su estructura: Según las personas que integran el núcleo familiar, se clasificará a la familia con la propuesta de Irigoyen expuesta en el marco teórico.

*Número de apoyos: Número consecutivo que se le asigna a cada persona que el adolescente percibe como apoyo de acuerdo a la definición de red de apoyo o red social que se plantea en el marco teórico.

*Edad del apoyo: Número entero que representa el tiempo que ha vivido la persona percibida como apoyo desde su nacimiento.

*Parentesco o relación: De acuerdo con la definición de la OMS de 1970 de familia se denominará a cada persona percibida como apoyo de acuerdo a su filiación con el adolescente.

*Tiempo de conocerlos: Números enteros y fracciones de años que representan el tiempo que transcurre desde que el adolescente conoce a la persona que considera como su apoyo hasta la fecha en que se realiza la encuesta.

*Tipos de apoyos: La definición de red social expuesta en el marco teórico se refiere al conjunto de contactos formales o informales- como parientes, amigos, vecinos- que proporcionan los siguientes tipos de apoyos en este caso para los adolescentes:

Emocional se refiere a la persona que los escucha, les da afecto, consejos y compañía.

Información o servicios se refiere a quien realiza compras, pagos, consultas médicas, cuidador.

Económico o material es la persona que les proporciona dinero, ropa, comida (despensa) y medicamentos.

*Grupos de apoyo: Respuesta afirmativa o negativa de participación.

*Número de integrantes de los grupos de apoyo: Números enteros con los que se designa a la cantidad de personas que forman parte del grupo.

*Actividades de los grupos de apoyo. Se dividieron en 3 categorías: Deportivas(actividad física), recreativas (actividades de esparcimiento y diversión) y culturales (Resultado o efecto de cultivar las ciencias, artes, letras, etc.).

*Servicios de apoyo: Se refiere a otros servicios médicos diferentes al ISSSTE, religiosos, educativos o de capacitación, recreativos, deportivos y otros(diferentes a los anteriores).

*Otros apoyos significativos: animales, plantas y otras cosas significativas.

*Platico de salud con mis apoyos: Respuesta afirmativa o negativa.

*Con que persona(s) platico de mi salud: Personas percibidas como apoyos denominadas de acuerdo a su parentesco o relación con el adolescente.

*Temas de salud que platico con mis apoyos: De acuerdo a los puntos expuestos en el programa prioritario del ISSSTE para los adolescentes se plantean todos los temas de salud que se enlistaron. La opción otros es un espacio libre para que el entrevistado plantee temas de su interés.

-Método de recolección de datos

La idea para la realización de esta investigación surgió de plantear la posibilidad de contar con una Clínica del adolescente dentro de la Clínica de Medicina Familiar "Oriente", como principio se enfocó el interés hacia el adolescente y de ahí se partió a encontrar un tema de Medicina Familiar que lo relacionara, este tema fue el de redes de apoyo por lo que se inició la búsqueda de información en el Servicio de Ovid buscando artículos con las siguientes palabras: adolescents, help network y social support, las bibliografías obtenidas se llevaron a la biblioteca del departamento de Medicina Familiar donde se obtuvieron más artículos con los que se estructuró el marco teórico, el siguiente paso fue definir los objetivos generales y los objetivos específicos del estudio.

Posterior a esto se buscó el método para evaluar las redes de apoyo en adolescentes e inició la colaboración de la Maestra Terán Trillo, quién me mostró una encuesta aplicada a personas de la tercera edad sobre redes de apoyo, la cual se modificó y preparó para su aplicación a adolescentes, las modificaciones fueron desde su lenguaje hasta los conceptos y preguntas, además se agregó un apartado de salud, una vez lista, se dio el visto bueno.

Como siguiente paso se solicitó autorización para iniciar la fase de encuesta a las autoridades de la Clínica Oriente del ISSSTE, se iniciaron las pruebas piloto con adolescentes que esperaban consulta y se encontró que en el cuestionario no les resultaba claro el lenguaje ya que en el listado de apoyos la palabra tiempo la interpretaron como el tiempo que esas personas les dedicaban siendo que se refería al tiempo de conocerlos por lo que esta última frase se escribió completa y se tuvieron que aumentar especificaciones en ese mismo listado ya que manifestaron que se tardaban mucho tiempo al llenar todas las columnas de tipo de apoyo con las frases de “sí” o “no” por lo que se optó por colocar la indicación de marcar con una (√) o una (x) los recuadros, así como el hecho de que era mejor individualizar la aplicación con una pequeña revisión postaplicación para que todo se encontrara correcto y así se inició la fase de encuestamiento. El encuestador fue único siendo la titular de la investigación, las encuestas se realizaron en la sala de espera y durante las jornadas para adolescentes contando con su consentimiento y siempre se encontraban acompañados de un adulto, una vez que se obtuvieron las 150 encuestas se finalizó esta fase y se procedió al vaciado de la información y a su procesamiento, en ese momento la Dra. Ana María Navarro se dio a la tarea de supervisar esta fase en la que se creó una base de datos con el programa SPSS versión 11.0, una vez procesada la información se aplicaron pruebas estadísticas como la Chi² en el caso del sexo del encuestado, así como frecuencia y porcentaje en todas las variables cualitativas, para las variables cuantitativas se aplicaron medidas de tendencia central y dispersión. Los resultados se representaron en gráficas y tablas.

-Consideraciones éticas

Basándonos en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, se apega a lo establecido en el título segundo, capítulo I, artículo 17, categoría de investigación sin riesgo dado que la información que se obtenga se considera parte de un expediente personal y por lo tanto se maneja como información oficial y confidencial como parte de la ética médica.²⁷

Por otra parte también se actuó de acuerdo a la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª. Asamblea Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000) cumpliendo con las recomendaciones sobre Investigación biomédica donde participan seres humanos.²⁸

A los entrevistados y al adulto que los acompañaba se les informó del tema y de la utilidad de la encuesta por medio de una plática previa, posteriormente se les pidió su consentimiento para aceptar contestar el cuestionario mediante una firma de conformidad en el mismo.

6. RESULTADOS

De los adolescentes encuestados (n =150) de la clínica Oriente del ISSSTE se encontró que 86 (57.3%) corresponden al **sexo** femenino y 64 (42.7%) al sexo masculino, se aplicó la χ^2 encontrándose una $p= 0.071$ y dado que es mayor a 0.05, no se consideró una diferencia en cuanto al sexo estadísticamente significativa.

En cuanto a la **edad** de los adolescentes se obtuvo la siguiente información:

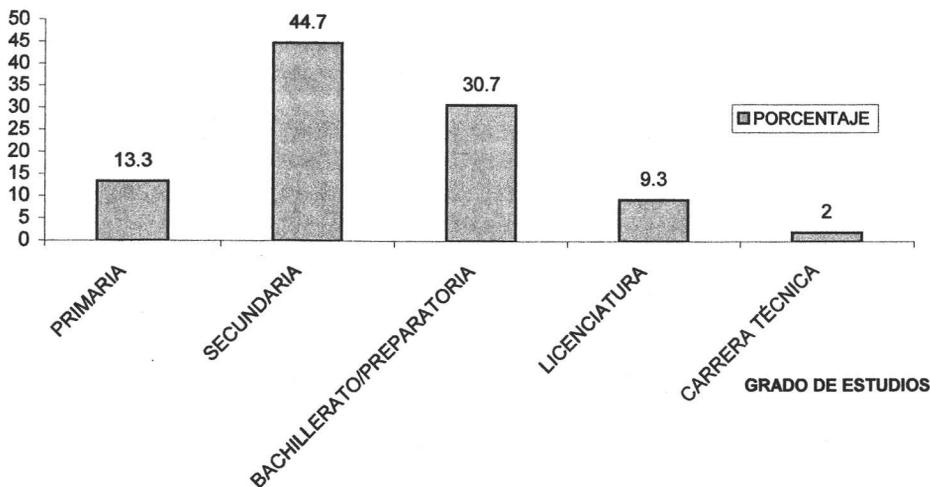
Tabla 1. EDAD DE LOS ADOLESCENTES

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA	EDAD (AÑOS)
Media	14.93
Mediana	15
Moda	14
Mínimo	10
Máximo	19

*Fuente n= 150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" del ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

En la Gráfica 1 se representa la **escolaridad** de los encuestados:

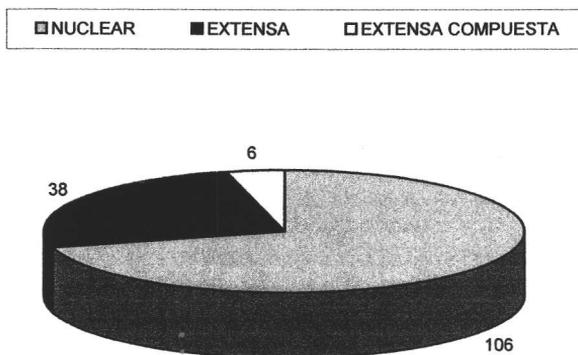
GRÁFICA 1. ESCOLARIDAD



*Fuente: n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

Con respecto a la estructura familiar se encontró lo siguiente (Gráfica 2):

**GRÁFICA 2.
ESTRUCTURA FAMILIAR
FRECUENCIA**



*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE.
Febrero-mayo, 2005.

Los adolescentes que **participan en grupos** fueron 68(43.5%) de 150 encuestados y sus **actividades** se muestran a continuación (Tabla 2):

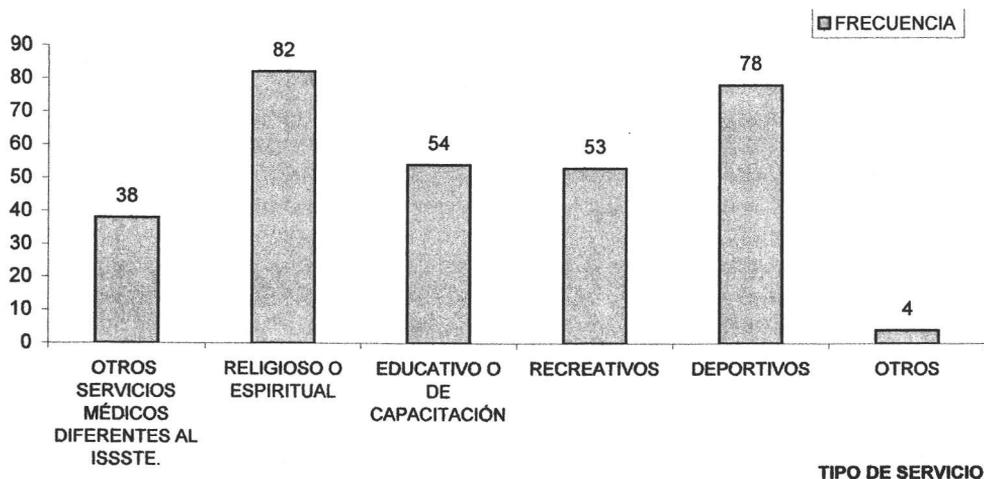
Tabla 2 . ACTIVIDADES EN LAS QUE PARTICIPAN LOS ADOLESCENTES

ACTIVIDADES DEL GRUPO	PARTICIPACIÓN DEL ADOLESCENTE (FRECUENCIA)
Deportivas	48
Recreativas	14
Culturales	17
Total	68/150

*Fuente n= 150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE.
Febrero-mayo, 2005.

Los servicios de apoyo con los que el adolescente contestó que contaba se representan en la Gráfica 3.

**GRÁFICA 3.
SERVICIOS DE APOYO**

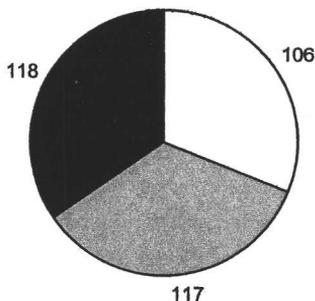


*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

Las cosas significativas para el adolescente se representan en la Gráfica 4.

**GRÁFICA 4.
COSAS SIGNIFICATIVAS
FRECUENCIA**

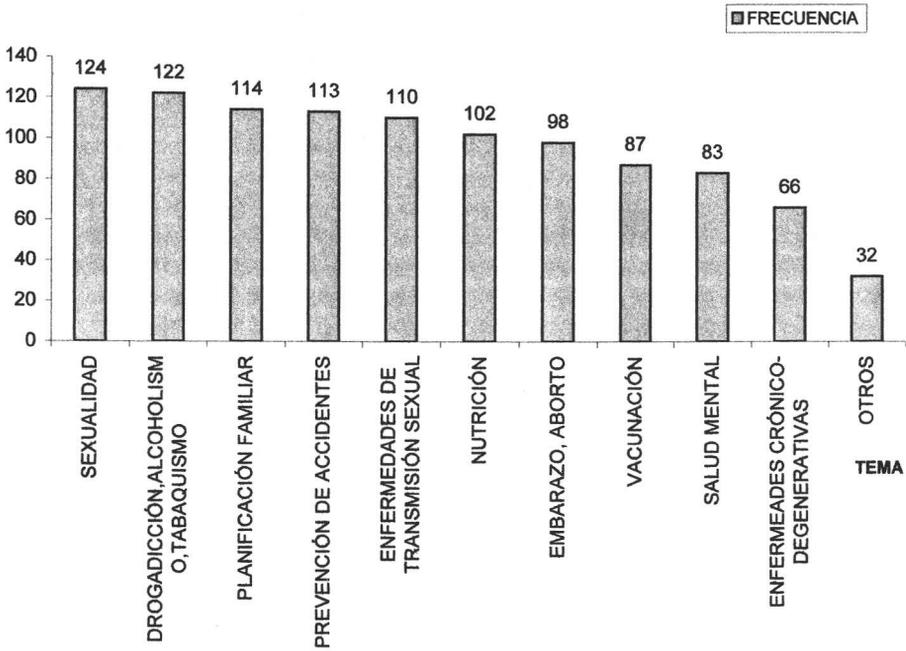
□ ANIMALES ■ PLANTAS ■ OTRAS COSAS SIGNIFICATIVAS



*Fuente n= 150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

Los adolescentes que platican de su salud con sus apoyos fueron 145 (96.7%) y los temas de los que ellos hablan con sus redes de apoyo se presentan en la siguiente distribución (Gráfica 5):

**GRÁFICA 5.
TEMAS DE SALUD QUE PLATICO CON MIS APOYOS**



*Fuente n= 150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

Por lo que respecta a **parentesco o relación de los apoyos** de los 150 adolescentes encuestados, se refirieron **52** personas diferentes, donde el total de mencionadas como apoyos son **955** (Tabla 3).

