



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

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

TITULO:

“EVALUACION DE LA AUTOESTIMA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

ALUMNA: DRA. HERNÁNDEZ BUCIO MARIA ISABEL

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

EVALUACION DE LA AUTOESTIMA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA ISABEL HERNÁNDEZ BUCIO

AUTORIZACIONES:

DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

DR. OSCAR BARRERA TENAHUA

ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO

JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA EN SALUD

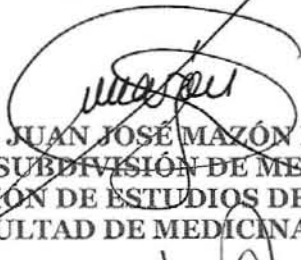
**“EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA Y FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS CON
SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL
NEZAHUALCÓYOTL”**

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

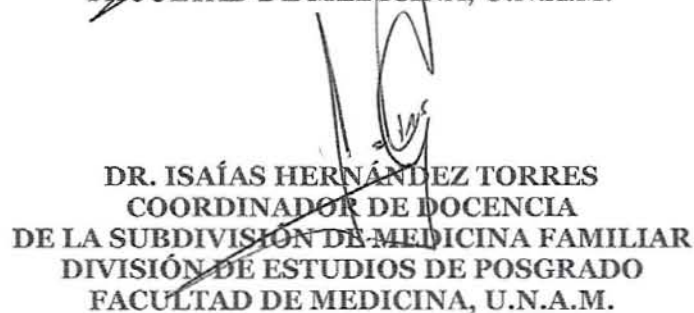
PRESENTA

DRA. MARIA ISABEL HERNÁNDEZ BUCIO

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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

CONTENIDO	Página
1. Contenido	5
2. Marco Teórico	8
2.1 Antecedentes	8
2.1.1 Autoestima	8
2.1.1.1 Estado Actual de la Autoestima	10
2.1.1.2 Desarrollo de la Autoestima	13
2.1.1.3 Autoestima en el Adolescente	23
2.1.2 Sobrepeso y Obesidad en la Adolescencia	25
2.1.3 Adolescencia y Familia	27
2.1.3.1 Dificultades en las relaciones Familiares	32
2.1.4 Funcionalidad Familiar	40
2.1.4.1 Funcionamiento familiar según el Modelo de McMaster de Epster, Baldwi y Bishop	46
2.1.4.2 Escala de Evaluación de Adaptabilidad y cohesión Familiar (FACES III)	51
2.1.4.3 Apgar Familiar	53
2.1.5 Mediciones	54
2.1.5.1 Test de Autoestima de Coopersmith para adolescentes	54
2.1.5.2 Escala de Evaluación de Adaptabilidad y cohesión Familiar (FACES III)	55
2.1.5.2.1 Clasificación Familiar según el FACES III	56
2.2 Planteamiento del Problema	57
2.3 Justificación	58
2.4 Objetivos	59
2.4.1 Objetivo General	59
2.4.2 Objetivos Específicos	59

3. Aspectos Metodológicos	60
3.1 Características Metodológicas del Estudio	60
3.1.1 Diseño	60
3.2 Universo de Trabajo	60
3.2.1 Tamaño de la muestra	60
3.2.2 Tipo de muestreo	61
3.2.3 Criterios de Inclusión	61
3.2.4 Criterios de exclusión	62
3.2.5 Criterios de Eliminación	62
3.3 Variables	62
3.4 Procedimientos para recolección de datos	64
3.4.1 Fuentes de instrumentos para recolección de datos	64
3.5 Procesamiento Estadístico	65
4. Aspectos éticos y de Bioseguridad	65
4.1 Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial	65
4.2 Riesgos de Investigación	69
4.3 Medidas de Seguridad para paciente e Investigador	73
5. Aspectos Logísticos	73
5.1 Cronograma	74
5.2 Recursos Humanos	74
5.3 Recursos Materiales	74
5.4 Recursos Físicos	74
5.5 Financiamiento	74
6. Resultados	75
7. Análisis y discusión de resultados	80

8. Conclusiones	83
9. Referencias Bibliográficas	85
10. Anexos	88

“EVALUACION DE LA AUTOESTIMA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL”

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 AUTOESTIMA

La autoestima es una poderosa fuerza dentro de cada uno de nosotros. Comprende mucho más que el sentido innato de autovalía. La autoestima es la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de la vida. Más específicamente, consiste en: A) Confianza en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos básicos de la vida, B) confianza en nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos. ⁽¹⁾

A pesar de que se reconoce relativamente poco de la autoestima, generalmente se considera que es un atributo personal altamente favorable. Se han escrito diversos libros y artículos dedicados a la higiene mental y desarrollo de la personalidad, que refieren que la autoestima es uno de los elementos primordiales que ejerce uno de los más altos grados de influencia en el funcionamiento de la personalidad del ser humano. ⁽²⁾

Los primeros escritos no dan mucha atención a conceptos relativos a la autoestima, sin embargo, lo señalan ligando el concepto a aspectos relativos al Yo. Bednar, Wells & Peterson (1993), establecieron algunas dudas concernientes al poder último de los métodos psicológicos para representar en forma adecuada y comprender completamente el enigma de la conducta humana. Sostienen que el Yo rodea psicológicamente a todos los atributos que el individuo se puede definir como “parte de mí”, el cuerpo, las habilidades, y la reputación, a los hijos, el hogar y las posesiones responden como si ellos mismos mejoraran; esta parte en

la que se ha definido realmente como el Yo. Así cada persona establece lo que James llama sentimiento propio en los éxitos o fallas de los que han sido escogidos que sea el más verdadero yo. ⁽³⁾

Según Bernar, Wells & Peterson (1993) hay tres constituyentes principales del yo: el material, el social y el yo espiritual. El yo material se refiere a los objetos y pertenencias consideradas como propiedad personal o con lo que uno se identifica: cuerpo, familia, hogar, carro; ahora, si lo material prospera el individuo se siente más grande, más sustancial. Si las personas, posesiones, son dañadas o se pierden, la persona se siente más pequeña, como si la personalidad de alguna manera, se hubiera encogido. El Yo social es igualado con la reputación de la persona o al compartir el reconocimiento. Una persona tiene varios Yo sociales; el Yo como hijo hacia sus padres, el Yo entre amigos y el Yo como estudiante o atleta y así. Aquí también las pretensiones y metas individuales dependerán de la edad y la personalidad. El Yo espiritual es el ser subjetivo o interior, el reconocimiento del individuo, que piensa el sujeto acerca de las cosas y éstos pensamientos tiene una continuidad en el tiempo. Usualmente el Yo espiritual siente como que ese es el centro más interior del ser. ⁽³⁾

James (1890) y otros escritores del periodo hablaron de dos elementos cuando se referían al yo: La porción que soy yo, el actor, el hacedor, la parte ejecutora del yo y “yo” que es el lugar de conocimiento interior, el sentido de continuidad como individuo sobre el tiempo, el observador y el evaluador de “mí”. Como el observador el yo espiritual no está expuesto a la ecuación de éxitos/preensiones, de la autoestima, es realmente el interpretador del resultado de la ecuación y, por lo tanto, el determinado del sentido de la autoestima. ⁽³⁾

Primer intento de definir la autoestima.

Williams James, en su libro Principles of Psychology, se halla el primer intento de definir la autoestima en el cual menciona: “ Si tuviera “ pretensiones” de ser lingüística se habría producido el efecto inverso [...] sin intento no puede haber fracaso; sin fracaso no hay humillación. Lo que sentimos con respecto a nosotros

mismos en este mundo depende enteramente de lo que apostemos a hacer y hacer. Está determinado por la proporción en nuestra realidad y nuestras supuestas potencialidades; una fracción en la cual el denominador son nuestras pretensiones y el numerador nuestro éxito: por lo tanto,

$$\text{AUTOESTIMA} = \frac{\text{ÉXITO}}{\text{PRETENSIONES}}$$

Contribución de Stanley Coopersmith

Entendemos por autoestima la evaluación que efectúa y generalmente mantiene el individuo con respecto a sí mismo. Expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica en qué medida el individuo se cree capaz, importante, digno y con éxito, en resumen la autoestima es un juicio personal de dignidad, que se expresan en las actitudes del individuo hacia sí mismo. ⁽¹⁾

Intentos más reciente de definir la autoestima

Richard L. Bednar, M. Gawain Wells y Scott R. Peterson ofrecen otra definición en su libro *Self- Esteem: Paradoxes and Innovations in Clinical Theory and Practice*:

Definimos la autoestima como un sentido subjetivo de autoaprobación realista. Refleja como el individuo ve y valora al uno mismo en los niveles fundamentales de la experiencia psicológica. Entonces, la autoestima es fundamentalmente un sentido perdurable y afectivo del valor personal basado en una auto percepción exacta. ⁽¹⁾

2.1.1.1 ESTADO ACTUAL DE LA AUTOESTIMA

La autoestima se define como la confianza y el respeto por sí mismo, reflejando el juicio implícito de la habilidad que tenemos para enfrentar los desafíos de la vida y asumir el derecho a ser feliz. Es sentirse valioso, con la capacidad necesaria para enfrentar con ahínco los retos de la vida, sin menoscabo de los fracasos, ya que la actitud con que se enfrentan permitirá un mayor desarrollo personal. El modo

como nos sentimos con respecto a nosotros mismos afecta en forma virtual y decisiva todas nuestras experiencias, desde la manera en que actuamos en el trabajo, en el amor, o en el sexo, hasta nuestro proceder como padres o las posibilidades que tenemos de progresar. La autoestima es una experiencia íntima que radica en lo más profundo de nuestro ser, es lo que yo pienso y siento sobre mí, y no lo que otros piensen y sientan sobre mí. “La autoestima es la reputación que adquirimos frente a nosotros mismos.”⁽⁴⁾

La autoestima se ha definido como el concepto que tenemos de nuestra propia personal, que involucra todos nuestros sentimientos, pensamientos, actitudes y experiencias que sobre nosotros mismos hemos recogido en el trayecto de nuestra vida. Es así, como el conjunto de evaluaciones, experiencias e impresiones, se correlacionan para formar un sentimiento positivo de nosotros mismos ó por el contrario, un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos. La autoestima, es como nuestra propia imagen, a la luz de nuestros valores y metas, es decir, la apreciación que tiene cada persona de sí mismo, la cual se forma a lo largo de toda la vida, en la que intervienen las situaciones pasadas y presentes de la vida del individuo y en factores contextuales y procesos internos. La autoestima se puede dividir de una manera simplista en el evada o baja.⁽⁵⁾

Autoestima elevada.

Si la experiencia del sujeto ha sido favorable, es to es , que ha satisfecho sus necesidades adecuadamente, tanto físicas como emocionales de acuerdo a la Pirámide de Jerarquías de las Necesidades (Maslow A.1954), se entiende por ello que se da un valor y ha aprendido a valorarse por sí mismo; será entonces una persona con una autoestima elevada ó alta, lo cual se reflejará en una actitud de autoconfianza, honestidad, sinceridad, lealtad, etc. elementos que le darán más posibilidades de lograr sus metas y objetivos sorteando las dificultades y adversidades que se le presenten para alcanzarlas. Este individuo se caracterizará por aceptarse siempre tal como es, siempre tratando de superarse, y lo lleva a ser

una persona asertiva, entendiendo por asertividad a la persona que hará valer sus propios derechos de una manera clara y abierta en base a su congruencia en el querer, pensar, sentir y actuar, siempre respetando la forma de pensar y la valía de los demás. Es consciente de sus alcances pero también de sus limitaciones aunque éstas últimas no serán un obstáculo sino un reto motivador para su desarrollo. ⁽⁵⁾

Autoestima Baja.

En este caso, al contrario del anterior, las necesidades del sujeto tanto físicas como emocionales no han sido satisfechas en forma adecuada, es decir, sus "Dimensiones del Desarrollo" físicas, afectivo-emocional-social, intelectual ó cognitivas han quedado insatisfechas. Ni las características intrínsecas ni las extrínsecas han estimulado un adecuado valor para su desarrollo como persona y no ha aprendido a valorarse, por lo que se sentirá inadecuado, inadaptado, incapaz, inseguro, indefenso y sin valor. ⁽⁵⁾

El Autoconcepto y la Autoestima

El autoconcepto y autoestima juega un papel muy importante en la vida de las personas; la satisfacción de uno mismo los éxitos y fracasos, el bienestar psíquico y el conjunto de las relaciones sociales se ven afectados. Tener una autoestima positiva es de la mayor importancia para la vida personal, profesional y social del sujeto. Esto favorece el sentido de la propia identidad, constituye su marco de referencia, desde el cual interpreta la realidad externa y las propias experiencias, influye su rendimiento personal, aumenta sus expectativas, su motivación, contribuyendo así a su salud y equilibrio psíquico. ⁽⁶⁾

2.1.1.2 DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA.

El concepto del YO y la Autoestima se desarrollan gradualmente durante toda la vida, iniciando en la infancia y pasando por diferentes etapas de progresiva complejidad, se definen diferentes etapas o ciclos de vida del sujeto (Tabla 1). Según la Teoría del Desarrollo de la Personalidad (Erickson) estas etapas son ocho:

1.- **Etapa incorporativa, fase oral.** (Nacimiento hasta los 2 años de edad).

Estadio: confianza versus desconfianza - esperanza

El modo psicosexual del niño comprende la asimilación de los patrones somáticos, mentales y sociales por el sistema sensorio motor, oral y respiratorio, mediante los cuales el niño aprende a recibir y a aceptar lo que le es dado para conseguir ser donante. La confianza básica como fuerza fundamental de esta etapa, nace de la certeza interior y de la sensación de bienestar en lo físico (sistema digestivo, respiratorio y circulatorio), en el psíquico (ser acogido, recibido y amado) que nace de la uniformidad, fidelidad y cualidad en el abastecimiento de la alimentación, atención y afecto proporcionados principalmente por la madre. La desconfianza básica se desarrolla en la medida en que no encuentra respuestas a las anteriores necesidades, dándole una sensación de abandono, aislamiento, separación y confusión existencial sobre sí, sobre los otros y sobre el significado de la vida. Cierta desconfianza es inevitable y significativa desde el punto de vista personal y social de la niñez, para la formación de la prudencia y de la actitud crítica. De la resolución positiva de la antítesis de la confianza versus desconfianza emerge la esperanza, como sentido y significado para la continuidad de la vida. Esta fuerza de la esperanza es el fundamento ontogénico que nutre la niñez de una confianza interior de que la vida tiene sentido y que puede enfrentarla: “Yo soy la esperanza de tener y de dar”. La consistencia, la cualidad y la fidelidad de los ritos, de los gestos, de las rutinas diarias y de los tiempos (ritualizaciones) proporcionarán, más adelante un significado físico y afectivo, un significado de trascendencia personal, filantrópico-social y espiritual de la vida, sentimiento

básico para la formación de la experiencia religiosa. Las ritualizaciones vinculantes al sistema religioso se organizan por el establecimiento y sostenimiento en el tiempo de las relaciones significativas de confianza y de esperanza entre el niño y, especialmente, con la madre. (La idolatría nace cuando las relaciones de mutualidad son marcadas por rituales estereotipados y vacíos de significados afectivos y de sentido de vida).⁽⁷⁾

2.- Etapa niñez temprana, fase muscular anal: (desde 1-3 años).

Estadio: autonomía versus vergüenza y duda

Es este el período de la maduración muscular – aprendizaje de la autonomía física; del aprendizaje higiénico – del sistema retentivo y el imitativo; y del aprendizaje de la verbalización – de la capacidad de expresión oral. El ejercicio de estos aprendizajes se vuelve la fuente ontogenética para el desarrollo de la autonomía, esto es, de la auto-expresión de la libertad física, de locomoción y verbal; bien como de la heteronimia, esto es, de la capacidad de recibir orientación y ayuda de los otros. Mientras tanto, un excesivo sentimiento de autoconfianza y la pérdida del autocontrol pueden hacer surgir la vergüenza y la duda, como imposibilidad de ejercitarse en su desarrollo psicomotor, entrenamiento higiénico y verbalización; y sentirse desprotegida, incapaz e insegura de sí y de sus cualidades y competencias. El justo equilibrio de estas fuerzas es importante para la formación de la consciencia moral, del sentido de justicia, de la ley y del orden, además de un sabio equilibrio entre las experiencias de amor u odio, cooperación o aislamiento, autonomía o heteronomía; de los comportamientos solidarios, altruistas o egocéntricos hostiles y compulsivos. La virtud que nace de la resolución positiva de la dialéctica autonomía versus vergüenza y duda son la voluntad de aprender, de discernir y decidir, en términos de autonomía física, cognitiva y afectiva, de tal forma que el contenido de esta experiencia puede ser expresada como: “Yo soy lo que puedo querer libremente”. La presencia de los padres (padre y madre) es fundamental en esta etapa para el ejercicio del aprendizaje de la autonomía y de la auto-expresión para la superación de la

vergüenza, de la duda y del legalismo, en la formación de la deseo y del sentido de la ley y del orden. Este período de ritualización de la infancia corresponde, dentro del ciclo vital, a la formación del proceso judicial – de la justicia, de la ley y del orden. (El ritualismo desvirtuado, tanto permisivo como rígido, conduce al legalismo, tanto permisivo como rígido).⁽⁷⁾

3.- Etapa locomotora genital, preescolar. (Desde los tres años a los cinco años).