Tabla 3. APOYOS REFERIDOS POR LOS ADOLESCENTES

PARENTESCO O RELACIÓN DEL APOYO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Mamá	145	15.2
Papá	120	12.6
Amiga	108	11.2
Hermano	104	10.9
Hermana	92	9.6
Tía	89	9.3
Amigo	69	7.2
Abuela	59	6.1
Tío	54	5.7
Abuelo	28	2.9
Prima	26	2.7
Primo	26	2.7
Novio	11	1.2
Cuñada	8	0.8
Cuñado	4	0.4
Pareja / Cónyuge	2	0.2
Novia	2	0.2
Sobrino	2	0.2
Sobrina	1	0.1
Suegra	1	0.1
Pareja de Mamá	1	0.1
Nana	1	0.1
Maestro	1	0.1
Maestra	1	0.1
TOTAL	955	~100.0

*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

Lo referente a la **edad de los apoyos** y el **tiempo de conocerlos** se muestra en la Tabla 4:

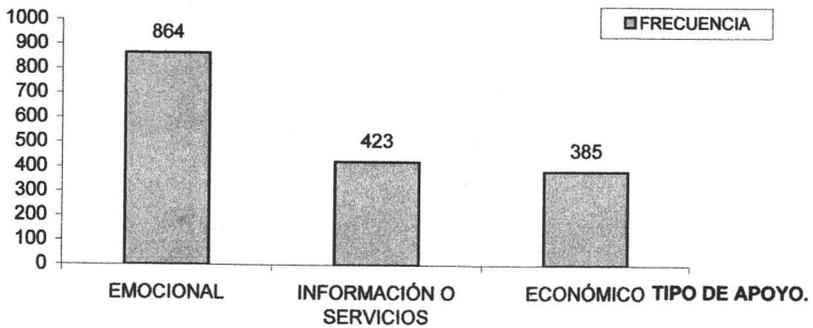
TABLA 4. EDAD DE LOS APOYOS Y TIEMPO DE CONOCERLOS

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA	EDAD DEL APOYO (AÑOS)	TIEMPO DE CONOCERLO (AÑOS)
Media	31.71	11.86
Mediana	31	13
Moda	17	13
Mínimo	1	1
Máximo	85	19

*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

El tipo de apoyo que proporcionaron a los adolescentes las 955 personas mencionadas anteriormente fue el siguiente: (Gráfica 6)

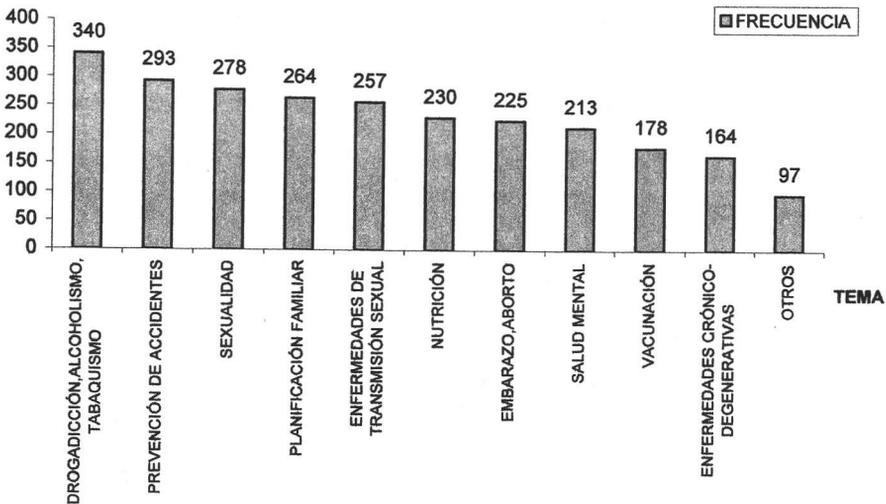
GRÁFICA 6.
TIPO DE APOYO DE LAS 955 PERSONAS



*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

En la Gráfica 7 se presentan los temas de los que hablan las 955 personas mencionadas como apoyos, con los adolescentes encuestados.

GRÁFICA 7.
TEMAS DE SALUD QUE PLATICAN LOS ADOLESCENTES CON LAS 955 PERSONAS MENCIONADAS COMO APOYO



*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

Enseguida se presenta de manera desglosada los grupo de personas mencionadas como red de apoyo, en orden de importancia para el adolescente entrevistado.

De lo mencionado por los adolescentes **la mamá** como **red de apoyo** fue considerada en primer lugar por 145 (96.6%) de los 150 adolescentes encuestados.

En la Tabla 5 se muestra la edad de la madre.

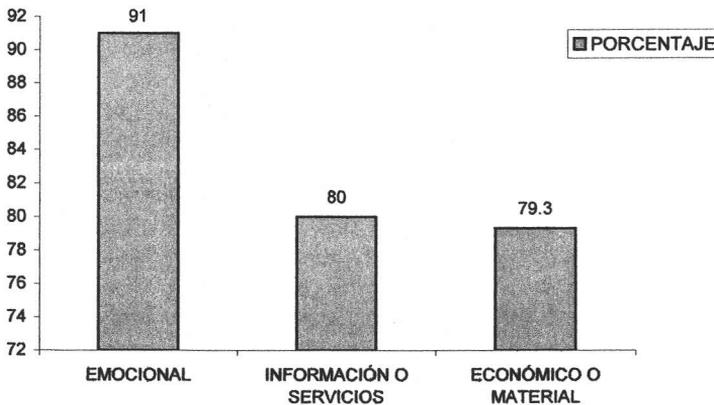
TABLA 5. EDAD DE LA MADRE

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA	EDAD (AÑOS)
Media	41.12
Mediana	40
Moda	40
Mínimo	28
Máximo	62

*Fuente n=150 adolescentes encuestados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

Por lo que se refiere al tipo de apoyo otorgado por la madre se muestra en la Gráfica 8.

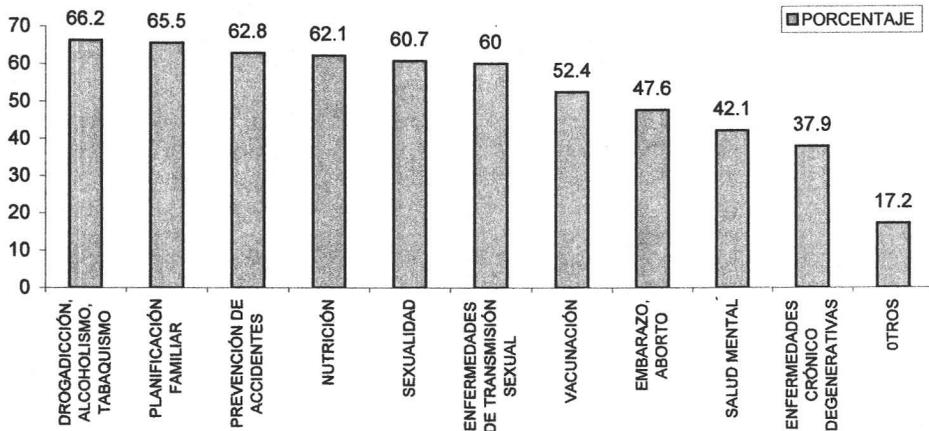
**GRÁFICA 8.
TIPO DE APOYO OTORGADO POR LA MADRE**



*Fuente n=150 adolescentes encuestados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

Los 145 adolescentes que refirieron a su mamá como su apoyo, expresaron hablar con ella de los siguientes temas de salud (Gráfica 9):

GRÁFICA 9.
TEMAS DE SALUD QUE HABLA CON SU MAMÁ



*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

El **padre** es considerado como **apoyo** para 120 de los adolescentes encuestados, a continuación se presenta la edad del padre (Tabla 6).

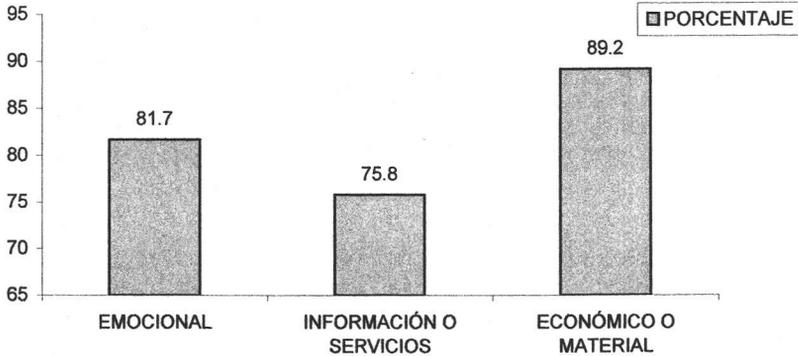
TABLA 6. EDAD DEL PADRE

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA	EDAD (AÑOS)
Media	44.24
Mediana	42
Moda	40
Mínimo	29
Máximo	72

*Fuente n=150 adolescentes encuestados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

El tipo de apoyo que otorga el padre se muestra en la Gráfica 10.

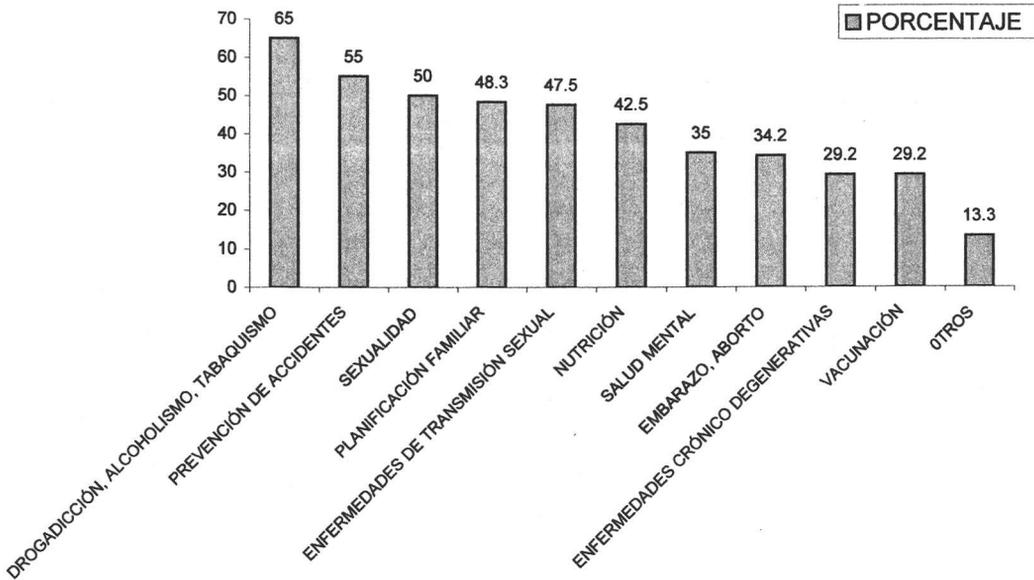
GRÁFICA 10.
TIPO DE APOYO OTORGADO POR EL PADRE



*Fuente n=150 adolescentes encuestados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

Los 120 adolescentes consideran que su papá habla con ellos de los siguientes temas (Gráfica 11):

GRAFICA 11.
TEMAS DE SALUD QUE PLATICAN CON SU PAPÁ



*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

La siguiente mención fue para las **amigas** referidas como **apoyo** por 108 de los 150 adolescentes encuestados.

Las **edades** y tiempo de conocerlas son presentados en la Tabla 7.

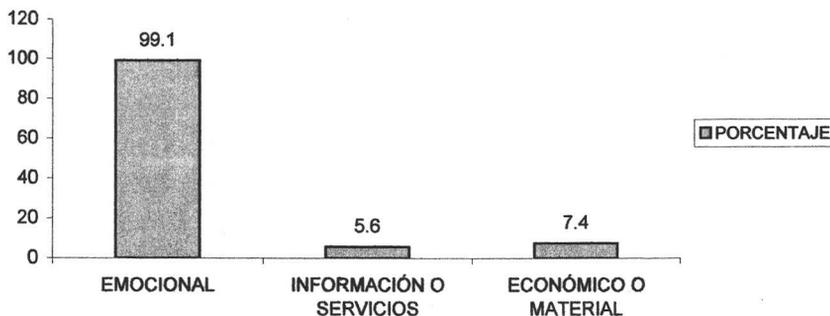
TABLA 7. EDAD DE LAS AMIGAS Y TIEMPO DE CONOCERLAS

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA	EDAD (AÑOS)	TIEMPO DE CONOCERLAS (AÑOS)
Media	17.06	3.7
Mediana	17	3
Moda	19	1
Mínimo	9	1
Máximo	50	14

*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

El **apoyo** que proporcionaron las **amigas** fue como sigue (Gráfica 12):

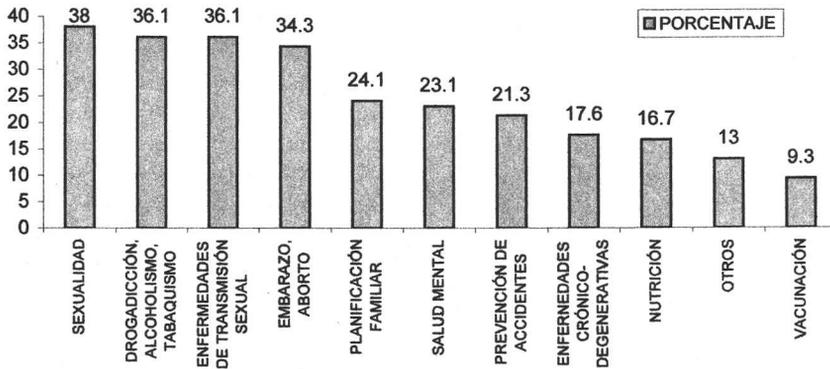
GRÁFICA 12. APOYO OTORGADO POR LAS AMIGAS



*Fuente n= 150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

De los **temas de salud** que el entrevistado manifestó hablar con sus **amigas** se encontró la información que a continuación se presenta (Gráfica 13):

GRÁFICA 13.
TEMAS DE SALUD QUE PLATICA CON LAS AMIGAS



*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

La siguiente persona que forma parte de la red de apoyo de los adolescentes son los **hermanos varones** los cuales son vistos como **apoyo** por 104 de los 150 encuestados. Sus edades se muestran en la Tabla 8.

TABLA 8. EDAD DE LOS HERMANOS

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA	EDAD (AÑOS)
Media	16.82
Mediana	16
Moda	12
Mínimo	1
Máximo	35

*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

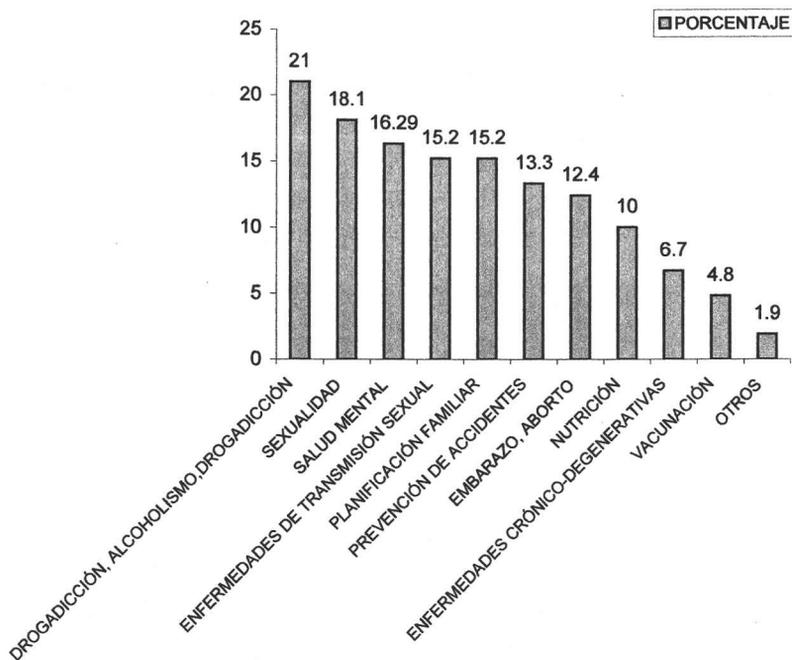
El **apoyo** proporcionado por los **hermanos** varones es el que a continuación se presenta (Gráfica 14):



*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

Los adolescentes que los refirieron como apoyo mencionaron hablar con sus **hermanos** de los siguientes **temas de salud** (Gráfica 15):

GRÁFICA 15.
TEMAS DE SALUD QUE PLATICAN CON SUS HERMANOS VARONES



*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

Otra persona manifestada como **apoyo** son la **hermanas** a la cuales mencionaron como tal 92 de los 150 adolescentes entrevistados.

Su **edad** se presenta en la Tabla 9.

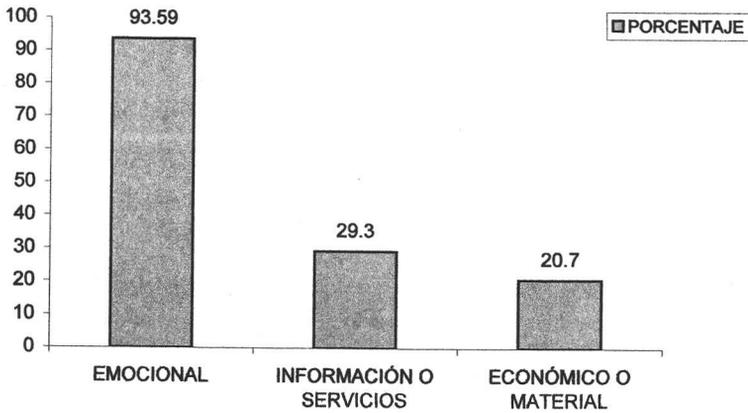
TABLA 9. EDAD DE LAS HERMANAS

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA	EDAD (AÑOS)
Media	16.72
Mediana	16
Moda	14
Máximo	2
Mínimo	36

*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

El **tipo apoyo** otorgado fue el siguiente (Gráfica 16):

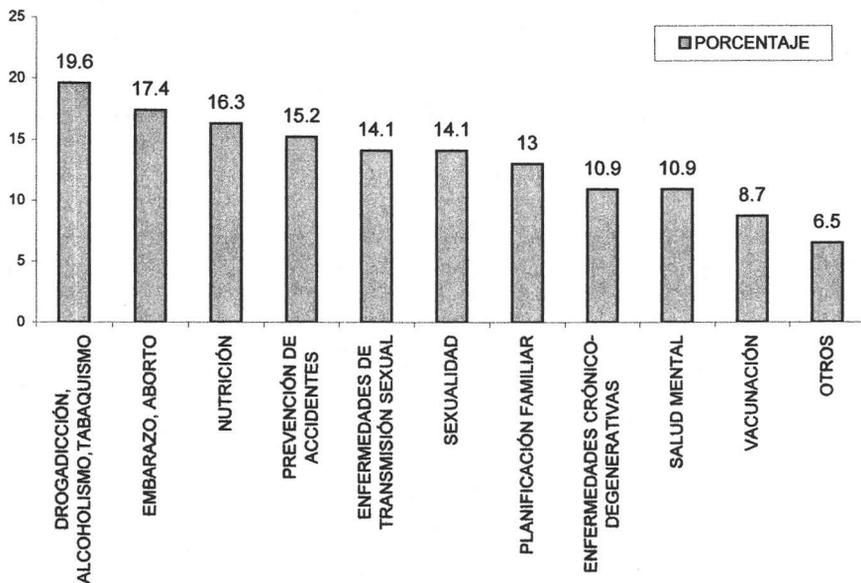
GRÁFICA 16.
APOYO OTORGADO A LOS ADOLESCENTES POR LAS HERMANAS



Febrero-mayo, 2005.

Los temas de salud que platican los adolescentes con sus hermanas se muestran en la Gráfica 17.

GRÁFICA 17.
TEMAS DE SALUD QUE PLATICAN CON SUS HERMANAS



*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

La tía fue mencionada por 89 de los 150 adolescentes. Se obtuvo la siguiente información sobre su edad y tiempo de conocerla (Tabla 10):

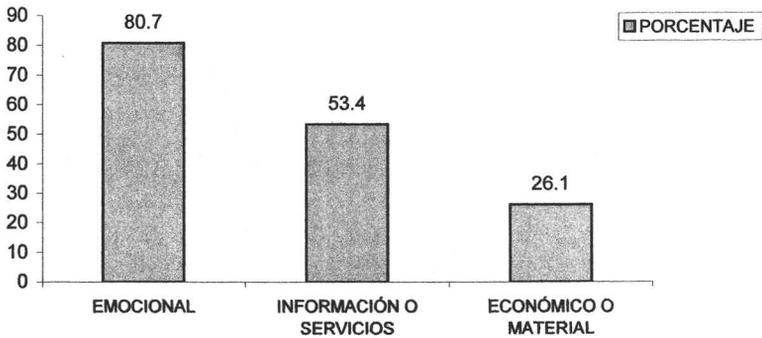
TABLA 10. EDAD DE LAS TÍAS Y TIEMPO DE CONOCERLAS

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA	EDAD (AÑOS)	TIEMPO DE CONOCERLA (AÑOS)
Media	37.47	14.02
Mediana	36.50	13
Moda	32	13
Mínimo	17	7
Máximo	60	19

*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

El apoyo que otorga la tía se muestra en la Gráfica 18:

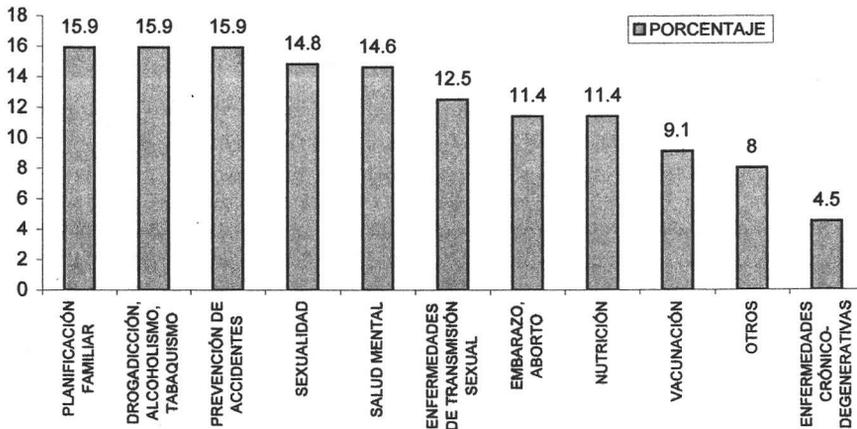
GRÁFICA 18.
APOYO OTORGADO A LOS ADOLESCENTES POR LA TÍA



*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

Los temas de salud que los adolescentes hablan con su tía se presentan en la Gráfica 19.

GRÁFICA 19.
TEMAS DE SALUD QUE EL ADOLESCENTE PLATICA CON SU TÍA



*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

Los 150 encuestados también refirieron a sus **amigos varones** como **apoyos** en 69 ocasiones cuyas edades y tiempo de conocerlos se presentan en la Tabla 11.

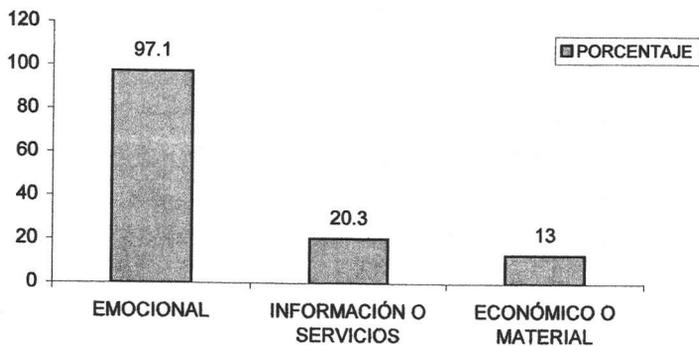
TABLA 11. EDAD DE LOS AMIGOS Y TIEMPO DE CONOCERLOS

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA.	EDAD (AÑOS)	TIEMPO DE CONOCERLOS (AÑOS)
Media	17.78	4.46
Mediana	17	3
Moda	16	2
Mínimo	10	1
Máximo	16	17

*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

Los **amigos** proporcionan su **apoyo** de la siguiente manera (Gráfica 20):

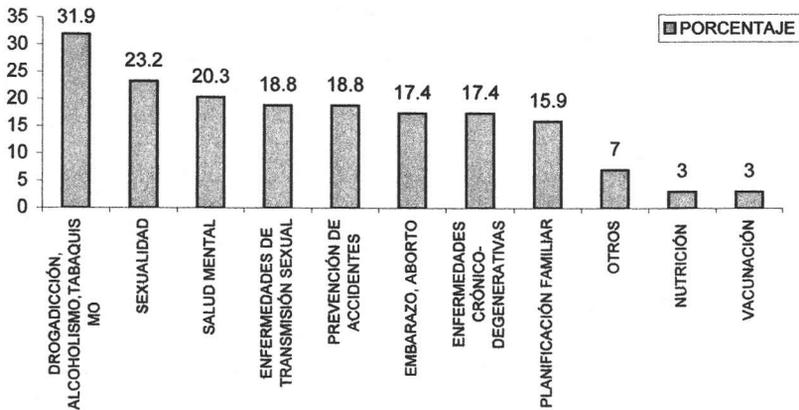
GRÁFICA 20.
TIPO DE APOYO QUE OTORGAN AL ADOLESCENTE LOS AMIGOS



*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

Los temas de salud que refirieron hablar los entrevistados con sus amigos se muestran en la Gráfica 21.

GRÁFICA 21.
TEMAS DE SALUD QUE PLATICAN LOS ADOLESCENTES CON SUS AMIGOS



*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

También las abuelas fueron mencionadas como apoyo por 59 de los 150 entrevistados.

Sus edades se presentan en la Tabla 12.

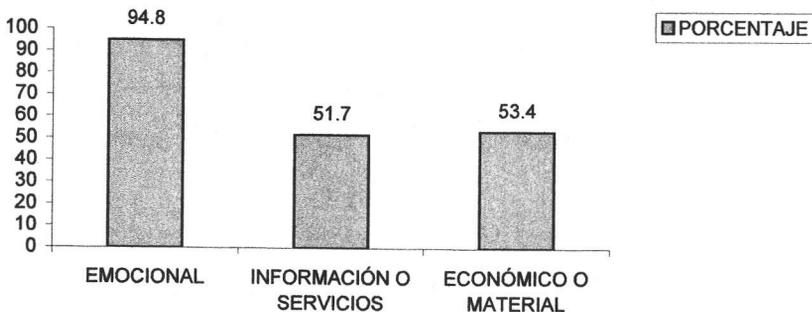
TABLA 12. EDAD DE LAS ABUELAS

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA	EDAD (AÑOS)
Media	63.14
Mediana	64
Moda	65
Mínimo	50
Máximo	85

*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

El **tipo de apoyo** que les proporcionan las **abuelas** se muestra en la Gráfica 22.

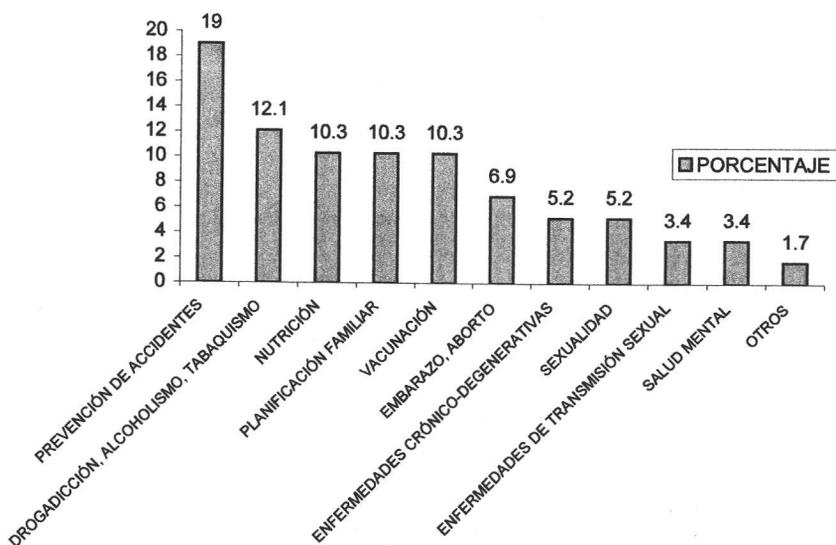
GRÁFICA 22.
TIPO DE APOYO OTORGADO A LOS ADOLESCENTES POR LA ABUELA



*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

Los **temas de salud** que refirieron hablar con sus **abuelas** se presentan en la siguiente distribución (Gráfica 23):

GRÁFICA 23.
TEMAS DE SALUD QUE PLÁTICA EL ADOLESCENTES CON SU ABUELA



*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

La siguiente tabla condensa la información referente a **otras de las personas** que también fueron mencionadas como **red de apoyo** por los adolescentes encuestados (Tabla 13):

TABLA 13. OTRAS PERSONAS MENCIONADAS COMO RED DE APOYO POR EL ADOLESCENTE

PERSONA	FRECUENCIA No. adolescentes que lo mencionan como apoyo / Total de entrevistados	EDAD (AÑOS)					TIEMPO DE CONOCERLO (AÑOS)
		MEDIA	MEDIANA	MODA	MÍNIMO	MÁXIMO	
Tío	54/ 150	37.38	36	32	17	63	14.29
Abuelo	28/150	64.25	61.5	69	45	85	13.46
Prima	26/150	18.42	17	13	11	36	14.35
Primo	26/150	18.12	16	14	7	50	13.35
Novio	11/150	20.45	20	19	16	25	2.18
Cuñada	8/ 150	24	23.5	24	17	33	8.88
Cuñado	4/150	27.5	25	25	20	40	9.75
Pareja	2/150	22.5	22.5	21	21	24	4
Novia	2/150	16	16	15	16	18	1.5

*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE.
Febrero-mayo, 2005.