Estadio: iniciativa versus culpa y miedo – propósito

La dimensión psicosexual de la edad preescolar corresponde al descubrimiento y al aprendizaje sexual (masculino y femenino), la mayor capacidad locomotora y el perfeccionamiento del lenguaje. Estas capacidades predisponen al niño para iniciarse en la realidad o en la fantasía, en el aprendizaje psicosexual (identidad de género y respectivas funciones sociales y complejo de Edipo), en el aprendizaje cognitivo (forma lógica preoperacional y comportamental) y afectivo (expresión de sentimientos). La fuerza distónica de esta etapa es el sentimiento de culpa que nace del fracaso en el aprendizaje psicosexual, cognitivo y comportamental; y el miedo de enfrentarse a los otros en el aprendizaje psicosexual, psicomotor, escolar o en otra actividad. El justo equilibrio entre la fuerza sintónica de la iniciativa y la culpa y el miedo es significativo para la formación de la conciencia moral, a partir de los principios y valores internalizados en los procesos de aprendizaje, en la iniciación del aprendizaje escolar, de la inserción social, a través de los prototipos ideales representados por sus padres, adultos significativos y la sociedad. Ahora la presencia de la tríada familiar es necesaria para la formación de la capacidad de separación afectiva, de dar y recibir afecto a una tercera persona, incluyendo la resolución del Complejo de Edipo. La virtud que surge de la resolución positiva de esta crisis es el propósito, el deseo de ser, de hacer y de convivir, sintetizado en la expresión: “Yo soy lo que puedo imaginar que seré”. El arte dramático y el jugar se vuelven el palco de las ritualizaciones de las experiencias existenciales de la niñez, en los roles y funciones sociales, bien como del aprendizaje de los significados dialécticos de las crisis psicosociales para la

formación de su consciencia moral. El moralismo será la palabra para designar la internalización de las normas sociales cuando es la forma inhibidora y culposa. Esta ritualización se expresa en tres niveles diferentes en la expresión de jugar: en la autoesfera: es todo es las sensaciones de propio cuerpo; en la microsfera: aquello que corresponde a la esfera de los juguetes y en la macrosfera: los actos que corresponden a las relaciones con los otros. ⁽⁷⁾

4.- **Etapa de latencia, escolar:** (Desde los 5-6 años a los 11-13 años).

Estadio: industria versus inferioridad - competencia Edad Escolar –

En el período de la latencia disminuyen los intereses por la sexualidad personal y social, acutuándose los intereses por el grupo del mismo sexo. La niñez desarrolla el sentido de la industria, para el aprendizaje cognitivo, para la iniciación científica y tecnológica; para la formación del futuro profesional, la productividad y la creatividad. Ella es capaz de acoger instrucciones sistemáticas de los adultos en la familia, en la escuela y en la sociedad; tiene condiciones para observar los ritos, normas, leyes, sistematizaciones y organizaciones para realizar y dividir tareas, responsabilidades y compromisos. Es el inicio de la edad escolar y del aprendizaje sistemático. Es función de los padres y de los profesores ayudar a que los niños se desarrollen sus competencias con perfección y fidelidad, con autonomía, libertad y creatividad. La fuerza dialéctica es el sentimiento de inadecuación o de inferioridad existencial, sentimiento de incapacidad en el aprendizaje cognitivo, comportamental y productividad. De la resolución de esta crisis nace la competencia personal y profesional para la iniciación científico-tecnológica y la futura identidad profesional, expresada en la frase: “Yo soy el que puedo aprender para realizar un trabajo”. El aprendizaje y el ejercicio de estas habilidades y el ejercicio del ethos tecnológico de la cultura desarrollan en el niño el sentimiento de capacitación, competencia y de participación en el proceso productivo de la sociedad, anticipando el perfil de futuro profesional. Cuando el niño ejecuta estas habilidades exclusivamente por el valor de la formalidad técnica, sacrificando el sentido lúdico y la fuerza de la imaginación, puede

desarrollar una actitud formalista en relación a las actividades profesionales, volviéndose esclavo de los procesos tecnológicos y burocráticos. A quello que debería ser un momento de placer y de alegría, unido al sentimiento de realización personal e integración social, acaba siendo un proceso desintegrante y formalista.
(7)

5.- Etapa de Adolescencia: (Se extiende desde los doce años a los veinte años).

Estadio: identidad versus confusión de roles – fidelidad y fe

El período de la pubertad y de la adolescencia se inicia con la combinación del crecimiento rápido del cuerpo y de la madurez psicosexual, que despierta intereses por la sexualidad y formación de la identidad sexual. La integración psicosexual y psicosocial de esta etapa tiene la función de la formación de la identidad personal en los siguientes aspectos: a) identidad psicosexual por el ejercicio del sentimiento de confianza y lealtad con quien pueda compartir amor, como compañeros de vida; b) la identificación ideológica por la asunción de un conjunto de valores, que son expresados en un sistema ideológico o en un sistema político; c) la identidad psicosocial por la inserción en movimientos o asociaciones de tipo social; d) la identidad profesional por la selección de una profesión en la cual poder dedicar sus energías y capacidades de trabajo y crecer profesionalmente; y e) la identidad cultural y religiosa en la que se consolida su experiencia cultural y religiosa, además de fortalecer el sentido espiritual de la vida. La fuerza distónica es la confusión de identidad, de roles, la inseguridad y la incertidumbre en la formación de la identidad. La relación social significativa es la formación de grupo de iguales, por el cual el adolescente busca la sintonía e identificación afectiva, cognitiva y comportamental con aquellos con los cuales puede establecer relaciones auto definitorias; superar la confusión de roles; establecer relaciones de confianza, estabilidad y fidelidad; consolidar las formas ideológicas o las doctrinas totalitarias y enfrentar la realidad de la industrialización y globalización. La fuerza específica que nace de la constancia en la construcción de la identidad es la fidelidad y la fe. La fidelidad es la solidificación y asunción de

los contenidos y proceso de su identidad, una vez establecida como proyecto de vida, son resumidos en la frase: “Yo soy el que puedo creer fielmente.” un justo equilibrio -entre la formación de la identidad y la confusión- alimenta la búsqueda constante de nuevos estadios de perfeccionamiento del amor, de la profesión, de la cultura y de la fe. Este proceso puede extenderse a través del tiempo previsto. El principio del orden social elaborado en la adolescencia es la orden ideológica, una visión de mundo, de sociedad, de cultura y de fe como fundamento teórico de la cosmovisión personal. Las instituciones, detentoras de las ideologías culturales, políticas y religiosas, tienen la función importante de inspirar a los adolescentes en la formación de su proyecto de vida, profesional e institucional. En el afán de superar su confusión el adolescente puede unirse a formas ideológicas totalitarias por las cuales se deja atraer. ⁽⁷⁾

6.- Etapa adulto joven: (Desde los veinte años a los cuarenta años).

Estadio: intimidad versus aislamiento – amor

La madurez psicosexual del adolescente tiene su culminación en lo que el psicoanálisis llama momento de la genitalidad, que consiste en la capacidad de desarrollar una relación sexual saludable, con un participante amado del otro sexo, con quien pueda y quiera compartir con confianza mutua y regular, los ciclos de vida de procreación, de trabajo y ocio, a fin de asegurar a la descendencia futura unas mejores condiciones de vida y de trabajo. La intimidad es la fuerza sintónica que lleva al joven adulto a confiar en alguien como compañero en el amor y en el trabajo, integrarse en afiliaciones sociales concretas y desarrollar la fuerza ética necesaria para ser fiel a esos lazos, al mismo tiempo que imponen sacrificios y compromisos significativos. El reverso de esta situación es el aislamiento afectivo, el distanciamiento o la exclusividad que se expresa en el individualismo y egocentrismo sexual y psicosocial, individual o los dos. Un justo equilibrio entre la intimidad y el aislamiento fortalece la capacidad de la realización del amor y el ejercicio profesional. Los principios relacionados de orden social que nacen de este contenido se expresan en las relaciones sociales de integración y

compromisos e n i nstituciones y as ociaciones c ulturales, políticas, de portivas y religiosas. La virtud sincrónica que emerge de la resolución de la intimidad por el aislamiento es el amor y la oblatividad, como dedicación y donación a los otros y a sociedad. La f uerza del a mor t ransforma la ex presión d e l a dialéctica d e l os estadios anteriores del “yo soy” a “nosotros somos”, así expresa: “Nosotros somos lo que amamos”, el nosotros, nuestros hijos, nuestro trabajo y las asociaciones a las q ue per tenecemos. La c apacidad de am ar y t rabajar s e t ransforma en corrientes de asociaciones de solidaridad (ritualizaciones integrantes), en cuanto que l os s istemas el itistas (ritualizaciones d esintegrantes) s e forman a p artir del aislamiento a fectivo y s ocial, del c ultivo del narcisismo y de l os g rupos esnobistas.⁽⁷⁾

7.- Etapa adulto medio o maduro: (Desde los 40-65 años).

Estadio: generatividad versus estancamiento – cuidado y celo

En es te estadio, la pr evalencia del m odo psicosexual es la c ualidad de l a generatividad que es, fundamentalmente, el cuidado y la inversión en la formación y la educación de l as nuevas generaciones, de l os propios hijos, los hijos de l os otros y de l a s ociedad. L a c risis ps icosocial del adul to s e c aracteriza por el conflicto de la generatividad versus el estancamiento. Después de la paternidad (maternidad) el i mpulso g enerativo i ncluye l a c apacidad de l a productividad, el desarrollo de nuevos pr oductos por el t rabajo, por l a ciencia y tecnología; y l a creatividad, es to es , l a g eneración d e nue vas i deas par a el b ienestar de l as nuevas g eneraciones. E sta di aléctica r epresenta l a fuerza de gener ación y de desarrollo de la vida humana o a su extinción, por eso ella se vuelve, para cada persona, la más esencial y significativa cualificación, determinando su experiencia de vida o de m uerte. Es i mportante la superación de es ta dialéctica para que la persona sea capaz de amar y trabajar para el bien de los otros, más delante de aquellos de s u círculo familiar. La virtud propia de es e período es el cuidado y el amor, este sentimiento de responsabilidad que trasciende la atención a la propia familia y trabajo. Un sentimiento de responsabilidad universal para todos los hijos

y por todo producto del trabajo humano. De la resolución de la crisis de la generatividad nace la experiencia de la caridad: la virtud de cuidado y celo. Es la capacidad de donación de sí en el amor y en el trabajo, en beneficio de los otros y de los valores universales de la humanidad, expresados en la frase: "Yo soy el que cuido y celo". Siempre que la fuerza generativa fracasa surge un sentimiento de estancamiento, depresión, de narcisismo que imposibilitan la eficiencia y eficacia del amor (vida matrimonial) y del trabajo (profesión). El estancamiento representa una regresión psicosocial y la necesidad obsesiva de pseudo-intimidad, acompañada de sentimientos de infertilidad personal y social, sentimiento percibido en la incapacidad de generar, de producir y de criar. El rechazo es un sentimiento de aislamiento y alejamiento de los otros, puede percibir las personas, los grupos, las culturas, naciones y la misma humanidad como una amenaza para ellos, el que puede conducir a las personas, los grupos y las naciones a que se odien y se destruyan mutuamente. Cuando el rechazo social es inhibido se puede volver contra la propia persona, como auto-rechazo. Los principios de orden social ligados al cuidado y celo son las corrientes de educación y tradición, que preconizan la necesidad de la crear y desarrollar instituciones que puedan garantizar la calidad de vida de las nuevas generaciones, dándoles continuidad y consistencia. El ritualismo, potencialmente intransigente de la edad adulta, puede transformarse en autoritarismo, por el uso exagerado del poder generativo al imponerse en la vida familiar, en la vida profesional o por la imposición de las ideologías en los procesos psicosociales. ⁽⁷⁾

8.- Etapa adulto tardío adulto mayor: (> 65 años).

Estadio: integridad versus desespero – sabiduría

El trazo sintónico de este estadio es el de la integridad. En ella, los modos y los sentidos anteriores son resignificados a la luz de los valores y de las experiencias de ese momento, sean los sanos o los patológicos. La suma de los modos psicosexuales tiene un significado integrador. La palabra que mejor expresa ese momento es integridad, que significa: a) la aceptación de sí, de su historia

personal, de su proceso psicosexual y psicosocial; b) la integración emocional de la confianza, de la autonomía y demás fuerzas sintónicas; c) la vivencia del amor universal, como experiencia que resume su vida y su trabajo; d) una convicción de su propio estilo y historia de vida, como contribución significativa a la humanidad; e) una confianza en sí y nosotros, especialmente en las nuevas generaciones, las cuales se sienten tranquilos para presentarse como modelo por la vida vivida y por la muerte que tienen que enfrentar. La falta o la pérdida de esa integración o de sus elementos se manifiestan por el sentimiento de desespero, con la ausencia de sus valores. La palabra clave para expresar esta fuerza básica es sabiduría, que recuerda el saber acumulado durante toda la vida, la capacidad de juicio maduro y justo, y la comprensión de los significados de la vida y la forma de ver, mirar y recordar las experiencias vividas, así como de escuchar, oír y recordar todos los sus significados, que se expresa en esta síntesis: "Yo soy el que sobrevive en mí". La falta, la pérdida o la debilidad de la integración se presentan por el temor a la muerte, por la desesperanza, por el desespero y por el desdén. La ritualización que culmina la vida humana y da sustento a la sabiduría y a la filosofía, que mantienen el significado esencial e integrador de la vida, de los sentimientos, de las ideas y de los comportamientos y da esperanza en la sabiduría. Contraponiendo a los sistemas filosóficos y religiosos, el ritualismo desvinculante de este estadio es el dogmatismo. Basado en el poder total, que puede transformarse en dogmatismo coercitivo. ⁽⁷⁾

Cada una de estas etapas aporta impresiones, sentimientos y complicados razonamientos sobre el Y O. E. El resultado será un sentimiento personal generalizado de valía o de incapacidad. ⁽⁶⁾

Tabla 1. Ciclo de vida Erikson

ESTADIO	A Estadios y modos psicosexuales	B Crisis psicosociales Sintónica y distónica	C Relaciones sociales significativas	D Fuerzas básicas Virtudes y fuerzas sincrónicas	E Patologías básicas Antipatia y fuerza distónica	F Principios relacionados de orden social	G Ritualizaciones vinculantes - Integrantes (Institución)	H Ritualizaciones Desvinculantes- Desintegrantes (Sistemas Sociales)
I - INFANTE (1 año)	SENSORIO MOTOR - ORAL -RESPIRATORIO	CONFIANZA VS. DESCONFIANZA BÁSICA	PERSONA MA- TERNA Diada	ESPERANZA "Yo soy la esperanza de tener y dar."	DESCONFIANZA Retraimiento	ORDEN CÓSMICO Universo (Religión)	TRASCENDENTE (Religión - Iglesia)	IDOLATRÍA
II - INFANCIA (2 a 3 años)	MUSCULAR - ANAL ENTRENAMIE- TOHIGIÉNICO	AUTONOMÍA VS. VERGÜENZA Y DUDA	PADRES	VOLUNTAD "Yo soy lo que puedo querer libremente."	VERGÜENZA Y DUDA	LEY Y ORDEN (Legal)	JUDICIALES Ley y consciencia (Judiciario)	LEGALISMO
III - PREE- COLAR EDAD DEL JUEGO (3 a 5 años)	INFANTIL Genital - loco- motor. Aprendi- zaje sexual	INIICIATIVA VS. CULPA Y MIE- DOS	FAMILIA BÁSICA Triada	PROPÓSITO "Yo soy lo que puedo imaginar que seré."	SENTIMIENTO DE CULPA Y MIEDOS Inhibición	PROTOTIPOS IDEALES (Artes)	DRAMÁTICAS Artes, teatro, cine, Mitología (Artes dramáticas)	MORALISMO
IV - EDAD ESCOLAR (6 a 12 años)	LATENCIA	LABORIOSIDAD VS. INFERIORI- DAD	VECINDARIO Y ESCUELA	COMPETENCIA "Yo soy lo que puedo aprender para realizar en el trabajo."	INFERIORIDAD Inercia	ORDEN TECNOLÓGICO (Tecnología)	FORMALES Técnicas (Tecnología)	FORMALISMO
V - ADO- LESCENCIA (12 a 20 años)	PUBERTAD	IDENTIDAD VS. CONFUSIÓN DE IDENTIDAD	GRUPO DE IGUALES Y otros grupos Modelo de liderazgo	FIDELIDAD - FE "Yo soy lo que puedo crear fielmente":	CONFUSIÓN DE IDENTIDAD Postergar valo- res. Moratoria psicosocial	VISIÓN DEL MUNDO IDEOLOGÍA (Cosmovisión)	IDEOLÓGICAS (Orden ideológico)	TOTALITARISMO (Fanatismo)
VI - ADULTO JOVEN (20 a 30 años)	GENITALIDAD	INTIMIDAD VS. AISLAMIENTO	COMPAÑEROS de amor y traba- jo. Competencia Cooperación	AMOR "Nosotros somos lo que amamos"	AISLAMIENTO Exclusividad Narcisismo	PATRONES DE COOPERACIÓN Sentido Ético (Asociaciones)	ASOCIATIVAS Solidaridad (Asociaciones abiertas el cerradas)	ELITISMO Clase
VII - ADULTO (30 a 50 años)	PRODUCTIVI- DAD	GENERATIVIDAD VS. ESTANCA- MIENTO	TRABAJO DIVI- DIDO Familia y hogar compartidos	CUIDADO - CELO: Caridad "Yo soy lo que cuido y celo"	ESTANCA- MIENTO Rechazo	CORRIENTES DE EDUCACIÓN Y TRADICIÓN (Asociaciones)	GENERACIO- NALES Productividad y Creatividad (Familia)	AUTORITARISMO (Poder degenerado)
VIII - VIEJO (Después de los 50 años)	GENERALIZA- CIÓN de los modos sensoriales	INTEGRIDAD VS. DESESPERANZA	GÉNERO HUMA- NO "Mi género"	SABIDURÍA "Yo soy lo que sobrevive en mí."	DESESPERAN- ZA Desdén	SABIDURÍA (Síntesis existencial)	FILOSÓFICAS (Teorías Filosóficas)	DOGMATISMO (Ritualismo)

Columna A: estadios y modos de desarrollo psicosexual; Columna B: estadios psicosociales; Columna C: representa lo social en expansión para cada estadio, iniciando con la madre, hasta el 'género humano como un todo; Columna D: la resolución de la crisis existencial termina en la emergencia de la potencialidad y de una fuerza básica, o cualidad de la persona, de la esperanza (I) a sabiduría (VIII); Columna E: a su vez, dialécticamente, la fuerza sintónica (simpática) se opone a una fuerza distónica (antipática), de pereza, de desamor que va desde la desconfianza y el retraimiento (I) a la desesperanza y el desdén (VIII); Columna F: las fuerzas sintónicas potenciales de la persona y de la sociedad "influyen los modos y costumbres, actitudes e ideas morales, ética, estilo y visión del mundo, tecnologías, filosofía de la vida. Influyen sistemas religiosos y son transmitidos en la vida cotidiana a través de ritualizaciones específicas para cada edad y adecuadas a cada estadio". Columna G: relación de las ritualizaciones vinculantes – integrantes, como internalización y vivencia de las fuerzas sintónicas (Instituciones); Columna H: representa las ritualizaciones de las fuerzas distónicas (Sistemas Sociales).