El **tipo de apoyo** otorgado por estas mismas personas se muestran en la Tabla 14:

TABLA 14. TIPO DE APOYO OTORGADO POR OTRAS PERSONAS MENCIONADAS COMO RED DE APOYO POR EL ADOLESCENTE

PERSONA	APOYO EMOCIONAL	APOYO DE INFORMACIÓN O SERVICIOS	APOYO ECONÓMICO O MATERIAL
	Frecuencia/ (Porcentaje)	Frecuencia/ (Porcentaje)	Frecuencia / (Porcentaje)
Tío	46 / 83.6 %	26 / 47.3%	19 / 34.5%
Abuelo	22 / 78.6 %	15 / 53.6%	19 / 34.5%
Prima	25 / 96.2 %	4 / 15.4%	26 / 100 %
Primo	25 / 96.2 %	7 / 26.9%	2 / 7.7%
Novio	1 / 100 %	2 / 18.2%	3 / 27.3%
Cuñada	8 / 100 %	4 / 50.0%	3 / 27.3%
Cuñado	3 / 75.0 %	3 / 75.0%	4 / 100 %
Pareja	2 / 100 %	1 / 50.0%	1 / 50.0%
Novia	2 / 100 %	1 / 50.0%	2 / 7.7%

*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE.
Febrero-mayo, 2005.

Los temas de salud que estas personas hablan con los adolescentes encuestados se presentan a continuación (Tabla 15):

TABLA 15. TEMAS DE SALUD QUE PLATICAN CON EL ADOLESCENTE LAS OTRAS PERSONAS MENCIONADAS COMO RED DE APOYO

TEMA	FRECUENCIA / PORCENTAJE								
	TÍO	ABUELO	PRIMA	PRIMO	NOVIO	CUÑADA	PAREJA	CUÑADO	NOVIA
1.PLANIFICACIÓN FAMILIAR	11/20%	4 /14.3%	4/15.4%	26/100%	5/45.6%	8/100%	2/100%	4/100%	2/100%
2.SEXUALIDAD	10/18.29%	2/7.1%	4/15.4%	3/11.5%	3/27.3%	8/100%	2/100%	4/100%	2/100%
3.ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	4/ 7.3%	1/3.6%	5/19.2%	1/38%	4/36.4%	8/100%	1/50%	4/100%	2/100%
4.EMBARAZO, ABORTO	5/ 9.1%	1/3.6%	6/23.1%	3/11.5%	4/36.4%	8/100%	2/100%	4/100%	2/100%
5.DROGADICCIÓN, ALCOHOLISMO, TABAQUISMO	15/27.3%	3/10.7%	9/34.6%	9/34.6%	5/45.5%	8/100%	1/50%	4/100%	2/100%
6.ENFERMEDADES CRÓNICODEGENERATIVAS	5/9.1%	1/3.6%	6/23.1%	4/15.4%	1/9.1%	8/100%	1/50%	4/100%	2/100%
7.NUTRICIÓN	8/14.5%	4/14.3%	5/19.2%	6/23.1%	1/9.1%	8/100%	2/100%	4/100%	2/100%
8.VACUNACIÓN	9/16.4%	4/14.3%	4/15.4%	8/30.8%	11	8/100%	1/50%	4/100%	2/100%
9.SALUD MENTAL	14/25.5%	1/3.6%	5/19.2%	6/23.1%	1/9.1%	8/100%	1/50%	4/100%	2/100%
10.PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	16/29.1%	6/21.4%	10/38.5%	10/38.5%	11	8/100%	2/100%	4/100%	2/100%
11.OTROS	6/10.9%	1/3.6%	6/23.1%	4/15.4%	1/9.1%	8/100%	1/50%	4/100%	2/100%

*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE. Febrero-mayo, 2005.

Los **maestros** fueron mencionados exclusivamente en el apartado de temas de salud por 59 de los 150 adolescentes entrevistados y los **médicos** en ese mismo apartado por 7 de los 150. Dos maestros fueron considerados como un apoyo por los adolescentes y se mencionan en la Tabla 3.

A continuación se presentan los resultados obtenidos para la participación de **maestros y médicos** en esta encuesta. Tabla 16.

TABLA 16. INFORMACIÓN OBTENIDA DE LA PARTICIPACIÓN DE MAESTROS Y MÉDICOS

TEMA	MAESTRO (FRECUENCIA)	MÉDICO (FRECUENCIA)
1.PLANIFICACIÓN FAMILIAR	10/150	0
2.SEXUALIDAD	24/150	0
3.ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	37/150	1/150
4.EMBARAZO, ABORTO	26/150	0
5.DROGADICCIÓN, ALCOHOLISMO, TABAQUISMO	34/150	0
6.ENF. CRÓNICO-DEGENERATIVAS	12/150	1/150
7.NUTRICIÓN	10/150	4/150
8.VACUNACIÓN	9/150	2/150
9.SALUD MENTAL	14/150	1/150
10.PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	10/150	0
11.OTROS	4/150	0

*Fuente n=150 adolescentes entrevistados en la CMF "Oriente" ISSSTE.
Febrero-mayo, 2005.

7. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos la distribución en cuanto al **sexo** de los adolescentes entrevistados de la clínica "Oriente" del ISSSTE es similar a la encontrada a nivel nacional no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos.

La **edad** que predomina en los adolescentes de este estudio se encuentra entre 14-15 años que abarca la adolescencia temprana y media, que comprende el período entre la educación secundaria y el inicio del bachillerato.

Como se ha visto, la adolescencia es una etapa de crisis personal determinada por varios factores: la familia, la experiencia escolar, el marco cultural y su mundo social, todo en su conjunto interviene en la manera de practicar las normas y límites para el desarrollo de la vida comunitaria, de ahí que por ejemplo en la Ciudad de México durante el primer trimestre del año, la delincuencia juvenil observó un cambio en su composición interna respecto al mismo periodo del 2004, según estadísticas de la Policía Judicial del D. F., se observa la presencia delictiva de mujeres y adolescentes que llegan apenas a los 14 años, asimismo, subrayan un incremento en la participación de menores infractores en delitos contra la salud, portación de armas de fuego, abuso sexual y lesiones por golpes. En los meses de enero a marzo del 2005 quedaron a disposición del Ministerio Público especializado, 886 menores infractores, cifra superior al año previo. La captura de menores de 12 años aumentó en 140% con respecto al 2004, en el mismo periodo anterior. De los 15 a los 17 años la estadística señala disminuciones significativas comparado con los promedios de edad antes mencionados, pero aún acapara el mayor número de infractores. El número de mujeres jóvenes detenidas ha aumentado en un 30%, en años anteriores era de 10%, ahora de cada tres menores infractores capturados una es mujer.²⁹ Por todo lo expuesto es importante conocer el papel que juegan las redes de apoyo en la adolescencia, porque ante la carencia o fragilidad de las mismas los adolescentes puede incurrir en conductas como las mencionadas anteriormente.

Con respecto a la **escolaridad** de los 150 adolescentes encuestados se muestra un mayor porcentaje de alumnos de secundaria y estudiantes de bachillerato /preparatoria, lo cual coincide con lo esperado al clasificar la etapa de la adolescencia, indicando que se mantienen en el nivel educativo esperado para su edad. Esto puede resultar benéfico para la intervención médica ya que se puede propiciar el acercamiento a los servicios de salud en sus centros de enseñanza.

En América latina apenas 80 de cada 100 niños con instrucción primaria continuarán sus estudios de secundaria y sólo 40 de 100 jóvenes continuarán con sus estudios superiores. Sin embargo, sólo 55 y 57% de los adolescentes varones y mujeres, respectivamente, asisten al nivel secundaria de escolaridad y esto implica la existencia de un alto porcentaje de jóvenes sin los beneficios de la educación formal.³

Por otra parte, la **estructura familiar** que predomina es la **familia nuclear**. Algo muy importante es que el niño que está entrando a la adolescencia adquiera el sentido de formar parte de una familia, el sentido de pertenencia. La **familia** es el escenario donde el adolescente mostrará sus reacciones conductuales y por ello ésta se fortalece como una de sus principales **redes de apoyo**.

De todos los eventos que en forma natural afectan a la familia, el advenimiento de la adolescencia es tal vez el que más pone a prueba la flexibilidad del sistema.³⁰ En ese

momento el adolescente alcanzará la madurez en su desarrollo, así como los padres lograrán prepararse para llegar al momento de desprendimiento y los jóvenes puedan separarse y formar nuevas parejas.

El adolescente ya no es un niño ni es todavía un adulto. Durante la adolescencia, el equilibrio de la familia se altera. El hijo adolescente cambia tanto física como psicológicamente. Sus necesidades y sus peticiones hacia él mismo, hacia sus padres y hacia el medio social evolucionan. Para los padres que no prestaron atención o que no tomaron en cuenta los pequeños cambios de sus hijos durante la etapa de la preadolescencia, el descubrir bruscamente que su hijo o hija ya no es un pequeño los hace cuestionarse.³¹

Se tiene un pequeño porcentaje de **familias extensas** donde conviven dos generaciones como ocurre con los abuelos, por lo general la edad de los mismos es crítica, se acercan a no poder mantenerse por sí mismos, la soledad y la muerte serán motivo de preocupación para la familia y muy posiblemente desplace a la problemática del adolescente. En este periodo que puede abarcar hasta 2 a 3 décadas en las familias grandes es de mucha tensión para los miembros de la misma. Es una etapa en el ciclo de la vida familiar en la que los hijos mayores van asumiendo gradualmente la responsabilidad de sus propios actos. Las fuentes de previsión y comprensión que los padres necesitan para enfrentar estos cambios drásticos, son provenientes en muchas formas de los abuelos en familias extensas, ya que no se encuentran disponibles en las familias nucleares de las sociedades industrializadas. Cualquier disfunción a nivel familiar pudiera intervenir en el desarrollo del adolescente.²⁰

En la cultura latinoamericana se hace hincapié al hecho de que el hijo pertenece a una familia y es parte de un todo, se le estimula a que coopere con la familia y se sienta parte de ella. No se desea que el hijo sea tan independiente y por el contrario, se estimula su dependencia de la familia durante muchos años.

El tono emocional predominante en este gran número de familias en esta etapa de su ciclo de vida es la ansiedad, la cual surge del miedo a perder autoridad. Los padres temen perder el control, el amor y el respeto de sus hijos, que están madurando. En el modelo del desarrollo de los adolescentes en la familia va implícita la necesidad de que sus miembros adultos cumplan tareas de naturaleza recíproca, los adultos deberán moderar las restricciones impuestas al hasta entonces niño, para permitirle desarrollar plenamente su responsabilidad y libertad.

El hijo adolescente ya no recibe “pasivamente” los estímulos de sus padres y de la pareja que forman, sino que critica, juzga y cuestiona. Emite juicios de valor acerca de todos los detalles relacionados con sus padres, lo que deja huella si la pareja, o uno de los padres, está pasando por una fase delicada.³¹

La familia desempeña una función decisiva en la formación del adolescente y los jóvenes. Los padres, como miembros de la familia tienen la actividad específica de vigilancia, la cual significa el conocimiento, la formación de conciencia y la supervisión de la conducta y los acontecimientos correspondientes a la vida de los hijos. Estas condiciones familiares se relacionan con tasas menores de: actividad sexual, abuso de alcohol y drogas, deserción escolar y delincuencia juvenil.

Muchas investigaciones sugieren la existencia de estrecha correlación entre disfunción familiar y la aparición de conductas de riesgo en adolescentes.³

Un punto importante para el adolescente en esta búsqueda de identidad y libertad es la **participación en grupos**, encontrándose en este estudio que menos de la mitad de los entrevistados participan en actividades grupales, recordemos que dicha participación aumenta de manera sustancial sus redes de apoyo, proporcionándoles un vehículo para la integración social.

De hecho, incluso a nivel político hay reformas que inician y promueven pasatiempos, la creación de organizaciones para jóvenes, le dan mucha importancia a la práctica de deportes y lo señalan como parte importante de la salud en la vida del adolescente.³²

El pertenecer a centros recreativos, asociaciones como por ejemplo los exploradores, clubes para entretenimiento y actividades escolares extracurriculares, o en la comunidad, mejoran el desarrollo del adolescente; éstas actividades dirigidas por un adulto que sirva como guía, organizando sus actividades, promueve iniciativas en ellos, puede evitar trastornos del comportamiento, inicio de actividades delictivas y provee de un laboratorio para crear miembros de la sociedad sanos. La participación en organizaciones de entretenimiento y deportivas crea puntos de contacto entre adolescentes y otros adultos, en la comunidad, con su familia y grupo de pares.

Las **actividades** que realizan en mayor porcentaje los adolescentes encuestados de la Clínica Familiar "Oriente" son **deportivas**, este tipo de actividades, tienen beneficios psicológicos y de costos, estas actividades pueden inculcarse en los adolescentes por medio de organizaciones sociales. Algunos investigadores han estudiado la participación en actividades extracurriculares, indicando que mejoran la salud mental del adolescente.

Las actividades realizadas en este tipo de grupos, si son estructuradas proveen de una herramienta de procedimientos operacionales, valores morales y subcultura que enseñan y estimulan un ambiente prosocial. Esta integración social sirve para desarrollar actividades personales correctas. En un lenguaje reformador, estas actividades intervienen en disminuir los instintos agresivos, enseñar la higiene mental y proveerlos de un carácter ético. Los adultos promotores de actividades tales como las deportivas, tienen como rol el ser modelos, mentores y fuente de redes de apoyo, además pueden proporcionar factores protectores para el estrés del adolescente, pero hay que tener precaución ya que el promotor puede confundir al adolescente al tratar de transmitir malas experiencias, por lo que debe ser personal calificado para trato con adolescentes. En suma, las actividades extracurriculares brindan al adolescente un contacto con otros adultos pero las relaciones establecidas no siempre terminan en algo positivo.

Las relaciones en actividades extracurriculares con su iguales forman relaciones de amistades y grupos de pares, utilizando entre ellos apodosos que a menudo forman parte de sus vínculos. Además en este tipo de grupos el adolescente busca su pertenencia, ser miembro de una organización, controlar su espacio y por lo tanto esto promueve su desarrollo y la relación con diferentes grupos de personas no importando las diferencias étnicas.

Las actividades extracurriculares pueden unir a padres y adolescentes, encontrando un fin común entre ellos, porque aumenta la comunicación por la necesidad de conversación, al desarrollar actividades, pueden olvidar la brecha generacional, transmiten y reinforman la clase de familia, identificación generacional y étnica. Es una oportunidad de renegociación de la autonomía, reconocimiento al adolescente y apoyo para su independencia.