2.1.1.3 AUTOESTIMA EN EL ADOLESCENTE

La importancia de la autoestima radica en que impulsa la persona a actuar, a seguir adelante y la motiva a buscar sus objetivos. Se ha encontrado que la autoestima influye en muchos aspectos de la problemática social actual. ⁽⁸⁾

La Adolescencia, comprende de los 12 a los 18 años, es la última etapa en donde los padres y educadores pueden tomar parte activa en el desarrollo de la identidad, el adolescente se enfrenta a cambios a los cuales es sumamente sensible, que le provocaran inestabilidad y desequilibrio que pueden ser benéficos para su maduración. La adolescencia es una etapa de grandes cambios y definición, el adolescente requiere crear nuevos espacios y formas de comunicación y rechaza los espacios de los adultos; en el siglo XXI vive en un mundo dominado por la tecnología, de grandes avances y dramáticas desigualdades. El adolescente requiere afirmar su identidad, quiere ser distinto pero no se atreve a ser diferente de los demás, quiere la aceptación de todos y empieza copiar lo que hacen otros, a veces aún en contra de sus propios valores para no ser rechazado por el resto del grupo, requiere la afirmación de su propia personalidad, un reconocimiento individual pero también necesita la aceptación social. Tiene necesidad de la autoafirmación y búsqueda del sexo complementario, curiosidad por definir su sexualidad y deseo de ser protagonista, se encuentra así en una crisis afectiva profunda, una ambivalencia entre querer estar con sus padres y a la vez estar alejado de ellos; pasa fácilmente de un estado de alegría a uno de inseguridad y tiene poco control en el manejo de sus emociones. Para ser un adulto, el adolescente tiene necesidad de adquirir: autodecisión, autonomía, autodisciplina, autocontrol, autosuficiencia, autoaceptación, autoestima y autorrealización. ⁽⁸⁾

Características de la autoestima de la adolescencia.

En esta etapa el individuo requiere hacerse de una identidad, saberse distinto a los demás. Se encuentra en una lucha por ser autónomo sin renunciar totalmente a la dependencia de sus padres, quiere ser escuchado y comprendido, defender

sus valores y elegir una carrera. Busca modelos e ideales en los que pueda confiar y respetar, que le sirvan de referencia para su desarrollo personal y encontrar respuesta a sus dudas. La autoestima influye en el adolescente, en sus sentimientos, pensamiento, aprendizaje y creatividad, en sus valores, comportamiento y relaciones con su familia y la sociedad, en cómo se considera a sí mismo en todos los pensamientos, sentimientos y actos. La autoestima se va moldeando así día a día y está relacionado con su capacidad para aprender. Un adolescente con una sana autoestima: actuará independientemente a frontará nuevos retos, con entusiasmo, asumirá responsabilidades, estará orgulloso de sus logros demostrará amplitud de emociones y sentimientos, tolerará bien la frustración y se sentirá capaz de influir en otros el adolescente sin autoestima, desmerecerá su talento, se sentirá impotente, se dejará influir, tendrá pobreza de emociones y sentimientos, eludirá situaciones de responsabilidad, se frustrará y echará la culpa a otros de sus debilidades. ⁽⁶⁾

Un aspecto fundamental de la imagen de sí mismo, y consecuentemente de la autoestima, es la "imagen corporal" que representa posiblemente una de las primeras imágenes que se forma el adolescente. El "tamaño" constituye también una dimensión importante en la formación de la autoimagen, sobre todo para los varones; en cambio para las chicas, más que el "tamaño" juega un importante papel el "atractivo físico" del cuerpo. Aunque el tener un cuerpo bien proporcionado no garantiza un autoconcepto sano y positivo, sabemos que la información que recibimos de los "otros significativos" y del ambiente está determinado por nuestra apariencia física corporal, por ello, cualquier elemento de los que le componen (peso, color, estatura, vestido, minusvalía) están influyendo sobre la manera en que los otros nos ven. Cuanto menos valores internos se conocen de una persona más la valoramos por su apariencia externa. ⁽⁹⁾

2.1.2 SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La obesidad puede mirarse como una condición, ha pasado de ser símbolo de belleza a símbolo de fealdad, de signo de poder al de subordinación, de la aceptación a la burla y de la concepción de salud a la de enfermedad.⁽⁹⁾

La Organización Mundial de la Salud, ha considerado a la obesidad como un problema de salud pública, de carácter mundial, la clasifica como enfermedad crónica caracterizada por numerosas complicaciones. Calculó que en 2005 había en todo el mundo aproximadamente 1 600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso y al menos 400 millones de adultos obesos y 20 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso, también calculó que en el 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.⁽⁹⁾

En México, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), la prevalencia nacional combinada de obesidad y sobrepeso en niños de entre 5 y 11 años fue de 26% para ambos sexos, en comparación con la prevalencia de 1999, que fue de 18.6%. El aumento entre 1999 y 2006 fue de 39.7% para los sexos combinados en solo siete años en este grupo de edad. Con respecto a los adolescentes de 12 a 19 años de edad la ENSANUT (2006), refiere que uno de cada tres hombres o mujeres tienen sobrepeso u obesidad. Existe incremento en la tendencia de obesidad a mayor edad en el caso de las mujeres. Se comparó la prevalencia de sobrepeso y obesidad de las mujeres de 12 a 19 años en 2006 con la de 1999 y se observó un incremento en el sobrepeso de 21.6 a 23.3 (7.8%) y un aumento en obesidad: de 6.9 a 9.2 (33.3%).⁽¹¹⁾

Son múltiples los factores que intervienen en la presencia y permanencia de la obesidad, de entre ellos se encuentran los aspectos genéticos, el sexo, el ritmo alimentario, el ejercicio físico, el sedentarismo y la naturaleza de los alimentos, entre otros.

Los adolescentes son la población vulnerable ante los criterios sociales de belleza y aceptación, la obesidad puede referir en ellos en un sinnúmero de significados que propician la construcción de su identidad e imagen corporal que puede o no ser favorable en la satisfacción de sí mismos y en su salud. ⁽¹¹⁾

La adolescencia es un período crítico del desarrollo en el que se producen importantes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Ellos van cambiando su estructura corporal y mental, su imagen corporal está estrechamente relacionada con su peso por lo que una importante ganancia de peso, que significaría presentar obesidad o sobrepeso, se acompaña de insatisfacción corporal de parte del adolescente. En consecuencia, la vida social también se ve afectada, puesto que muchas veces son más vulnerables a la discriminación, las críticas o el rechazo. Durante la etapa de la adolescencia se acentúa el desarrollo del autoconcepto, las competencias, las habilidades sociales, el autoestima, valorizan la imagen corporal y es crucial para su vida futura, es por ello que al generar un malestar psicológico y emocional, se podría considerar como un predictor de la aparición de problemas psicológicos, tanto durante la adolescencia como en la vida adulta. Existe relativamente poca información sobre las relaciones existentes entre la obesidad infantojuvenil y los factores psicosociales. Los adolescentes obesos tienen menos autoestima y mayor tendencia a la depresión. Socialmente suelen estar aislados y tienen menos amigos que los no obesos, estableciéndose un círculo vicioso entre depresión y pérdida de la autoestima con problemas de integración social. Está comprobado que las personas muestran actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso u obesidad. ⁽¹⁰⁾

La obesidad se ha transformado en el estigma que hoy define al obeso como sujeto sin control, que ha perdido su autoestima, lo cual conlleva una visión negativa de sí mismo y la percepción de que es rechazado por los demás. La sociedad forma estereotipos, donde no sólo se ven involucrados los grupos pares sino también la influencia familiar, que con elevada preocupación por la apariencia física «elemento corporal y el peso» agrava la situación del adolescente. En las

personas que presentan obesidad se ve afectada la salud física, mental y social; por tener mayor riesgo a padecer enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, entre otras cardiovasculares, problemas de relación, víctimas de discriminación, depresión, baja autoestima. ⁽⁹⁾

2.1.3 ADOLESCENCIA Y FAMILIA

La vida en familia proporciona la influencia más temprana para la educación de los hijos. Es determinante en las respuestas conductuales entre ellos y la sociedad, organizando sus formas de relacionarse de manera recíproca, reiterativa y dinámica que son las interacciones más importantes en familia. ⁽¹²⁾

La familia se percibe como entidad positiva que beneficia a sus miembros; de lo contrario, si el ambiente es negativo, existe menor control sobre ellos mismos. El adolescente es muy sensible a su entorno cultural; si su desarrollo es anormal, aparecerán dificultades en sus relaciones (familia, escuela, sociedad). Los criterios normales en la vida del adolescente incluyen: ausencia de psicopatología grave, control de las acciones previas al desarrollo, flexibilidad en la expresión de sus afectos y del manejo de conflictos inevitables, buenas relaciones interpersonales aceptando los valores y normas de la sociedad. Las dificultades entre los padres-hijos adolescentes se presentan, por lo general, al rededor de la autoridad, sexualidad y valores. La pobre habilidad de los padres para manejar esta etapa del desarrollo de sus hijos se demuestra cuando hay hostilidad e indiferencias por parte del adolescente. Lo principal puede ser conducta evasiva, agresión y rechazo de los valores de los padres con el consecuente pobre o nulo esfuerzo escolar, descuido de los atributos e higiene personal. Los adolescentes usan de manera abierta o enmascarada las conductas de rebelión. ⁽¹²⁾

La estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma al tamente recíproca, reiterativa y dinámica. En un intento de ahondar en estas interacciones especificaremos algunos parámetros:

a) Jerarquía: Son los niveles de autoridad que se establecen dentro del sistema, que varían de acuerdo con la etapa del ciclo vital familiar, las características de personalidad de sus miembros, la dinámica de las relaciones conyugales, el orden de nacimiento, etcétera. Cada individuo pertenece a varios subsistemas y en ellos adopta diversos niveles de autoridad. La adecuada distribución de la autoridad requiere de su correcta definición para cada contexto de la vida familiar, esto es reglas y autoridades claras y predecibles. En el caso de los hijos adolescentes es normal que traten de intervenir en las decisiones que les atañen (permisos, dinero, uso del coche, etcétera) y a que se encuentran en proceso de adquirir mayor autonomía; y si los padres son autoritarios, no estarán en disposición para negociar con sus hijos, desencadenando conflictos que afectarán todo el sistema. En el desempeño de las funciones parentales se requiere el uso de cierta autoridad racional a pesar de lo deseable de la democracia no existe autoridad sin líderes.

b) Alianzas: Se denominan así las asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más integrantes de la familia; las más apropiadas son las que incluyen miembros de la misma generación o del mismo género. Cuando las alianzas son inadecuadas se llaman coaliciones. Los conflictos conyugales pueden invadir a los hijos y generarlas. Los tipos de acuerdo con S. Minuchin son:

1) triangulación, cada progenitor busca la alianza del hijo y lucha por ella, lo cual genera conflictos de lealtad en el adolescente y luchas intensas de poder;

2) coalición estable, el hijo es tá aliado con uno de los padres; hay dos variantes, en la primera el padre excluido continúa luchando por el apoyo del hijo, en la segunda se resigna;

3) desviación de ataque, el conflicto conyugal no resuelto se desvía en forma de agresiones al hijo, quien es definido como el adolescente problemático (chivo expiatorio); y

4) desviación de apoyo, los padres intentan disminuir el estrés de su pobre relación de pareja y se “vuelcan” sobre el hijo que se convierte en motivo de unión (continuamos por él).

c) Límites: Hacen alusión a los aspectos de cercanía/distancia entre las personas o los subsistemas. Son fronteras, membranas imaginarias que regulan el contacto que se establece con los de más en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía, et cétera. Su función consiste en marcar una diferenciación y su clara definición es fundamental. En ocasiones, los límites individuales son difusos, la distancia psicológica entre los miembros escasa, frecuentemente unos responden por otros y se diría que forman una masa amorfa; este tipo de relación amalgamada genera problemas y el adolescente se siente ahogado, culpable, y no sale de su entorno familiar; en otras, los límites son tan marcados o rígidos que anulan la comunicación y forman relaciones desvinculadas, que mantienen al adolescente aislado. Ambos tipos de relación pueden existir en la misma familia.

d) Roles: Son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia, equivalen a lo que se espera que haga un individuo en determinado contexto.⁽¹²⁾

Para que el sistema familiar funcione se requiere que sean lo suficientemente complementarios, deben ser aceptados y actuados en común acuerdo, lo cual se da si cada miembro se ve a sí mismo como lo ven los demás y existe concordancia sobre lo que se espera de él. Dentro de la etapa de la adolescencia existe una constante redefinición de roles, que si no se elabora de manera conjunta puede generar muchos problemas. (Por ejemplo, del niño al adulto, del obediente al rebelde, etcétera)

e) Redes de apoyo: La función básica de las redes de apoyo extra familiares consiste en las acciones de solidaridad que faciliten el cuidado y crianza de los hijos y compensen las deficiencias del sistema familiar. Están constituidas por miembros de la familia extensa, amigos y vecinos que puedan proporcionar ayuda.

Dentro de nuestra sociedad trasciende su importancia en las familias pobres, donde las carencias se compensan mediante el intercambio recíproco de bienes, servicios y apoyo moral.

f) Comunicación: Para el correcto desempeño de los roles y la realización de las tareas propias de la vida de la familia, se requiere de la comprensión mutua; esto quiere decir que los mensajes intercambiados sean claros, directos y suficientes y que los receptores estén en disposición y apertura para evitar distorsiones. La comunicación es elemento indispensable para identificar y resolver los problemas, desafortunadamente durante la adolescencia, se ve sumamente afectada.

g) Flexibilidad: Se encuentra íntimamente relacionada con la anterior y permea todas las facetas de la estructura familiar. Se requiere flexibilidad para respetar las diferencias individuales y facilitar la adaptación del sistema ante las demandas de cambio, tanto las internas (las propias del desarrollo y otras como enfermedades, muerte de algún miembro, et cétera) como las externas que se originan en modificaciones ambientales. Cuando el grado de flexibilidad es adecuado, la familia cuenta con un repertorio conductual suficiente para emplearlo en la solución de sus problemas. En caso opuesto, las demandas en cambio generan estrés, descompensación y formación de síntomas (problemas).⁽¹²⁾

Los factores familiares considerados de riesgo para la salud mental del adolescente incluyen:

- Familias extremadamente rígidas con límites impermeables.
- Enfermedad crónica en algún miembro del sistema.
- Divorcio o discordia conyugal entre los padres.
- Padres con psicopatología.
- Hermanos con actividades antisociales (sociopáticas).