Algo desfavorable es que el padre puede tomar el control de la actividad y puede crear conflicto con el adolescente, así como puede forzarlo a realizar las actividades lo cual

alterará la relación, es por ello que resaltamos la importancia de que los padres tomen talleres informativos para la mejor comprensión de esta etapa de la adolescencia.³²

Otro aspecto de este estudio es el de los **servicios de apoyo**, siendo el **religioso** el que más se menciona, seguido por el servicio deportivo. En esta etapa llegan a ocurrir “apasionamientos” entre miembros del mismo sexo, particularmente entre los varones y suele suceder que los jóvenes sublimen sus impulsos sexuales concentrándose en la religión, el estudio o el deporte.²⁰ En este país la religión se practica cotidianamente, dicha práctica se refleja en los encuestados, siendo además utilizada como centro de integración para redes de apoyo. Por otra parte la religión, cualquiera que ésta sea y el ambiente imperante dan al adolescente un sentido particular de su vida que lo asegura y orienta en sus actos, él necesita mantener un cuerpo de creencias y valores sólidos que impliquen una escala de valores, así como actitudes sobre las cuales puede guiarse con seguridad.⁴

Dentro de las **cosas significativas** encontradas para este grupo de adolescentes se tiene un equilibrio en los resultados encontrados: plantas, animales y otras cosas significativas como colecciones de fotografías, música, estampas, muñecas, etc, siendo para muchos de ellos un apoyo, por medio de los cuales se pueden desbordar sus emociones: enojo, tristeza, felicidad, etc. Lo significativo no solo se limita a la familia o a los vínculos interpersonales con otros individuos, sino también a lo material que nos rodea, con lo que podemos lograr también un lazo emocional.

Por lo que respecta al **parentesco o relación de los apoyos** de los 150 adolescentes encuestados se refieren 52 personas diferentes. Dentro de los **apoyos** referidos por el adolescente, mencionan a 955 personas en total, con una media de 4 apoyos por entrevistado y con una frecuencia entre 1 a 8 que comprenden el mayor porcentaje de apoyos de los cuales su **distribución de edades** muestra los más altos promedios entre los 10-25 años (39.4) y de 30 a 55 años (41%), en cuanto al **tiempo de conocerlos** se mencionó que de 10 a 19 años (76.1%) es el promedio más alto de los apoyos, se hace referencia a este dato porque lo que predomina es la relación con sus pares y padres. En cuanto al **apoyo emocional** cuentan con 864 personas que lo otorgan, la persona que le proporciona dicho apoyo emocional es descrita como la que le da comprensión, lo escucha, le da afecto, consejos y compañía, esta información implica que es el más importante apoyo recibido por los adolescentes entrevistados el cual en esta etapa le dará un equilibrio psicológico para su desarrollo integral ya que dicho apoyo se reflejará en su estilo de vida. El afecto y la comunicación constituyen una díada importante que debe funcionar. Se tienen muchas pruebas de que un sinnúmero de problemas afectivos, desde la infancia, se deben más bien a la deficiencia en la comunicación y no a la ausencia o incapacidad de relacionarse mediante el afecto.³ **Información o servicios** es un apoyo más para el adolescente explicado a él como quién hace las compras, los pagos, lo lleva a las consultas médicas y quien lo cuida, implicando a 423 personas que lo otorgan, apoyo de importancia para el adolescente por que es el acercamiento de personas diferentes a su familia que le brindan otro aspecto diferente al emocional. El **apoyo económico** o material se refiere a la persona que da dinero, ropa, despensa y medicamentos, así son consideradas 385 de las personas referidas como apoyo entre las cuales se encuentra el padre quién es la persona que lo otorga principalmente, se relaciona con la satisfacción de las necesidades del adolescente, ya que dicho apoyo es el medio para adquirir diferentes artículos, posee

significado simbólico de poder, autoridad y da la oportunidad de someter, humillar, comprar afecto, o se puede dar y ser generoso con las necesidades personales y de los demás.⁴

En cuanto a los **temas de salud** que los adolescente encuestados hablan con sus redes de apoyo, se encuentra que los entrevistados que **platican de su salud** son un alto porcentaje y que de los temas de salud que ellos hablan con las personas mencionadas como apoyo se encuentra en primer lugar el de **sexualidad** contestado por 124 adolescentes, las amigas, los hermanos, la tía y los amigos son personas con las que tratan este tema principalmente, la abuela es con quién menos lo platican; este resultado es normal ya que para el adolescente esta etapa implica la sexualidad naciente y sus fantasías reciben los conflictos edípicos, los cuales pueden finalmente ser dominados, rechazando al “objeto del deseo” (la madre o el padre según se trate de hombre o mujer) e identificándose con el padre, la madre o alguna persona del mismo sexo.

Algo más es la búsqueda de nuevos compañeros con quienes se pueden formar otros sistemas familiares que perpetúen el ciclo vital del individuo. En este período se adquiere la madurez sexual y capacidad reproductiva, los pensamientos, las emociones y acciones sexuales se vuelven parte de lo más íntimo del adolescente por que son lo más profundo, inconsciente, vergonzoso a la conciencia del que los vive; esto sucede no sólo con lo erotizado, sino también con lo agresivizado, dado el incremento general de la tensión impulsiva, lo sexual es aparentemente prioritario y fundamental.⁴ También existe la tendencia a no hablar claramente de la maduración sexual y los padres tienden a dejar que la información se obtenga de otros compañeros o de maestros de la escuela, la cual puede ser transmitida con grandes distorsiones. El conocimiento que el adolescente necesita no solo es fisiológico sino el del significado de esos cambios (psicológica y emocionalmente) y que implicaciones tiene para las relaciones con otras personas.³³

El desarrollo sexual de los hijos despierta un sinnúmero de sentimientos en los padres, desde los sentimientos ligados a su propio desarrollo sexual, hasta la envidia hacia sus hijos. Frecuentemente se presenta una competencia, abierta o no, entre los hijos y el padre del mismo sexo.³¹

En América Latina, casi 25 millones de adolescentes varones de 15 a 19 años tienen problemas de sexualidad y paternidad temprana, deserción escolar y conductas de riesgo.³

El tema que ocupa el segundo lugar de acuerdo a las respuestas referidas por los adolescentes fue el de **drogadicción, alcoholismo y tabaquismo**, fue uno de los temas de salud que más platican con todos sus apoyos en la familia, las amigas y amigos y la persona con la que menos lo platican es con su tía, este tema resulta importante ya que se ha visto que el inicio a estas adicciones es en la adolescencia repercutiendo en la adultez. Al hablar de toxicomanías como lo es el consumo de tabaco, alcohol y drogas encontramos un pequeño porcentaje el cual se debe resaltar ya que según estadísticas en América Latina, entre el 10 y 30% de los adolescentes han tenido experiencia de consumo de drogas y la marihuana es la de uso más extendido. La dependencia a estas sustancias es más frecuente entre los jóvenes con familia desintegrada, de escasos recursos económicos y los afectados por ciertas psicoenfermedades.

Resaltando lo obtenido en la Encuesta Nacional de la Juventud 2002, el mayor consumo de tabaco es a nivel bachillerato, observándose además un alto porcentaje en edades menores a los 14 años y por lo menos el 50% de los estudiantes lo han consumido. En el consumo de

alcohol se encontró que más de la mitad lo han probado una vez en su vida y al igual que el tabaco se ha visto un aumento en consumidores menores de 14 años.

La marihuana, la cocaína y el crack han incrementado su presencia y consumo entre jóvenes latinoamericanos, representando un consumo de marihuana en México del 15% en adolescentes.³

Como se menciona en la literatura médica estas toxicomanías son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades agudas, crónico-degenerativas y de malignidad de ahí la importancia de prevenir su consumo a temprana edad y buscar la intervención de todas las redes de apoyo ya sea formales o informales para poder evitarlas tanto con el ejemplo que puede darse en el marco de la familia o bien con una adecuada información hacia el adolescente.

El tercer tema en mención fue el de **Planificación familiar** al que se refirieron 114 de los entrevistados, las personas con las que platican el tema son su mamá, su tía, lo que no ocurre con sus hermanas y amigos. Con respecto a este tema encontramos que la información hacia el adolescente existe pero es reducida, uno de cada seis adolescentes en la Ciudad de México ha iniciado prácticas coitivas antes de los 15 años de edad (coito prematrimonial) por lo que el uso de anticonceptivos es válido para esta población sin embargo hay que recordar que puede existir un empleo indiscriminado y mal informado de estos, alguno de ellos en realidad abortivos y no preventivos de la anticoncepción. En la prescripción de uno u otro método, existe la obligación de respetar las normas éticas y la conciencia tanto del paciente como del médico. El hecho de que el adolescente pueda hablar de este tema con personas bien informadas y que sepan otorgarle esta información, repercutirá en el uso adecuado de los métodos existentes así como en el adecuado conocimiento y practica de su sexualidad.³

La promoción de la planificación familiar y particularmente el uso de anticonceptivos, ha sido muy incisiva, sobre todo en los grupos de mujeres jóvenes; se ha fomentado la postergación del primer embarazo hasta después de los 19 años de edad, aunque no existe una relación entre la educación contraceptiva y la iniciación más temprana de la actividad sexual, así mismo, se ha sugerido mantener un periodo entre un embarazo y otro que sea mayor a los 18 meses; ya que cuando estas circunstancias no se cumplen, la probabilidad de riesgo aumenta en forma considerable.³⁴

El siguiente tema es la **prevención de accidentes** resultó ser relevante para 113 adolescentes y sus apoyos como lo son la abuela, el papá, y la mamá, no resultando un tema muy comentado con las amigas, hermanos y tía. En el adolescente la mortalidad después de los 15 años de edad aumenta, por un incremento de los fallecimientos más por comportamientos que por causas infecciosas, las tendencias en mortalidad entre los adolescentes latinoamericanos en este grupo representa un 7.4% de todas las muertes, la mortalidad masculina latinoamericana duplica a la femenina, una de las causas es debida a muerte por accidentes de tránsito, siendo actualmente la adquisición de un vehículo mayor en edades tempranas, en los últimos 20 años, el número de tragedias juveniles relacionada al automóvil ha aumentado 600% en México.³

La promoción en la prevención de todos los riesgos incluyendo accidentes de cualquier índole, es de suma importancia ya que el adolescente se encuentra en una etapa en la cual se presenta como invulnerable por eso el mostrarle los riesgos que corre pudiera influir en su comportamiento.

Las **enfermedades de transmisión sexual** también fueron mencionadas por los adolescentes entrevistados en 110 ocasiones, este tema lo platican con sus amigas, tía y los amigos principalmente y poco con la mamá y la abuela; resulta un tema de relevancia por que han aumentado los casos en este grupo de edad por las prácticas de riesgo que ellos realizan, por ejemplo de VIH y SIDA en la población adolescente se ha encontrado en América que el 4% de pacientes con SIDA corresponde a la población adolescente y que el 50% de todos los reportados a nivel mundial con desarrollo de esta misma enfermedad son personas menores de 25 años, lo que implica que probablemente la adquisición de la misma fue en la adolescencia. En Estados Unidos ha llegado a constituir la sexta causa de muerte en adolescentes.³ De ahí la importancia de hablar con el adolescente de las enfermedades de transmisión sexual no sólo las mortales sino las agudas y su adecuada prevención ya que como hemos visto tendría trascendencia en su vida adulta el adecuado uso de la información que se les proporcione, función que puede realizar un médico familiar debido a su preparación, conocimientos, habilidades y actitudes para atender toda una serie de problemas clínicos frecuentes, llegando al origen del problema que causa la demanda (diagnóstico), darle respuesta (tratamiento) y conseguir su desaparición (curación).¹⁹

Un tema más es la **nutrición** el cual refirieron 102 adolescentes hablar con sus apoyos entre los que se encuentran su abuela y su mamá siendo las personas con que más hablan del tema y por otra parte los amigos varones con los que casi no lo mencionan. En esta edad la imagen corporal desempeña un papel muy importante en el concepto de sí mismo, ayuda a pertenecer y ser aceptados, los sentimientos que éste tiene acerca de su cuerpo se reflejan en su conducta. El aspecto de cada sujeto envía mensajes y la gente responde a ellos. La preocupación del individuo por su cuerpo lo atrapa en una sociedad en la que este último ha adquirido demasiada importancia y donde el aspecto se ha convertido en algo esencial.³

Los profundos cambios biológicos vinculados con la pubertad convierten al cuerpo en el punto más importante del creciente sentido de sí mismo. En la adolescencia los cambios psicosociales van acompañados de modificaciones en los hábitos de alimentación que podrían llevar a trastornos de alimentación entre los cuales destacan la anorexia nerviosa y la bulimia, en un extremo, y la obesidad en el otro.³⁵ Se ha visto al paso del tiempo que la preocupación por el peso ha aumentado en un estudio reciente con 500 escolares adolescentes de diferentes edades en San Francisco EUA, mostró que 81% de los niños de 10 años de edad aseguraban haber seguido una dieta por lo menos en una ocasión.³

Muchos adolescentes, más de 50% en Estados Unidos y el Reino Unido están preocupados por su peso o creer que tienen sobrepeso, lo cual les desagrada, pues lo perciben como inaceptable.³³

Investigaciones recientes informan que el hacer dieta para perder peso y el miedo a engordar son en la actualidad, prácticas comunes en niños hasta de nueve años de edad, y que el riesgo de adquirir algún tipo de trastorno de la alimentación es ocho veces mayor en niñas de 15 años que hacen dieta, que en aquéllas de la misma edad que no lo hacen.³

La importancia de hablar del tema de nutrición recae en las necesidades nutricias de los adolescentes que tienen relación con la mayor cantidad de estrógenos y progesterona en las mujeres y de testosterona y andrógenos en los hombres. El aumento global de las necesidades energéticas durante la adolescencia y la expresión genética – reflejo de una maduración precoz, normal o tardía- exigen recomendaciones dietéticas individualizadas

que busquen siempre la prevención de los problemas de salud en las cuales el médico familiar puede intervenir y de considerarlo necesario puede referir al adolescente con un nutriólogo cuando el caso lo amerite.³⁵

Otro tema es el de **embarazo y aborto** que se maneja como uno de los programas prioritarios en el sector salud y de relevancia para el adolescente en el desarrollo de su sexualidad, 98 de los entrevistados platican de este tema con sus apoyos entre los que se encuentran las hermanas en edades cercanas a las de los encuestados por lo cual el acercamiento a ellas contribuirá posiblemente a mejorar la información transmitida, para los padres este tema no destaca entre los que más platican con los adolescentes, puede deberse a que no saben como abordarlo o bien no cuentan con información suficiente por lo que sería de gran ayuda para ellos contar con talleres en las Clínicas Familiares en donde se les proporcione la información y se les sugieran formas de abordarlo, es decir, reforzar sus conocimientos sobre el tema o proporcionarles más conocimiento del mismo. Se ha observado que las jóvenes que maduran más temprano tienden a tener compañeros mayores que ellas y a iniciar experiencias sexuales más temprano. De hecho, tienen una incidencia más alta de dificultades psicosociales, mayor tendencia a mostrar desobediencia y conflictos interpersonales o violar las reglas de conducta, provocando o propiciando embarazos tempranos que no pueden concluir y por lo tanto provocar o tener abortos espontáneos.³³