En el contexto del adolescente, el grupo familiar entra en competencia con el grupo coetáneo, de donde obtiene pautas sobre valores, sexualidad, vestimenta, estilo de vida, política, diversiones y perspectivas de futuro. El joven demanda cada vez más de sus padres y los temas de autonomía y control deben renegociarse en todos los niveles. Además, el contexto del núcleo familiar puede verse presionado por otra fuente de conflicto, los abuelos; éstos pueden imbuirse en la dinámica de los padres del adolescente por enfermedad o muerte y ser un elemento de estrés para los padres y el sistema que debe reorganizarse. ⁽¹²⁾

El adolescente es muy sensible a la cultura, su desarrollo depende en gran medida de las normas que rigen su sociedad. Los principales cambios psicológicos propios de esta etapa son cuatro:

- Aumento de la agresividad.
- Aumento de la capacidad para el pensamiento abstracto.
- Intensificación de la imaginación y la fantasía.
- Intensificación del impulso erótico

Además, el adolescente debe cumplir con ciertas tareas psicológicas o procesos internos, que sólo se traducen en conducta observable al fracasar en su manejo, las tareas de acuerdo con la etapa (temprana, media, tardía) son:

- a) Adolescencia temprana (12-14 años), la aceptación del cuerpo que crece y cambia, con los cambios en la autopercepción de la imagen y la autoestima. Por ejemplo, la menarca a menor edad de inicio implica mayor psicopatología. ⁽¹²⁾

Inicia el desinterés por los padres, se buscan relaciones con compañeros del mismo sexo, se pone a prueba la autoridad, se cela la intimidad. Así como el desarrollo de capacidades cognitivas, el dominio de la fantasía, la inestabilidad emocional y la falta de control de impulsos. ⁽¹³⁾

b) Adolescencia intermedia (14-16 años), la separación psicológica de la familia, para lo cual las relaciones con “el grupo” de coetáneos marcan la pauta en la delimitación de la individualidad del sujeto. Por ejemplo el uso y abuso de drogas y alcohol por “pertenecer” y ser aceptado por sus compañeros.⁽¹²⁾

Se intensifican los conflictos con los padres, la relación con los compañeros y la experimentación sexual. Se conforman sentimientos de invulnerabilidad y conductas omnipotentes.⁽¹³⁾

c) Adolescencia tardía (16-18 años), la adquisición de un sentido estable de la identidad, sobre todo en lo que se refiere a la sexualidad y la vocación. Por ejemplo la permanente búsqueda de carrera o la inestabilidad emocional.⁽¹²⁾ El adolescente llega a sentirse más próximo a sus padres y a sus valores, da prioridad a las relaciones íntimas. Desarrolla su propio sistema de valores e identidad personal y social que le permite intimar.⁽¹³⁾

Si el desarrollo del adolescente no progresa normalmente, resultarán dificultades en sus relaciones interpersonales familiares, escolares y sociales.⁽¹²⁾

2.1.3.1 DIFICULTADES EN LAS RELACIONES FAMILIARES

Las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan al individuo lograr la salud integral son denominados factores protectores. Estos pueden provenir de la familia, como características del grupo o comunidad al que pertenecen. Por otro lado, factores de riesgo son los atributos o cualidades de un sujeto o comunidad unidos a una mayor probabilidad de daño a la salud. Estos últimos incrementan la probabilidad de conductas como el uso y abuso de drogas, consumo de alcohol, tabaco, delincuencia, deserción escolar y relaciones sexuales precoces, debido a que los factores protectores y de riesgo están significativamente vinculados con la cultura, influyendo y viéndose influenciada por cada individuo de manera distinta.⁽¹³⁾

Los adolescentes son un grupo propenso a realizar conductas de riesgo que involucran peligro para su bienestar y que acarrearán consecuencias negativas para la salud o comprometen aspectos de su desarrollo; estas conductas están en relación con los estilos de vida moderna, sumados a la curiosidad, la experimentación de situaciones nuevas —siendo esto parte natural del crecimiento— que les da la sensación de ser adultos. ⁽¹³⁾

Cuando los hijos llegan a la adolescencia los problemas familiares pueden centrarse en la diferenciación de roles y en asuntos relacionados con la separación. Para los padres puede ser difícil desligarse de los hijos y establecer un nuevo equilibrio en el sistema conyugal. Las dificultades en la relación padres-hijos, pueden ocurrir principalmente alrededor de tres áreas: la autoridad, la sexualidad y los valores. La interacción entre el adolescente y sus padres frecuentemente se caracteriza por una pobre comunicación y una expresión afectiva negativa, que resultan en un manejo inadecuado de los recursos para el control de la conducta. Frecuentemente, los padres reaccionan ante sus hijos de manera consistente con los estereotipos que los adolescentes esperan; éstos van de ver al joven como un victorioso (poderoso, violento, rudo, sexualmente agresivo) o como una víctima (pasivo, impotente, desprotegido, indefenso, incapaz).

La pobre habilidad de los padres para manejar la crianza en esta etapa al parecer se relaciona con un ambiente adulto que se muestra indiferente y/u hostil a las necesidades del adolescente. Dentro de esta atmósfera, los jóvenes muestran un mayor deseo de escapar o agredir y un mayor rechazo a los valores de los padres, como el rendimiento escolar y un descuido de los atributos personales esperados para ellos. En contraste, los padres que manejan adecuadamente la relación se caracterizan por mantener una comunicación directa y honesta, el interés franco por ayudar a resolver problemas, y el deseo de mantener un contacto emocional cercano; los adolescentes en este medio familiar son respetados en espacio, tiempo y privacidad y en los intereses que persiguen. ⁽¹²⁾

Los adolescentes de manera abierta o encubierta utilizan las conductas de rebelión para: 1) probar los límites, 2) buscar autonomía y capacidad, 3) separarse de los parámetros y estándares parentales y 4) desarrollar un sistema de valores independiente. Según Erikson, el adolescente desarrolla su propia identidad por medio de asimilar sus experiencias pasadas y aplicarlas a las situaciones nuevas. Este autor considera que las oscilaciones en el afecto, las conductas impulsivas y la “marginación” social son el resultado de la dispersión del rol que acompaña esta forma de “probar” el mundo. A diferencia del adulto, el adolescente debe involucrarse en estos “excesos” porque no posee otro mecanismo para asimilarlos del exterior y ponerlos en orden. ⁽¹²⁾

La autonomía adolescente.

En condiciones normales los niños y las niñas pasan por un largo periodo de buenas relaciones con las figuras de apego, pero en la adolescencia esta relación entra en crisis debido a la conquista de la autonomía frente a las figuras de apego. Una crisis que puede ser conflictiva o pacífica, pero que siempre implica un cambio profundo en el sistema de relaciones entre padres e hijos. Los conflictos son escasos si los padres ayudan a sus hijos a conseguir la independencia, mientras que se incrementan cuando aquéllos intentan mantener un control absoluto sobre éstos. ⁽¹⁴⁾

La conquista de la autonomía adolescente y el cambio de relaciones familiares vienen condicionados por el paso del pensamiento operacional concreto al operacional formal. Desde un pensamiento sobre realidades concretas, como puede ser la familia, a un pensamiento formal, que permite abordar no sólo el mundo real sino también el mundo posible, de forma que no sólo perciben a su familia tal y como es, sino también como podría ser. Ello da lugar a una actitud crítica y más realista hacia sus padres: los padres podrían ser de otra forma o existen otras posibles relaciones con ellos. La nueva percepción de los padres, unida a la autonomía emergente de los adolescentes, los estimula a desafiar las opiniones y decisiones parentales que antes se

acataban sin discusión, no porque ya no quieren y respeten a sus padres, ni porque se hayan vuelto rebeldes, sino porque es natural y saludable para ellos afirmarse a sí mismos como individuos, que no desean ser tratados como niños.⁽¹⁴⁾

El pensamiento formal, que caracteriza al adolescente, también puede desembocar en una especie de egocentrismo, que impulse al joven a someter toda realidad, también la familiar, a sus propias reflexiones y a identificar sus propios pensamientos y preocupaciones con los de la sociedad, en el sentido de pensar que lo que a él le preocupa es lo que le preocupa o debería preocupar a los demás, y lo que él piensa es lo que piensan o deberían pensar todos. De ahí a mostrarse rebelde contra todo intento de disonancia en este sentido, o a ignorar los planteamientos de sus padres o de los adultos con los que no coincide, no hay más que un paso. Estos cambios se han explicado mediante la hipótesis del distanciamiento, que se ha visto confirmada en numerosas investigaciones en las que se ha puesto de manifiesto que la pubertad viene acompañada de un debilitamiento del vínculo con los padres, de un aumento de los conflictos familiares, y de una mayor implicación de los adolescentes en la toma de decisiones.⁽¹⁴⁾

Esta transición es cognitiva, pero también social, lo que permite al adolescente ampliar sus relaciones sociales: conoce otros padres y estilos parentales de comportamiento, tiene otras referencias que le hacen ser más crítico y menos idealista respecto a su familia. De esta forma los adolescentes adquieren una visión más madura y realista de sus padres, no necesariamente conflictiva, pero que puede serlo en función de cómo se armonice su deseo de autonomía con la realidad de su dependencia de los padres. Muchos estudios afirman que es posible alcanzar la autonomía sin que se produzca la ruptura con la familia, y destacan la importancia de la interdependencia y la conexión entre padres y adolescentes. Ser un individuo autónomo y mantener una relación interdependiente con los padres es posible y no excluyente; más bien, la autonomía y la interdependencia son dos rasgos complementarios del crecimiento normal en la familia durante la adolescencia, aunque tenga diversas

contradicciones. Las investigaciones sobre el apego han demostrado que la vinculación afectiva de los adolescentes con sus padres es positiva para ellos, sobre todo si se ha desarrollado un apego seguro. El apego seguro facilita el bienestar y el ajuste social del adolescente, además de ser un factor protector de los comportamientos problemáticos. Por el contrario, el apego evitativo favorece el distanciamiento mutuo padres-adolescente, lo que reduce la influencia de los padres sobre los hijos; el apego ansioso-ambivalente genera en la adolescencia comportamientos de búsqueda mezclados con sentimientos de enfado hacia los padres; y el apego desorganizado provoca miedo y desorientación en las relaciones familiares. ⁽¹⁴⁾

El desarrollo de la autonomía en las relaciones familiares es una tarea clave para el adolescente y nada sencilla de alcanzar. Los conflictos surgen porque padres y adolescentes están intentando llevar a cabo sus tareas evolutivas: los padres promoviendo normas y conductas que mejoren el comportamiento y la adaptación familiar de los adolescentes; éstos reclamando autonomía y una relación más igualitaria. Que haya o no conflictos dependerá, entre otras, de características asociadas a los padres y a los adolescentes. ⁽¹⁴⁾

Las reacciones negativas de los padres ante el proceso de autonomía del hijo adolescente tiene diversas explicaciones: los padres todavía se sienten útiles para su hijo y el deseo de autonomía de éste les desilusiona; creen conocerle bien, y temen dejarle indefenso para afrontar la vida; los años de convivencia durante la niñez les impide darse cuenta de que su hijo ha cambiado y que hay que tratarlo de otro modo, abandonando los estilos autoritarios en favor de otros más democráticos. Por otra parte, los padres están influidos por el modo en que sus hijos aprovechan las oportunidades: cuanto más competencia demuestran los jóvenes para controlar sus propios asuntos, más se inclinan los padres a otorgarles superiores cotas de autonomía; y, a la inversa, cuanto más infantiles e irresponsables sean, mayor es la resistencia de los padres a ofrecerles autonomía. ⁽¹⁴⁾

La familia ha sido y continúa siendo uno de los contextos educativos, socializadores y de transmisión de valores más importantes que tiene no sólo el niño, sino también el adolescente. De ahí la necesidad de mantener la conexión padres-adolescente. Ciertamente esta conexión no puede ser la misma una vez que se inicia el proceso de autonomía del adolescente. Por lo que es necesario cuestionarse si es posible armonizar autonomía y conexión, o necesariamente la familia en este momento se ve abocada al conflicto intergeneracional.⁽¹⁴⁾

El conflicto intergeneracional

La adolescencia implica un proceso de desarrollo que impulsa al joven a tomar sus propias decisiones sobre cómo pensar, sentir y actuar. Las decisiones más importantes y difíciles de tomar en su vida son en primer lugar las referidas a temas familiares, seguidas de las que tienen que ver con sus amistades, estudios y sentimientos. Los adolescentes están convencidos de que pueden tomar decisiones a edades más tempranas de lo que consideran sus padres. Esta discrepancia influirá en la conducta de los padres hacia sus hijos y viceversa, lo que podría afectar a sus relaciones afectivas y hacer más probable la aparición de conflictos entre ellos.⁽¹⁴⁾

Frente a la opinión generalizada de que los adolescentes viven en un continuo conflicto con la familia, las investigaciones muestran claramente unas buenas relaciones. Existen pocos datos que apoyen la idea de un conflicto de gran amplitud entre generaciones. Esto no significa que no haya diferencias entre ellas y que en algunas familias, las menos, haya evados niveles de conflicto, pero en las familias normalizadas el grado de conflictividad es bajo.⁽¹⁴⁾

Muchas investigaciones confirman las buenas relaciones entre padres y adolescentes. La mayoría, tanto chicas como chicos y en todas las franjas de edad, consideran que la familia es el espacio donde se dicen las cosas más importantes, concibe a la familia como espacio seguro de estabilidad. Otras investigaciones interculturales confirman las buenas relaciones entre los

adolescentes y sus familias, y la importancia de las mismas para el bienestar psicológico de los adolescentes. ⁽¹⁴⁾

Entre las razones de esta menor conflictividad se apuntan: a) en este momento los padres no tienen la pretensión de legar a sus hijos un determinado planteamiento ideológico, sino que más bien defienden una neutralidad axiológica. A pesar de ello, la familia sigue teniendo una gran fuerza socializadora, especialmente en los primeros años de la vida de los adolescentes, en el campo de los valores; b) se constata un acercamiento ideológico entre padres e hijos, lejos del abismo generacional de hace décadas; c) temas como la religión, la política o la sexualidad son raramente abordados en el seno de la familia, lo que da a entender que hay mucha coexistencia pacífica y no necesariamente tanto de profundidad en las relaciones. Que la convivencia sea más fácil se debe en parte a que los padres son más tolerantes y flexibles, y a que los adolescentes se han hecho más acomodaticios a una situación que les va bien. ⁽¹⁴⁾

El tema de la sexualidad adolescente es un ejemplo de lo dicho anteriormente. Muchos adolescentes consideran la conducta sexual como una cuestión de conciencia personal, algo que es propio de su intimidad y, por tanto, no materia de comunicación con sus padres. Además las primeras sorpresas o evasivas de los padres a sus interrogantes hacen que los adolescentes tomen conciencia de que se encuentran ante una materia especial y reservada. Poco a poco se va abriendo una barrera de silencio con los padres sobre esta cuestión. Éstos, por su parte, se mueven entre el miedo a los comportamientos sexuales de sus hijos y la ignorancia o la vergüenza a tratar el tema con ellos. Todo ello da lugar a que determinadas cuestiones no se aborden en el ámbito familiar y ello devenga en unas relaciones menos conflictivas. ⁽¹⁴⁾

Por último, conviene señalar que en la relación padres-adolescente la presencia de conflicto en sí misma no tiene que ser motivo de alarma, más bien es fundamental en el proceso de socialización familiar. El conflicto es inevitable en las relaciones humanas. El afrontamiento del conflicto, no su evitación o aparente

eliminación mediante la sumisión de una de las partes, favorece el desarrollo psicosocial y fomenta los vínculos positivos. ⁽¹⁴⁾

Estilos educativos de los padres y adolescencia

Las relaciones de los padres con los adolescentes y la existencia o no de conflictos, están muy condicionadas, no determinadas, por los estilos educativos empleados dentro del contexto familiar.

- **Estilo autoritario:** No utiliza el afecto y el apoyo. Se basa en el control firme, la imposición de normas y el uso de castigos. Los padres que utilizan este estilo pueden favorecer valores deterministas y de conformidad, e inhibir valores de autodirección y estimulación. Al adolescente sólo se le exige sumisión ante la norma impuesta, de forma que no hay un proceso de integración de la misma como propia y sus efectos son poco duraderos.
- **Estilo democrático:** Tiene como principios básicos el respeto, la exigencia adecuada, el castigo razonable, el control firme, la negociación y explicación de normas, y el refuerzo de los comportamientos deseados más que el castigo de los no deseados. Los padres democráticos promocionan valores de autodirección y valores pro-sociales. La interiorización de normas y de valores requiere que el hijo no sólo capte el mensaje de los padres, sino que además lo haga suyo y lo utilice.
- **Estilo permisivo:** Se caracteriza por la falta de control y de límites, la tolerancia y la renuncia a influir en los hijos. Los padres permisivos fomentan valores de autodirección como la autonomía y la independencia e inhiben valores pro-sociales como la solidaridad o la justicia. Posteriormente el estilo permisivo se ha dividido en dos: indulgente e indiferente:
 - **Estilo indulgente:** Tiene un comportamiento benigno y pasivo, probablemente sin normas y sin expectativas elevadas para sus hijos,

no considera importante al castigo. Cree que la confianza y la democracia en las relaciones padres-adolescentes son beneficiosas.

- Estilo negligente: Ni tiene control sobre sus hijos, ni se preocupa por ellos. Se desentiende de su responsabilidad educativa y desconoce lo que hacen los hijos. Muchos padres no utilizan un solo estilo educativo, sino una combinación de ellos en función de las circunstancias y el momento. ⁽¹⁴⁾

A pesar del relativo distanciamiento afectivo y comunicativo que se producirá en muchas dádadas con la llegada de la adolescencia, lo cierto es que chicos y chicas van a seguir beneficiándose de unos padres comunicativos, cercanos y afectuosos, que les apoyen en los momentos difíciles que tendrán que atravesar a lo largo de estos años. Cuando el afecto, el apoyo y la comunicación positiva caracterizan las relaciones entre padres y adolescentes, estos últimos muestran un mejor ajuste psicosocial, incluyendo confianza en sí mismos, competencia conductual y académica, autoestima y bienestar psicológico, menos síntomas depresivos y menos problemas comportamentales. Además, es más probable que los hijos se muestren receptivos a los intentos socializadores por parte de sus padres y no se rebelen ante sus estrategias de control cuando existe un clima emocional favorable. ⁽¹⁴⁾

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

2.1.4 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

“La funcionalidad familiar es dinámica”, ya que las familias no son estáticas y por lapsos o circunstancias pueden caer en crisis, y en ese momento ser disfuncionales en mayor o menor grado, y recuperarse posteriormente. Sin

embargo algunas familias ante un problema no consiguen su homeostasis y la disfunción se vuelve irreparable o llegan a la desintegración, no obstante el mayor porcentaje de familias recuperan su funcionalidad sin ayuda técnica específica. ⁽¹⁶⁾

Los incidentes afectan a los miembros de una familia en forma distinta en diferentes momentos, por eso, la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros. El mantenimiento de este equilibrio es un requisito indispensable para que la familia cumpla con sus funciones eficazmente. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez. ⁽¹⁶⁾

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

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

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

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

4) Reacción a los eventos críticos: Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o

ambientales así lo exigen, de manera que puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio. ⁽¹⁶⁾

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar. Eventos críticos familiares: El médico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de la familia, debe comprender el impacto de que las crisis ocasionan en el estado funcional de la misma. Este conocimiento facilitará el diagnóstico y manejo de la disfunción familiar. Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en que está incluida. ⁽¹⁶⁾

Una crisis; es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de una familia, que ocasiona cambios en la funcionalidad de sus miembros y conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma. Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar y cuando no son manejadas adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar. La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismos y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etc. ⁽¹⁶⁾

El sano funcionamiento de la familia requiere que estas crisis sean reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente. Ante la presencia de eventos críticos, al estudiar una familia se debe explorar cuidadosamente la forma en que el grupo los identifica y aborda, así como el nivel de conflicto alcanzado, los cambios posteriores ante tales situaciones, y el grado de compromiso, solidaridad y apoyo entre la pareja y/o el resto de la familia. Tanto la vulnerabilidad familiar como la capacidad

regenerativa del sistema, que se expresa como la disponibilidad de recursos que éste puede poner en juego, se ven afectadas por la concurrencia de éstos factores tensionales. La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos. ⁽¹⁶⁾

Si bien, no se puede hablar de una familia como “sana” o “enferma”, “normal” o “anormal”, ya que no existen criterios únicos para tomar de parámetros, sí existen ciertas características que hacen que una familia funcione relativamente “bien” y a partir de ello se puede decir que es “funcional”. ⁽¹⁷⁾

A la hora de evaluar el funcionamiento de una familia, se debe focalizar en:

- La capacidad que tiene la familia para resolver problemas
- El clima emocional que hay en ella
- La capacidad de cambio en el curso del ciclo vital de la familia
- La capacidad de regular la proximidad y la distancia en las relaciones intrafamiliares
- La formación de fronteras generacionales funcionales.

Por otro lado, Virginia Satir propone ciertas reglas de comunicación que permiten garantizar la funcionalidad de la familia, ellas son:

- Las transacciones que son iniciadas deben ser terminadas
- Las preguntas se formulan con claridad y se responden con claridad
- La hostilidad y los conflictos son reconocidos e interpretados
- Los miembros de la familia tienen conciencia de sí mismos y de cómo son percibidos por los demás.

- Cada miembro es capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás y de comunicar las esperanzas, temores y expectativas que tiene con respecto a las partes interactuantes.
- Se admite la diferencia de opiniones. ⁽¹⁷⁾

Los miembros de la familia son capaces de elegir entre varias alternativas de conducta. Cada uno de los miembros tiene capacidad para aprender de la experiencia y rechazar modelos obsoletos. Los mensajes que los miembros de la familia se envían mutuamente son enunciadados con claridad y la conducta correspondiente es coherente con el mensaje. ⁽¹⁷⁾

A su vez, Weakland plantea que las familias que logran dejar de lado las soluciones intentadas que han resultado ineficaces y plantear nuevas alternativas estratégicas y creativas, pueden ser consideradas funcionales. Cabe destacar que la funcionalidad familiar no debe ser considerada como algo fijo, estable, sino que es dinámica, puede cambiar a lo largo del tiempo. Sin embargo, para evaluar esta funcionalidad, no se puede hacerlo desde una visión lineal causa efecto, sino más bien en forma circular, en la cual, “lo que es causa puede pasar a ser efecto y viceversa”. ⁽¹⁷⁾

Según Beavers, una familia funcional se caracteriza por tener:

Un sistema común de valores

- Una preocupación recíproca que apunte al bienestar de sus miembros no a la desvalorización mutua, respetando los límites y la independencia de cada uno de sus miembros.
- Una amplia gama de sentimientos: ternura, alegría, dolor, hostilidad, etc. Que permita sacar los conflictos, confrontarlos, disputarlos, con una intención de clarificar el clima familiar y generar alternativas de solución.

- La voluntad de confiar: tanto en los miembros de la familia como los de afuera de ella, de creer que por lo general tienen buenas intenciones, no son hostiles y tendientes al rechazo
- La oportunidad de dialogar: permitiendo que cada uno sintonice lo que el otro está sintiendo, pero sin embargo permita manifestar su propia posición.

Por otro lado, una familia disfuncional, sería aquella que:

- Tiene dificultades para resolver problemas
- Sus procesos interaccionales son fijos.
- Tienden a culpabilizar a uno de sus miembros (chivo expiatorio)
- Los conflictos no se enfrentan.
- Hay negación de los problemas existentes
- Las estrategias para resolver los conflictos suelen ser siempre las mismas a pesar de su ineficacia
- Hay rigidez y poca capacidad de cambiar
- Las fronteras generacionales son difusas
- No hay organización jerárquica
- Se forman triangulaciones patológicas
- Hay dificultades en la comunicación
- No hay un buen manejo de la proximidad/ distancia entre sus miembros (familias centrípetas o familias centrífugas).⁽¹⁷⁾

2.1.4.1 EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN EL MODELO MCMASTER DE EPSTEIN, BALDWIN Y BISHOP

Para estos autores, toda familia funciona, sólo que pueden hacerlo de un modo óptimo, medio y hay otras que presentan severos trastornos en su funcionamiento. Proponen utilizar el concepto “sano”, para referirse a aquellas familias que en su funcionamiento cotidiano, tienden a generar las funciones necesarias para mantener la naturaleza del sistema en todos sus niveles de realización y autorrealización de cada uno de sus miembros, para ello se tienen en cuenta las siguientes dimensiones del funcionamiento de una familia:

- ✓ Solución de problemas
- ✓ Comunicación
- ✓ Roles
- ✓ Respuesta afectiva
- ✓ Compromiso afectivo
- ✓ Control conductual

La escala presentada por los autores, llamada MMFF (McMaster Model of Family Functioning) no evalúa todos los aspectos del funcionamiento familiar, sino que tiene en cuenta aquellas dimensiones que se han observado que tienen mayor impacto en la salud física, psíquica y emocional en los miembros de la familia. ⁽¹⁷⁾

Resolución De Problemas

Se refiere a la habilidad que posee una familia para resolver los problemas que se le presentan de un modo tal que les permita seguir funcionando en forma efectiva. Los problemas familiares pueden dividirse en dos:

Problemas instrumentales: cuestiones mecánicas tales como proveer dinero, alimento, casa, transporte, etc.

Problemas afectivos: cuestiones más bien sentimentales, angustia, enojo, depresión.

Los autores proponen 7 pasos en la resolución efectiva de problemas:

1. Identificar el problema
2. Comunicarse con la persona adecuada (respecto del problema)
3. Establecer alternativas de solución
4. Elegir alguna de ellas.
5. Llevarla a cabo: realizar la acción que requiere.
6. Monitorear para asegurarse que la acción es llevada a cabo
7. Evaluar si esa alternativa fue efectiva para resolver dicho problema.

Por lo general, una familia que funciona efectivamente, suele enfrentarse a problemas nuevos y enfrentarlos sistemáticamente, mientras que cuando el funcionamiento familiar es menos efectivo, los problemas suelen ser más y se suelen cumplir menos pasos en la resolución de los mismos.

Comunicación

Al hablar de comunicación, los autores refieren al intercambio de información dentro del sistema familiar. También se puede hablar de dos tipos de comunicación:

- Instrumental
- Afectiva

Y se pueden evaluar distintos aspectos dentro de ella:

- Si es clara: el contenido de los mensajes se expresa con claridad.
- Si es encubierta: el contenido del mensaje está camuflado, no es claro.

- Si es Directa: El mensaje va dirigido hacia quien se pretende dirigir
- Si es Indirecta: el mensaje no va dirigido a quien se pretende sino a otra persona o a ninguna en particular. El mensaje verbal y no verbal debe coincidir.

Una familia con un funcionamiento familiar sano, suele comunicarse clara y directamente tanto afectiva como instrumentalmente.

Roles

Los roles son “patrones repetitivos de conducta por los que los miembros de la familia cumplen funciones familiares”. Hay 5 funciones primordiales a tener en cuenta en el funcionamiento familiar:

Provisión de recursos: dinero, alimento, vestimenta, etc.

Crianza y sostén: cariño, soporte, contención.

Satisfacción sexual de los adultos: capacidad de disfrutar y satisfacer sexualmente a la pareja.

Desarrollo personal: tareas relacionadas al desarrollo físico, emocional, educacional, social de los niños y el desarrollo social y de recreación de los adultos.

Mantenimiento y manejo del sistema familiar: esto incluye:

- Función de tomar decisiones
- Función de los límites y la pertenencia: incluye relación con la familia extensa, los amigos, vecinos, instituciones y organizaciones.
- Función de control: disciplina y respeto por las reglas.
- Funciones del hogar: administrar las finanzas del hogar.
- Funciones de salud: cuidados, controles, respeto por las prescripciones médicas.

Además debe tenerse en cuenta dos aspectos referidos a los roles:

1. La asignación de roles: implica la asignación de una función a un miembro de la familia.
2. Control de los roles: implica los procedimientos que utiliza la familia para corroborar que dichas funciones se están o no cumpliendo. Cuando el funcionamiento es relativamente sano, tiende a asignarse equitativamente los roles sin sobrecargar a un solo miembro.

Respuesta Afectiva

Se entiende por respuesta afectiva a la capacidad de responder a un estímulo con el afecto o sentimiento adecuado cuantitativamente y cualitativamente. El término cuantitativo, va desde la ausencia de reacción a la exagerada reacción. A su vez, hay dos tipos de afecto:

- Emociones de bienestar: afecto, cariño, ternura, tristeza, etc.
- Emociones de emergencia.

Compromiso Afectivo

El compromiso afectivo implica el interés y valoración por cada uno de los miembros y sus actividades. El compromiso afectivo puede ser cuantitativo y cualitativo, y se pueden nombrar seis tipos de compromiso:

- 1) Falta de compromiso: no hay interés.
- 2) Compromiso desprovisto de sentimientos
- 3) Compromiso narcisístico: se interesa en el otro sólo en la medida en que la conducta de éste refleja la suya.
- 4) Compromiso empático: preocupación e interés por el otro. Es el más óptimo.

5) Sobrecompromiso: excesivo interés y preocupación por el otro.

6) Compromiso simbiótico: interés o apoyo patológico o en los otros.

Control Conductual

El control conductual se define como pautas que una familia adopta para sostener las conductas en tres áreas: situaciones de peligro físico, situaciones que implican el encierro y presión de las necesidades y energías psicobiológicas, y situaciones que implican conducta de socialización entre los miembros de la familia como con las personas de afuera de la familia.

Hay 4 tipos de control conductual:

- Conducta rígida de control: hay una mínima negociación
- Conducta flexible de control: hay oportunidad de negociar y cambiar de acuerdo a la situación.
- Conducta laissez-faire de control: no hay control, se permite una total amplitud.
- Conductas caóticas de control: el estilo cambia de una forma tan impredecible y azarosa que impide a los miembros saber qué norma aplicar ni cuán negociable puede llegar a ser esta. ⁽¹⁷⁾

INDICADOR DE EVALUACION FAMILIAR DE MCMASTER

El Indicador de Evaluación Familiar McMaster (FAD), desarrollado originalmente por Epstein et al. (1983), mide diferentes aspectos del funcionamiento familiar. Consta de siete subescalas (60 ítems en total).

- 1) Solución de problemas (6 ítems): capacidad de la familia para resolver los problemas;
- 2) Comunicación (9 ítems): eficacia del intercambio de información;

- 3) Funciones (11 ítems): grado en que la familia ha establecido patrones de comportamiento al tratar de las tareas familiares;
- 4) Capacidad de respuesta afectiva (6 ítems): capacidad de la familia para responder con las emociones apropiadas;
- 5) Implicación afectiva (7 ítems): calidad de la implicación de los miembros de la familia entre sí;
- 6) Control del comportamiento (9 ítems): normas y límites esperados respecto al comportamiento;
- 7) Funcionamiento general (12 ítems): esta subescala puede usarse de forma independiente y ha mostrado buenas propiedades psicométricas. ⁽¹⁹⁾

2.1.4.2 ESCALA DE EVALUACION DE ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR (FACES III)

La familia es uno de los contextos más relevantes en la vida del ser humano. Los estudios muestran el estrecho vínculo entre las experiencias vividas en la familia y la salud y el desarrollo del individuo. ⁽²⁰⁾

A partir de la década de los 50's proliferaron los modelos de familia que intentan describir los patrones de interacción que ocurren en el sistema familiar (Beavers, y Hampson, 1995; Doherty y Cologanello, 1984; Epstein, Bishop y Baldwin, 1983; Minuchin, 1992; Olson, Russell, y Sprenkle, 1989; Steinhauer, Santa-Bárbara, y Skinner, 1984). Existe actualmente un mayor consenso respecto de cuáles son los aspectos que deberían considerarse en la indagación del funcionamiento familiar. Desde el Modelo Circumplejo de Sistemas familiares y Maritales (Olson, 2000; Olson, Russell y Sprenkle, 1989), el cual ha tenido una gran difusión en los últimos años en el mundo académico y profesional, se sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La Flexibilidad familiar se

define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, derango medio o balanceado. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital. La comunicación familiar es la tercera dimensión del modelo y facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones. ⁽²⁰⁾

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la 3ª versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo: la cohesión y la flexibilidad familiar. Se ha adaptado a una variedad de contextos culturales y se calcula que existen más de 700 estudios que utilizan FACES en sus distintas versiones. En la mayoría de los casos, la escala logra discriminar diferentes grupos familiares (por ejemplo, clínico y no clínico), lo cual constituye una fuerte evidencia de validez del constructo de la misma. Otra de las cualidades métricas que destacan los autores es que con FACES III se ha logrado bajar la correlación que existía entre ambos factores (cohesión y flexibilidad) cuando se utilizaba FACES II, y la correlación entre ellos con discapacidad social ⁽²⁰⁾.

Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familia. Integra 3 dimensiones de la funcionalidad familiar:

- 1) ADAPTABILIDAD. Habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.
- 2) COHESIÓN: Grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.

- 3) COMUNICACIÓN. La cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos⁽¹⁶⁾.

Instrumentos de evaluación del funcionamiento familiar más utilizados

Instrumento de evaluación	Autor/es y año de publicación
Escalas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (<i>FACES I, II, III y IV</i>)	Olson (1985) Olson y Gorall (2003)
Escala de Comunicación Padres-Adolescente (<i>CAPS</i>)	Barnes y Olson (1982)
Escala de Puntuación Clínica (<i>CRS</i>)	Thomas y Olson (1993)
Recursos de Evaluación Familiar (<i>FAD</i>)	Epstein, Bishop y Baldwin (1993)
Inventario Familiar de Autoreporte (<i>SFI</i>)	Beavers, Hampson y Hughs (1985)
Medida de Evaluación Familiar (<i>FAM</i>)	Skinner, Steinhauer y Santa-Barbara, (1983)
Escala de Clima Familiar (<i>FES</i>)	Moos y Moos (1984)
Índice de Funcionamiento Familiar (<i>FFI</i>)	Pless y Satterwhite (1973)
Índice de Funcionamiento Familiar (<i>FFI</i>)	Linder-Pelz, Levy, Tamir, Spencer y Epstein (1984)
<i>APGAR</i> Familiar	Smilkstein (1978)
Escala McMaster de valoración clínica (<i>MCRS</i>)	Miller, Ryan, Keitner, Bishop y Epstein (2000)
Escala de Adaptación Familiar (<i>FAS</i>)	Antonovsky y Sourani (1988)
Encuesta de Relación Padre-Hijo (<i>PCRS</i>)	Fine y Schwebe (1983)
Escala de Funcionamiento Familiar	Palomar (1998)
Escala de Funcionamiento Familiar	García Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes y Díaz-Loving (2006)

2.1.4.3 APGAR FAMILIAR.

Es un instrumento de evaluación familiar, que elaboró Smilkstein en 1978 con el propósito de que el médico familiar obtuviera información de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias. Consta de 5 reactivos, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar, y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a su enfermedad.

Definición de los componentes del Apgar Familiar

- Adaptabilidad o apoyo y solidaridad: capacidad de utilizar recursos intrafamiliares y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis.
- Participación o compañerismo: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.
- Crecimiento: capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.
- Afecto: capacidad de expresar cariño y preocupación de cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia.
- Resolución: capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.