La edad media para el matrimonio en América latina es de 20.5 años. En general, entre 9.4% (Chile) y 30% (El Salvador) de los adolescentes de 15 a 19 años están casadas o mantienen algún tipo de unión marital, ocho países de la región entre ellos México muestra más de 20% de jóvenes en esa situación. Respecto a la natalidad en América Latina encontramos que de 1985 a 1990 ocurrió un nacimiento por cada 10 mujeres de 15 a 19 años y tal vez la mitad de ellos tendrán un hijo durante los siguientes cinco años.³

Esto resulta preocupante ya que la mayoría de las parejas no tienen preparación biológica, económica ni emocional, porque muchas veces estas uniones son por embarazos no deseados que pueden culminar en abortos, que pueden llevar a la pareja hacia inestabilidad de la misma, dependencia, pérdida de sus redes de apoyo, estancamiento de su desarrollo personal, pobreza, de ahí la importancia de que se hable con el adolescente y se le prepare para la toma de decisiones favorable para él o ella y que adquieran nuevos estilos de vida adecuados a su situación. Los adolescentes entrevistados en este estudio mantienen el nivel educativo esperado para su edad, son en su mayoría alumnos de secundaria con quienes se puede propiciar un acercamiento a los servicios de salud por medio de campañas de salud en sus centros educativos que pudieran enriquecerse con una más amplia variedad de temas para que el adolescente contara con información útil por parte de profesionales de la salud adecuadamente capacitados lo cual le serviría en un futuro para tomar decisiones. El padre brinda apoyo económico en mayor proporción y es con quién menos se habla de este tema y probablemente su participación sería importante por el aporte de experiencias y conocimientos lo que daría lugar a un aumento en su apoyo emocional para sus hijos.

Una adecuada información por parte de los adultos del desarrollo sexual ayuda al adolescente a estar preparado intelectual y emocionalmente para estos cambios.³³

Además cuando el embarazo ocurre a edad temprana se ha encontrado que los riesgos de presentar enfermedades tales como la ruptura prematura de membranas, anemia, preeclampsia-eclampsia y amenaza de parto pretérmino, aumentan en forma considerable, principalmente cuando se presenta en primigestas menores de 17 años de edad.³⁴

El siguiente tema es el de **vacunación** siendo de poco abordado por el adolescente y sus apoyos, 87 adolescentes así lo manifiestan, lo habla poco con sus principales apoyos, la abuela es con quién más lo platican con quién menos es con los amigos y los hermanos de ambos sexos casi no platican sobre ello, debe reforzarse el conocimiento sobre este tema por que se ha visto como uno de los aspectos más importantes para las enfermedades prevenibles y que el adolescente debe abordar como parte de su formación, que contribuirá a la no adquisición de enfermedades prevenibles con la vacunación, así como a la promoción de módulos de Medicina Preventiva en donde se les podrán plantear otros temas, estos deben de ser sencillos y claros para que el adolescente los entienda fácilmente. Para el personal médico que entiende los comportamientos problema, las intervenciones genéricas razonables lograrán una reducción de riesgos, así como también puede darse el acercamiento de los servicios a los lugares donde encontremos este tipo de población, como se hace en las campañas nacionales de vacunación.

La **salud mental** como tema que platican los adolescentes con sus apoyos es entendida como problemas del estado de ánimo y de comportamiento, no están muy conscientes de ella ya que se encuentran en una etapa que es difícil para aceptar su problemática, es más comentada con sus hermanos y amigos, siendo la abuela la persona con la que lo comenta menos; como se observa es un tema poco abordado y así lo manifiesta el hecho de que sólo 83 adolescentes lo mencionen. Posiblemente con la maduración y con los efectos de los cambios hormonales el adolescente tiende a experimentar cambios en el estado de ánimo más intensos que en otras edades y que pueden producirse en respuesta a hechos que a otros pueden padecerles insignificantes. La segunda causa de mortalidad juvenil es el suicidio que es asociado a factores sociales y a depresión.^{33,3}

Epidemiológicamente se sabe que las mujeres están en mayor riesgo que los varones de sufrir depresión durante la adolescencia. La mujer adolescente puede tener más fluctuaciones en su autoestima y en lo que piensa de sí misma y tender más fácilmente a sentirse sin atractivo, indeseable o incapaz de tener éxito en el futuro. En algunos estudios se ha encontrado que más del 50% de los adolescentes mencionan haberse sentido muy tristes recientemente, y más del 80% había pensado fugazmente en el suicidio.³³

Dentro de la valoración a un adolescente si este, no muestra descargas emocionales neuróticas, probablemente se halla reprimido y está fracasando al enfrentarse con problemas propios de esta etapa de su vida por ello debemos inculcar en la familia preocupación ante conductas anormales del adolescente con base en los puntos que los médicos familiares pueden aportar sobre el conocimiento del mismo, este estudio muestra que la familia sigue siendo el núcleo central de la formación de los adolescentes entrevistados donde se les proporciona el mayor porcentaje de todos los tipos de apoyo recibido. Lo cierto es que el médico familiar puede valorar el grado de deterioro psicopatológico de un adolescente al indagar acerca de la presencia de conductas destructivas para él y para los demás en forma repetida o demasiado prolongada.⁴ Tales comportamientos nos llevarán a encontrar signos de preocupación, para una adecuada intervención en el desarrollo del adolescente activando las redes de apoyo que lo rodean. Estas redes nos ayudarán como ya se ha mencionado anteriormente al aprovechamiento de los recursos disponibles en la familia y en su comunidad para la resolución de su problemática.

Otro tema y el menos comentado por los adolescentes es el de **enfermedades crónico-degenerativas** el cual resulta importante para el adulto y anciano ya que son las primeras causas de morbi-mortalidad en ese grupo, sin embargo en el caso de los adolescentes entrevistados sólo 66 refieren platicarlo con sus apoyos, con sus tías lo comentan más y con los restantes apoyos muy poco, aquí es donde el médico familiar puede intervenir debido a que desde un punto de vista preventivo es en la infancia y la adolescencia donde se inician dichos padecimientos, en todos las enfermedades crónico degenerativas los factores de riesgo se inician en edades tempranas así al hablarles de padecimientos como hipertensión arterial y diabetes mellitus se les podría explicar que son padecimientos que se pueden prevenir muchas veces con cambios en el estilo de vida; el hecho de abordarlos en los adolescentes repercutiría en aspectos de economía y de salud a futuro.

Dentro de esta etapa el adolescente tiende a sentirse invulnerable como se ha mencionado anteriormente, y que nada desagradable o desafortunado le ocurrirá. Varios investigadores han señalado esta percepción del adolescente de que a él no le puede pasar nada malo, pues eso solo le pasará a los demás. Esto parece ser un aspecto cognoscitivo propio de esta edad; la percepción de la realidad del azar y los riesgos solo se adquiere verdaderamente con la edad y la maduración ulterior.³³ Esto tiene que hablarse con las redes de apoyo que lo rodean para su adecuada comprensión de la problemática que le espera en su adultez.

El apartado de **otros temas** en su mayoría son los referidos en medios de comunicación y pueden ser variados, 32 adolescentes platican de ellos con sus amigos de ambos sexos, con el resto de sus apoyos muy poco, en la adolescencia las discusiones de temas parecen asumir una vida propia y ser importantes en sí mismos, aunque no hagan referencia a objetos reales. Discuten con sus padres sobre los valores de estos, sobre las injusticias y las contradicciones que ven a su alrededor.

En la adolescencia las relaciones íntimas existen, se amplían fuera de la familia para incluir otros objetos, es decir, ya no se circunscriben a la madre como ocurre al principio de su desarrollo y al padre, o los hermanos sino también incluyen a los amigos, la pareja, compañeros, grupos o alguien que en un momento dado aporte esa presencia indispensable para él o ella. La familia es una unidad de intercambio de valores monetarios y emocionales.^{3,4}

Al iniciar la descripción del primer apoyo mencionado, debemos recordar que el adolescente va logrando paulatinamente su independencia, en la que no se hace necesaria la tutela de los padres; esto no significa que el hijo sea indiferente a ellos, sino que la verdadera adultez implica que se ama a los padres, que se consideran sus deseos al tiempo de tomar las propias decisiones y se logra vivir una vida por sí mismo. Para el logro de esta independencia los padres pueden ayudar a sus hijos, quizá mediante una aportación económica mayor, absteniéndose de escogerles a sus amigos, dejando que gradualmente resuelvan solos sus propias dificultades y no interfiriendo en la elección de la pareja o de la profesión, aunque dando su ayuda si les es solicitada.

Durante la adolescencia y la juventud, los componentes fundamentales de la red de apoyo social son la familia, el grupo de pares o amigos y las instituciones educativas.

Si en la familia los padres tienen la regla de que no les cuestionen sus decisiones o esperan ser obedecidos sin ningún comentario es posible que ocurran choques entre estas expectativas y la necesidad del hijo o hija de tratar de entender el porqué y el cómo de ciertas reglas, normas o valores.³

En este estudio la **madre** es el primer apoyo referido por los adolescentes, obteniendo una media de edad que se encuentra en los 41 años, el más alto promedio se encuentra entre las edades 33 a 42 años (51%), menores de 50 años 124 (85.5%) con el mayor porcentaje y mayores de 50 años 21(12.4%). En edad reproductiva, 78 (53.8%) y en climaterio 37 (24.2%), la madre vista desde la niñez como la persona que acepta incondicionalmente al niño y que el mundo que los rodea es bueno y confiable llega a ser su modelo principal en la adolescencia, durante las etapas referidas la manera de abordar al adolescente varía debido a que se encuentran diversas crisis en la familia por ejemplo en parejas que se acercan a los 40 o 50 años de edad podemos encontrar lucha de parejas para establecerse o estabilizarse, disminuye los objetivos planeados, empiezan a carecer de razón de ser, puesto que se resolvieron la mayoría de los aspectos, tanto desde el punto de vista material como el económico y, en cierta medida, emocional. Pueden sentir que sus hijos adolescentes viven en un mundo de ilusiones, un sin número de posibilidades y un porvenir abierto a su alcance, comparado con ellos y esto dará lugar a un malestar profundo, malestar que provoca resentimientos, tanto hacia la pareja como a uno mismo.³¹ Las mujeres en edad reproductiva que estén en etapa gestacional o con crianza de pequeños pueden descuidar al adolescente o darle obligaciones que repercutan en su formación, una madre muy joven puede tener conflicto ya que puede revivir su propia adolescencia.³⁰

Las madre en periodo de climaterio, premenopausia y menopausia se encuentra en crisis, la cual la llevará, probablemente si no logra superarla, al alejamiento de sus hijos adolescentes y esto llevará a una falta de comunicación de ambos y por tanto a una mala resolución de su problemática. El **apoyo** más otorgado por ella fue el **emocional**, quizá el más importante para la formación del adolescente, con una alta relevancia en los otros apoyos otorgados como el económico, que nos hace referencia que hay muchas madres trabajadoras que cumplen con todas las funciones en una familia. De los **temas** que el adolescente **habla** con ella, los más relevantes son drogadicción, alcoholismo y tabaquismo, planificación familiar y nutrición y los que menos hablan son de enfermedades crónico-degenerativas, salud mental, embarazo y aborto, la importancia de que la madre sea una transmisora de información nos indica que podrá intervenir directamente en la opinión y la manera de asimilar dicha información por el adolescente lo que constituye una de las herramientas para abordarlos.

La mayoría de los conflictos con la familia alcanzan su mayor intensidad poco después de iniciada la pubertad. Suelen ser más intensos con la madre que con el padre. Esto puede deberse a que las madres tienden a pasar más tiempo con los hijos y ejercen más funciones de crianza en la vida cotidiana.

Algo dentro de la patología que podemos encontrar es que la madre puede competir con su hija por ser más esbelta, la de la figura más atractiva o quiere utilizar ropa más juvenil como la de su hija. De ahí que la madre debe recibir información para ella y para su familia que le sea útil para entender y superar exitosamente el periodo de la adolescencia de sus hijos.³⁰

El **segundo apoyo** mencionado es el **padre**, considerado así por 120 adolescentes encuestados, en cuanto a la edad, la media es 44 años, el más alto porcentaje se encuentra entre los 36 a 54 años con el 75.8% de los padres, los cuales se encuentran en una etapa económicamente activa y el apoyo otorgado por ellos es precisamente el **económico**, coincidiendo con lo esperado en los roles desarrollados en una familia funcional. De los **temas** que hablan con sus hijos adolescentes son en primer lugar drogadicción, alcoholismo

y tabaquismo, prevención de accidentes y sexualidad, los menos comentados por ellos son enfermedades crónico-degenerativas, vacunación y embarazo y aborto. En la adolescencia temprana, la figura del padre vuelve a adquirir importancia emocional para el adolescente.⁴ Se espera que los padres que hablan de estos temas de salud, den el ejemplo y no solo les comenten superficialmente los temas ya que los adultos tienen la obligación de establecer ciertas normas y valores para sus hijos. Los adolescentes se sentirán mejor si conocen cuáles son las fronteras que no deben traspasar. Los padres, por su parte, deben establecer dichas fronteras de tal modo que se preserve el auto respeto de sus hijos. Una vez establecidos los límites, el adolescente puede moverse entre ellos sin interferencia, aún cuando a veces puede objetarlos o exigir su modificación. Aquellos padres que hacen girar la mayor parte de su vida familiar alrededor de sus hijos pueden llegar a sentirse ofendidos, relegados o rechazados por ellos. Además, esta actitud de los hijos obliga a los padres a enfrentarse con su cónyuge y a reorganizar su vida en pareja. Si los padres descuidaron este aspecto de la vida conyugal, la crisis puede ser bastante dura. El hecho de estar en contacto con las amistades de los hijos, o sea, en un ambiente joven con adolescentes, puede permitir a la pareja entrever nuevas posibilidades para enfocar y dirigir su vida.²⁰ El padre, puede manifestar un deseo de participar en actividades del hijo, como si él fuera un muchacho aún. El padre insiste en que para él la vida fue muy dura y por lo tanto no es justo que su hijo tenga tantas libertades y facilidades por lo que puede optar por coartar la posibilidad de divertirse de su hijo para enseñarle que la vida es difícil y prepararlo así para el futuro. Esto último es más factible cuando los padres no tienen ellos mismos una vida satisfactoria y no están gozando de las experiencias propias de su edad.