El Apgar Familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, sin olvidar que no es una medida objetiva de la función familiar, aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.⁽¹⁶⁾

2.1.5 MEDICIONES

2.1.5.1 TEST DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH PARA ADOLESCENTES

Coopersmith (1967) fue uno de los precursores en resaltar la relación con diferentes áreas de la vida, pero no ocurrió que los ítems de sus cuestionarios examinaran diferentes dominios del yo. Rosenberg en relación a lo anterior afirma que cada sujeto da más importancia a unos campos que a otros en torno del yo. Aciego, Domínguez y Hernández (2003) analizan el efecto que tiene en adolescentes, la participación en un programa instruccional emotivo para a

autorrealización personal. Tomando en cuenta variables como autoconcepto, autoestima, empatía y realización social; analizando diferencias en la medida de antes y después en los grupos de tratamiento formados por 217 alumnos distribuidos en tres grupos de preadolescentes en transición y adolescentes; por otro lado, el grupo control formado por 29 alumnos. Revelando cambios en las dimensiones evaluadas, especialmente los grupos significativos en el grupo de adolescentes. ⁽¹⁸⁾

El desarrollo óptimo de la autoestima influye en todos los aspectos de la vida del adolescente, aun viéndolo desde diversas perspectivas; en ese sentido Taush y Taush (1981) afirma que “hacen depender de la propia estimación el correcto funcionamiento de las capacidades psíquicas del adolescente, el desarrollo de sus respectivas personalidades, sus habilidades para la adaptación a la convivencia social y en una palabra, sus enteras capacidades sociales y afectivas” lo cual explica la perspectiva social. ⁽¹⁸⁾

El Inventario de autoestima de Coopersmith inicialmente está conformado por 58 ítems los cuales se aplican en adolescentes, dentro del mismo el sujeto lee la pregunta y luego decide si esa afirmación es “igual que yo” o “distinto a mí”. El inventario está referido a la percepción del paciente y/o estudiantes en cuatro áreas: autoestima general, social, familiar, escolar académica y una escala de mentira de ocho ítems. ⁽¹⁸⁾

2.1.5.2 ESCALA DE EVALUACION DE ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR III (FACES III)

Es un modelo de autoaplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 adaptabilidad y 10 cohesión). La versión en español de Gómez-Clavelina y col. es de fácil aplicación e interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre) con valores de 1 a 5. ⁽¹⁶⁾

2.1.5.2.1 CLASIFICACIÓN DE FAMILIAS SEGÚN EL FACES III

		Cohesión ← →			
		Baja			Alta
		Disgregada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada
Alta ↑ Estructura ↓ Baja	Caótica	Caóticamente Disgregada	Caóticamente Semirrelacionada	Caóticamente Relacionada	Caóticamente Aglutinada
	Flexible	Flexiblemente Disgregada	Flexiblemente Semirrelacionada	Flexiblemente Relacionada	Flexiblemente Aglutinada
	Estructurada	Estructuralmente Disgregada	Estructuralmente Semirrelacionada	Estructuralmente Relacionada	Estructuralmente Aglutinada
	Rígida	Rígidamente Disgregada	Rígidamente Semirrelacionada	Rígidamente Relacionada	Rígidamente Aglutinada

Baja

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la obesidad y sobrepeso en adolescentes constituyen un problema de salud pública endémico, por su creciente incidencia desde la infancia persistiendo muchas veces hasta la edad adulta. Todo esto como resultado de la interacción de una serie de factores genéticos, ambientales y de estilo de vida el impacto de estas alteraciones tiene repercusión a nivel psicológico dando como resultado la insatisfacción de la imagen corporal y la baja autoestima como cuadro inicial que puede conducir a diversas psicopatologías ⁽²⁵⁾.

En México la prevalencia de peso excesivo en adolescentes ha aumentado en forma notable. La insatisfacción de la imagen corporal conduce al individuo que la padece al aislamiento con el deterioro de las relaciones interpersonales con sus pares y posteriormente a la depresión, angustia etc. Un estudio realizado en la Ciudad de México mostró que más del 52% de los adolescentes de 13 a 15 años diagnosticados con obesidad y sobrepeso, tienden a hacer ejercicio excesivo, tener ayunos prolongados, disminuir el consumo de calorías y el consumo excesivo de pastillas para adelgazar, los resultados mostraron que este tipo de conductas se incrementa a medida que aumenta el peso corporal y disminuye la autoestima ⁽²⁵⁾.

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rigiere sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar así como adecuado nivel de autoestima, independientemente de la imagen corporal que presenten.

Por lo que es importante conocer:

¿Cuál es la importancia de la autoestima y la funcionalidad familiar en adolescentes de 12 a 18 años con sobrepeso y obesidad del Hospital Regional Nezahualcóyotl?

2.3 JUSTIFICACIÓN

La obesidad en México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial, La magnitud de este problema de salud pública es que disminuye la esperanza de vida en un promedio de 7 años y a que debido a la obesidad, la persona está en riesgo de padecer enfermedades crónicas, desafortunadamente en México, 1 de cada 5 adolescentes presenta sobrepeso y 1 de cada 10 presenta obesidad. Cada año el problema había ido en incremento, tanto que la Organización Mundial de la Salud, desde hace más de 15 años decidió considerarla como una epidemia a nivel global (ENSANUT 2012).

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, en países desarrollados, cerca del 50% de los pacientes no se apegan al tratamiento en el control de peso, mientras que en países como México, al rededor del 75% no siguen las indicaciones de su médico o nutriólogo.

Esta enfermedad tiene su etiología multicausal como lo hemos referido anteriormente, los factores genéticos, y psicológicos asociados en esta problemática, como son la inactividad física, e el nivel baja de autoestima, la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal y la funcionalidad familiar, nos permitirá puntualizar y ampliar los conocimientos sobre estos factores importantes en la vida de una persona como son los adolescentes con sobrepeso y obesidad, que ayudará a que se ejecuten estrategias para un tratamiento integral e efectivo, que no sólo se aborden las recomendaciones nutricionales y/o actividad física para estar en su peso normal de acuerdo a su estatura sino que tengan acceso a información de este problema de salud y a otros servicios como son dietología o Nutrición y psicología. También este estudio permitirá considerar a toda la familia en las estrategias para el tratamiento del sobrepeso y obesidad, ya que es ineludible involucrar a la familia para mejorar la calidad de vida y los estilos de vida saludable en los adolescentes así como a elevar su autoestima y disminuir las enfermedades crónicas o complicaciones asociadas al sobrepeso y obesidad.

2.4 OBJETIVOS

2.4.1 Objetivo General

- Determinar el nivel de autoestima y la funcionalidad familiar en los adolescentes de 12 a 18 años con sobrepeso y obesidad del Hospital Regional Nezahualcóyotl.

2.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de autoestima en los adolescentes de 12 a 18 años con sobrepeso y obesidad del Hospital Regional Nezahualcóyotl.
- Determinar el nivel de autoestima por género en los adolescentes de 12 a 18 años con sobrepeso y obesidad del Hospital Regional Nezahualcóyotl.
- Determinar la funcionalidad familiar en los adolescentes con sobrepeso y obesidad del Hospital Regional Nezahualcóyotl.
- Determinar el grado de obesidad y sobrepeso en los adolescentes de 12 a 18 años del Hospital Regional Nezahualcóyotl.
- Determinar el grado de escolaridad de los adolescentes de 12 a 18 años de edad con sobrepeso y obesidad del Hospital Regional Nezahualcóyotl.
- Determinar la mayor frecuencia de género en que se presenta la obesidad y sobrepeso en adolescentes de 12 a 18 años del Hospital Regional Nezahualcóyotl.
- Determinar la frecuencia de edad, en que se presenta la obesidad y sobrepeso en adolescentes de 12 a 18 años del Hospital Regional Nezahualcóyotl.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Características Metodológicas del Estudio

3.1.1 Diseño: Observacional, Prospectivo, Transversal, Descriptivo

3.2 Universo de trabajo: Adolescentes de 12 a 18 años de edad con sobrepeso y obesidad del hospital regional Nezahualcóyotl.

3.2.1 Tamaño de la muestra: Población infinita, (cuando se desconoce el total de unidades de observación que la integran o la población es mayor a 10,000):

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 - p).

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

Utilizando la fórmula para población infinita se ocupará un nivel de confianza del 90% (1.645), de acuerdo a la encuesta ENSUNAT uno de cada tres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad; la proporción aproximada del fenómeno en estudio en

la población es de 0.33, quedando una proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio en 0.67, se utilizará un nivel de precisión absoluta del 95%.

Por lo tanto siguiendo la fórmula tenemos:

$$Z= 1.645$$

$$p= 0.33$$

$$q=0.67$$

$$d=0.05$$

$$n= (1.645)^2(0.33)(0.67)/ (0.05)^2 =0.5983 / 0.0025= 239$$

Tamaño de la muestra= 239 adolescentes

3.2.2 Tipo de muestreo: aleatorio simple

3.2.3 Criterios de inclusión:

- ▶ Adolescentes de 12 a 18 años de edad, con sobrepeso y obesidad ó IMC >25
- ▶ Adolescentes de 12 a 18 años de edad con sobrepeso y obesidad derechohabientes del Hospital Regional Nezahualcóyotl
- ▶ Adolescentes de ambos géneros de 12 a 18 años de edad con sobrepeso y obesidad del Hospital Regional Nezahualcóyotl.

3.2.4 Criterios de exclusión:

- ▶ Pacientes menores de 12 años o mayores de 18 años, con peso normal ó IMC <25.

- Adolescentes de 12 a 18 años de edad con sobrepeso y obesidad no derechohabientes del Hospital Regional Nezahualcóyotl
- Adolescentes que se negaran a realizar las encuestas

3.2.5 Criterios de eliminación:

- Encuestas incompletas.

➤ 3.3 VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN	FUENTE	ANÁLISIS Y CONTROL
AUTOESTIMA	Cualitativa Ordinal	Es la suma de la confianza y el respeto por sí mismo; y refleja el juicio que cada persona hace respecto a sus habilidades para enfrentar los desafíos de su vida, para comprender y superar los problemas, para conocer sus derechos de vivir y manifestarse el derecho de ser feliz, esto es de respetar y defender sus intereses y necesidades	Puntaje	1 Muy baja 2 Baja 3 Normal 4 Alta 5 Muy alta	Cuestionario de Coopersmith	Porcentaje Frecuencias
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Cualitativa Ordinal	Es la familia es capaz de cumplir con las tareas que le es tan encomendadas de acuerdo con la etapa de ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que	Puntaje	COHESIÓN -no relacionada -semirrelacionada -Relacionada -Agglutinada ADAPTABILIDAD	Cuestionario FACES III	Porcentaje Frecuencias

		percibe des de s u ambiente externo.		-Rígida -Estructurada -Flexible -Caótica		
EDAD	Cualitativa	Tiempo que un ser ha vivido	Años	Adolescentes 1. 12-15 años 2. 16-18 años	Cuestionario	Media, frecuencia y porcentajes
GÉNERO	Cualitativa Nominal	Características fenotípicas y genotípicas que tiene cada individuo	Nominal	- Femenino - Masculino	Cuestionario	Frecuencia
IMC	Cualitativa Nominal	es una medida de asociación entre la masa y la talla de un individuo peso/talla ²	Índice de Masa Corporal	Sobrepeso 25-29.9 Obesidad - Leve 30-34.99 - Moderada 35-39.99 - Mórbida >40	Cuestionario	Porcentaje y estratificación
ESCOLARIDAD	Cualitativa Ordinal	Periodo de tiempo que un alumno asiste a un centro educativo para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria	Nominal	- Primaria - Secundaria - Preparatoria o bachillerato - Universidad	Cuestionario	porcentaje

3.4 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 FUENTES E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó un cuestionario tipo encuesta a los adolescentes de 12 a 18 años de edad con sobrepeso y obesidad, dicho cuestionario está constituido por tres diferentes rubros que se desean investigar; a saber: una ficha de identificación, cuestionario de funcionalidad familiar (FACES I II) y test de autoestima de Coopersmith.

La primera parte son datos sociodemográficos y somatometría (edad, sexo, talla, peso, escolaridad), el tiempo aproximado para el llenado de ésta sección es de aproximadamente 2 minutos.

La segunda sección de la encuesta está constituida por 20 preguntas las cuales determinan el nivel de funcionalidad familiar en sus tres dimensiones (adaptabilidad, cohesión y comunicación) del adolescente entrevistado: FACES III (ANEXO I).

Aplicación: el cuestionario se aplicó a personas mayores de 12 años, que sean miembros de familias con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación (de 1 a 5) , considerando cada aseveración con relación a su familia.

Calificación: La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems impares, la adaptabilidad lo es a los ítems pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones se buscan las calificaciones en cada una de las amplitudes, con lo cual se puede obtener la calificación de la familia con relación al esquema modelo circunflejo ⁽¹⁵⁾

La tercer sección de la encuesta está conformada por el test de evaluación de autoestima para adolescentes; TEST DE COOPERSMITH PARA ADOLESCENTES, (cuestionario validado internacionalmente) constituido por 58 preguntas el cual evalúa la Autoestima General, Social, Escolar y en el Hogar, así

mismo contiene una escala de sinceridad estructurada por 8 ítems, de modo que si el puntaje obtenido en dicha escala es mayor a 5 puntos, las respuestas no son confiables, es decir, el adolescente puede haber respondido sin comprender las instrucciones claramente, al azar, o bien intentando proporcionar una imagen de sí mismo que no concuerda más que con lo que desearía que sucediera y no en conformidad con su vivencia de las relaciones establecidas, tiene dos posibles respuestas, “igual que yo”, “distinto a mí”; con un tiempo promedio para su llenado de 10 minutos. (Anexo II)

3.5 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

- Plan de tabulación. Se ocupó el programa de Excel para captura de datos, realización de tablas y gráficas.
- Estadística descriptiva. Se utilizó Moda (distribución de frecuencias y porcentajes) y media.

4. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD.

4.1 DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000 Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002 Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.

A. INTRODUCCION

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes.

2. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

3. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

4. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están subrepresentadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

7. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas

continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

8. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

B. PRINCIPIOS PARA TODA INVESTIGACION MÉDICA

11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

12. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.

14. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiados.

15. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

16. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente. La

responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

17. La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

18. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

19. Todo ensayo clínico debe ser inscrito en un a base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

20. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender inmediatamente el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

21. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación.

22. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la

comunidad, ni ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

23. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

24. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

25. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación o podrá ser una amenaza para su validez. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

26. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

27. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

28. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incompetente es capaz de dar su consentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

29. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no es táctil disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

30. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen

el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público...En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

C. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA

31. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

32. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con la mejor intervención probada existente, excepto en las siguientes circunstancias: - El uso de un placebo, o ningún tratamiento, es aceptable en estudios para los que no hay una intervención probada existente. - Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, el uso de un placebo es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención que no implique un riesgo, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo o ningún tratamiento. Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

33. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio tienen derecho a ser informados sobre sus resultados y compartir cualquier beneficio, por ejemplo, acceso a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o a otra atención apropiada o beneficios.

34. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

35. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas han resultado ineficaces o no existen, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales intervenciones deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

4.2 RIESGOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Investigación sin riesgo.- la posibilidad de causar alteración física o psicológica en el paciente es muy remota, ya que implica técnicas o métodos de investigación documental, de tipo descriptivo, observacional y sin manipulación.

4.3 MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES Y EL INVESTIGADOR.

- Se garantiza a los adolescentes suspender su participación cuando lo deseen.
- Respeto de la información proporcionada
- Protección de los derechos y el bienestar del paciente
- Protección de la privacidad del paciente

5. ASPECTOS LOGÍSTICOS

5.1 Cronograma de Actividades

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	JULIO 2015	AGO 2015 A ENERO 2016	FEB- JUNIO 2016	JULIO SEPT 2016.	OCT- DIC 2016	ENERO FEBRE RO 2017	MARZO 2017
ELECCION D E TEMA		XX						
RECOPIACION BIBLIOGRAFICA			XX					
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO				XX				
ESTUDIO DE CAMPO					XX			
APLICACIÓN DE ENCUESTAS						XX		
ANALISIS D E RESULTADOS							XX	
INFORME FINAL								XX

5.2 Recursos Humanos

Investigador, encuestadores.

5.3 Recursos Materiales

Equipo de cómputo, papelería.

5.4 Recursos Físicos

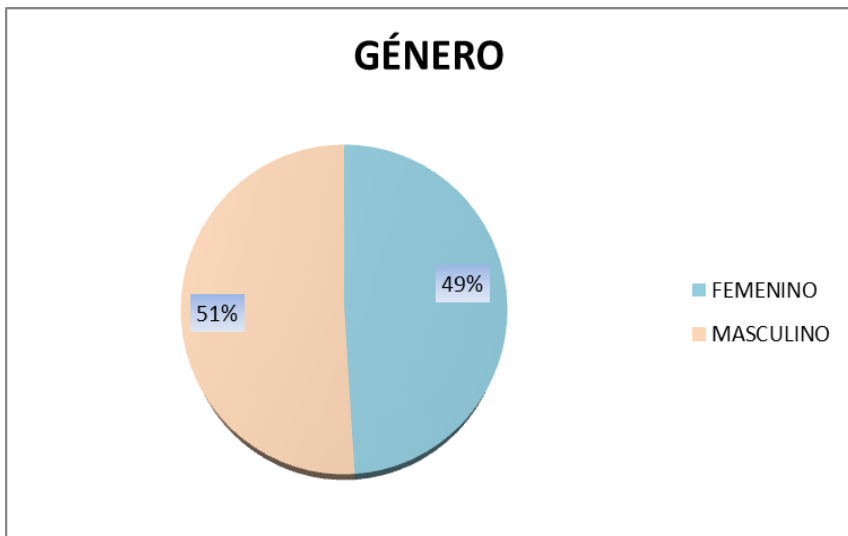
Instalaciones d el H ospital R egional N ezahualcóyotl. (S ala de e spera, ár ea d e signos vitales, consultorios)

5.5 Financiamiento

Autofinanciado

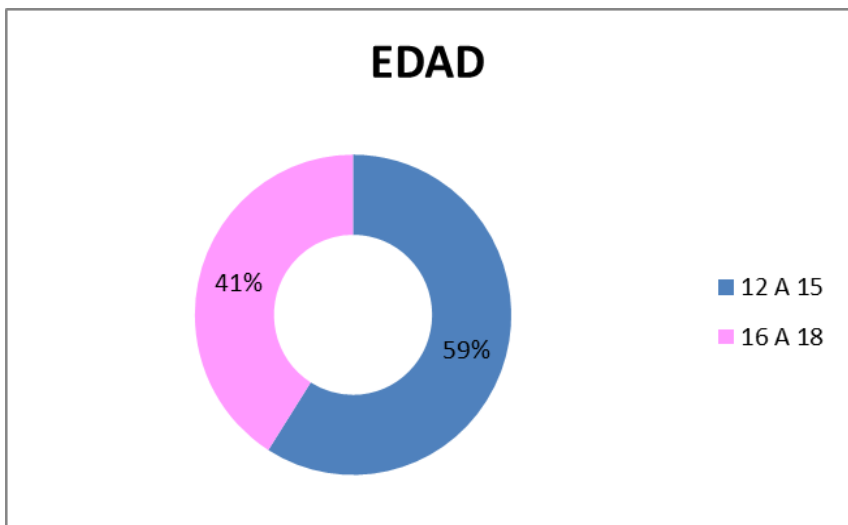
6. RESULTADOS

GRÁFICO 1. Distribución por Género.



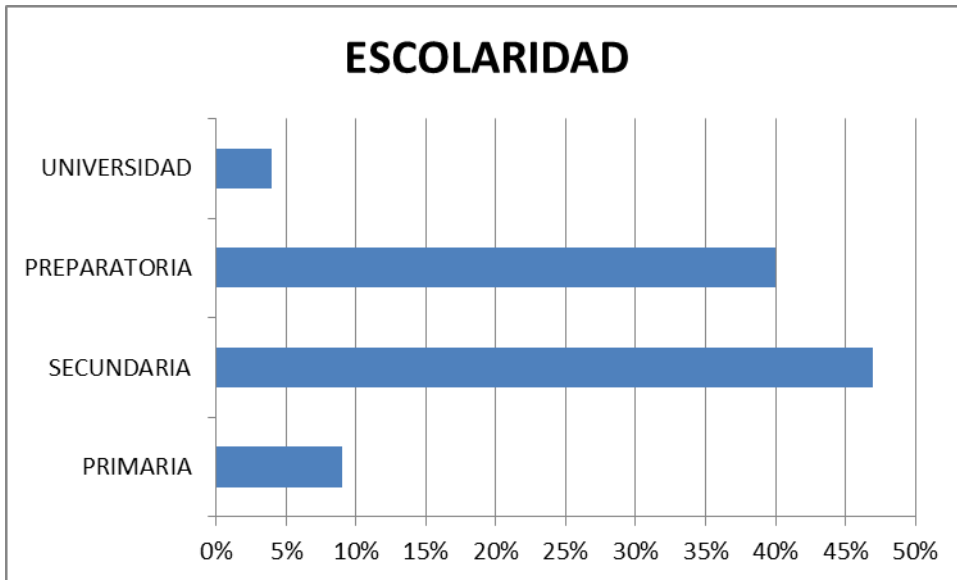
Fuente: Encuesta de adolescentes de 12 a 18 años de edad, con sobrepeso y obesidad

GRÁFICO 2. EDAD.



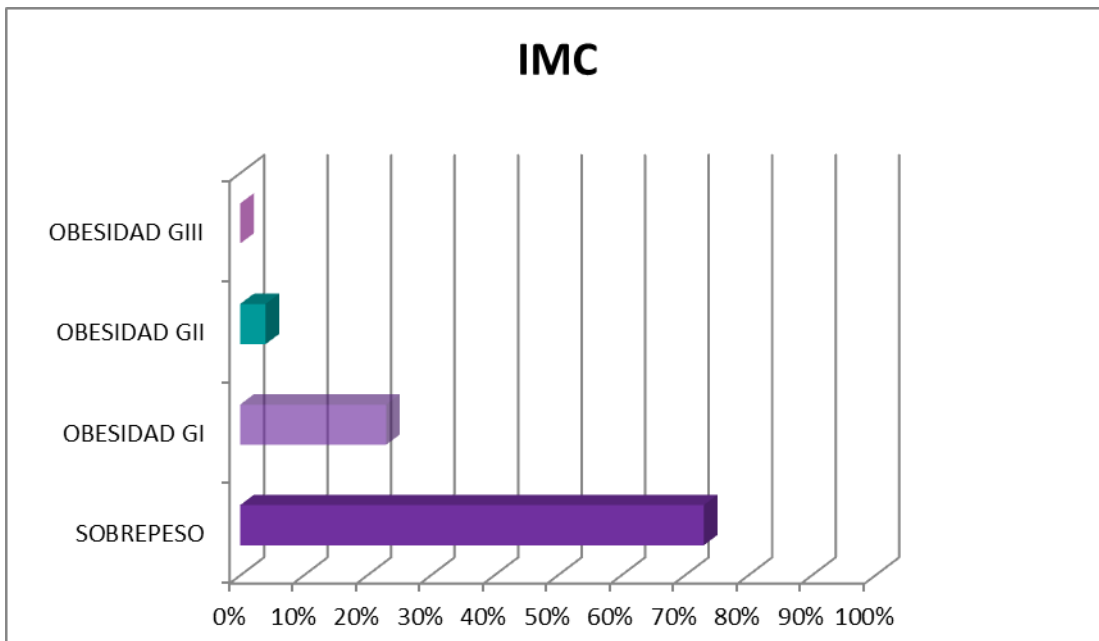
Fuente: Encuesta de adolescentes de 12 a 18 años de edad, con sobrepeso y obesidad

GRÁFICO 3. ESCOLARIDAD



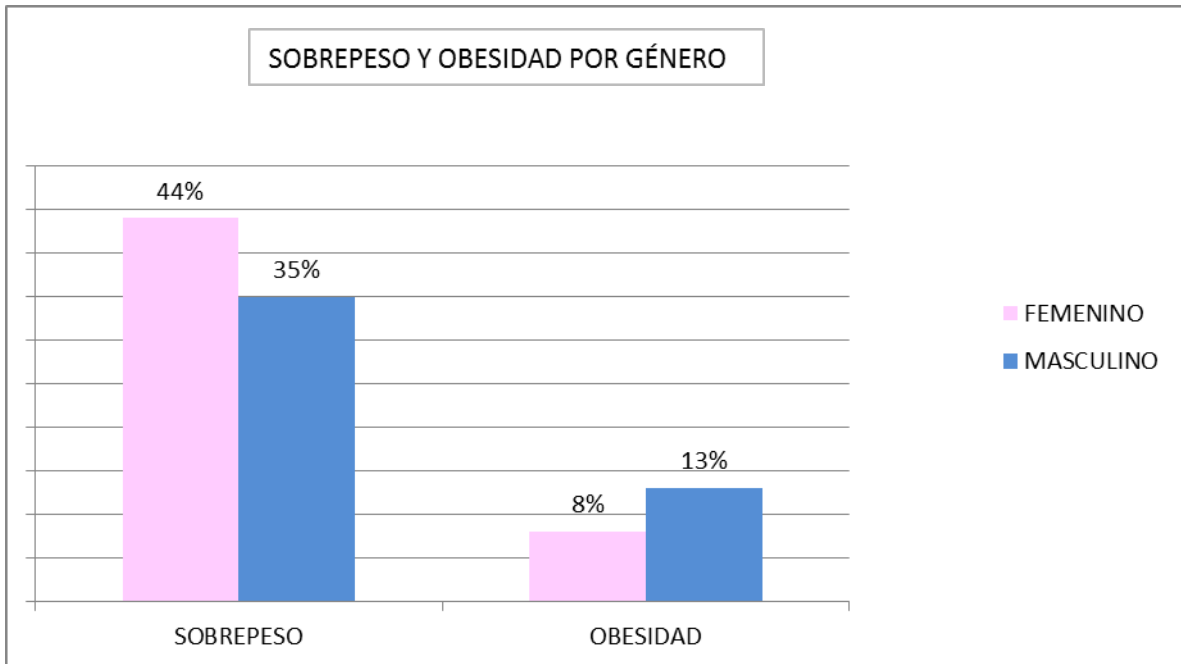
Fuente: Encuesta de adolescentes de 12 a 18 años de edad, con sobrepeso y obesidad

GRÁFICO 4. INDICE DE MASA CORPORAL



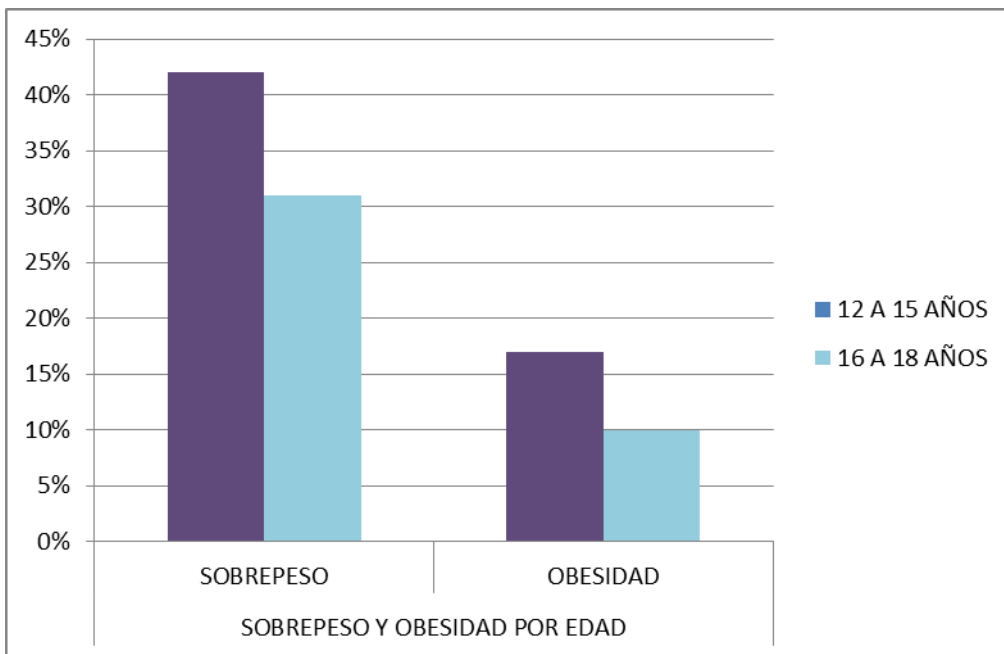
Fuente: Encuesta de adolescentes de 12 a 18 años de edad, con sobrepeso y obesidad

GRÁFICO 5. SOBREPESO Y OBESIDAD POR GÉNERO



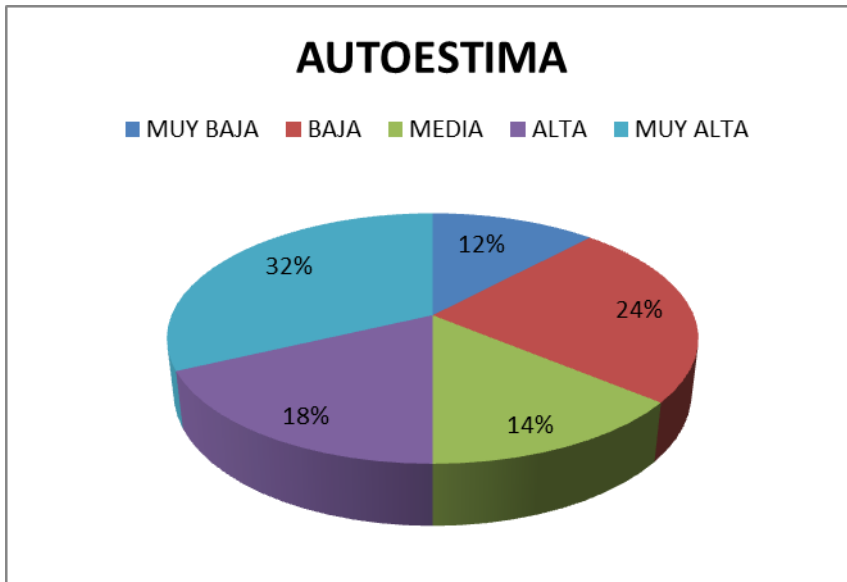
Fuente: Encuesta de adolescentes de 12 a 18 años de edad, con sobrepeso y obesidad

GRÁFICO 6. SOBREPESO Y OBESIDAD POR EDAD



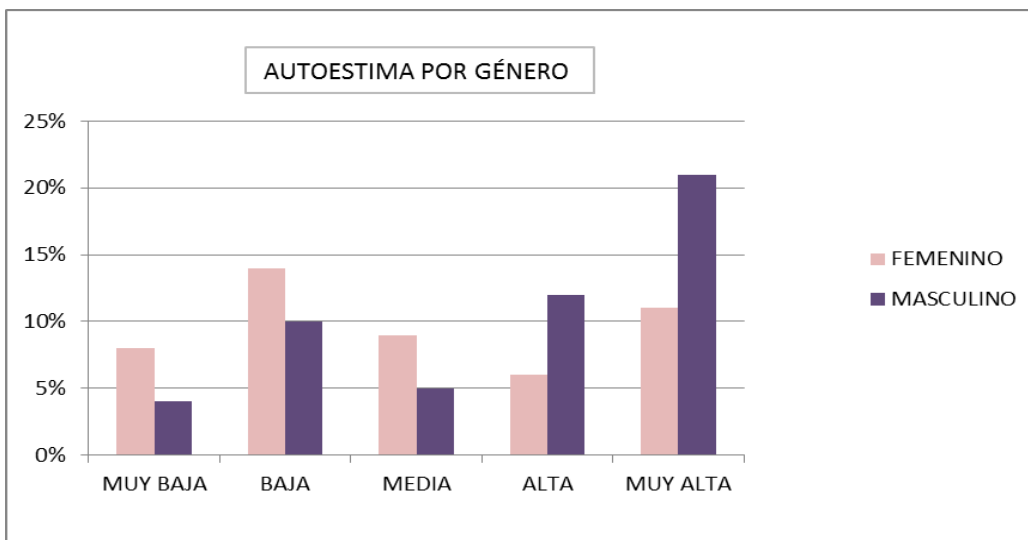
Fuente: Encuesta de adolescentes de 12 a 18 años de edad, con sobrepeso y obesidad

GRÁFICO 7. NIVEL DE AUTOESTIMA



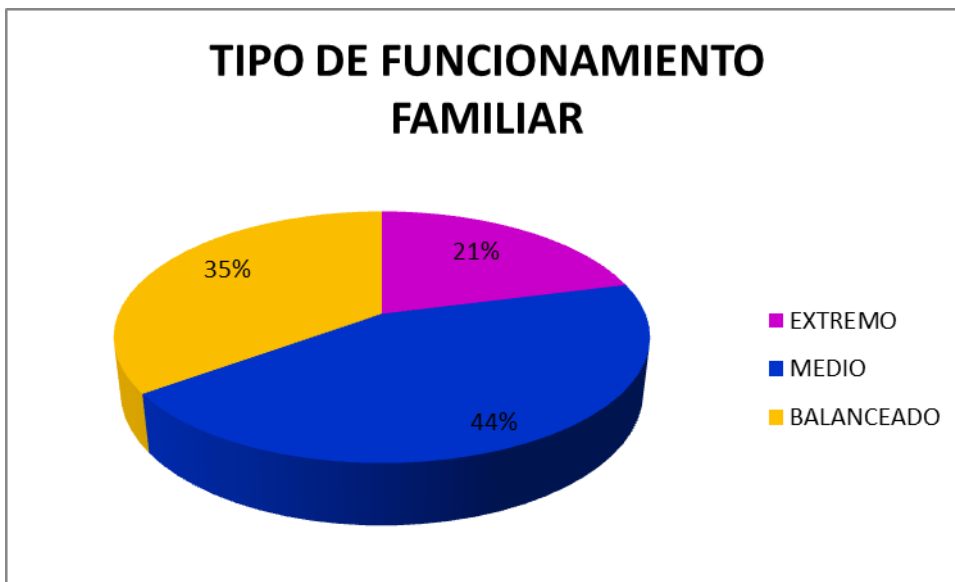
Fuente: Intrumento. Tes de Autiestima de Coopersmith

GRÁFICO 8. NIVEL DE AUTOESTIMA POR GÉNERO



Fuente: Intrumento. Tes de Autiestima de Coopersmith

GRÁFICO 9. TIPO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR



Fuente: Cuestionario de Funcionalidad Familiar (FACES III)

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

De los 239 cuestionarios aplicados 117 correspondieron al sexo femenino con un 49% y 122 al sexo masculino con un 51% (Gráfico 1). El rango de mayor edad fue de 12 a 15 años con un 59%, el 41% restante corresponde a un rango de edad de 16-18 años (Gráfico 2). De acuerdo a la escolaridad el 9% corresponde a adolescentes en nivel primaria, el 47% nivel secundaria, el 40% nivel medio superior, y el 4% nivel superior (Gráfico 3).