Los adolescentes tienen una mayor comprensión a situaciones complejas, debido a un mayor desarrollo emocional, moral y social así como a la tendencia al altruismo y al idealismo lo cual los lleva a preocuparse si uno de sus padres tienen dificultades. Si esto no se sabe manejar podría llevar a los padres a sobrecargar emocionalmente a su hijo o hija con información inapropiada para un adolescente y darle la impresión de que las relaciones entre los adultos son demasiado problemáticas y podría desear no establecerlas. También puede sentirse culpable por querer salir de la casa, no estar con su padre y querer hacer algo por separado de él o ella y puede intentar satisfacer las necesidades emocionales del progenitor y no al revés.

A medida que un adolescente avanza hacia los cambios intensos de su desarrollo físico, emocional y social, también lo hace su familia. Los padres, por lo general, empiezan a experimentar relacionadas casi al mismo tiempo que sus hijos adolescentes comienzan a tener la experiencia de tener "capacidades sin límites". Habrá estrés en la familia cuando el comportamiento adolescente entre en conflicto con las normas y expectativas del grupo. Mientras exista estrés y conflicto, la familia permanecerá como la primera influencia sobre el adolescente y su vida, aunque estén empezando a separarse de sus padres y formando nuevas uniones.³

Cuando los padres insisten en una obediencia ciega, sin cuestionamientos y en forma autoritaria, se va contra las tendencias del desarrollo del adolescente, quien se puede sentir ahogado y sin libertad, o bien herido y decepcionado por sus padres. A veces se sentirá literalmente acorralado, enojado y manifestará su ira de modo indirecto. Un estudio realizado en 1990 de 28 casos de intento suicida en adolescentes que llegaron al servicio de Urgencias del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional en la Ciudad de México, se encontró que una gran mayoría de los casos lo que precipitó el intento suicida fue la severidad con que habían regañado los padres. Esto puede ser devastador para el hijo y

hacerle abrigar gran resentimiento hacia los padres, de ahí se parte que el padre debe respetar la necesidad de autonomía del hijo así como modificaciones en cuanto a ejercer disciplina.³³

Para los entrevistados otra figura relevante son las **amigas** ya que en este caso las encontramos como una red de apoyo mencionada en tercer lugar después de los padres por 108 adolescentes. Las amigas tienen una media de edad de 17 años y el tiempo de conocerlas de 3.7 años, las edades que predominan entre sus amigas son de 13 a 20 años lo que representa el 68.6%, el apoyo recibido de ellas es principalmente emocional (44.1%) y los temas de los que hablan principalmente con ellas son los siguientes: sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, drogadicción, alcoholismo y tabaquismo, embarazo y aborto. Los temas menos mencionados son: vacunación, nutrición y enfermedades crónico-degenerativas; partiendo de esta información las amigas resultan ser un apoyo muy importante lo que es referido por algunos estudios realizados sobre pares.

Forman parte de su red de apoyo o red social en un círculo interior de relaciones íntimas comparado con su familia y como tal el apoyo ofrecido por ellas es el emocional donde intercambian estímulos y se dan así mismo actitudes positivas, hay un clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo, en suma es el hecho de poder contar con resonancia emocional y la buena voluntad del otro.¹¹

Naturalmente las relaciones íntimas familiares y de amistad suelen cubrir simultáneamente un número importante de funciones muchas de las cuales por su propia riqueza, complejidad o idiosincrasia, trascienden las especificaciones de las funciones de la red.¹⁷

El **hermano varón** es el cuarto apoyo referido por 108 de los adolescentes encuestados, cuya edad media es de 16.8 años, predominan los hermanos que tienen 12,13, 15 y 21 años de edad, ellos proporcionan principalmente el **tipo de apoyo emocional** con un 92.4% y los temas que platican entre ellos con mayor frecuencia son los de drogadicción, alcoholismo y tabaquismo, sexualidad y salud mental en tanto que los menos comentados son los de vacunación, enfermedades crónico-degenerativas y nutrición. El médico familiar puede reforzar o bien proporcionar una mayor información sobre los temas de salud que son menos referidos por los adolescentes y sus hermanos como parte del acercamiento a los mismos que también son adolescentes.

Los hermanos son los precursores directos de los amigos íntimos deseados; la relación con ellos representa la mejor oportunidad de aprender y socializar. En muchos casos, si la relación íntima fracasó con los padres se tiene en los hermanos la posibilidad de realizarla y rehacer lo que faltó con ellos, la relación con los hermanos está matizada de sexualidad, pero deserotizada.⁴

La **hermana** también resulta dentro de la familia del adolescente un apoyo significativo puesto que es mencionada por 92 adolescentes, un número muy cercano al hermano varón, como su apoyo, tiene una edad promedio de 16.7 años, siendo el promedio más alto de las edades encontradas entre 14, 16, 17, 22 y 24 años siendo un 38%, por lo que respecta al **tipo de apoyo** proporcionado, de manera similar al hermano varón, primordialmente es **emocional** en un 93.5% de los casos. Los temas de salud que abordan más entre ellos son el de drogadicción, alcoholismo, tabaquismo, embarazo aborto y nutrición, los que menos se mencionan son los de vacunación, salud mental y enfermedades crónico-degenerativas,

similar a los que platican con otros apoyos. La hermana es un apoyo importante para la formación de sus hermanos, muchas de ellas con edades similares a las del entrevistado por lo que forman parte de sus pares, además viven la misma etapa de la vida con intensidad, que de no llegar a comprenderse puede implicar un enfrentamiento de ambos y crear una crisis en la familia sin embargo en otros casos ocurre lo contrario y el apoyo que se brinden entre ellos ayudará a superar satisfactoriamente esta etapa.³¹

Los **amigos varones** se mencionan como apoyo por un número importante de los encuestados, 69 los mencionan como un apoyo para ellos. Con los **amigos** también se tiene relaciones íntimas; casi todos los adolescentes poseen uno o más amigos íntimos, con los que se desinhiben y comparten lo comunicable a los demás. El adolescente ya no se conforma con la compañía de sus padres, sino que busca amistades y actividades fuera del hogar.³¹

Los amigos son un grupo referente para el adolescente al mencionarlos como apoyos en séptimo lugar, es por ello que debido a la potencialidad de autoafirmación del adolescente, es el grupo de compañeros en el que se da cuenta de que no está sólo y que otros luchan por algo similar, con ellos puede participar como no lo haría en otro ambiente y obtener afiliación, aceptación y la condición de persona independiente que tanto desea. El grupo también se convierte en el escenario para actuar sin inhibiciones. Los adolescentes son especialmente sensibles a percibir los mensajes de sus iguales por medio de códigos que sólo ellos entienden. Captan los sentimientos, las necesidades, las motivaciones y las perspectivas de los otros, y los identifican como propios. Los compañeros son más importantes durante la adolescencia que en la infancia. El adolescente se aferra a ellos en forma más intensa, frecuente y significativa. Por ello, la exclusión del grupo o la falta de una condición satisfactoria dentro de él puede constituir una experiencia frustrante para el adolescente.³ El adolescente adquiere, por medio del grupo, la condición de individuo y encuentra el apoyo en su lucha por la emancipación de la autoridad y el control adulto. La condición del grupo es su propia condición.

No todos los adolescentes se centran en su grupo, esto depende de sus condiciones personales y las circunstancias que los rodean. El adolescente excesivamente ensimismado no siente la necesidad del grupo o si la siente en algún momento, teme que perteneciendo a alguno romperá su actuación de complacencia. El adolescente aislado y sin compañeros para formar un grupo tiene más dificultades de adaptación social.³

Otro apoyo son los abuelos en donde se encuentra una diferencia marcada en los sexos se presenta que la **abuela** fue mencionada por 58 adolescentes mientras que el **abuelo** sólo por 28, la edad media encontrada para la abuela fue de 63 años mientras que para el abuelo 64 años, el apoyo que otorgan los abuelos principalmente es el emocional encontrando que el de la abuela es mayor que el del abuelo, los temas de salud de los que hablan con ellos son pocos lo que podría deberse a que son vistos más como un apoyo emocional, lo que se podría utilizar para hablar con el adolescente sobre sus experiencias e información sobre otros temas que resulten enriquecedores y concernientes a su formación.

En algunos casos la preocupación por los problemas de los abuelos como soledad y advenimiento de la muerte desplazan al adolescente, por lo cual, la edad de los abuelos es crítica, así como el hecho de no poder mantenerse por sí mismos.³⁰

Las redes de apoyo que ellos podrían ofrecer a un adolescente pueden ser muy importantes si el abuelo se encuentra en condiciones de otorgarlas, de lo contrario, lo único que creará

en el adolescente es que su crisis no sea superada adecuadamente al tomar obligaciones concernientes al cuidado de sus abuelos.²⁰

Los **maestros** son otro apoyo para el adolescente entrevistado, sin embargo, sólo en 2 ocasiones se mencionaron en la lista de apoyos como personas que tienen un vínculo más cercano con ellos, el resto de las menciones que fueron 59 las hicieron en el apartado de los temas de salud ya que refieren que los maestros hablan de algunos de los temas de salud porque forman parte del programa educativo o bien como información dirigida en general a todo el grupo, pero no tienen tanta cercanía con ellos, el joven tiene necesidad de encontrar modelos con quienes identificarse, generalmente alguien fuera de la familia inmediata. Puede ser un maestro o maestros admirados, o bien un ídolo histórico o del mundo de los espectáculos. Trata de "tomar prestados" fragmentos de lo que constituirá su identidad.³³ Por lo cual el maestro es una de las personas más confiables para el adolescente, siendo éste el que les proporciona la educación es necesario mantenerlo actualizado e informado de los temas de salud que repercuten en el adolescente lo que sería una base importante para la prevención de patologías del mismo, los temas que más hablan con ellos son enfermedades de transmisión sexual, drogadicción, alcoholismo y tabaquismo, embarazo-aborto y de sexualidad.

El **médico** fue mencionado en 7 ocasiones sólo en los temas de salud que platican con el adolescente entrevistado, no fue incluido en la lista de apoyos, lo cual puede explicarse porque el adolescente se acerca poco a la unidad, esto no debe propiciar contrariedad, sino que debe motivar a abordar con mayor importancia el aspecto preventivo en la educación para la salud del adolescente. Para el médico familiar la familia constituye en su lado positivo un recurso fundamental en el mantenimiento de la salud de sus componentes, también en el cuidado cuando alguno de ellos enferma y en la resolución de problemas. Pero también en su aspecto negativo, puede ser generadora de enfermedad y perpetradora de síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas. La familia en su ciclo vital, se encuentra periódicamente sometida a crisis derivadas tanto de su propia estructura como del crecimiento y maduración de sus miembros por elementos externos, como la enfermedad o la muerte. De cómo resuelva la familia estos eventos dependerá su estabilidad y comportamientos futuros.²⁰ Así el médico que conoce el ciclo de vida de las familias puede prevenir sobre la crisis normativa de la adolescencia informando a los padres sobre cambios, conductas y actitudes así como cooperar con ellos en el establecimiento de los límites para la conducta, con base en los valores de la familia y en el grado de madurez del adolescente. También puede ayudarlos a establecer los límites entre lo tolerable y lo sancionable, así como entre lo aceptable y aquello que merece aprobación.²⁰ Los temas de los que hablan con el médico los encuestados son el de nutrición y vacunación, siendo que las visitas del adolescente a la unidad deben aprovecharse para abordar la mayor cantidad de temas de salud posibles y las visitas del médico a lugares donde se encuentran los adolescentes tales como los centros de enseñanza también deberían de resultar productivas.

8.CONCLUSIONES

Se cumplió con los objetivos planteados, se lograron identificar los datos biosociales de los 150 adolescentes entrevistados en la Clínica de Medicina Familiar “Oriente”, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el número de encuestados de sexo masculino y de sexo femenino, la edad predominante está entre 14-15 años.

La escolaridad de la mayor parte de los adolescentes es la secundaria. En su mayoría la estructura familiar es nuclear.

De los adolescentes entrevistados la participación en grupos se da en menos de la mitad y las actividades que desarrollan son deportivas principalmente. Los servicios de apoyo más utilizados son el religioso o espiritual y el deportivo.

Estos adolescentes sí platican de su salud con sus apoyos, los temas que platican frecuentemente son: sexualidad, drogadicción, alcoholismo y tabaquismo, así como planificación familiar, los menos abordados son: enfermedades crónico-degenerativas y salud mental.

Se encontró que los principales apoyos son la madre, el padre, las amigas y los hermanos, brindándoles principalmente el tipo de apoyo emocional, seguido del económico y por último el de información y servicios.

También los maestros y los médicos son mencionados como personas que platican temas de salud con ellos en menor frecuencia.

Una red de apoyo o red social puede tener un efecto modificador o amortiguador contra el estrés de los eventos de la vida, pero también puede actuar como una determinante directa de salud o enfermedad.¹⁴

En general hay dos puntos de vista sobre las redes de apoyo: 1) en situaciones específicas, las redes de apoyo pueden ayudar a encarar eventos muy estresantes. 2) Un desarrollo adecuado de las redes de apoyo puede contribuir al desarrollo personal y social.³⁶

Por lo tanto, todo esto, fortalecerá el desarrollo del adolescente en la previsión y prevención de situaciones de riesgo para su salud y socialización.

La enseñanza y práctica sobre la valoración de la dinámica familiar y de pareja nos da una oportuna detección de los problemas que se gestan en el núcleo familiar, los cuales repercuten en la conducta de jóvenes en el ámbito familiar, social y académico.

No se puede dejar de tomar en cuenta la influencia del sistema familiar en el desarrollo del individuo, lo cual obliga a englobar en la visión del médico al paciente y sus factores patógenos dentro de su entorno familiar.

Los factores sociales, familiares, culturales y psicológicos se interrelacionan y tienen una influencia durante la etapa de la adolescencia para adquirir patología orgánica y repercusiones en el estado de salud, incidiendo más drásticamente en esta edad comparada con otras edades.

Por lo que respecta a los temas de salud que el adolescente platica con sus apoyos sería importante que la información reproductiva sea apropiada y los embarazos deseados ya que son factores protectores para la morbilidad y /o mortalidad materna y perinatal.

La información errónea o una mala educación sexual puede causar daños psicológicos, emocionales y sexuales en los adolescentes: lo que interfiere además en la búsqueda de un objeto amoroso y estable, con el cual lograrán vincularse de manera permanente.

Las enfermedades crónico-degenerativas pueden ser prevenibles si al adolescente se le sigue un protocolo diseñado por un panel de expertos para la detección de dichos padecimientos puesto que dichas enfermedades en nuestro país representan un problema de salud pública.