En el Índice de Masa Corporal (IMC) se encontró 175 de los adolescentes con sobrepeso que corresponde al 73%, 54 con obesidad grado I con un 23% y una obesidad grado II el 4% con 10 adolescentes (Gráfico 4). En comparación con sobrepeso y obesidad de acuerdo al género se encontró en el sexo femenino sobrepeso del 44% y obesidad del 8%, correspondiente a 105 y 19 mujeres, y en el sexo masculino un sobrepeso del 35% y obesidad en un 13%, que pertenecen a 83 y 32 hombres respectivamente (Gráfico 5). Los resultados corresponden con la ENSANUT (2006) con respecto a los adolescentes de 12 a 19 años, refiere que uno de cada tres hombres o mujeres tienen sobrepeso u obesidad. Con incremento en la tendencia de obesidad a mayor edad en el caso de las mujeres⁽¹¹⁾. ENSANUT (2012) menciona que en adolescentes, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es de 35.8% en el sexo femenino y de 34.1% en el sexo masculino⁽²¹⁾. En este estudio predomina con un total de 52% de sobrepeso y obesidad en el sexo femenino mientras un 48% en el sexo masculino.

De acuerdo al sobrepeso y obesidad por rango de edad se obtuvieron los siguientes resultados: de 12-15 años con 101 adolescentes con sobrepeso que corresponde al 42%, y 41 con obesidad que pertenece al 17% de la población, el rango de 16 a 18 años con 74 adolescentes con sobrepeso con un 31% y un 10% con obesidad con un total de 23 adolescentes (Ver Gráfico 6). En México de acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2012, 35% los adolescentes tienen sobrepeso u obesidad entre 12 a 19 años. Además indica que uno de cada cinco

adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad. No se observan tendencias claras de sobrepeso y obesidad en relación con la edad, excepto por una ligera disminución de la obesidad a mayor edad ⁽²⁴⁾.

En cuanto al nivel de autoestima se arrojaron los siguientes resultados: se obtuvo que 30 adolescentes con autoestima muy baja lo que corresponde al 12%, 58 adolescentes con un 24% autoestima baja, 34 adolescentes con un 14% autoestima media, 42 adolescentes correspondientes al 18% con autoestima alta, y 75 adolescentes con un 32% con autoestima muy alta (Gráfico 7).

Edson Jorge Huare, realizó un estudio sobre “Resiliencia, autoestima y rendimiento escolar en instituciones educativas de Ate Vitarte” la muestra fueron adolescentes entre 14 a 16 años, cuyos resultados fueron un nivel alto de autoestima ya sea porque en estas edades donde está dentro de la adolescencia media donde los adolescentes van madurando, aceptándose y vota un valor alto de autoestima alta. Según Güell y Muñoz, la persona tiene la capacidad de establecer su propia identidad y atribuirse un valor y, a esa valoración se le llama autoestima ⁽²³⁾.

De acuerdo con género y autoestima se obtuvo autoestima muy baja de predominio femenino con un 8% mientras que el sexo masculino se obtuvo un 4%, autoestima baja tuvo preponderancia el sexo femenino con un 14% y el sexo masculino del 10%, autoestima media reportó un 9% sexo femenino y 5% sexo masculino, autoestima alta tiene predominio el sexo masculino con un porcentaje del 12% mientras que el sexo femenino con un 6%, y una autoestima muy alta se obtuvo mayor porcentaje para el sexo masculino con un 21% que para el femenino con un 11% (Ver Gráfico 8); Aguilar Coronado, el 2010 en Lima – Perú, realizaron un estudio sobre: “Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa”. El objetivo general fue analizar los datos de diferentes evidencias para determinar la relación de las variables: obesidad, sobrepeso, autoestima y depresión. Esta investigación determina que existe una relación inversa entre la autoestima y la obesidad, Además se identifica

que el grupo femenino se ve más afectado en relación al masculino, debido a la cultura social ⁽¹⁰⁾; en esta investigación podemos observar que la autoestima y el sobrepeso y obesidad tiene una relación inversa ya que fue un total del 64% los que presentaron autoestima media, alta y muy alta, así mismo en relación al género encontramos mayor afectación en el sexo femenino que en el masculino.

Por último, en cuanto Funcionalidad Familiar (Faces III) el grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia constituye un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, derango medio o balanceado, el cual tenemos que en este estudio, un 21% se encuentra en rango extremo, un 44% en rango medio y un 35% en balanceado (Gráfico 9). Olson postuló que los niveles balanceados (familias separada y conectada) hacen un funcionamiento familiar óptimo y sus miembros son capaces de ser independientes y conectados a sus familias. Los niveles extremos de cohesión y flexibilidad (familia disgregada y aglutinada / familia caótica y rígida) son vistos como problemáticos (o disfuncionales), si se actúa en estos niveles extremos durante mucho tiempo; los niveles moderados (flexible y estructurado) tienden a balancear cambio y estabilidad en un modo más funcional ⁽²²⁾.

8. CONCLUSIONES

En el presente estudio se concluyó lo siguiente:

- La mayoría de los adolescentes presento una autoestima alta, observamos que en el género masculino se presenta autoestima alta en comparación con el femenino que tiene predominio de autoestima baja. Esto muy probablemente a que influyen factores familiares, escolares, sociales y culturales.
- En cuanto a Funcionalidad Familiar con el instrumento FACES III, tiene un mayor porcentaje la familia caóticamente semirrelacionada y Flexiblemente relacionada, las cuales corresponden a un tipo de funcionamiento familiar medio y balanceado respectivamente, lo que quiere decir que las familias con un funcionamiento familiar medio son aquellas que tienden a balancear cambios y estabilidad en un modo más funcional, mientras que las familias balanceadas se consideran con un funcionamiento familiar óptimo y sus integrantes son capaces de ser independiente y conectados a sus familiares.
- En el IMC la mayoría de los adolescentes presentó sobrepeso, siendo este más frecuente en el sexo femenino sin embargo el sexo masculino presento mayor porcentaje para obesidad, así mismo se concluye que a mayor edad menor sobrepeso y obesidad. La adolescencia es una fase crítica del desarrollo, se caracteriza por los drásticos cambios físicos y psicológicos. La apariencia y los cambios son preocupaciones importantes de los adolescentes, y por esta razón la obesidad los predispone a las consecuencias para la salud mental y salud física, teniendo complicaciones de acuerdo a su evolución: inmediatas, mediatas y tardías.

Lo anterior nos permite observar que el sobrepeso y la obesidad tiene un impacto a nivel mundial y nacional y a que estamos en un, no muy grato, primer lugar de obesidad infantil y uno de cada tres adolescentes presenta

sobrepeso u obesidad, siendo entre sus principales factores la genética, el sexo, los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo. A largo plazo, la obesidad favorece la aparición de enfermedades tales como diabetes, enfermedades cardiovasculares. Actualmente, la diabetes es el mayor problema al que se enfrenta el sistema nacional de salud: es la principal causa de muerte en adultos, la primera causa de demanda de atención médica y la enfermedad que consume el mayor porcentaje de gastos en las instituciones públicas.

Es por esto, que el primer nivel de atención médica otorgue información sobre el sobrepeso y obesidad para evitar enfermedades crónicas en los adolescentes, así como involucrar a la familia para mejorar la calidad de vida y los estilos de vida, finalmente y no menos importante, interesarse en los adolescentes, conocer su dinámica y funcionalidad familiar con los diferentes instrumentos utilizados actualmente para poder intervenir y aumentar su confianza y autoestima.

Al captar a los adolescentes con sobrepeso u obesidad se les deberá informar de su padecimiento y las complicaciones, así mismo darles a conocer los beneficios de una adecuada alimentación y la importancia de la actividad física, aconsejar a los adolescentes y a la familia en general para poner en práctica las siguientes recomendaciones para perder peso y mejorar la salud y bienestar: 1. Aprender a cocinar, 2. Evitar los alimentos ultraprocesados y la comida rápida, 3. Utilizar platos más pequeños, 4. Realizar actividad física, 5. Ingerir agua potable. El conocer la funcionalidad familiar nos permite intervenir para que todo lo anterior se pueda llevar a cabo.

Investigar el autoestima en los adolescentes nos permitirá trabajar en conjunto con otros servicios como psicología ya que nos permitirá de acuerdo al nivel de autoestima que se reciban las sesiones necesarias para que el autoestima mejore y se vea reflejado en su aprovechamiento escolar, desarrollo personal y ser capaz de afrontar sus tareas con ética y responsabilidad

9. Referencias Bibliográficas

1. Branden N. *El poder de la Autoestima*. 2da edición, España, Paidós Ibérica, 1993. 107
2. Ferreira, A. “*Sistema de interacción familiar asociada a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución*”. Tesis doctoral en psicología. Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología Unidad de Postgrado. Lima Perú 2003
3. Munro. G. S. *Evaluación de la Autoestima y su relación con la funcionalidad familiar en los médicos de las Unidades de Medicina Familiar, Zona No. 1 IMSS*. Universidad de Colima, Facultad de Medicina, 2005
4. Irigoyen-Coria, A. *Nuevos fundamentos de medicina familiar*. 1ª edición. México: 2002 Medicina Familiar Mexicana. pp.65-88
5. Mejía E. A., Pastrana C. J., Mejía S. J. *La Autoestima, factor fundamental para el desarrollo de la autonomía personal y profesional*. XII congreso internacional de la teoría de la educación, Universidad de Barcelona 2011
6. Fierro. A. *Autoestima en adolescentes, estudio sobre su estabilidad y sus determinantes*. Universidad de Málaga. Facultad de Psicología. N° 45, 1991, págs. 85-108
7. Bordignon N. A. *El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto*. Revista Lasallista de Investigación 2005, vol.2 (2), pp. 50-63
8. Cataño T. D., Restrepo S., Portilla N. *Autoestima y sexualidad en adolescentes: validación de una escala*. Investigaciones Andina. Colombia 2008, Vol. 10;(16), pp. 57-66

9. Sánchez. G ., Jiménez F . Merino V . *Autoestima y Autoconcepto en adolescentes: una reflexión para la orientación educativa*. Revista de Psicología de la PUCP Universidad de Salamanca. Vol. XV, 2, PP. 201-221
10. Aguilar C. M., Manrique R. L. *Depresión y Autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa*. Rev. enferm Herediana. 2010; 3(1): pp. 49-54.
11. Rodríguez C . V ., Orozco L. M ., Santamaría S .S, *Salud y Obesidad en adolescentes*. Revista científica electrónica de Psicología, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Secretaria de Salud.
12. Mendizábal R . J ., Anzures L. B . *La familia y el adolescente*. Hospital General de México S.S 1999; 62 (3): PP. 191-197.
13. Gómez C . E ., *Adolescencia y Familia. Revisión de la relación y comunicación como factor de riesgo o protección*. Revista Intercontinental de Psicología y Educación 2008; 10 (2): PP. 105-122
14. Montañés M ., Bartolomé R ., Montes J ., Parra M ., *Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes*. Ensayos 2008; (17); PP. 391-407.
15. Oliva D. A., *Relaciones familiares y desarrollo del adolescente*. Anuario de psicología 2006. Facultad de psicología. Universidad de Barcelona
16. Huerta G. J . *Medicina Familiar. La familia en el proceso salud – enfermedad*. 1ª edición, México D.F, 2005 editorial Alfil.
17. Bottaro. J. *Tesina. El funcionamiento familiar y la psicoeducación en el curso de la esquizofrenia*. Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología 2009.
18. Miranda E. J., Miranda E. J., Enrique V. A., *Adaptación del inventario de Autoestima de Coopersmith para alumnos mexicanos de educación primaria*. Revista Electrónica praxis investigativa redie, 2011; 3 (4); pp. 5-14

19. Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). *The McMaster Family Assessment Device*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180
20. Schmidt V., Barreyro J., Maglio A. *Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?* *Escritos de Psicología*, 2009 Vol. 3, nº 2, pp. 30-36.
21. Rivera D. J. *Obesidad en México: recomendaciones para una política del Estado*. Universidad Nacional Autónoma de México 2013. PP. 101-103.
22. Bazo. A. J. C., *Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar faces-III: un estudio en adolescentes peruanos*. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*. 2016; 33(3):462-70.
23. Martínez S. B. *Los miedos en la pre-adolescencia y adolescencia y su relación con la autoestima: Un análisis por edad y sexo*. España; 2014 Jan; 1:10. Available from: www.revistapcna.com
24. González M.M. Tesis Doctoral. *Sobrepeso y obesidad en adolescentes de Saltillo, Coahuila, México: asociación con variables clínicas, bioquímicas e hígado graso y una propuesta de intervención educativa integral*. Universidad Autónoma de Barcelona Facultad de Medicina. Departamento de Pediatría, de Obstetricia y Ginecología y Medicina Preventiva. Barcelona 2015.
25. Vallejo G. J. Tesis. *Sobrepeso y obesidad en adolescentes de 15 a 18 años y la relación con la insatisfacción de la imagen corporal*. Universidad Autónoma del Estado de México. 2014

10. Anexos.

Anexo I.

CLAVE ISSEMYM _____

Edad	Sexo	Talla	Peso	Escolaridad
	Femenino ____ Masculino ____			Primaria ____ Secundaria ____ Preparatoria ____ Universidad ____

FACES III ESCALA DE EVALUACIÓN DE ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR III

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

Describe su familia

Respuesta	Pregunta
	1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
	2. En nuestra familia se toman en cuenta nuestras sugerencias de los hijos para resolver los problemas
	3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
	4. los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
	5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
	6. Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad
	7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
	8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
	9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
	10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
	11. Nos sentimos muy unidos
	12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
	13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
	14. En nuestra familia las reglas cambian
	15. Con facilidad podemos planear actividades en familia

	16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
	17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
	18. En nuestra familia es difícil identificar quien es la autoridad
	19. La unión familiar es muy importante
	20. Es difícil decir quien hace las labores en el hogar

Anexo II. Test de autoestima de Coopersmith

Instrucciones:

Responde a cada pregunta del modo siguiente:

Si la pregunta describe como te sientes usualmente pon una X en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase igual que yo (columna A). Si la pregunta no describe como te sientes usualmente pon una X en el paréntesis correspondiente a la columna debajo de la frase distinto de mí (columna B). No hay respuestas buenas o malas, correctas o incorrectas. Lo que interesa es solamente conocer lo que es habitualmente sientes o piensas.

Preguntas	Igual que yo	Distinto de mí
1. Paso mucho tiempo soñando despierto.		
2. Estoy seguro de mi mismo.		
3. Deseo frecuentemente ser otra persona.		
4. Soy simpático.		
5. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.		
6. Nunca me preocupo por nada.		
7. Me da vergüenza pararme frente al curso para hablar.		
8. Desearía ser más joven.		
9. Hay muchas cosas de mi mismo que cambiaría si pudiera.		
10. Puedo tomar decisiones fácilmente.		
11. Mis amigos gozan cuando están conmigo.		
12. Me incomodo en casa fácilmente.		
13. Siempre hago lo correcto.		
14. Me siento orgulloso de mi trabajo en el colegio.		
15. Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.		
16. Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.		
17. Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.		
18. Soy popular entre mis compañeros de mi misma edad.		
19. Usualmente mis padres consideran mis sentimientos.		

20. Nunca estoy triste.		
21. Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.		
22. Me doy por vencido fácilmente.		
23. Usualmente puedo cuidarme a mí mismo.		
24. Me siento suficientemente feliz.		
25. Preferiría jugar con niños menores que yo.		
26. Mis padres esperan demasiado de mí.		
27. Me gustan todas las personas que conozco.		
28. Me gusta que el profesor me interroque en clases.		
29. Me entiendo a mí mismo.		
30. Me cuesta comportarme como en realidad soy.		
31. Los demás niños casi siempre siguen mis ideas.		
32. Las cosas en mi vida están muy complicadas.		
33. Nadie me presta mucha atención en casa.		
34. Nunca me regañan.		
35. No estoy progresando en la escuela como me gustaría.		
36. Puedo tomar decisiones y cumplirlas.		
37. Realmente no me gusta ser un niño(a).		
38. Tengo una mala opinión de mi mismo.		
39. No me gusta estar con otra gente.		
40. Muchas veces me gustaría irme de casa.		
41. Nunca soy tímido.		
42. Frecuentemente me incomoda el colegio.		
43. Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo.		
44. No soy tan bien parecido como otras personas.		
45. Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.		
46. A los demás les gusta pelear conmigo.		
47. Mis padres me entienden.		
48. Siempre digo la verdad.		
49. Mi profesor me hace sentir que no soy gran cosa.		
50. A mí no me importa lo que me pasa.		
51. Soy un fracaso.		
52. Me incomodo fácilmente cuando me regañan.		
53. Las otras personas son más agradables que yo.		
54. Usualmente siento que mis padres esperan más de mí.		
55. Siempre se que decir a otra persona.		
56. Frecuentemente me siento desilusionado de la escuela.		
57. Generalmente las cosas no me importan.		
58. No soy una persona confiable para que otros dependan de mí.		