Como profesional de la salud es indispensable conocer el alcance de las relaciones humanas: el medio, el lenguaje y la influencia de la familia como matriz del desarrollo psicosocial del adolescente, ya que si esto se desconoce cualquier medida terapéutica implementada fracasará.

La responsabilidad del médico familiar es sostener conversaciones con los padres, informándoles sobre temas de interés para una buena comunicación con el adolescente, tales como el desarrollo de trastornos de alimentación, para una adecuada prevención como los nuevos descubrimientos en el campo de las dietas, etc.

Existe una complicación en la atención médica al adolescente, si este es llevado por sus padres a la consulta, le genera molestia, ya que esto le hace sentir que regresa a la actitud del niño llevado por mamá o papá a la consulta y siente que pierde control de su vida y que se encuentra inmerso en la lucha por su autonomía y por consolidar su identidad, claro que si ocurriera lo contrario y él acudiera por su iniciativa, garantizaría la relación terapéutica.

El médico familiar, al tener el primer contacto con el adolescente, debe pensar que se encuentra frente a un ser humano que pasa por una etapa de cambio desde su estado emocional, sus tristezas, inhibiciones, desaliento y temores, para poder determinar sus condiciones psicológicas.

Los padres de familia y los adultos que trabajan con el adolescente entre ellos el médico familiar deben continuar con su aportación de valores para apoyar la formación de esta etapa.

Hay que aumentar o promover los factores protectores para el adolescente como son la pertenencia a grupos donde se desarrollan actividades deportivas, culturales y recreativas, las cuales disminuirán los comportamientos de riesgo.

Remarcar la importancia de las instituciones que promueven los factores protectores durante la adolescencia (familia, sector salud, escuela y pares) fortaleciéndolos y llevando un control con eficacia de los factores de riesgo para potenciar el desarrollo integral de las personas en esta etapa de la vida.

Generalizar y prejuiciar son prácticas frecuentes cuando se trata de calificar a los adolescentes, pero ambas acciones llevan a errores graves de apreciación que dificultan mucho la comprensión del fenómeno adolescente.

Hay que lograr que los adolescentes tengan tanto el apoyo familiar, escolar así como el médico en donde todos tengan el concepto acerca de qué es la adolescencia y compartan la misma información de los objetivos de esta etapa.

Los médicos familiares y el equipo de salud que atiende a adolescentes deben recibir adiestramiento y capacitación adecuados, así como financiamiento adecuado para la

aplicación de servicios médico-preventivos los cuales deben ser ampliamente disponibles y de fácil acceso.

Es importante considerar a los adolescentes como una población en riesgo, por lo que deberían implantarse programas de atención y grupos de autoayuda a fin de que el adolescente pueda expresar sus inquietudes y dificultades propias de su edad. En cuanto a los padres –por medio de programas de educación- se debería fomentar una actitud de comprensión y tolerancia hacia las inquietudes del adolescente, auténtico interés por su hijo y en general actitudes que ayuden al desarrollo de un individuo autónomo promoviendo un ambiente familiar en donde exista la comunicación directa sin distorsiones y corresponsabilidad.⁷

Para lograr sortear con éxito una situación estresante en la vida de cualquier individuo los sistemas de apoyo con que cuenta, tienden a evitar que se enfrente solo a los problemas ya que las personas con mayor estrés son quienes están insatisfechos con el apoyo recibido.³⁷

Aún cuando en este caso no se menciona el tema de comunicación vía internet es importante saber que muchas relaciones con amigos en línea se iniciaron a través de redes sociales cuando el contacto en línea es sugerido por amigos cercanos o miembros de la familia, para los adolescentes esto podría resultar una experiencia grata que extienda sus redes sociales y para los tímidos puede ser cómodo este tipo de comunicación. Es importante entender el papel de las relaciones en línea en el contexto de las relaciones del adolescente en general, ya que los avances en tecnología son parte de la vida de las nuevas generaciones.³⁸

En el avance social, económico y político de los países, la salud de los adolescentes y adultos jóvenes es decisivo para lograr el éxito, desarrollo y competitividad que se enfrenta en las sociedades de nuestros tiempos.

Establecer la infraestructura necesaria para promover el desarrollo positivo de los adolescentes es una buena inversión para el futuro.

Con todo lo anterior se puede proponer aplicar estudios y líneas de investigación para detectar las redes de apoyo del adolescente y la interrelación con su salud, que contribuyan al manejo de la problemática que presenten, así como la creación de una Clínica del adolescente en la unidad.

Una vez establecida la línea de investigación se podrían plantear estudios donde la misma población y los mismos médicos sean observados a través del tiempo para conocer el impacto de las Redes de Apoyo.³⁹

BIBLIOGRAFÍA

1. Gorab Ramírez A. ¿Una Invención Médica? Una realidad necesaria. Medicina de la Adolescencia. Acta Pediátrica. INVEN. Octubre 1999.
2. Kett JF. Descubrimiento e invención de la adolescencia en la Historia. Journal of Adolescent Health. 1993; 14:664-672.
3. Dulanto Gutiérrez E. El adolescente. Editorial MC Graw Hill-Interamericana. Asociación Nacional de Pediatría 2000.
4. González Núñez JJ. Psicopatología de la Adolescencia. Editorial Manual Moderno. México, D.F. 2ª reimpresión 2001.
5. Arenas-Cedillo M, Ponce Rosas RE y Sánchez Escobar L. Factores relacionados con la baja asistencia del adolescente a la consulta médica familiar. ArchMedFam 2003;5(2):53-57.
6. Juárez-Márquez S, Murillo-Gómez Y y Ávila Jiménez L. Factores familiares asociados al embarazo en un grupo de adolescentes mexicanas. ArchMedFam 2003;5(4):118-122.
7. Moreno-Contreras S, Boschetti-Fentanes B, Monroy Caballero C, Irigoyen Coria A y Dorantes Barrios P. Perfil familiar de un grupo de adolescentes mexicanos con riesgo de depresión. ArchMedFam 2003;5(3): 89-91.
8. Osornio-Castillo L. Intento de suicidio en adolescentes y su relación con la función familiar. ArchMedFam 2001; 3(2):33-39.
9. INEGI. Censo Nacional de Población y Vivienda 2000. www.inegi.gob.mx
10. Encuesta Nacional de la Juventud. México 2000. www.imjuventud.gob.mx
11. Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina FJ, et.al. Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 5ª Edición. 1998.
12. Sluzki C. E. La red social: Fronteras de la Práctica Sistémica. Editorial Gedisa. Barcelona, España. 1998.
13. Gómez-Clavelina FJ, Terán-Trillo M, Sánchez Escobar L, Graniel Guerrero E, Torres Salazar AB, Landgrave Ibáñez S, Yáñez Puig EJ y Monroy Caballero C. Familias. Conceptos, Funciones y Clasificaciones. Academia Mexicana de Profesores de Medicina Familiar A. C. México, 2003.
14. Infante-Castañeda C. Bases para el estudio de la interacción familia-redes sociales. Uso de servicios de salud. Salud Pública Mex 1998; 30(2): 175-196.

15. Valadez-Figueroa IA , Aldrete Rodríguez MG y Alfaro Alfaro N. Influencia de la Familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Salud Pública Mex* 1993; 35(5): 464-470.
16. Infante-Castañeda C. Utilización de Servicios en Atención Prenatal: Influencia de la Morbilidad percibida y de las redes sociales de Ayuda. *Salud Pública Mex* 1990; 32(4):419-429.
17. Terán-Trillo M, Ponce-Rosas ER., Irigoyen Coria A, Fernández Ortega MA, Gómez Clavelina FJ. Redes Sociales en la Atención Médica Familiar. *ArchMedFam* 1999; 1(2): 34-35.
18. Rodríguez Morán M, Guerrero Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Pública Mex* 1997; 39(1): 44-47.
19. Gallo Vallejo FJ, Altisent Trota R, Diez Espino J, Fernández Sánchez C, Foz i Gil G, Granados Menéndez MI y Lago Deibe F. Perfil Profesional del Médico de Familia. *Aten Primaria* 1999; 23(4): 236-248.
20. Medalie JH. *Medicina Familiar. Principios y prácticas*. Noriega Editores. Editorial Limusa. 1987.
21. Broadhead Eugene W, Kaplan Berton H, et al. The Epidemiologic Evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol* May 1983; 117(5):521-536.
22. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke- UNC-II. *Aten Primaria* 1996;18 (4): 153-163.
23. Gorab Ramírez A. *El enfoque clínico hacia la adolescencia sana y en riesgo. Práctica Pediátrica*. Editorial Mundo Médico. México, 1999.
24. Subdirección General Médica del ISSSTE. Delegación Regional Oriente. México, D. F. *Diagnóstico Situacional* 2004.
25. Gorab Ramírez A. *La más reciente estrategia en la atención al ciclo vital*. Editorial Mundo Médico. México, 2000.
26. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER. *Guía para el Seminario de Investigación del PUEM. Bases para la investigación en las especialidades Médicas*. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 1999.
27. *Declaración de Helsinki. Reglamentos Éticos. Recomendaciones para orientar a los médicos en los trabajos de Investigación Biomédica con sujetos humanos*. Adaptada por la 18ª. Asamblea Médica Mundial (Helsinki, Finlandia) en 1964 y revisada por la 29ª. Asamblea Médica Mundial (Tokio, Japón) en 1975.

28. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Secretaria de Salud. México, 1987.
29. Herrera O. Más niños y mujeres incurrir en delitos. *El Gráfico* 2005 abril 19:7(col.1).
30. Estrada Inda L. El ciclo vital de la familia. Editorial Grijalbo. 1997: 11-132.
31. Attie T. La pareja en Crisis. Guías para la atención de la salud en el hogar. Ediciones científicas. La prensa médica mexicana, S.A. de C. V. 1999:1-34
32. Rainer K. Sibereinsen., Eberhard T. Adolescence in context. The Interplay of Family, School Peer, and Work in Adjustment. Springer-Verlag. 1994. N.Y.
33. Saucedo García MJ., Maldonado Durán JM. La familia: Su dinámica y tratamiento. Editorial Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2003.
34. León Carmona JC, Hernández Álvarez LA, Hernández Hernández MAC. Influencia de los Factores socioculturales en la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres estados de la República Mexicana. *Ginec Obst Mex.* 2002; 70: 320-327.
35. Morales M., Casanueva E., Nutrición del adolescente. *Nutriología Médica.* p.p. 71-83.
36. Donald Mecchenbaum. Handbook of Social Support and the Family. Plenum Press. New York and London. University of Water 100, Ontario, Canada. 1996.
37. González- Ortiz MA, Terán -Trillo M, Ponce-Rosas ER y Sánchez Escobar LE. Salud del cuidador y sus redes de apoyo en una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *ArchMedFam* 2003; 5(2): 47-52.
38. Wolak J., Kimberly JM. Close Online Relationships in a National Sample of Adolescents. *Adolescence.* 2002; 37(147):452-455
39. Juncosa Font S. Sobre los estudios comparativos entre las dos redes de atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 12(6): 315.
40. Gómez-Dántes O, Llópiz-Avilés M. Las referencias bibliográficas en los escritos médicos. *Salud Pública Mex* 1988;30:760-765.

ANEXOS.

Cuestionario No. _____

Mis apoyos

Terán-Trillo y Nava-Aguilar

Este cuestionario es para identificar los distintos apoyos sociales con los que cuentas tú, a partir de tus relaciones significativas y de intercambio. La información que se obtendrá es de carácter confidencial y será utilizada con fines de investigación.

Por tratarse de aspectos personales, se requiere de tu participación voluntaria y sincera. Si durante el proceso de aplicación, tú consideras que algún dato de la información requerida te causa molestia o simplemente no deseas contestar, puedes dejarlo en blanco.*

Firma: _____
Agradecemos tu consentimiento y participación.

A) Datos personales

Nombre: _____
Sexo: F M Edad: _____ Escolaridad: _____ Teléfono _____

Valoración de la entrevistadora sobre estructura familiar:

Nuclear Extensa Extensa-compuesta Otro

B) Lista de personas que me dan distintos apoyos. Marca con una (✓) o con una (X) el tipo de apoyo.

Núm	Nombre	Edad	Parentesco o relación	Tipo de apoyos			
				Tiempo de conocerlos	Emocional	Información o servicios	Económico o material
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

Otras personas que me dan distintos apoyos

Núm	Nombre	Edad	Parentesco o relación	Tipo de apoyos			
				Tiempo	Emocional	Información o servicios	Económico o material
13							

* Consentimiento informado.

14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

C) Participo en grupos: No Sí
 Número aproximado de personas que lo integramos _____

Nombre del grupo	Principales actividades que realizamos
1.	
2.	
3.	

D) Cuento con servicios

	Sí	No
Otros servicios médicos		
Religiosos, espirituales		
Educativos o de capacitación		
Recreativos		
Deportivos		
Otros ¿Cuáles?		

E) Tengo

	Sí	No
Animales		
Plantas		
Otras cosas significativas		

F) Salud.

1.-¿Platico sobre mi salud o temas de salud con la (s) personas que me brindan apoyo? SI NO

2.- Lista de temas.

No.	TEMA	CON QUE PERSONA (S)
1	Planificación familiar	
2	Sexualidad	
3	Enfermedades de transmisión sexual.	
4	Embarazo, aborto.	
5	Drogadicción, alcoholismo, tabaquismo	
6	Enfermedades: crónico-degenerativas (DM,HAS)	
7	Nutrición	
8	Vacunación	
9	Salud Mental	
10	Prevención de accidentes	
11	Otros	

CRONOGRAMA

Etapa / actividad	JUN 2004	JUL 2004	AGO 2004	SEP 2004	OCT 2004	NOV 2004	DIC 2004	ENE 2005	FEB 2005	MAR 2005	ABR 2005	MAY 2005	JUN 2005	JUL 2005	AGO 2005	SEP 2005
Etapa de planeación del proyecto	X ✓	X ✓	X ✓													
Marco teórico				X ✓	X ✓	X ✓										
Material y métodos							X ✓	X ✓								
Registro y autorización del proyecto								X ✓	X ✓							
Prueba piloto								X ✓	X ✓							
Etapa de ejecución del proyecto								X ✓	X ✓	X ✓	X ✓					
Recolección de datos										X ✓	X ✓					
Almacenamiento de los datos										X ✓	X ✓	X ✓				
Análisis de los datos										X ✓	X ✓	X ✓				
Descripción de los resultados											X ✓	X ✓				
Discusión de los resultados												X ✓	X ✓			
Conclusiones del estudio													X ✓	X ✓		
Integración y revisión final														X ✓		
Reporte final															X ✓	
Autorizaciones																X ✓
Impresión del trabajo final																X ✓
Solicitud de examen de tesis																X ✓

X = PLANEADO
 ✓ = REALIZADO